

11226



ISSSTE

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado e Investigación

Departamento de Medicina Familiar

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Unidad Académica Clínica "Dr. Ignacio Chávez"

México D.F.

Título:

Elaboración de genogramas por un grupo de residentes de la Unidad de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez"

**Trabajo que para obtener el diploma de:
Especialista en Medicina Familiar**

Presenta:

Dra. Ana Maria Navarro García

México D.F.

Febrero 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado e Investigación

Departamento de Medicina Familiar

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Unidad Académica Clínica "Dr. Ignacio Chávez"

México D.F.

Título:

Elaboración de genogramas por un grupo de residentes de la Unidad de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez"

**Trabajo que para obtener el diploma de:
Especialista en Medicina Familiar**

Presenta:

Dra. Ana Maria Navarro García

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Ana Maria

Navarro García

FECHA: 20 de abril de 2004

FIRMA: Ana Maria

Elaboración de genogramas por un grupo de residentes de la Unidad de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez".

Trabajo que para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar presenta:

Dra. Ana Maria Navarro García

Autorizaciones:

**I. S. S. S. T. E.
Sub'Delegación Médica
Zona Sur, D.F.**



FEB. 19




Dra. Catalina Monroy Caballero

Clinica Dr. Ignacio Chávez

Profesora Titular del curso de Especialización en Medicina Familiar

Jefa de Enseñanza e Investigación de la Unidad de Medicina Familiar

"Dr. Ignacio Chávez",

ISSSTE

Asesora de tesis.


Dr. Efrén Raúl Ponce Rosas

Profesor titular "A" T.C. Interino

Profesor del Departamento de Medicina Familiar

Facultad de Medicina UNAM

Asesor de tesis

Elaboración de genogramas por un grupo de residentes de la Unidad de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez"

Trabajo que para obtener el diploma de Especialista en Medicina Familiar presenta:

Dra. Ana Maria Navarro García

Autoridades del Departamento de Medicina Familiar



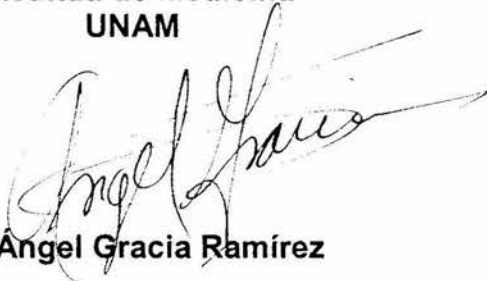
Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega

**Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
UNAM**



Dr. Arnulfo Irigoyen Córrea

**Coordinador de Investigación
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
UNAM**



Dr. Ángel Gracia Ramírez

**Coordinador de Docencia
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
UNAM**

Agradecimientos:

A mi familia, por su apoyo incondicional y por mostrarme en la vida real la necesidad que tenemos todos al ser pacientes de contar con médicos familiares íntegros.

A mis tutores y asesor, por todo apoyo, por enseñarme con su ejemplo como ser buen médico familiar, y por despertar en mi la inquietud por la investigación.

A mis compañeros, por su cooperación para hacer este trabajo y estimularme a ser mejor compañera y mejor residente.

RESUMEN

Objetivos: Evaluar los genogramas elaborados por residentes de medicina familiar según recomendaciones del Comité Académico de Revisión de Genogramas (CARG). Describir las características sociodemográficas de las familias con base en los datos del genograma.

Diseño: Estudio descriptivo, transversal, prospectivo, no comparativo.

Material y métodos: Se realizó un taller de 6 horas, para capacitar a los residentes de primer y segundo año de la especialidad en medicina familiar con el objetivo de unificar los criterios en la elaboración de genogramas según las recomendaciones del CARG. Se dieron 2 meses de lapso para que los residentes elaboraran genogramas de pacientes de la unidad. Los pacientes fueron seleccionados de manera no aleatoria, la muestra fue por cuota. Los genogramas se evaluaron con 19 criterios y se interpretaron con 6 criterios.

Resultados: Se elaboraron 176 genogramas, todos de tres generaciones, los datos que se encontraron completos fueron las líneas de unión y separación y la edad de los individuos. Los datos que menos se registraron fueron las relaciones interpersonales, la fecha y causa de muerte. Se logró clasificar a casi todas las familias. La media de tiempo necesario para elaborar el genograma fue de 20 minutos.

Conclusiones: La mayoría de los genogramas se encontraron completos pero la ausencia de información clave impidió la clasificación adecuada de algunas familias. El tiempo necesario para su elaboración y la cantidad de información que se obtiene de él amerita dedicar personal capacitado, espacio y tiempo suficiente para que se realice en forma rutinaria en la unidad y obtener sus beneficios.

Palabras clave: genograma, familia, residentes, capacitación, clasificación familiar.

ABSTRACT

Objective: Evaluate genograms did by family medicine residents according to Academic Committee for Genograms Review. Describe sociodemographycs characteristics of families with help of genogram's data.

Design: Descriptive, cross sectional, prospective, non comparative study.

Material and methods: There was a residents training of 6 hours workshop, with objective to train first and second grade residents to make genograms according to CARG's recommendations. They have two months for make patients genograms in the clinic. Patients were unselected. Simple was reached by quota. Genograms were evaluated by 19 criteria and 6 criteria for its interpretation.

Results: There were done 176 genograms, all included three generations, complete data were link and separation line, and individuals age. Least registered data were interpersonal relationships, death date and its cause. It was possible classify almost all families. The mean of time needed to make a genogram was 20 minutes.

Conclusions: Most of genograms were complete but, lack of key information avoids correct classification of some families. Needed time to do it and information quantity makes necessary qualified personnel, a place and enough time to make them as a routine procedure to get its benefits.

Key words: genogram, family, residents, training, family classification.

ÍNDICE

1.	Marco teórico	1
1.1	Antecedentes	1
1.2	Planteamiento del problema.	21
1.3	Justificación.	24
1.4	Objetivos: general y específicos.	26
2.	Material y métodos.	26
2.1	Tipo de estudio.	26
2.2	Diseño de investigación del estudio.	22
2.3	Población, lugar y tiempo.	28
2.4	Muestra.	28
2.5	Criterios de inclusión, exclusión, eliminación.	28
2.6	Variables.	29
2.7.1	Definición conceptual de las variables.	31
2.7.2	Definición operativa y diseño de la base de datos	33
2.8	Diseño estadístico.	36
2.9	Instrumento de recolección de datos.	36
2.10	Método de recolección de los datos.	37
2.11	Maniobras para evitar o controlar sesgos.	38
2.12	Procedimientos estadísticos.	38
2.12.1.	Plan de codificación de los datos.	38
2.12.2	Análisis estadístico de los datos.	39
2.13.	Calendario de actividades	39
2.14.	Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.	40
2.15.	Consideraciones éticas.	41
3.	Resultados.	42
3.1	Datos de la ficha de identificación	42
3.2	Evaluación de la integridad de los genogramas según el CARG	42
3.3	Eventos obstétricos	44
3.4	Errores detectados en los genogramas	45
3.5	Aciertos encontrados en los genogramas	46
3.6	Estructura familiar	47
3.7	Desarrollo familiar	48
3.8	Ocupación familiar	49
3.9	Integración familiar	50
3.10	Ciclo de vida	51

3.11	Tiempo necesario para elaborar el genograma	52
4.	Discusión.	52
4.1.	Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados en el perfil profesional, los ejes de acción y las áreas de estudio de la Medicina Familiar	58
5.	Conclusiones.	61
6.	Bibliografía.	65
7.	Anexos.	68

1. Marco Teórico.

1.1. Antecedentes:

Definición:

El genograma es la representación gráfica de las principales características e interrelaciones de un grupo familiar a lo largo del tiempo. Se le considera un sistema de registro y un instrumento clínico versátil¹⁻⁵.

Sinonimia:

También se le conoce como familiograma, árbol genealógico, árbol familiar, pedegree humano⁶⁻⁸.

Uso por profesionales:

El genograma ha sido visto como una herramienta útil tanto para médicos familiares como para terapeutas familiares, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y en general para los interesados en el estudio de la familia como genetistas, historiadores, psichistoriadores, genealogistas, antropólogos, biógrafos, etcétera, quienes lo han adaptado a sus necesidades y perspectivas^{3,6,8-12}.

Antecedentes históricos:

El genograma fue desarrollado inicialmente por Murray Bowen y ampliado por Guerin y Pendergast en 1976 y por Watchel en 1982. En 1978 Rakel dio a conocer una simbología para la construcción de genogramas en el ámbito de la medicina familiar en Estados Unidos de Norteamérica. En ese mismo año Datz introduce el genograma en México como instrumento de investigación familiar. En 1980, Jolly presentó una propuesta de unificación de los símbolos con el propósito de capacitar a médicos residentes para el

uso de lo que él llamó un esquema básico. En 1985, un grupo de médicos y terapeutas familiares de la Task Force of the North American Primary Care Research presidido por McGoldrick, uniformó los elementos para la construcción de genogramas. En 1994 Waters, publicó los símbolos usados por trabajadores sociales y médicos familiares de Canadá. Badía publicó en 1995 los símbolos y criterios de uso común entre los médicos familiares de España. Ese mismo año, la National Society of Genetic Counselors dio a conocer sus recomendaciones para estandarizar el uso de los símbolos en la construcción de genogramas. En México, en 1999 se publica la propuesta de clasificación y unificación de criterios para la construcción de genogramas aplicables en medicina familiar, por un Comité Académico para la Revisión del Genograma (CARG) integrado por profesores del Departamento de Medicina Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México y miembros del Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar^{3,6,8}.

Familia:

Dado que es la familia el objeto de estudio de los genogramas es conveniente definirla. La OMS señala que por familia se entiende a “el grupo de personas del hogar que tienen cierto parentesco por sangre, adopción o matrimonio, limitado por lo general al cabeza de familia, su esposa y los hijos solteros que conviven con ellos. El grado utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no pueden definirse con precisión en escala mundial”¹³⁻¹⁷.

El censo canadiense la refiere como “esposo y su esposa con o sin hijos o padre o madre, con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo”. El censo americano de Bureau: “un grupo de dos o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos, de matrimonio o adopción y que ejercen interacción recíproca porque saben que existen los demás y saben que existen ellos y se consideran unidad”^{13, 16, 18}.

El diccionario de la Lengua Española señala que por familia se debe entender “al grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendentes, descendentes, colaterales y afines a un linaje”. Minuchin y Fishman (1992) definen a la familia como “un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de relación”. Santacruz

Varela propone un concepto básico que ayuda a los médicos familiares en su labor: “grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que, en general, comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud individual y familiar”^{12, 15, 17}.

Utilidad en medicina:

Los genogramas presentan la información en forma gráfica de tal manera que proporciona un rápido vistazo de complejas normas familiares y una rica fuente de hipótesis de la forma sobre como un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo. El genograma es un instrumento clínico versátil y práctico que puede ayudar a los médicos familiares a integrar información de la familia del paciente dentro del proceso de aclaración del problema médico para una mejor atención del propio paciente. También es una herramienta para la recopilación, registro y muestra de la información familiar en el cuidado orientado de la familia. El genograma ha sido comparado con otros instrumentos de evaluación de la familia, Grant et al sugieren que el genograma fue el único predictor de la utilización de servicios en la práctica de la medicina familiar, aunque la funcionalidad familiar, los eventos de vida y el apoyo social no fueron determinantes importantes de la utilización de servicios^{1, 2, 9, 10, 19, 20}.

Con este instrumento se representa información en forma de diagrama de flujo que permite identificar procesos biológicos, emocionales y sociales de una familia a través de diversas generaciones. Los genogramas han sido comparados con los instrumentos médicos mas tradicionales, tales como los rayos X y los electrocardiogramas, que facilitan la generación de hipótesis, los diagnósticos diferenciales y finalmente un plan de manejo para el paciente; facilita el abordaje sistémico familiar en la atención al paciente y proporciona una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos y psicosociales. También ayuda a establecer relaciones con los pacientes y empatizar con ellos; es útil para evaluar el lugar que ocupan las familias en su ciclo vital, proporcionando una imagen trigeracional de la familia y de su tránsito a través del ciclo de vida, revela patrones de enfermedad importantes y problemas psicosociales y es particularmente útil en la detección de problemas emocionales.

La información que se registra en el genograma ayuda al médico familiar para generar hipótesis acerca de los riesgos del paciente en relación con las enfermedades familiares o los generadores de estrés, tales como diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas coronarias, abuso de sustancias y depresión. Una historia familiar con estos problemas muchas veces permite a un médico familiar generar rápidamente hipótesis acerca de la queja con que se presenta un paciente y entonces desarrollar preguntas que ayudan a llegar a un diagnóstico y plan de manejo, los genogramas pueden ser efectivos para evaluar los problemas de pacientes con quejas vagas^{1, 19-22}.

Aspectos para los que podrían ser útiles los genogramas:

Aspectos biopsicosociales: ansiedad, depresión o ataques de pánico. Abuso de sustancias.

Múltiples quejas somáticas o vagas. Falta de cooperación. Aspectos psicosociales: historia de abuso físico, sexual o emocional. Problemas de comportamiento en la infancia. Transición difícil del ciclo de vida.

Aspectos de la relación médico paciente: paciente enojado o demandante. Paciente que desagrada al médico.

Frecuentemente los pacientes demandantes, difíciles y enojadizos, así como los pacientes cuyos médicos les parecen antipáticos, responden bien si los involucramos en la elaboración del genograma. El proceso les permite a los pacientes y a los médicos escapar de lo que sienten como una relación improductiva. Los pacientes interpretan el proceso del genograma como un acto de estar siendo escuchados y ser importantes como personas. El proceso permite al médico conocer más en relación de las experiencias de la vida de los pacientes y como resultado, ser más comprensivos con sus necesidades y comportamientos. La empatía puede ser a su vez aprovechada para facilitar una relación médico paciente más efectiva y satisfactoria para ambos. La estimulación de una relación armónica a menudo se refleja en un paciente más abierto y cooperador, aceptando las referencias médicas y no médicas. Al completarse, un genograma también comunica un mensaje al paciente de que un médico familiar está interesado en dirigirse a problemas familiares y psicosociales como parte de atención de salud actual. Muchos pacientes y médicos consideran al genograma como una vía no amenazante para averiguar acerca de aspectos potencialmente delicados, tales como

abuso sexual y alcoholismo. Hacer el genograma con pacientes que somatizan es la clave para identificar una posible historia de abuso sexual y ayudar para trabajar con esto; pueden evidenciarse con quejas vagas en etapas del ciclo de vida estresantes que evocan el evento traumático en forma inconciente. El genograma brinda importantes claves que el médico puede identificar como parte del problema ahorrando tiempo en vez de gastarlo en una larga lista de síntomas. Esto es particularmente cierto para problemas familiares que se presentan de formas difusas como la depresión y los trastornos de ansiedad donde el genograma identifica más pacientes y miembros de familia con problemas emocionales que las historias familiares de rutina^{3, 19, 20, 22, 24}.

El impacto visual de los genogramas puede ser de utilidad para los pacientes y los médicos en determinar si los problemas médicos presentes están relacionados con aspectos familiares o psicosociales. Los médicos familiares pueden observar rápidamente la problemática médica y comprender como la información familiar podría influir en las quejas actuales de los pacientes. Por otra parte los pacientes están contrariados por repetirse pautas en sus familias, tales como alcoholismo y problemas cardiacos. Esta información puede influenciar la conciencia del paciente y fomentar una sensación de urgencia para atenderse y tomar decisiones encaminadas a cumplir con los regímenes médicos sugeridos.

Ventajas de los genogramas^{4, 8, 19, 20, 22, 23}

1. Presentación de un registro médico sistemático.
2. Lectura facilitada. Formato gráfico.
3. Identifica pautas generacionales, biomédicas y psicosociales.
4. Evalúa relaciones entre el entorno familiar y la enfermedad.
5. Establece una relación armónica.
6. Vía no amenazante para obtener información emocionalmente cargada.
7. Demuestra interés en el paciente y otros familiares.
8. Reestructura los problemas presentes en los pacientes.
9. Manejo médico y medicina preventiva.
10. Permite hacer evidentes los obstáculos para la cooperación.
11. Identifica eventos de la vida que podrían afectar el diagnóstico y tratamiento.
12. Identifica pautas de enfermedad, facilita la educación del paciente.

13. Detecta la etapa del ciclo de vida que cursa la familia.
14. Evalúa la dinámica familiar
15. Representa la estructura funcional de la familia
16. Favorece la elaboración de hipótesis terapéuticas.

Al estudiar la extensión del contexto familiar actual, el clínico puede evaluar la relación de los actores inmediatos entre sí en el drama familiar, así como su relación con el sistema mayor y evaluar la fuerza y vulnerabilidad de la familia con respecto a la situación global. Como consecuencia de ello, en el genograma se incluye a todo el elenco de actores (miembros nucleares y anexos de la familia así como miembros que no pertenecen a la misma pero que vivieron con ellos o tuvieron un papel importante en la vida familiar) y un resumen de la situación familiar actual, incluyendo problemas y hechos relevantes. Luego se pueden señalar la conducta y los problemas actuales de los miembros de la familia sobre el genograma desde múltiples perspectivas. Minuchin explica que la familia está conformada por varios subsistemas u holones, holón significa que se es un todo y una parte al mismo tiempo, con lo que se considera entonces que la familia es un todo y a la vez un sistema que es parte de otro mayor; existen varios holones que forman parte de la estructura familiar: holón individual, conyugal, parental, fraterno. La persona índice o identificada con el problema, puede ser considerada dentro del contexto de varios subsistemas tales como hermanos, triángulos, relaciones recíprocas complementarias y simétricas o en relación con los metasistemas como la comunidad, las instituciones sociales y el contexto sociocultural más amplio²⁵.

La familia es el sistema primario y más poderoso al que pertenece una persona. El funcionamiento físico, social y emocional de los miembros de una familia es profundamente dependiente, con cambios en una parte del sistema que repercuten en otras partes del mismo. Además de las interacciones, las relaciones familiares tienden a ser altamente recíprocas, pautadas y reiterativas. Son estas pautas redundantes las que nos permiten realizar predicciones tentativas a partir de los genogramas.

Una suposición básica es que los problemas y síntomas reflejan la adaptación de un sistema a su contexto total en un momento determinado. Los esfuerzos de adaptación por parte de los miembros del sistema reflejan muchos niveles del mismo, desde el biológico, el intrapsíquico hasta el interpersonal, es decir, familia nuclear y anexa, comunidad, cultura y más allá. Las familias se repiten a si mismas, lo que sucede en una generación menudo se repetirá en la siguiente, es decir, las mismas cuestiones tienden

a aparecer de generación en generación, a pesar de que la conducta actual pueda tomar una variedad de formas. En el genograma, se buscan pautas de funcionamiento, relaciones y estructuras que continúan o se alteran de una generación a otra.

Al estudiar el sistema familiar desde el punto de vista histórico y evaluar previas transiciones de ciclos vitales, se pueden situar las cuestiones actuales en el contexto de las normas evolutivas de la familia. Es por eso que en general, el genograma incluye por lo menos a tres generaciones de familiares así como a sucesos nodales y críticos en la historia de la familia, en particular los relacionados con el ciclo vital. Cuando se interroga a la familia sobre la situación actual con respecto a los temas, mitos, reglas y cuestiones con cargas emocionales de generaciones previas, se hacen evidentes pautas reiterativas. En el genograma se pueden ver con claridad las pautas de enfermedades previas y cambios tempranos en las relaciones de la familia originados a través de los cambios en la estructura familiar y otros cambios críticos de la vida, proporcionando así una rica fuente de hipótesis sobre que es lo que lleva al cambio a una determinada familia.

Carter (1978) menciona que el flujo de ansiedad en un sistema familiar se da tanto en la dimensión vertical como en la horizontal. El flujo "vertical" deriva de pautas de relación y funcionamiento que se transmiten históricamente de una generación a otra, en especial a través del proceso del triángulo emocional. El flujo de ansiedad "horizontal" surge de las tensiones actuales que pesan sobre toda la familia a medida que avanza a través del tiempo, soportando los cambios inevitables, las desgracias y las transiciones en el ciclo de vida familiar. Con la tensión suficiente en este eje vertical se pueden crear nuevos problemas de modo tal que hasta una pequeña tensión emocional puede tener serias repercusiones en el sistema. El genograma ayuda al médico a rastrear el flujo de ansiedad a través de las generaciones y del contexto familiar actual. La familia sintomática queda detenida en el tiempo sin poder resolver su crisis reorganizándose y siguiendo adelante. La historia y las pautas de relación que revela la evaluación de un genograma proporcionan claves importantes sobre la naturaleza de esta crisis. Tal como lo ha señalado Bowen, las relaciones entre dos personas tienden a ser inestables. Bajo tensión, dos personas tienden a atraer a una tercera, estabilizando el sistema al formar una coalición, las dos uniéndose con relación a la tercera. Por lo tanto, la unidad básica de un sistema emocional tiende a ser un triángulo. Los genogramas pueden ayudar al médico a identificar los triángulos clave en un sistema familiar, a detectar cómo las pautas triangulares se repiten de una generación a la siguiente y a diseñar estrategias

para cambiarlas. Los miembros de un sistema conforman un todo funcional. Es decir que las conductas de los miembros de una familia son complementarias o recíprocas. Esto nos conduce a esperar una cierta concordancia o equilibrio interdependiente en las familias que implica dar y recibir, acción y reacción. Es por ello que una falta en una parte de la familia puede complementarse con un exceso en otra parte de la misma. El genograma ayuda al médico a identificar los contrastes e idiosincrasias en familias que son del tipo de equilibrio complementario o recíproco⁹.

Construcción de los genogramas:

Crear un genograma supone tres niveles:

- 1.-Trazado de la estructura familiar.
- 2.-Registro de la información sobre la familia.
- 3.-Delineado de las relaciones familiares.

La columna vertebral de un genograma es una descripción gráfica de cómo diferentes miembros de la familia están biológica y legalmente ligados entre sí de una generación a otra. Este trazado es la construcción de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones. Como sucede con cualquier mapa, esta representación sólo tendrá significado si los símbolos están definidos para aquellos que tratan de leer el genograma.

En 1999 Gómez-Clavelina y cols. después de comparar diversas recomendaciones, presentan una propuesta para la construcción de genogramas.

Criterios generales:

Para la construcción del genograma conviene considerar como eje a la pareja que integra a los miembros del hogar en estudio, situando las figuras que los representan en distintos niveles con el siguiente orden de lectura:

Primer nivel, los padres de la pareja, tanto paternos como maternos.

Segundo nivel, los hermanos de la pareja.

Tercer nivel, la pareja que integra los miembros del hogar en estudio.

Cuarto nivel, los hijos de la pareja.

Esta organización del genograma permite la identificación de tres generaciones, quedando a libre criterio la inclusión de otras. En todos los casos, se colocarán a la izquierda el padre y a la derecha la madre; los hijos se ubicarán de izquierda a derecha según su edad, de mayor a menor. La línea del vínculo que une a los integrantes de la pareja del hogar en estudio deberá prolongarse hacia abajo desde el lugar que ocupan entre sus hermanos.

Los símbolos que representan las uniones conyugales previas o relaciones extramatrimoniales, se colocarán del lado correspondiente a la persona que se refieran, se indicarán según su sexo, en el mismo nivel y línea de vínculo ascendente que une a la pareja actual, utilizando la simbología indicada para el divorcio, separación o unión libre. Se anotarán los años en que acontecieron estos eventos siguiendo un orden cronológico^{3, 26}.






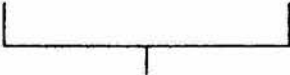

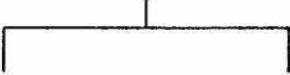



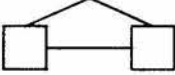
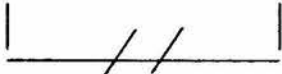
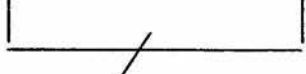
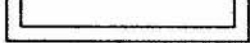

Se dibujarán las figuras conservando una proporción semejante, con excepción del símbolo que representa el aborto y la familia que habita la casa. La edad de cada persona se anotará en el interior de la figura. El nombre, la escolaridad y ocupación se consignarán por fuera de la figura, de preferencia en la parte inferior. Se encerrarán dentro de una misma línea los miembros que viven bajo el mismo techo.

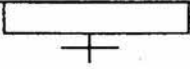

Es necesario señalar los ángulos superior o inferior de la hoja en la que se dibujó el genograma los elementos que permitan su identificación: nombre de la familia, número de folio o expediente, fecha en que fue elaborado y la persona que lo diseñó.

No se considera necesario el empleo de símbolos para cada entidad nosológica por lo que se recomienda escribir el nombre del problema de salud a un lado de la figura que represente a la persona afectada, con lo cual se limita la saturación de figuras que propiciaría dificultades en la elaboración y lectura del genograma. Los fallecimientos se representan al cruzar la figura, anotando la causa y fecha de la muerte. Mullins y Seely además hacen incapie en interrogar intencionalmente sobre enfermedades de carácter hereditario, problemas de reproducción, adicciones entre otros datos^{2, 27}.








A continuación se muestra la simbología propuesta por el Comité Académico de Revisión de Genogramas -CARG-³.

Estructura familiar:


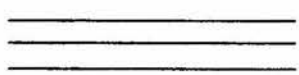


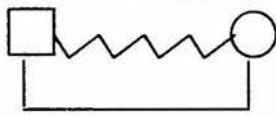
Sexo	   Hombre Mujer Indefinido
Adopción	 
Matrimonio	
Vínculo ascendente	
Vínculo descendente	
Personas que habitan la casa	
Unión libre	
Gemelos heterocigotos	
Gemelos homocigotos	
Divorcio	
Separación	
Matrimonio consanguíneo	
Descendencia desconocida	

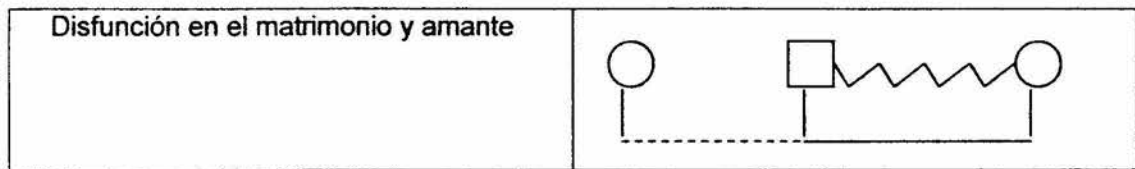
Matrimonio sin embarazos ni hijos	
Vive lejos del hogar	

Asociación con salud-enfermedad

Aborto	  Espontáneo Inducido
Muerte	
Embarazo	
Paciente identificado	 
Óbito	

Relaciones interpersonales

Relaciones conflictivas	
Relaciones cerradas	
Relaciones distantes	
Relaciones dominantes	
Disfunción en el matrimonio	



Clasificación de los genogramas:

El CARG clasificó los símbolos y características para la construcción de genogramas en tres categorías: *básicos* como aquellos que representan la estructura familiar y los vínculos intergeneracionales; los *específicos* son los que señalan elementos generales de carácter social, así como eventos significativos que ocurren durante la existencia de la familia y los *complementarios* que se refieren al señalamiento de las relaciones afectivas intrafamiliares¹¹.

R gistro sistemático de informes médicos:

Los médicos de familia y otro personal al cuidado de la salud con un compromiso para continuar un cuidado comprensivo asumen la responsabilidad de tratar a los individuos no en forma aislada sino en el contexto de sus familias. Además, cada vez hay mayor evidencia de la relación entre el nivel de funcionamiento de la familia y el bienestar emocional y físico de cada miembro de ella. La enfermedad de un miembro de la familia interrumpe el funcionamiento de la misma; por otra parte, la dinámica familiar puede tener un papel en el desarrollo de una enfermedad en sus miembros. Por ejemplo, se ha relacionado las tensiones de la familia con la aparición de una variedad de enfermedades respiratorias en los niños. Además, se ha demostrado la importancia del apoyo familiar para contrarrestar dichas tensiones, el rol del funcionamiento familiar y la respuesta clínica a los regímenes de tratamiento. Por lo tanto tiene sentido que los guardianes de la salud reúnan información relevante al entendimiento de los problemas médicos en su contexto familiar sistemático. Sin embargo, lamentablemente, la mayoría de los médicos no prestan atención sistemática a las pautas familiares por que no tienen como explorarlas y porque no les han enseñado a utilizar la información sobre la familia en el tiempo limitado que tiene disponible. Tal vez, el genograma es la herramienta más útil desde el punto de vista clínico para evaluar estas conexiones entre la familia y la enfermedad. Es a la vez eficaz y económico ya que le permite al médico reunir con

rapidez información relevante sobre la familia y registrar dicha información en forma clara y de fácil lectura. La mayor ventaja del genograma es su formato gráfico. Cuando hay un genograma en la historia clínica, el médico puede obtener con un rápido vistazo un cuadro inmediato de la familia y de la situación médica sin tener que leer abundantes notas. En el genograma se puede señalar información médica crítica y el problema médico actual puede verse de inmediato dentro de un contexto familiar más amplio y su contexto histórico. Por lo tanto, el genograma en sí realza la perspectiva sistemática de la enfermedad⁹.

Construcción de una relación:

El proceso de reunir información sobre la familia con el genograma puede contribuir a establecer una relación entre el médico y el paciente; les permite escapar de lo que pudieran sentir como una relación improductiva. Roges y Durkin (1984) descubrieron que la mayoría de los pacientes, después de dedicar 20 minutos a la entrevista del genograma, sentían que dicha entrevista podía mejorar su atención médica y su comunicación con los médicos. En un mundo médico complejo, tecnológico y de rápido crecimiento, los pacientes suelen quejarse de médicos especialistas impersonales que solo muestran interés en sus trastornos y no en ellos como personas. La entrevista para la construcción de genogramas demuestra un interés en el bienestar de cada miembro de la familia. Esto puede tener particular importancia dado que el acatamiento médico suele estar relacionado con la confianza y la fe que la familia tiene en el médico y otro personal. Mullins y Seely proponen que la entrevista debe iniciar con información estándar como nombres, fechas, enfermedades. Es esencial una atmósfera de verdad y aceptación antes de obtener más material personal. El acercamiento genuino y sin prejuicios produce un grado de apertura aún cuando el entrevistador no ha sido conocido previamente. Debe haber un acuerdo de protección a la privacidad. Hay que indicar a la familia que todas las familias tienen problemas, relaciones difíciles, secretos y esto puede permitir que se examinen temas previamente reprimidos o ignorados y obtener un nuevo conocimiento de su historia familiar y de ellos mismos y sus síntomas^{9, 27, 28}.

Control médico y medicina preventiva:

El riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que ocurra un daño a la salud. Los factores de riesgo son características o circunstancias detectables en individuos o grupos, asociadas con una probabilidad mayor de experimentar una enfermedad o accidente. Estos factores son la característica cualitativa y/o cuantitativa del agente, huésped y ambiente dentro del concepto ecológico de la enfermedad. Estos factores pueden ser biológicos, ambientales, socioculturales, económicos, o estar relacionados con el estilo de vida o con los servicios de salud. El médico familiar entiende la organización de su práctica profesional no solo en términos de un conjunto de individuos, sino en términos de una población en riesgo¹⁵.

Los médicos de familia pueden y a veces utilizan su conocimiento en las relaciones y pautas de la familia del paciente para desarrollar un diagnóstico y planes terapéuticos para sus pacientes. La información que aparece en el genograma puede utilizarse en forma directa en la planificación del tratamiento o como una base de referencia.

Una evaluación en el funcionamiento familiar es relevante en el tratamiento médico porque: 1) el médico puede "anticipar una conducta enferma y en algunos casos tomar medidas preventivas"; 2) dicha evaluación puede ser benéfica para anticipar el cumplimiento; 3) documentar los sucesos de la vida puede señalar las tensiones que podrían afectar el tratamiento y 4) los problemas psico-sociales críticos pueden necesitar una intervención activa y/o referencia externa. En particular en las zonas problemáticas del paciente tales como la somatización, alta utilización, quejas múltiples y dolor crónico la evaluación del funcionamiento y del apoyo social en general, será más provechosa. El genograma como instrumento de evaluación puede ser útil a todas las funciones antes mencionadas. Las indicaciones que aparezcan en el genograma sobre enfermedades previas o pautas sintomáticas pueden conducir a una temprana detección de un problema y a un tratamiento preventivo de los familiares que corran riesgo. Las pautas vinculares en el genograma pueden sugerir la posibilidad de que la familia cumpla con una recomendación del tratamiento e indicar que apoyos sociales estarán disponibles para manejar una enfermedad. El genograma muestra los sucesos críticos que pueden estar presionando a un paciente, ya sea en el presente como en el pasado. Dichos sucesos sugieren una reorganización de la familia para adaptarse al cambio, en particular cuando comprenden transiciones en el ciclo de vida o cambios de roles. Y por último, el genograma es un registro importante del funcionamiento psico-social de la familia que

puede indicar cuándo es necesaria una intervención. La información recabada al construir un genograma puede ser más sensitiva y menos específica que la entrevista de consulta para detectar personas con riesgo de depresión y ansiedad, ya que los criterios diagnósticos probablemente no son usados en una historia clínica. Los pacientes que tienen un reporte positivo de depresión y/o ansiedad en un familiar deben ser tratados con confidencialidad y la información plasmada en el genograma. Por otra parte los pacientes con antecedentes negativos a depresión y ansiedad deben ser tratados con cautela ya que el genograma tiene baja sensibilidad en los miembros de esta familia. Se encuentra que tienen mayor riesgo de depresión y ansiedad las personas solteras, divorciados o separadas. El genograma puede incluir intencionalmente información sobre enfermedades de origen o predisposición hereditaria como neoplasias, enfermedades inmunológicas, reumatológicas, neurológicas, etc.^{9, 22, 27}.

Quién diseña el genograma:

Los genogramas, dentro del contexto médico, pueden obtenerse de diferentes formas. Los pacientes pueden completar un formulario antes de su primera visita o bien un técnico, una enfermera, una secretaria o un estudiante de medicina puede tomar el genograma antes de que el paciente vea al médico por primera vez. Dichos genogramas se pueden realizar en 15 a 20 minutos, incluso por un entrevistador sin mayor experiencia. O bien el médico puede tomar el genograma, ya sea durante la primera entrevista o como parte de la entrevista para la historia clínica completa del paciente. Sin embargo en la práctica debido a las limitaciones del tiempo, el médico solo puede recoger una información muy básica durante la primera entrevista, los detalles podrán ir agregándose a medida que se desarrolla su relación con el paciente^{9,14}.

Cuándo debe emplearse el genograma:

Se utiliza para evaluar el papel de la familia en la práctica clínica, como sistema de registro y como método para establecer una correcta comunicación entre el médico y el paciente. Deberá utilizarse siempre que la situación clínica sugiera una crisis o disfunción familiar. En estos casos actúa como instrumento diagnóstico que permite al médico

contrastar hipótesis relacionadas con la contribución del sistema familiar al problema detectado. Igualmente está indicado su empleo en familias con pacientes crónicos, graves o terminales que requieren un apoyo específico. Mullins y Seely en un centro de Alabama aplican el genograma como rutina a todos sus pacientes dejando la evaluación con el estudio de salud familiar para casos especiales^{14,27}.

Cómo interpretar el genograma:

La interpretación del genograma está limitada por la calidad de su construcción, está claro que no se puede leer aquello que no está representado. También depende de la experiencia que posea el que lo analiza, se comprende que cuanto más se utilice este instrumento, se está en mejores condiciones para interpretarlo correctamente. Se puede interpretar en las siguientes áreas: estructura familiar, ciclo de vida familiar, repetición de patrones familiares a lo largo del tiempo, acontecimientos vitales y recursos familiares, patrones relacionales familiares, datos demográficos, problemas sociales y de salud^{14,22}.

Estructura familiar:

Existen diferentes clasificaciones, una de las más comunes es la descrita por Irigoyen: familia nuclear formada por padre, madre e hijos. Familia extensa, formada por padre, madre, hijos y otros miembros que compartan lazos consanguíneos de adopción o de afinidad. Familia extensa compuesta, además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como es el caso de amigos o compadres. Sin embargo existen familias con cambios que no pueden incluirse en esta clasificación por lo que en este trabajo se usó la propuesta por Monroy, Boschetti e Irigoyen que las clasifica en familia construida, cuando no hay experiencia de haber vivido en pareja y reconstruida cuando se tiene el antecedente de que alguno de los cónyuges tuvo la experiencia de haber formado previamente un sistema conyugal, ambas pueden ser nucleares, extensas y compuestas. La familia nuclear está formada por padres e hijos con todas sus variantes. Los padres sin hijos, uno de los padres, un hijo y los hermanos. La familia extensa está formada por algún miembro de la familia nuclear mas otro familiar consanguíneo; cuando se clasifique el origen generacional se tendrían tres tipos: binuclear cuando hay dos familias nucleares de dos generaciones. Polinuclear: cuando

hay mas de dos familias de dos generaciones. De dos, cuando son dos familiares consanguíneos. Existen algunos tipos especiales de familia con características muy peculiares en su dinámica familiar: Familia acordeón que tiene la particularidad de que alguno de los padres se va por temporadas largas y cuando regresa ocasiona una dinámica en la cual la familia se adapta a largos periodos de ausencia y pocos de convivencia. Familia con soporte: cuando un hijo asume funciones parentales. Familia con fantasma: aquella en la que falta por muerte o separación física alguno de sus miembros y la familia no se puede adaptar a esta pérdida y sigue funcionando como si el familiar ausente continuara viviendo realmente con la familia. Estos tipos especiales no se identifican con facilidad en un genograma a menos que se busque información directamente relacionada con estas dinámicas y se describan en el formato^{28, 29}.

El ciclo de vida:

Existen diferentes ciclos de vida por los que cursa el individuo, éste vive su propio ciclo de vida como persona y puede crear nuevos. Si se une en pareja iniciará el ciclo de la pareja y si crea una familia iniciará el ciclo de vida familiar. La distribución de las familias según la fase del ciclo vital en que se encuentran es de suma utilidad para el médico de familia, ya que le permitirá comprender mejor los cambios emocionales, conductuales y de interacción que se producen en cada una de ellas. Como las fases por las que atraviesa la familia están bien definidas y son predecibles, se puede establecer un asesoramiento anticipado que permite eliminar o reducir los factores de riesgo que surgen en las transiciones del ciclo de vida. En la Clínica "Dr. Ignacio Chávez" el ciclo de vida más utilizado en sus formatos es el de Geyman que consta de 5 fases: Fase de matrimonio que se inicia con la consolidación del vínculo matrimonial, concluyendo con la llegada del primer hijo. La fase de expansión es el momento en que se incorporan nuevos miembros a la familia, los hijos. La fase de dispersión se identifica por que todos los hijos van a la escuela y ni uno solo se encuentra trabajando. La fase de independencia ocurre cuando los hijos forman sus propias familias y, finalmente la fase de retiro y muerte ocurre con la incapacidad para trabajar o la muerte de uno de los miembros de la pareja. Sin embargo existen otras clasificaciones que también son útiles, a continuación se exponen los diferentes ciclos que puede vivir una persona, la pareja y la familia, en este último caso se muestran diferentes clasificaciones y sus equivalentes^{8,13-16,26,28,30}.

Ciclo de vida del individuo¹³

Edad en años	Etapa de vida
0-1	Infancia
2-3	Niñez temprana
4-5	Niñez mediana
6-11	Niñez tardía
12-14	Adolescencia temprana
15-17	Adolescencia mediana
18-22	Adolescencia tardía
23-27	Adulthood temprana
28-39	Adulthood mediana
40-59	Adulthood tardía
60-69	Vejez
70 y mas	Ancianidad

Ciclo de vida de la pareja³⁰

Etapa de adaptación o primeros dos años de matrimonio
La llegada del primer hijo
El ingreso del hijo a la escuela o la crisis de los cinco años del matrimonio
La etapa de los 7 ó 9 años de matrimonio
El periodo de la adolescencia de los hijos o etapa de los 15 ó 20 años de vida conyugal
La fase de nido vacío o cuando la pareja se queda sin hijos en la casa

Ciclos de vida de la familia según diferentes autores

Geyman 8, 28	Duval 8	OMS modificado 14	Medalie 14	Estrada Inda 15
Matrimonio	1- Pareja sin hijos	I Formación	I Noviazgo y recién casados II Pareja que espera un hijo	I Etapa constitutiva: 1 Fase preeliminar 2 Fase de recién casados
Expansión	2- Nace el primer hijo	II a Extensión II b Extensión III Final de la extensión	III Nace el primer hijo	II Etapa procreativa: 3 Fase de expansión: a) nacimiento del primer hijo b) hijos preescolares
Dispersión	3- Hijos preescolares 4- Hijos escolares 5- Hijos adolescentes		IV Familia con hijos adolescentes	4 Fase de consolidación y apertura a) familia con hijos escolares b) familia con hijos adolescentes
Independencia	6- Desprendimiento 7- Padres solos	IV Contracción V Final de la contracción	V La edad madura	III Etapa de dispersión: 5 Fase de desprendimiento IV Etapa familiar final: 6 Fase de independencia
Retiro y muerte	8- Padres ancianos	VI Disolución	VI Senectud y viudez	7 Fase de disolución a) familia anciana b) viudez

Repetición de patrones familiares a lo largo de generaciones:

Cuando el médico estudia el genograma deberá descubrir pautas que se repitan a través de generaciones. Su conocimiento tiene importancia ya que permitirá ayudar a las familias a evitar las repeticiones presentes y futuras de las pautas que tengan un carácter negativo. La repetición de patrones a lo largo de generaciones puede estar en relación con la estructura, la morbilidad o el funcionamiento familiar. El funcionamiento y los hábitos de los miembros de una familia pueden reproducirse a través de generaciones. Esta transmisión puede ser lineal o discontinua. Se deben estudiar las pautas repetitivas en caso de alcoholismo, suicidio, violencia, incesto, no solo por que se pueden poner en

marcha acciones para interrumpir estas pautas, sino también para poder explicar una actitud de rechazo ante determinadas tendencias en un intento de eliminarlas en el futuro¹⁴.

Acontecimientos vitales y recursos familiares:

El genograma que registra fechas críticas, sucesos de la vida impactantes y recurrencia de acontecimientos estresantes, es un instrumento válido para el médico, en especial con los acontecimientos relacionados con pérdidas, las que deben analizarse atendiendo a la tipología familiar y las edades de los miembros en el momento de la pérdida. Los acontecimientos relacionados con el matrimonio o el embarazo, al obligar a una readaptación de papeles y funciones, producen con frecuencia crisis familiares. Ante estas crisis ponemos en marcha una serie de mecanismos defensivos, de adaptación, una serie de instrumentos económicos, afectivos, de conducta, etc., que se denominan recursos, estos pueden ser personales, familiares o externos. Las redes de apoyo están constituidas por miembros de la familia extensa, amigos y vecinos que proporcionan ayuda solidaria, además de las agencias sociales de los sectores público y privado. El estudio del genograma nos puede indicar los recursos cualitativos, es decir, el número de personas y su relación de parentesco, a quien nos podemos dirigir en momentos de crisis. También indicará los recursos cuantitativos (apoyo social) el tipo de recurso que demandamos (confidencial, económico, afectivo, etc.)^{14, 31}.

Patrones de relación familiar:

De la Revilla en un análisis de genogramas reporta que logra identificar correctamente las relaciones familiares solo en un 66%; la imposibilidad de hacerlo en todos se debió a que los gráficos estaban incompletos, faltando líneas de relación parcial o totalmente. La familia desempeña parte de sus funciones a través de los subsistemas, estos pueden formarse por género, intereses o generaciones. El estudio de las relaciones permite conocer e investigar los subsistemas en donde se pueden encontrar diferentes formas de relación como las alianzas que es la asociación abierta o encubierta entre dos o más integrantes de la familia, las alianzas mas funcionales son aquellas que incluyen a miembros de la misma generación. En casos donde las alianzas son rígidamente persistentes o si se dan entre miembros de diferentes generaciones con el objeto de

perjudicar a un tercero se establece una asociación disfuncional llamada coalición. Otro tipo de alianza disfuncional es la triangulación donde cada uno de los progenitores busca la alianza del niño y lucha por ella. La coalición estable consiste en la alianza del hijo con uno de los padres. Está la desviación de ataque e donde el hijo se convierte en el chivo expiatorio por un conflicto conyugal no resuelto que se desvía en forma de agresiones al hijo. En la desviación de apoyo, los padres tratan de minimizar su pobre relación de pareja y dedican sus esfuerzos a cuidar en exceso del hijo. Tienen menos trascendencia las relaciones con personas del entorno familiar o del trabajo. Aunque si estas son muy absorbentes pueden crear tensiones y crisis en el subsistema familiar. Aunque también estas relaciones pueden ser positivas y servir de apoyo o recurso ante un evento estresante^{14, 26, 31}.

Datos demográficos:

Según su desarrollo la familia puede clasificarse en: Moderna si la madre trabaja fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre. Tradicional si el proveedor es el padre. Primitiva o arcaica por lo general es la familia campesina cuyo sostenimiento se produce exclusivamente por los productos de la tierra que laboran. Desde el punto de vista demográfico pueden clasificarse en rural o urbana según la ubicación de la familia. La integración familiar puede clasificarse en familia integrada, en la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones. Familia semiintegrada si los cónyuges viven juntos pero no cumplen de manera satisfactoria sus funciones y familia desintegrada si ocurre la ausencia de uno de los cónyuges ya sea por muerte, divorcio, separación o abandono debido a graves causas internas o externas. Dependiendo de la ocupación del que sostiene a la familia se trata de una familia profesional, obrera o campesina⁸.

1.2. Planteamiento del problema.

Los médicos familiares usan muy poco el genograma durante su práctica clínica, esto lo demostró Rosas en su investigación³². En un trabajo sobre el impacto de los estudios de familia en la práctica médica en México, donde el 92% de los encuestados eran médicos

institucionales, al 35% el genograma les parece la sección más difícil de realizar. Aún así, en los estudios de salud familiar de los médicos que aspiran a certificarse como especialistas en nuestro país, el 95.7% incluyen el genograma. Ha de tomarse en cuenta que el estudio de salud familiar es un requisito para certificarse y por supuesto deberá estar lo más completo posible. Una desventaja que refieren los médicos, motivo por lo que no hacen genogramas, es la falta de tiempo en la consulta, seguido del desconocimiento de datos que el interrogado tiene sobre la familia, así como la falta de un código único de símbolos³²⁻³⁴.

En la Unidad de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" se realizó por la autora y uno de sus asesores una encuesta de opinión entre los médicos adscritos. Esta encuesta se formuló y aplicó durante la etapa de planeación del proyecto sin considerarla objetivo del trabajo sino como un elemento para contextualizar el problema. Se plantearon siete preguntas donde se solicitaba al entrevistado su opinión respecto a aspectos generales del uso del genograma y su capacidad personal para realizarlo e interpretarlo. La encuesta se aplicó a 17 médicos, 15 de ellos especialistas en medicina familiar, uno de otra especialidad y un médico general. Los resultados se muestran en el siguiente cuadro:

Considera que el instrumento es muy útil.	53%
Opina que el genograma es fácil de elaborar.	47%
Considera que el genograma fácil de interpretar.	41%
Refiere que con el genograma siempre se pueden identificar factores de riesgo.	65%
Refiere que identifica redes de apoyo.	47%
Se considera a sí mismo capacitado para elaborar el genograma.	70%
Refiere que no cuenta con tiempo para aplicarlo.	41%

Como se observa, la media porcentual es de 53% lo cual indica que en general, los médicos se sienten capacitados pero desconocen las ventajas que les brinda el uso de los genogramas.

A pesar de la opinión de los médicos encuestados se refiere verbalmente por la jefa de enseñanza e investigación de esta Unidad que en la supervisión anual realizada en 2003 solo 1% de los expedientes revisados cuentan con genograma (dato no oficial).

Esto representa un problema para llevar a cabo el Nuevo Modelo Integral de Salud Preventivo del ISSSTE que incluye al genograma como parte de la historia clínica familiar que debe realizarse en todas las unidades de primer nivel de atención, de aquí la importancia de lograr que el genograma se elabore en forma rutinaria y con calidad en las Clínicas de Medicina Familiar³⁵.

La Unidad de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" ha sido sede del curso de especialización en Medicina Familiar desde 1979 en forma ininterrumpida. En sus instalaciones se capacita a médicos residentes en la adquisición de habilidades clínicas y no clínicas con el apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) a través del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina.

El Plan Único de Especializaciones Médicas contempla que durante la formación del residente éste sea capaz de utilizar los diferentes instrumentos de evaluación de la familia, entre ellos el genograma³⁶. Es por esto que durante su entrenamiento se capacita a los residentes en la aplicación de genogramas. Para ello se ha adoptado en la Unidad Académica "Dr. Ignacio Chávez", la simbología propuesta por el CARG como única a aplicar.

Entre las actividades de los residentes se contempla la elaboración de genogramas a pacientes tanto del primer nivel de atención como a pacientes hospitalizados, con el fin de que adquieran la habilidad de entrevistar, la capacidad de dibujar el genograma e interpretarlos, con el propósito de que conviertan esta herramienta en un instrumento útil en su trabajo cotidiano.

Sin embargo, se ha observado que en los ejercicios de revisión en grupo de casos clínicos que se practican rutinariamente en la clínica, se exponen genogramas con deficiencias. Entre los errores que con mayor frecuencia se detectan está que no señalan al paciente identificado, tampoco señalan a las personas que integran el núcleo familiar, no usan líneas de vínculo descendente y la información correspondiente para cada individuo está incompleta. Además, la interpretación del genograma en algunas ocasiones no es la correcta, detectándose confusiones entre los rubros de la clasificación integral propuesta por Irigoyen⁸, que es la que se utiliza durante el curso, y en las etapas del ciclo de vida familiar de Geyman.

El genograma también está considerado en el plan de estudios de otros países como en el Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de España, en el que dentro de las actividades docentes considera prioridad I, con nivel de responsabilidad primario, incorporar a la práctica herramientas de exploración familiar que incluyen la

construcción e interpretación de genogramas³⁷.

Ambos programas, el de México y el de España, contemplan que el residente logre identificar aspectos importantes de las familias como la etapa del ciclo de vida familiar entre otros, para los que el genograma es de gran utilidad. Se incluye como prioridad adquirir actitudes por parte del médico que permitan establecer una relación duradera con el paciente y su familia, aceptar a la familia como recurso y fuente de apoyo, mostrar respeto hacia el paciente, su familia y considerarlos un grupo que toma sus propias decisiones; comprometerse con la forma en que los pacientes y sus familias expresan su sufrimiento.

Estas actitudes se practican durante la aplicación del genograma con el paciente y su familia, mediante la elaboración del plan de trabajo a partir de la información aportada por esta herramienta^{36,37}.

En Estados Unidos de Norteamérica, el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de California, reconoce que se sabe poco acerca del mejor método para enseñar a los estudiantes como construir los genogramas. Shore menciona que la combinación de supervisión clínica y técnicas didácticas específicas podrían aumentar el uso clínico de los genogramas².

1.3. Justificación.

El genograma se considera uno de varios instrumentos de evaluación de la familia⁶. Permite a las Unidades Clínicas contar con un registro médico sistemático y al médico familiar establecer una relación armónica con el paciente a través de una vía no amenazante para obtener información emocionalmente cargada, pone en evidencia apoyos y obstáculos para la cooperación, identifica eventos de la vida que podrían afectar el diagnóstico y tratamiento médico y efectuar medidas preventivas^{4,19-23}, estas acciones se pueden realizar a partir de la clasificación integral de la familia⁸. Con esta herramienta es posible brindar atención al individuo y a su familia a través de las diferentes etapas por las que atraviesan, permitiéndole al médico otorgar atención primaria integral, coparticipativa, continua y con un enfoque preventivo en forma compartida con el individuo y su familia¹⁵.

El genograma puede ser la primera vía de acceso al estudio de la familia del paciente, de aquí la importancia de que los médicos familiares tengan la capacidad para elaborarlo bien. Este aspecto actualmente no se cubre por parte de los médicos adscritos a la Unidad "Dr. Ignacio Chávez", pero tampoco con los médicos residentes.

Esta clínica al ser sede académica cuenta con los recursos para el adiestramiento tanto de médicos residentes como de médicos de pregrado y de personal de enfermería a quienes es posible capacitar en la construcción de genogramas.

Los resultados de este estudio permiten detectar las deficiencias de los genogramas que dificultan la interpretación y limitan su utilidad. La capacitación de quienes apliquen el instrumento permitirá superar estos errores, eliminará el déficit de genogramas en los expedientes de la clínica y se podrán utilizar para planear estrategias de tratamiento y prevención en las familias que atiende la Unidad Académica.

Por los motivos ya mencionados en el planteamiento del problema de este trabajo, es necesario que al grupo de médicos, en particular a los residentes ya que son los futuros especialistas, se les dé una capacitación mínima en la elaboración de genogramas; aunque pudiera ampliarse con un curso formal. Es importante que además de la instrucción, en la medida de lo posible se imparta un entrenamiento práctico en la realización de los genogramas lo que conlleva también una supervisión por personal habilitado en base a los criterios del CARG. En este trabajo se dio una capacitación mínima con estos criterios No se pretendió abordar los aspectos de entrenamiento y supervisión ya que esto implica más tiempo y una serie de actividades docentes para controlar las dificultades que pudieran surgir.

La capacitación y la realización de genogramas por parte de los residentes será el inicio para que esta herramienta sea adecuadamente elaborada y los médicos residentes, junto con los médicos adscritos, puedan observar los beneficios que el genograma brinda.

Una de las principales razones por las que no se hacen genogramas es la falta de tiempo, en este trabajo se pretendió también medir el tiempo para proponer la aplicación del genograma no como parte de la consulta rutinaria sino como una consulta preparada y programada para realizarlo con los pacientes que el médico o el residente consideren que lo ameriten o bien en forma rutinaria como sugiere Mullins²⁷, a todos los pacientes de la población suscrita al consultorio para formular los planes de atención necesarios en la comunidad.

1.4. Objetivos:

Objetivos generales.

1. Evaluar las características de los genogramas elaborados por los residentes de medicina familiar según las recomendaciones del CARG.
2. Describir las características sociodemográficas de las familias con base en los datos que aporta el genograma realizado.

Objetivos específicos:

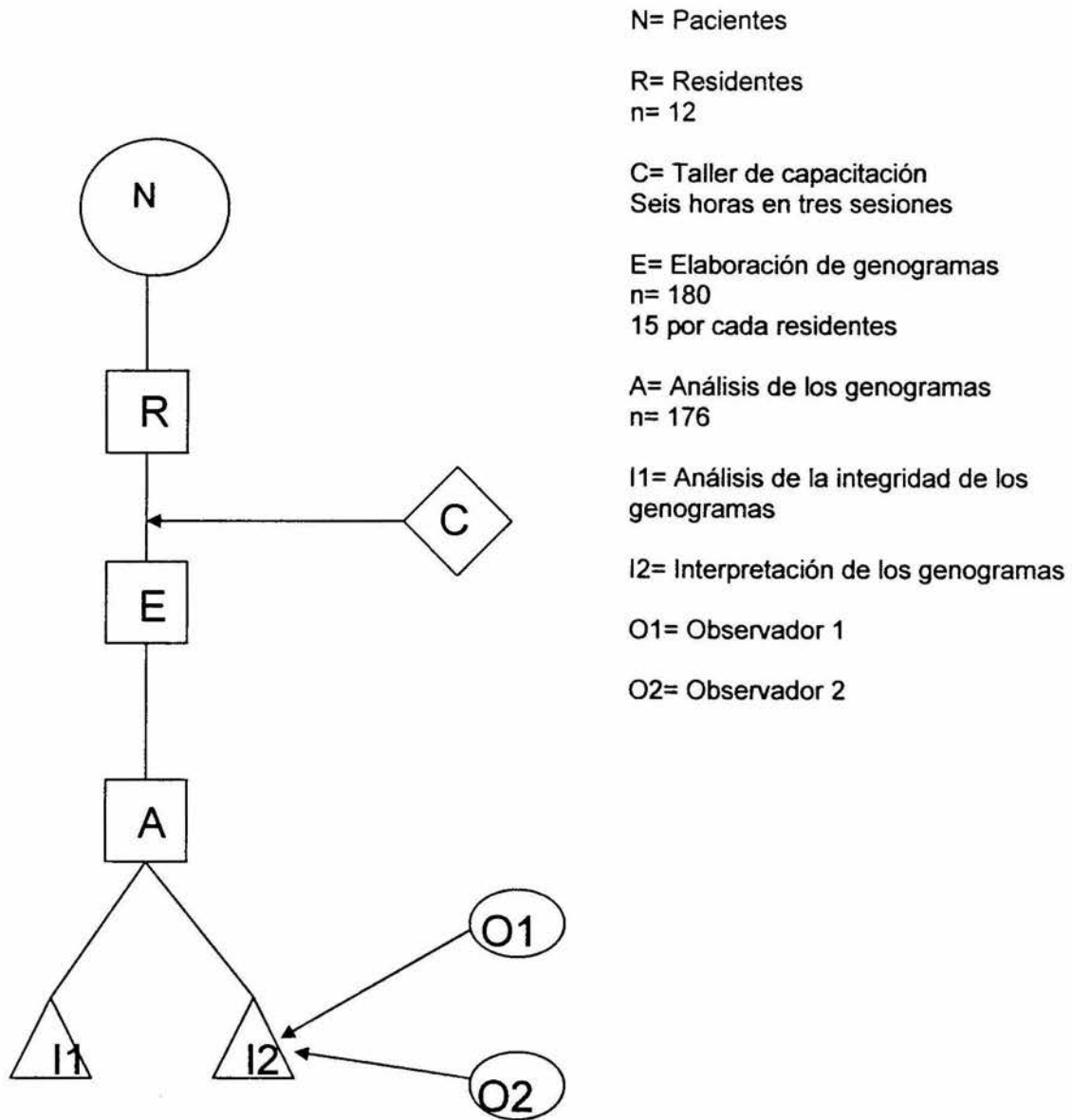
- 1.1. Identificar los aciertos y errores mas frecuentes en la realización de los genogramas por parte de residentes en medicina familiar.
- 1.2. Conocer el tiempo promedio utilizado para la realización del genograma.
- 2.1. Describir la estructura, desarrollo, ocupación e integración (clasificación integral) de las familias con los datos de su genograma.
- 2.2. Describir el ciclo de vida de las familias a través de su genograma.

2. Material y métodos.

2.1. Tipo de estudio:

- Descriptivo
- Prospectivo
- Transversal
- No comparativo

2.2. Diseño de investigación del estudio.



2.3. Población, lugar y tiempo.

La población a la que se les aplicó los genogramas fue a los derechohabientes que acuden a la Unidad "Dr. Ignacio Chávez" del ISSSTE Delegación Sur, por parte de los 12 residentes de esta unidad que cursan el primer y segundo año de la especialidad, nueve del primer grado y tres del segundo, a los que se les capacitó por medio de tres sesiones tipo taller con duración de 6 horas en total, se le solicitó a cada residente que realizara 15 genogramas, en un lapso de tiempo de dos meses durante su rotación en la Unidad.

2.4. Muestra:

Se utilizó una muestra no probabilística, obtenida por cuotas. De tipo no representativo ya que los pacientes fueron incluidos de manera voluntaria.

El tamaño de la muestra se estimó con 99% de confianza, 10% de error y $p = .5$, $q = .5$ de variabilidad³⁸.

Se aplicaron 15 genogramas por cada residente haciendo un total teórico de 180 genogramas.

2.5

Criterios de inclusión:

- Residentes del primer y segundo año de la especialidad de Medicina Familiar.
- Pacientes derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez".
- Pacientes que acepten contestar las preguntas necesarias para la elaboración del genograma.
- Informantes mayores de edad o menores acompañados por un adulto.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no cuenten con expediente en la Unidad.
- Pacientes que no desearon colaborar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que decidan que no desean terminar la entrevista para elaborar el genograma.

2.5. Variables:

Las variables del estudio se identifican en la siguiente tabla:

Nombre completo de la variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable o códigos
Número de folio	Cuantitativa	Continua	Número consecutivo de 1 a n
Grado del residente que realizó el genograma	Cuantitativa	Continua	1= R1 2= R2
Genograma incluye tres generaciones	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
Genograma con líneas de vínculo ascendente	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
Genograma con líneas de vínculo descendente	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
Utiliza los símbolos de sexo masculino y femenino correctamente	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
Coloca al a izquierda al hombre y a la derecha a la mujer	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
Utiliza un tamaño homogéneo de las figuras	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
Señala al paciente identificado	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
Coloca a los hijos en orden de nacimiento de izquierda a derecha	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
Anota el nombre de cada persona	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
Consigna la edad de cada persona	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
Señala a las personas que integran	Cualitativa	Nominal	1= si

el núcleo familiar			2= no
Dibuja líneas de unión y separación	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
Anota fechas de matrimonio, unión libre, separación y divorcio	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
Representa eventos obstétricos	Cualitativa	Nominal	1= aborto espontáneo 2= aborto provocado 3= embarazo 4= óbito 5= no valorable
Anota fecha de muerte	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no 3= no valorable
Anota causa de muerte	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no 3= no valorable
Señala la escolaridad de cada persona	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
Señala la ocupación de cada persona	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
Señala el estado de salud	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
Representa relaciones interpersonales	Cualitativa	Nominal	1= si 2= no
Tipo de familia según su estructura	Cualitativa	Nominal	1= construida nuclear 2= construida extensa 3= construida compuesta 4= reconstruida nuclear 5= reconstruida extensa 6= reconstruida compuesta 7= extensa binuclear 8= extensa polinuclear 9= familia de dos 10= vive solo 11= no valorable
Tipo de familia según su desarrollo	Cualitativa	Nominal	1= tradicional 2= moderna 3= no valorable
Tipo de familia según su ocupación	Cualitativa	Nominal	1= profesionalista 2= obrera 3= campesina 4= no valorable
Tipo de familia según su integración	Cualitativa	Nominal	1= integrada 2= desintegrada 3= no valorable

Etapa del ciclo de vida de la familia	Cualitativa	Nominal	1= matrimonio 2= expansión 3= dispersión 4= independencia 5= retiro y muerte 6= no valorable 7= no clasificable
Tiempo de elaboración	Cuantitativa	Continua	Valor del tiempo en minutos
Anota datos de la ficha de identificación	Cualitativa	Nominal	1= completos 2= incompletos 3= ausentes

2.7.

2.7.1. Definición conceptual de las variables:

- *Número de folio*: Número progresivo que se le asigna a cada formato con genograma.
- *Grado del residente que realizó el genograma*: Año que cursa el residente que elaboró el genograma R1 para los residentes de primer año. R2 para residentes de segundo año.
- *Genograma incluye tres generaciones*: el genograma representa como mínimo a tres generaciones de tipo ascendente o descendente según el lugar que ocupa el paciente, incluyendo abuelos, padres, hijos.
- *Genogramas con líneas de vínculo ascendente*: el genograma representa las líneas de vínculo ascendente entre los padres y abuelos.
- *Los genogramas tienen líneas de vínculo descendente*: para representar a los hijos.
- *Utiliza los símbolos de sexo masculino y femenino correctamente*: se representa el sexo masculino con un cuadrado y el femenino con un círculo.
- *Coloca a la izquierda al hombre y a la derecha a la mujer*: en una unión de pareja el hombre deberá estar dibujado a la izquierda y la mujer a la derecha.
- *Utiliza un tamaño homogéneo de las figuras*: los símbolos de hombre y mujer tiene un tamaño igual o muy similar en todos los individuos representados.
- *Señala al paciente identificado*: el paciente identificado se señala con doble contorno.
- *Coloca a los hijos en orden de nacimiento de izquierda a derecha*: el hijo mayor debe dibujarse al extremo izquierdo siguiendo un orden cronológico hasta el hijo menor en el extremo derecho.
- *Anota el nombre de cada persona*: a un lado de cada individuo representado se anota

su nombre.

- *Consigna la edad de cada persona:* la edad de cada individuo debe dibujarse dentro de la figura o a un extremo con números arábigos en años o meses en los menores de un año.
- *Señala a las personas que integran el núcleo familiar:* las personas que viven bajo el mismo techo deben señalarse con una línea punteada o continua que los encierre.
- *Dibuja líneas de unión y separación:* las líneas de unión en la pareja se representan por líneas continuas en caso de matrimonio civil y líneas punteadas en unión libre, doble línea en unión entre consanguíneos y las de separación con una pequeña línea diagonal sobre la de unión y doble diagonal en caso de divorcio sobre la de matrimonio.
- *Anota fechas de matrimonio, unión libre, separación y divorcio:* se anotan sobre la línea de unión el año de matrimonio, unión libre, separación o divorcio, o bien el total de años de vida en pareja o el tiempo separados.
- *Representa eventos obstétricos:* se dibuja un símbolo pequeño circular relleno en aborto espontáneo, círculo en blanco el aborto provocado, figura triangular para representar embarazo y un círculo relleno cruzado por una diagonal en caso de óbito.
- *Anota fecha de muerte:* en los individuos que han fallecido, representados por el doble cruce con diagonal de la figura, se anota a un lado la fecha en que ocurrió la muerte.
- *Anota causa de muerte:* en los individuos muertos, se anota a un lado la causa de la muerte.
- *Señala la escolaridad de cada persona:* a un costado de cada individuo se escribe el máximo grado de estudios.
- *Señala la ocupación de cada persona:* a un lado de cada individuo se escribe la ocupación actual.
- *Señala estado de salud:* se anota a un lado de cada persona representada las enfermedades que padezca, incluyendo adicciones, o la palabra sano si fuera el caso.
- *Representa relaciones interpersonales:* entre algunos individuos se trazan líneas de relación interpersonal, las sugeridas por la simbología del CARG.
- *Tipo de familia según su estructura:* según las personas que integran el núcleo familiar, se clasificará a la familia con la propuesta de Monroy, Boschetti e Irigoyen expuesta en los antecedentes.
- *Tipo de familia según su desarrollo:* si la mujer tiene un empleo remunerado será moderna, si la mujer de la pareja se dedica solo al hogar será tradicional.
- *Tipo de familia según su ocupación:* dependiendo del trabajo que desempeñe la

persona que sea el sostén familiar se trata de una familia profesional, obrera o campesina.

- *Tipo de familia según su integración:* si viven bajo el mismo techo ambos miembros de la pareja se trata de una familia integrada, si uno de ellos falta se trata de familia desintegrada.
- *Etapas del ciclo de vida de la familia:* una vez identificada a la familia se determinará la etapa del ciclo de vida que cursa actualmente según la clasificación de Geyman expuesta en los antecedentes.
- *Tiempo de elaboración:* el tiempo en minutos obtenido por la diferencia de la hora de inicio y la hora de término anotada en el formato del genograma.
- *Anota datos de la ficha de identificación:* el formato contiene una ficha de identificación que debe ser contestada.

2.7.2. Descripción operativa de las variables y diseño de la base de datos.

El siguiente cuadro describe la estructura de la base de datos así como los valores operativos de las variables.

La base de datos fue diseñada en el programa de cómputo SPSS.

Número de la variable.	Nombre de la variable. (ocho caracteres)	Tipo. N= numérico	Ancho de la columna Enteros	Etiqueta Nombre completo de la variable	Valores que toma la variable. Códigos.	Escala de medición. S= escalar N= nominal
1	Folio	N	3	Número de folio	Número consecutivo de 1 a n	S
2	Gradores	N	3	Grado del residente que realizó el genograma	1= R1 2= R2	S
3	Tresgen	N	3	Genograma incluye tres generaciones	1= si 2= no	N

4	Livinas	N	3	Genograma con líneas de vínculo ascendente	1= si 2= no	N
5	Livinde	N	3	Genograma con líneas de vínculo descendente	1= si 2= no	N
6	Sexmasfe	N	3	Utiliza los símbolos de sexo masculino y femenino correctamente	1= si 2= no	N
7	Izqhdern	N	3	Coloca al a izquierda al hombre y a la derecha a la mujer	1= si 2= no	N
8	Figuhomo	N	3	Utiliza un tamaño homogéneo de las figuras	1= si 2= no	N
9	Pacident	N	3	Señala al paciente identificado	1= si 2= no	N
10	Hijorden	N	3	Coloca a los hijos en orden de nacimiento de izquierda a derecha	1= si 2= no	N
11	Edad	N	3	Consigna la edad de cada persona	1= si 2= no	N
12	Núcleo	N	3	Señala a las personas que integran el núcleo familiar	1= si 2= no	N
13	Lineas	N	3	Dibuja líneas de unión y separación	1= si 2= no	N
14	Fechas	N	3	Anota fechas de matrimonio, unión libre, separación y divorcio	1= si 2= no	N
15	Obstetri	N	3	Representa eventos obstétricos	1= aborto espontáneo 2= aborto provocado 3= embarazo 4= óbito 5= no valorable	N
16	Fechmuer	N	3	Anota fecha de muerte	1= si 2= no 3= no valorable	N
17	Causmue r	N	3	Anota causa de muerte	1= si 2= no 3= no valorable	N
18	Escolari	N	3	Señala la escolaridad de cada persona	1= si 2= no	N
19	Ocupacio	N	3	Señala la ocupación de	1= si 2= no	N

				cada persona		
20	Esalud	N	3	Señala el estado de salud	1= si 2= no	N
21	Interper	N	3	Representa relaciones interpersonales	1= si 2= no	N
22	Estructu	N	3	Tipo de familia según su estructura	1= construida nuclear 2= construida extensa 3= construida compuesta 4= reconstruida nuclear 5= reconstruida extensa 6= reconstruida compuesta 7= extensa binuclear 8= extensa polinuclear 9= familia de dos 10= vive solo 11= no valorable	N
23	Desarrol	N	3	Tipo de familia según su desarrollo	1= tradicional 2= moderna 3= no valorable	N
24	Famocup a	N	3	Tipo de familia según su ocupación	1= profesionalista 2= obrera 3= campesina 4= no valorable	N
25	Integrac	N	3	Tipo de familia según su integración	1= integrada 2= desintegrada 3= no valorable	N
26	Ciclovid	N	3	Etapas del ciclo de vida de la familia	1= matrimonio 2= expansión 3= dispersión 4= independencia 5= retiro y muerte 6= no valorable 7= no clasificable	N
27	Tiempo	N	3	Tiempo de elaboración	Valor del tiempo en	S

					minutos	
28	Nombre	N	3	Anota el nombre de cada persona	1= si 2= no	N
29	fichaid	N	3	Anota datos de la ficha de identificación	1= completos 2= incompletos 3= ausentes	N

2.8. Diseño estadístico:

El propósito del estudio fue describir las características de los genogramas elaborados por un grupo de residentes de medicina familiar de la Unidad "Dr. Ignacio Chávez", Genogramas a los que se les realiza una medición independiente de variables cualitativas y cuantitativas; utilizándose para esto escalas de medición nominales y medidas de tendencia central y dispersión.

La distribución de los datos será paramétrica para las variables cuantitativas y no paramétrica para las cualitativas.

Se realizó un muestro por cuotas, no probabilístico, no representativo.

2.9. Instrumento de recolección de datos:

Se creó un formato para dibujar el genograma, que reúne los requisitos mínimos expuestos por varios autores, incluye la ficha de identificación con fecha de elaboración, nombre del médico que aplica el instrumento, nombre del paciente, cédula, colonia, consultorio, nombre del informante y parentesco con el paciente. Espacio para registrar la hora de inicio y la de término. Se mencionan los datos que debe contener un genograma. El formato cuenta con espacio en blanco para construir el genograma.

Se agrega una hoja de consentimiento informado para ser leído y firmado por el paciente o el informante.

Anexo 1 y 2.

2.10.Método de colección de datos.

En una primera ponencia en las instalaciones de la Unidad, por medio de acetatos, se realizó la capacitación de los médicos residentes en Medicina Familiar de la Unidad "Dr. Ignacio Chávez" para elaborar genogramas; utilizando la simbología propuesta por el Comité Académico de Revisión de Genogramas (CARG)³. Esto fue al principio del curso de especialidad como introducción al contexto de la misma. Tres meses después, se realizó un taller para despejar las dudas sobre la elaboración del genograma, con ejercicios prácticos; se explicó como se usa el formato (anexo). Las sesiones-taller sumaron 6 horas de capacitación. Se solicitó a cada residente de primer año, 9 médicos, y de segundo año, 3 médicos, que realizaran en un lapso de dos meses, 15 genogramas cada uno, de pacientes de la clínica. Los pacientes fueron seleccionados por el residente durante la consulta en el consultorio de la clínica al cual estaba asignado por su rotación bimestral y de pacientes que se encontraron en la sala de espera, también de la Unidad Académica. Se hizo una tercera capacitación, a los dos meses de la previa, para aclarar dudas. La aplicación de los genogramas fue realizada entre los meses de junio a diciembre ya que hubo necesidad de dar más tiempo a los residentes por que las rotaciones programadas en el hospital interfirieron con sus rotaciones en la clínica y se les dificultó hacer los genogramas en dos meses. Se recolectaron los genogramas a los que se les asignó un folio y se les revisó con algunas de las variables de la cédula creada por Fernández y cols.¹¹ con modificaciones, constituyendo un instrumento de evaluación que incluyó 19 criterios recomendados por el CARG³, agregando cuatro criterios que no contempla la cédula para evaluar la integridad de los genogramas; además se interpretaron los genogramas en cinco aspectos de la clasificación de la familia. Se sumaron los minutos que le tomó a cada residente elaborar el genograma. Se clasificó a las familias con base en su estructura según la propuesta de Monroy, Boschetti e Irigoyen²⁹. Con base en la clasificación integral de Irigoyen⁸ se determinó su desarrollo, ocupación e integración. Se clasificó el ciclo de vida que cursaban las familias según Geyman^{8,28}.

En aquellos genogramas donde la ausencia de datos no permitió clasificar a las familias se consideró la categoría de no valorable así como en los casos donde no se registraron

eventos obstétricos ni muertes. En los genogramas donde las clasificaciones no contemplan los casos espaciales se usó la categoría de no clasificable.

Los datos fueron almacenados electrónicamente en el programa estadístico SPSS para su análisis.

Una vez analizados los genogramas fueron incorporados a los expedientes de los pacientes.

2.11. Medidas para evitar sesgos.

El sesgo de selección no se pudo controlar debido a que la muestra fue por voluntarios y por cuotas.

El sesgo de información tampoco se pudo controlar debido a que se confió en la información que dieron los pacientes acerca de su familia.

Los sesgos de medición se controlaron al usar la propuesta del CARG en la capacitación de los residentes.

Con el fin de evitar sesgos de análisis los genogramas fueron revisados por dos personas, la autora y uno de los asesores del trabajo, quienes previamente habían unificado los criterios de interpretación.

2.12. Procedimientos estadísticos.

2.12.1. Plan de codificación de los datos.

Para la codificación de los datos en la base electrónica, se asignó números que representaran la presencia o ausencia de los datos buscados en los genogramas; se numeraron las diferentes categorías de las clasificaciones de la familia. Se incluyeron las categorías de no valorable cuando el dato buscado no estaba representado en el

genograma y no clasificable en aquellos casos donde la familia no cumplía con los requisitos de las clasificaciones aplicadas.

2.12.2. Análisis estadístico de los datos.

Por tratarse de un estudio descriptivo se utilizaron técnicas de estadística descriptiva.

Las variables cualitativas se analizaron con medidas de resumen (porcentajes y frecuencias).

Las variables cuantitativas se analizaron con medidas de tendencia central y dispersión (promedio, desviación estandar y rango)

2.13. Calendario de actividades:

Etapa/actividad	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Planeación del proyecto	X											
Marco teórico		X										
Material y métodos			X									
Registro y autorización del proyecto				X								
Ejecución del proyecto				X	X	X	X	X	X	X		
Recolección de datos								X	X	X		
Almacenamiento de los datos									X	X		
Análisis de los datos										X		
Descripción de los resultados											X	
Discusión de los resultados											X	
Conclusiones del estudio											X	
Integración y revisión final												X
Reporte final												X

Autorizaciones													X
Impresión del trabajo final													X
Solicitud de examen de tesis													X

2.14. Recursos:

Recursos humanos:

Los recursos humanos con los que se planeó realizar el trabajo fueron con doce residentes de la especialidad en Medicina Familiar del primer y segundo grado asignados a la Unidad de Medicina Familiar “Dr. Ignacio Chávez” y un residente de tercer año quien es la autora. Se solicitó el apoyo de los tutores del curso y el asesor de tesis para la realización del proyecto, todos pertenecientes al departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, UNAM. El personal de la Unidad del que se necesitó su apoyo incluye a los médicos de los consultorios donde hacen sus rotaciones los residentes para permitir la realización de los genogramas de su población, sin interferir en el proceso de la elaboración del instrumento.

Recursos físicos:

Se requirió de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar: aulas, equipo de proyección de acetatos, gis y pizarrón, sus consultorios y salas de espera; hojas para los formatos, lápices y bolígrafos; oficinas de los tutores en la Unidad y del asesor en el Departamento de Medicina Familiar para la orientación en el desarrollo del proyecto. Apoyo bibliográfico de la biblioteca del Departamento de Medicina Familiar y la del centro de Salud Mental de la UNAM Equipo de cómputo del autor.

Financiamiento:

Los recursos financieros fueron aportados por el autor del trabajo.

2.15. Consideraciones éticas.

El trabajo no implica ningún riesgo ni peligro para los pacientes participantes ya que de acuerdo a el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, se apega a lo

establecido en el título segundo, capítulo I, artículo 17, categoría I de investigación sin riesgo ya que la información obtenida se considera parte de su expediente personal y se maneja como toda la información de un documento oficial. Los médicos que realizaron los genogramas son conscientes del carácter de los datos que obtuvieron sabiéndose obligados a guardar el secreto profesional; todos los casos que se expusieron en las sesiones para despejar dudas fueron manejados en el anonimato. Los genogramas solo fueron revisados en el momento oportuno por el médico que lo elaboró, el autor del trabajo y sus asesores. A aquellos pacientes que decidieron no terminar la entrevista porque no deseaban dar a conocer más datos se les informó que serían eliminados de la investigación y su genograma incompleto sería destruido.

Este trabajo esta acorde con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica, donde participan seres humanos manifestadas en la Declaración de "Helsinki" de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52^a Asamblea General Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, Octubre 2000³⁹⁻⁴¹.

A los pacientes se les entregó una carta de consentimiento informado que tendría que leer él mismo o ser leída por el médico entrevistador y firmada por el paciente en caso de estar de acuerdo.

Anexo 2.

3. Resultados.

Se realizaron 176 genogramas. Con 99% de confianza, 10% de error, $p = .5$, $q = .5$ de variabilidad.

Los residentes de primer año elaboraron 145 genogramas, el 82.4% del total, mientras que los residentes de segundo año aportaron 31 genogramas, 17.65%.

3.1 Datos de la ficha de identificación.

El siguiente cuadro muestra el porcentaje en que se anotaron los datos de la ficha de identificación:

Cuadro 1

Presentación de los datos de la ficha de identificación en los genogramas

Datos completos	Datos incompletos	Datos ausentes	Total
79% (139)	20.5% (36)	.6% (1)	100% (176)

Fuente: Genogramas elaborados por residentes en la Unidad "Dr. Ignacio Chávez".
n=176

3.2 Evaluación de la integridad de los genogramas según el CARG.

En el cuadro 2 se muestran los 19 criterios que evalúan la integridad de los genogramas; Estos son los criterios usados por el CARG¹¹ y los modificados.

Cuadro 2

Datos que evalúan la integridad del genograma					
	Dato evaluado	Sí lo realiza	No lo realiza	Total	
1	Genograma incluye tres generaciones	100% (176)	0% (0)	100% (176)	
2	Genograma con líneas de vínculo ascendente	89.2% (157)	10.8% (19)	100% (176)	
3	Genograma con líneas de vínculo descendente	62.5% (110)	37.5% (66)	100% (176)	
4	Utiliza símbolos de sexo masculino y femenino correctamente	98.3% (173)	1.7% (3)	100% (176)	
5	Coloca a la izquierda al hombre y a la derecha a la mujer	79.5% (140)	20.5% (36)	100% (176)	
6	Utiliza un tamaño homogéneo de las figuras	85.2% (150)	14.8% (26)	100% (176)	
7	Señala al paciente identificado	92.6% (163)	7.4% (13)	100% (176)	
8	Coloca a los hijos en orden de nacimiento de izquierda a derecha	97.7% (172)	2.3% (4)	100% (176)	
9	Señala a las personas que integran el núcleo familiar	94.9% (167)	5.1% (9)	100% (176)	
10	Dibuja líneas de unión y separación	100% (176)	0% (0)	100% (176)	
11	Anota fechas de matrimonio, unión libre, separación y divorcio	75.6% (133)	24.4% (43)	100% (176)	
12	Representa relaciones interpersonales	51.7% (91)	48.3% (85)	100% (176)	
Dato registrado para cada individuo					
13	Nombre	97.7% (172)	2.3% (4)	100% (176)	
14	Edad	100% (176)	0	100% (176)	
15	Escolaridad	85.8% (151)	14.2% (25)	100% (176)	
16	Ocupación	84.7% (149)	15.3% (27)	100% (176)	
17	Estado de salud	92% (162)	8% (14)	100% (176)	
18	Causa de muerte	No valorable 25% (44)	36.4% (64)	38.6% (68)	100% (176)
19	Fecha de muerte	No valorable 25% (44)	17.6% (31)	57.4% (101)	100% (176)

Fuente: Genogramas elaborados por residentes en la Unidad "Dr. Ignacio Chávez".
n=176

3.3 Eventos obstétricos.

Los diferentes eventos obstétricos que se lograron identificar en los genogramas se muestran en el cuadro 3.

Cuadro 3

Eventos obstétricos

	Frecuencia	Porcentaje
Aborto espontáneo	15	8.5%
Aborto provocado	2	1.1%
Embarazo	14	8.0%
Óbito	1	.6%
No valorable	144	81.8%
Total	176	100%

Fuente: Genogramas elaborados por residentes en la Unidad "Dr. Ignacio Chávez".
n=176

3.4 Errores detectados en los genogramas.

El siguiente cuadro muestra la frecuencia y porcentaje en orden de magnitud de los datos en los que se cometieron errores al no representarlos en los genogramas.

Cuadro 4
Frecuencia de la ausencia de datos en el genograma

	Dato evaluado	Porcentaje en el que NO se representó la información (frecuencia)
1	Anota fecha de muerte	57.4% (101)
2	Representa relaciones interpersonales	48.3% (85)
3	Anota causa de muerte	38.6% (68)
4	Genograma con líneas de vínculo descendente	37.5% (66)
5	Anota fechas de matrimonio, unión libre, separación y divorcio	24.4% (43)
6	Anota los datos de la ficha de identificación	21% (37)
7	Coloca a la izquierda al hombre y a la derecha a la mujer	20.5% (36)
8	Señala la ocupación de cada persona	15.3% (27)
9	Utiliza un tamaño homogéneo de las figuras	14.8% (26)
10	Señala la escolaridad de cada persona	14.2% (25)
11	Genograma con líneas de vínculo ascendente	10.8% (19)
12	Señala el estado de salud	8% (14)
13	Señala al paciente identificado	7.4% (13)
14	Señala a las personas que integran el núcleo familiar	5.1% (9)
15	Anota el nombre de cada persona	2.3% (4)
16	Coloca a los hijos en orden de nacimiento de izquierda a derecha	2.3% (4)
17	Utiliza los símbolos de sexo masculino y femenino correctamente	1.7% (3)

Fuente. Genogramas elaborados por residentes en la Unidad "Dr. Ignacio Chávez".

n=176

Es adecuado señalar que los primeros cinco ítems se pueden considerar como los errores más notables en la construcción de los genogramas ya que el resto de la información si se realizó adecuadamente en el 80% de los casos.

3.5 Aciertos encontrados en los genogramas

Los datos que se representaron en todos los genogramas se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 5

Datos incluidos en todos los genogramas

Dato evaluado	Porcentaje en el que Si se representó (frecuencia)
Genograma incluye tres generaciones	100% (176)
Dibuja líneas de unión y separación	100% (176)
Consigna la edad de cada persona	100% (176)

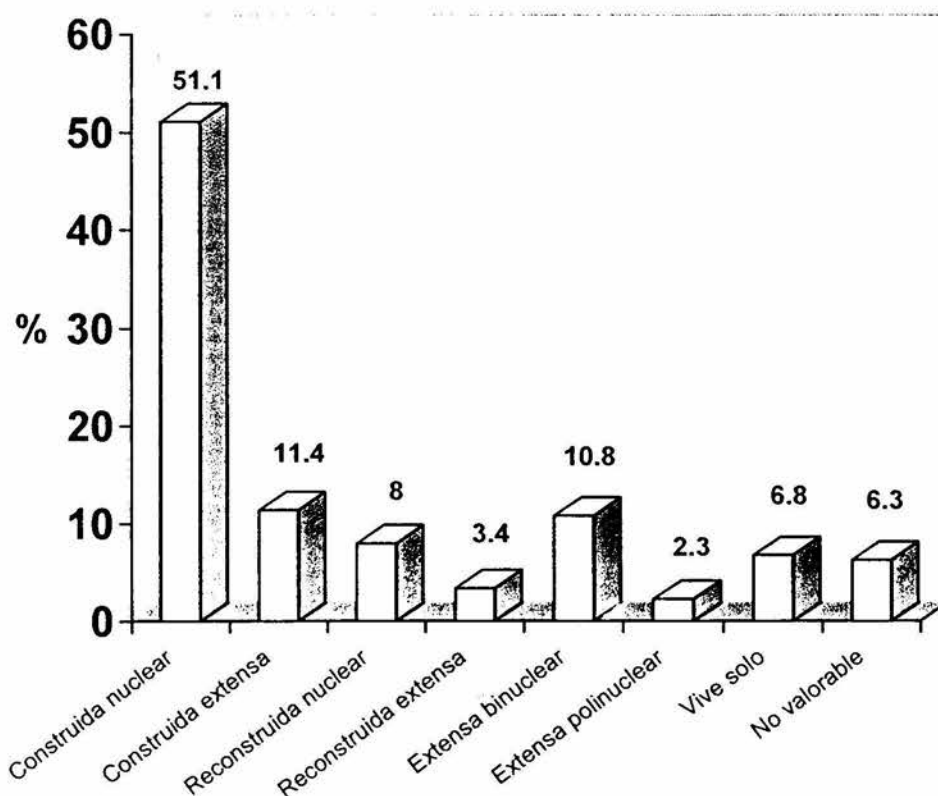
Fuente. Genogramas elaborados por residentes en la Unidad "Dr. Ignacio Chávez".
n=176

3.6 Estructura familiar.

En cuanto a la interpretación del genograma para la clasificación de las familias según su estructura, con los datos aportados por esta herramienta, se obtuvieron los siguientes resultados:

Figura 1

Familia según su estructura



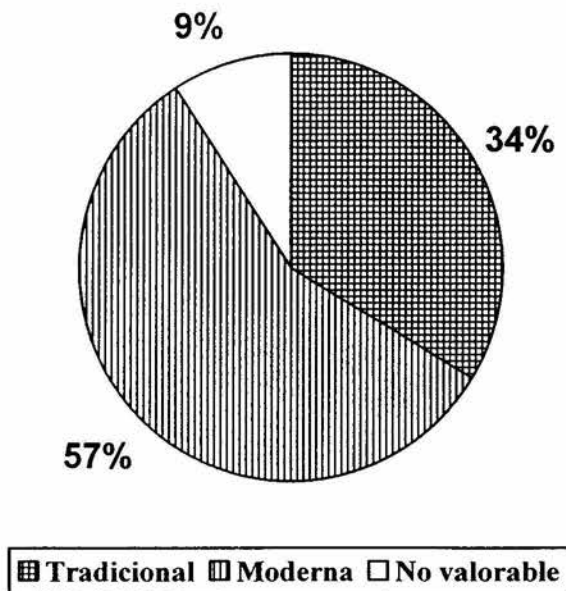
Fuente. Genogramas elaborados por residentes en la Unidad "Dr. Ignacio Chávez".
n=176

3.7 Desarrollo familiar.

La clasificación de las familias según su desarrollo muestra la siguiente distribución (figura4):

Figura 2

Familias según su desarrollo



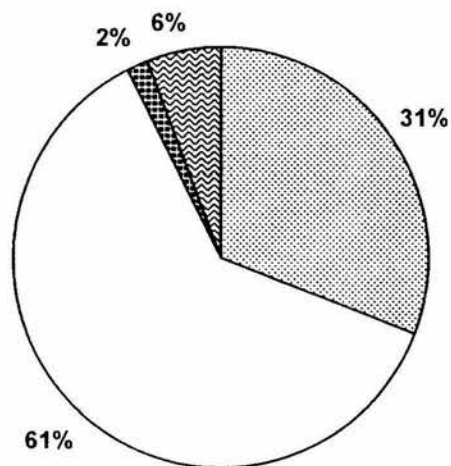
Fuente. Genogramas elaborados por residentes en la Unidad "Dr. Ignacio Chávez".
n=176

3.8 Ocupación familiar.

En la figura 3 se representa el porcentaje de la ocupación de las familias con base en los datos aportados por los genogramas.

Figura 3

Familias según su ocupación



■ Profesionalista □ Obrera ▨ Campesina ▩ No valorable

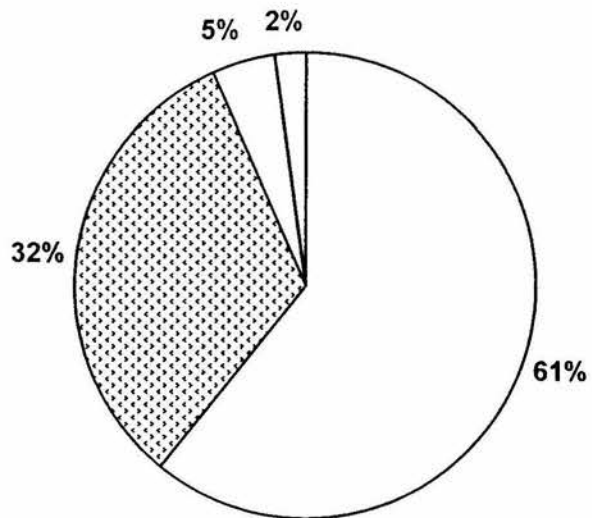
Fuente. Genogramas elaborados por residentes en la Unidad "Dr. Ignacio Chávez".
n=176

3.9 Integración familiar.

Se dividió a las familias según su integración con los siguientes resultados:

Figura 4

Familias según su integración



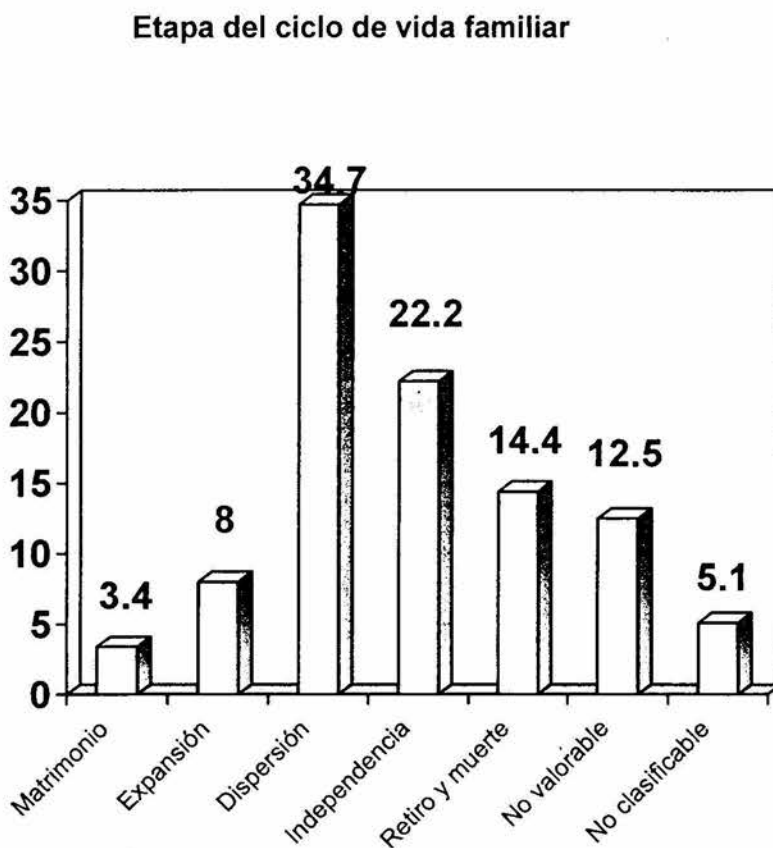
□ Integrada ▨ Desintegrada □ No valorable □ No clasificable

Fuente. Genogramas elaborados por residentes en la Unidad "Dr. Ignacio Chávez".
n=176

3.10 Ciclo de vida familiar.

Las diferentes etapas del ciclo de vida familiar que se lograron identificar en las familias estudiadas se muestran en la siguiente figura:

Figura 5



Fuente. Genogramas elaborados por residentes en la Unidad "Dr. Ignacio Chávez".
n =176

3.11 Tiempo necesario para elaborar el genograma.

El tiempo requerido por parte de los residentes para elaborar cada genograma tuvo el siguiente promedio:

Cuadro 6

Tiempo utilizado al elaborar el genograma

Tiempo promedio	Desviación estándar	Rango	Mínimo	Máximo
20.3	8.3	40	5	45

Fuente. Genogramas elaborados por residentes en la Unidad "Dr. Ignacio Chávez".
n=176

4. Discusión.

Durante el análisis de los 176 genogramas, que se realizaron manualmente, se encontró que la letra ilegible dificulta mucho la interpretación del mismo ya que no se logra conocer los datos que se desea representar, si la letra de los datos es ilegible se tiene el mismo problema de no haberlos interrogado y registrado¹⁴.

El cuadro 2 resume la evaluación realizada en este trabajo en cuanto a la identificación de aciertos y errores en la realización de los genogramas por parte de los residentes y se observa con claridad en cuales datos hubo mejor representación y cuales presentaron más deficiencias. Con este cuadro se observa que hay contradicciones con lo expresado en el planteamiento del problema, donde se mencionó que los genogramas realizados por los residentes para sus casos clínicos tienen ciertas deficiencias, lo que formó parte de los motivos para realizar este trabajo. Se encuentra en el cuadro 2 que dichos datos aparentan ser bien realizados, la explicación a esta posible contradicción es la capacitación directa que se dió a los residentes para que realizaran adecuadamente los genogramas.

El cuadro 4 muestra en orden de frecuencia el porcentaje de los datos que no se

identifican en los genogramas ya sea por no interrogarlos, no anotarlos, no dibujarlos o no ser posible leerlos; entre estos, los cinco datos que menos se representaron fueron la fecha y la causa de muerte, las relaciones interpersonales, las líneas de vínculo descendente y las fechas de unión y separación en la pareja. Los datos que se encontraron en todos los genogramas fueron las tres generaciones de la familia, las líneas de unión y separación y la edad de las personas representadas (cuadro 5).

De los genogramas evaluados, la ficha de identificación se llenó completamente en el 79% de los casos, lo que permite saber el nombre completo del paciente identificado, su cédula para comprobar que sea derechohabiente y cuente con un expediente en la unidad, dato importante ya que los genogramas se integraron como parte de su expediente personal el cual se archiva según su domicilio y consultorio en que está registrado. En esta ficha se incluye la fecha en que fue hecho el genograma ya que al ser un instrumento versátil que cambia con el tiempo y la evolución de la familia es importante saber cuando se elaboró. Con los genogramas que tuvieron la ficha de identificación incompleta se dificultó encontrar el expediente para integrarlo o se desconoce el momento en que se realizó perdiendo el contexto de los datos. Si el residente no anotó su nombre no se puede llevar a cabo la retroalimentación individual para superar los errores que pudiera tener el genograma que realizó.

Todos los genogramas incluyen mínimo a tres generaciones lo que permite conocer el ambiente familiar del paciente y sus antecedentes. Algunos genogramas representaban más de tres generaciones, aportando más datos. Sin embargo es probable que también hayan requerido de más tiempo para su elaboración, este dato no se buscó intencionalmente.

La mayoría de los genogramas fueron representados con símbolos de tamaño homogéneo lo que ayuda a diferenciar los eventos obstétricos; en casi todos se usaron correctamente los símbolos de sexo masculino y femenino, aunque en menor frecuencia ubican al hombre a la izquierda y la mujer a la derecha cuando representaron a la pareja. Mientras que el vínculo ascendente se representa en la mayoría de los genogramas, el vínculo descendente se representa en poco más de la mitad, probablemente por que existen otras propuestas en donde éste último se omite, como lo muestra Gómez-Clavelina en el análisis de 6 recomendaciones internacionales de genogramas³, la falta de este símbolo hace poco clara la imagen general del genograma. Todos los residentes dibujan líneas de unión y separación. Sin embargo no en todos los casos se anotan las

fechas en que ocurren estas uniones y separaciones.

La gran mayoría señala a los que integran el núcleo familiar, lo que es muy importante ya que en aquellos casos donde no se señalaron no se logra identificar la estructura de la familia, no se identifica la etapa del ciclo de vida, se deduce el desarrollo de la familia solo si todas las mujeres representadas se dedican al hogar o todas tienen un empleo remunerado, pero si solo algunas lo hacen se pierde el dato. Igual ocurre con el tipo de ocupación, solamente si todos son profesionistas, obreros o campesinos se pudiera clasificar a la familia en estos rubros, pero si no se identifica el núcleo familiar y las ocupaciones son variadas esta clasificación no se puede aplicar.

La mayoría de los genogramas contienen los datos personales de los individuos, cuadro 2, pero en los casos donde se desconoce la escolaridad de los integrantes del núcleo familiar no se logra identificar la etapa del ciclo de vida porque se desconoce la ocupación de los hijos si estos son pequeños. Si se desconoce la ocupación de los integrantes no se puede definir si la familia es moderna o tradicional, tampoco la etapa del ciclo de vida sobre todo en las etapas de dispersión, independencia y retiro y muerte ya que se ignora la ocupación de los hijos, si son independientes o no, y de los padres, si están activos o en retiro.

El estado de salud se logró identificar en casi todos los genogramas, dato importante para planear acciones preventivas con el equipo de salud. No fue el propósito del estudio identificar estos factores.

Si se desconoce el dato de la causa de muerte de los individuos se pierde la posibilidad de identificar factores de riesgo para la salud. Si además de ignora la fecha de muerte, sobretodo de alguno de los padres, no se puede saber si la familia terminó la fase de independencia y pasó a la de retiro y muerte o el fallecimiento ocurrió como una crisis no esperada mientras atraviesa una etapa diferente de su ciclo de vida.

Se reconoce al paciente identificado en la gran mayoría de los genogramas, dato también muy importante por que en caso de desconocerlo no se logra definir la estructura de la familia, el desarrollo, ni la ocupación, cuando estas son extensas, a menos que todas las mujeres tengan la misma ocupación, lo que es poco probable.

Las líneas de relación interpersonal se interrogaron y plasmaron en poco más de la mitad de los casos.

Los eventos obstétricos se logran identificar en varios genogramas, pudiendo diferenciarlos en aborto provocado, espontáneo, óbito y embarazo; en el cuadro 3 se muestra su frecuencia y distribución.

Con los datos que aportaron los genogramas se clasificó a las familias según su estructura en el 86.9% de los genogramas y se encontró que la mayoría son construidas nucleares, seguidas de las familias construidas extensas y las extensas binucleares. Las familias reconstruidas nucleares y las extensas polinucleares fueron las menos frecuentes. Desafortunadamente en el 6.3% de los genogramas no se logró identificar la estructura de la familia probablemente por la ausencia de datos.

El tipo de familia según su integración correspondió en la mayor parte a familias integradas, una tercera parte a familias desintegradas: en el 8% no se pudo valorar por falta de información y en el 4% no se pudo clasificar a pesar de contar con genogramas completos ya que la clasificación utilizada no contempla a estos casos.

Según su desarrollo, la mayoría de las familias es moderna. Este dato no se pudo valorar en algunos de los genogramas por falta de información.

Se encontró que según su ocupación la mayoría de las familias son obreras, una tercera parte son profesionistas. En un pequeño porcentaje de los genogramas no se pudo saber la ocupación por que probablemente no se registró este dato para cada individuo o no se señaló a los que viven bajo el mismo techo.

Con respecto a la etapa del ciclo de vida de la familia, se logra identificar en el 82.5% y no es posible hacerlo en el 17.5%, cifra mayor a la reportada por De la Revilla quien reporta solo 4.2% de casos donde no se puede identificar el ciclo de vida²⁶. La mayor parte de las familias representadas se encuentra en la fase de dispersión, seguida de la etapa de independencia, retiro y muerte, y las fases donde se encontraron menos familias fueron las de expansión y matrimonio. En el 12.5% no fue posible valorar este dato por ausencia de información y en un pequeño porcentaje de los genogramas no se pudieron clasificar según la propuesta de Geyman.

Como se observa, la completa y correcta realización del genograma brinda gran utilidad para el médico familiar dado que aporta información sobre la estructura familiar, este dato permite conocer la composición de la familia y auxiliar en la identificación de la dinámica familiar²⁹.

Una tercera parte de las familias representadas en los genogramas están desintegradas debido a la ausencia de uno de los padres. El genograma permite conocer la causa de la desintegración de la pareja y el momento en que sucedió, pudiendo deducir a quienes afectó esta crisis y que efectos tuvo sobre la salud física y emocional de los miembros de la familia, siempre y cuando el entrevistador se interese en esta información^{7,8,9}.

Conocer los antecedentes obstétricos permite identificar los embarazos de alto riesgo e iniciar, en caso de ser necesarios, la búsqueda de apoyo por otros especialistas en obstetricia o genética.

La posibilidad de saber la ocupación de la familia ayuda a buscar intencionalmente factores de riesgo de enfermedades laborales o la presión que el trabajo pudiera ejercer sobre los individuos, además se pueden estructurar hipótesis sobre el ingreso económico del grupo familiar y el tiempo que tienen para convivir^{8,18}.

El genograma permitió saber que la mayoría de las familias tiene un desarrollo moderno lo que significa que la mujer se ha incorporado a la fuerza laboral; estas familias requieren desarrollar relaciones intrafamiliares que permitan el equilibrio del sistema. El proceso puede darse con cierta facilidad o puede ser causa del surgimiento de enfermedades, algunas veces de tipo somático, en cualquiera de sus miembros^{7-9,25,31}.

Conocer la etapa del ciclo de vida por la que cursa el paciente y su familia permite comprender mejor los cambios emocionales, conductuales y de interacción que se producen en cada una de estas etapas. Los cambios que adoptan los miembros de la familia son previsibles pero pueden provocar alteraciones en la dinámica familiar y problemas de salud en algunos de sus miembros. Al utilizar el genograma, el médico familiar puede identificar la etapa del ciclo de vida familiar y adoptar las medidas apropiadas que se requieran en el momento y mantener un enfoque preventivo^{8,16,26,28}.

Si al construir el genograma se interrogan las relaciones interpersonales, se detectan las alianzas, triangulaciones, coaliciones o mecanismos de desviación de la tensión entre los integrantes de la familia, estas relaciones pueden determinar los roles de cada individuo en el núcleo familiar. También auxilian en la búsqueda de redes de apoyo, especialmente, en pacientes dependientes^{9,14,31}.

Con el genograma se puede conocer el estado de salud del paciente y de toda la familia y además, también de las familias de origen con lo que se pueden estructurar planes de tratamiento. Se logra identificar factores de riesgo para enfermedades con carga hereditaria con lo que es posible llevar a cabo medidas preventivas^{15,27}.

Los genogramas elaborados por los residentes permitieron obtener varias de las ventajas mencionadas previamente en los antecedentes de este trabajo^{4,8,19,20,22,23}, incluso de pueden tener más ventajas en cuanto a la clasificación de la familia^{8,26,29}. Dependerá de la capacidad de quien aplica el genograma y los objetivos que pretenda lograr con esta herramienta para que logre incorporar a su trabajo todos sus beneficios.

El tiempo medio de elaboración de los genogramas entre los residentes fue de 20 minutos con un tiempo mínimo de 5 minutos y máximo de 45 minutos, tiempo referido por otros autores⁹. Este dato permite saber que en caso de considerar elaborar el genograma de un paciente se requerirá de tiempo suficiente, lo que sería difícil en una consulta ordinaria a la que el paciente acude por un padecimiento ya que el tiempo asignado a los médicos para atender a un paciente en la consulta en la Unidad es de 15 y 20 minutos.

Durante la elaboración de este trabajo se encontraron algunas dificultades operativas como realizar la entrevista en las salas de espera lo que puede influir en las respuestas de los pacientes ya que no se contó con privacidad para expresar información que consideran delicada ocultándosela al entrevistador. En ese sentido no se pudo controlar el sesgo de información ya que no se pudo corroborar la información que aportaron los informantes.

Con el fin de evitar sesgos en la recolección de la información se realizó la capacitación de los residentes en tres ocasiones, sin embargo los genogramas muestran que los residentes no utilizaron la simbología del CARG en todos los casos, con el mismo fin el formato incluyó los datos de la ficha de identificación a ser llenados por el entrevistador y se mencionan los datos mínimos para ser registrados en cada genograma pero la información necesaria no fue recolectada al 100%.

Durante el análisis de los datos se encontró que las clasificaciones más frecuentemente usadas en la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" como sede académica, no son aplicables en algunas circunstancias. En especial se encontró que no son aplicables en el caso de personas que viven solas ya que no existe una definición de familia ni de estructura familiar que las contemple, en el proceso de revisión de los datos fue necesario crear la clasificación de variable de persona que vive sola, siendo el caso de 6.8% de los pacientes identificados. Tampoco fue posible clasificar a la familia de estos individuos que viven solos según su integración puesto que esta clasificación se basa en la actividad económica de la pareja. No se contemplan en el ciclo de vida familiar a las personas que no crearon una familia propia por lo que en este aspecto se debe aplicar el ciclo de vida del individuo. A pesar de esto, el genograma es útil para conocer a la familia de origen de un individuo y detectar factores de riesgo condicionantes de enfermedades con carga hereditaria, identifica el grado de escolaridad, su ocupación, estado de salud, y si se desea, aporta datos sobre pautas de repetición en la familia de origen tanto de enfermedades como de comportamiento. El genograma nos ayuda a

conocer el medio en que se desenvuelve el paciente y a identificar a las personas que son importantes en su vida. Sin dejar de mencionar que la relación entre el médico y el paciente se puede establecer de forma armónica lo que ayuda a llevar a cabo las medidas de cuidados de la salud y si se desea, se puede conocer el papel que desempeña el paciente en su familia, la influencia de esta sobre el paciente y los cambios a los que se ven obligados cuando la enfermedad los afecta.

Se encontró en varios genogramas a familias extensas donde se agrega uno o ambos abuelos, no se puede saber si acaso estas personas mayores llegaron a la fase de independencia donde se quedó sola la pareja y posteriormente necesitaron incorporarse a las familias de los hijos o si acaso los hijos formaron a sus familias sin haber sido totalmente independientes, viviendo siempre con los padres. El genograma puede detectar este evento social que ha ido en aumento ante la mayor esperanza de vida sin embargo se requiere que el entrevistador indague sobre más datos de los que se contemplan en este trabajo y en la propuesta del CARG.

El genograma es una herramienta que permite al médico identificar problemas de tipo psicosocial al facilitar el establecimiento de la relación médico-paciente y ser una vía no amenazante para adquirir información^{1,9,22}. El entrevistador deberá tener la habilidad para detectar estos problemas y abordarlos y podrá adaptar el genograma a sus necesidades. Los datos que se obtienen en este trabajo no pueden ser generalizados a la población de la unidad ya que la muestra no fue representativa ni aleatoria.

Respecto a la capacitación de los residentes que participaron en este estudio, se detectó la necesidad de llevar a cabo más de una sesión debido a que las actividades de los residentes se combinaron con las rotaciones dentro del hospital. Fue evidente que durante la rotación fuera de la clínica dejaron de aplicar el genograma por lo que con las sesiones repetidas se pretendió recordar los criterios de la simbología del CARG. Aunque la capacitación no fue el objetivo de estudio de este trabajo se puede considerar que es una parte muy importante por lo que no debe subestimarse quedando en una capacitación teórica.

4.1. Aplicabilidad práctica y clínica de los resultados en el perfil profesional, los ejes de acción y las áreas de estudio de la Medicina Familiar.

Los resultados del trabajo muestran que otra ventaja de los genogramas es que aportan

datos suficientes para lograr clasificar a las familias en forma mas amplia de lo que se refiere en la literatura revisada^{4,8,19,20,22,23} incluyendo la integración de la familia, su desarrollo y ocupación. Mientras el genograma sea de mejor calidad se obtendrán más datos útiles como lo menciona ya De la Revilla¹⁴ lo que se confirma ante la cantidad de datos no valorables por falta de información en los genogramas analizados.

Para lograr unificar los criterios en la elaboración de los genogramas y mejorar su calidad se requiere de una capacitación constante y la práctica rutinaria en su aplicación e interpretación por parte tanto del personal en formación como del personal adscrito a la Unidad ya que todos pueden obtener información de utilidad para ofrecer mejores servicios a los pacientes. Varios autores mencionan circunstancias especiales para realizar el genograma¹⁴ sin embargo, los genogramas elaborados en esta investigación no fueron dirigidos intencionalmente a pacientes con crisis o disfunción familiar ni enfermedades crónicas y la información obtenida fué útil en todos los casos por lo que el instrumento puede aplicarse a todos los pacientes de manera rutinaria²⁷.

El médico familiar que brinda atención al individuo, a la familia y da un servicio a la comunidad desde acciones asistenciales, preventivas y con continuidad, puede valerse de este instrumento donde se pone en evidencia la etapa del ciclo de vida familiar y del individuo, que puede ser el paciente identificado. En caso de tratarse de un paciente pediátrico el genograma auxilia para identificarlo y elaborar el plan de atención preventivo apoyándose con el resto del equipo de salud para la aplicación del programa de niño sano con el seguimiento correspondiente. El genograma permite identificar a las familias con adolescentes, quienes acuden con menor frecuencia a solicitar atención médica por lo que, aún si el adolescente no es el paciente índice, sí se pueden realizar acciones de educación y prevención apoyándose en los padres quienes sí asisten a la consulta y en ocasiones manifiestan el estrés que causa esa etapa del ciclo de vida familiar. Se encontró en los genogramas varias familias extensas donde vive uno de los abuelos o ambos; siendo las personas geriátricas quienes mas utilizan los servicios de salud, a través del genograma se puede detectar su presencia en las familias e iniciar acciones preventivas como la aplicación de vacunas del adulto, medidas de detección oportuna de enfermedades crónicas, evaluación integral del estado de funcionalidad y del estado de salud, incorporación a los grupos de apoyo de la clínica, entre otras. Algunas veces las personas que acuden a la consulta del médico son adultos jóvenes que están en la fase del ciclo vital familiar de matrimonio o expansión, como en este estudio donde 3.8% se encontraban en fase de matrimonio y 8% en la de expansión, etapas en las que es muy

importante el trabajo del equipo de salud para ofrecer consulta preconcepcional y evitar enfermedades del embarazo en la madre y el producto o identificar los factores de riesgo a los que está expuesto el binomio y planear las acciones correspondientes, esta detección adquiere mayor importancia cuando en la familia se encuentra una adolescente embarazada, para lo que también nos puede auxiliar el genograma, aunque no sea la adolescente la que se encuentra en el consultorio en el momento de la entrevista. Durante estas etapas se requiere de mayor educación en salud reproductiva y métodos de control familiar. Muchos pacientes son adultos maduros que se desempeñan como los responsables de la familia, en los mayores de 40 años se aplica el programa de geroprofilaxis para prevenir enfermedades crónicas o detectarlas oportunamente y evitar sus secuelas³⁹.

Al ofrecer la ventaja de establecer una relación armónica entre el paciente y el médico, se puede encontrar apoyo para despertar el interés para que en lo posible sean cambiados los factores de riesgo susceptibles, esto, si ante la evidencia en la repetición de enfermedades crónicas detectadas por el genograma el paciente asume su responsabilidad en el cuidado de su salud, con el apoyo del médico familiar.

El genograma ayuda a identificar a personas que ameritan una intervención por parte del equipo de salud ya sea preventiva, curativa o de control, aunque este individuo no se encuentre físicamente en el consultorio, el informante ofrece un acceso a la familia que permite al médico hacer un trabajo en el que pueda individualizar los cuidados de cada paciente y de la familia comogrupo.

Desafortunadamente entre los datos que menos se obtuvieron fueron los de relaciones interpersonales, se desconocen los motivos pero pueden influir varios; el momento y el sitio de la entrevista, los factores personales que influyen para que el médico residente no interrogue sobre las relaciones interpersonales y los factores del paciente para no desear hablar sobre ellas. Sin embargo, si el médico familiar desea abordar al paciente en su contexto familiar se debe interesar activamente por los sentimientos y preocupaciones de la familia ya que estos se pueden convertir en un síntoma de enfermedad o en una herramienta para concretar las acciones encaminadas a mejorar la salud del individuo y su familia⁴⁰.

Además de la utilidad en la consulta, el genograma ofrece un amplio campo de acción en la investigación, para analizarlo como instrumento, para obtener información sobre las características de la población atendida, como fue parte de este trabajo, identificación de

factores de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas de carácter hereditario, para estudiar estrategias de capacitación en su construcción, además de las ya mencionadas por Gómez-Clavelina: estudio de la funcionalidad familiar, daños a la salud en la familia, calidad de vida, identificación de necesidades, redes de apoyo³. El genograma tiene la versatilidad de enfocarse en los datos que al investigador le interesen.

5. Conclusiones.

El estudio cumplió con los objetivos de evaluar las características de los genogramas realizados por los residentes identificando los aciertos y errores mas frecuentes, se determinó el tiempo promedio utilizado para elaborar los genogramas. Con los datos obtenidos se pudo clasificar a las familias en forma integral y se describieron las etapas del ciclo de vida por la que cursaban las familias representadas.

Se evidenció que la persona que aplica el genograma requiere de capacitación constante para la unificación de criterios y hacerle conciente sobre la importancia de los datos que se recaban si se hace en forma correcta. Así como de la necesidad de aplicar esta herramienta en forma rutinaria para conocer a las familias que atiende la Unidad. Esta capacitación es muy importante y no debe limitarse al nivel teórico. Se sugiere que el entrenamiento además sea práctico, que exista una

supervisión del mismo y que se busque la retroalimentación tanto por parte de quien sea responsable de esta capacitación como de los residentes; con el fin de que se cuestionen a sí mismos con respecto a su habilidad para realizar la entrevista en las diferentes situaciones en que se encuentran los pacientes y su capacidad de compromiso hacia ellos y sus familias. Que detecten las deficiencias de los genogramas que realicen con el propósito de corregirlos; también que sean capaces de interpretar los genogramas para obtener de esta herramienta todos los beneficios que ya se han puesto en evidencia en trabajos como este. Un propósito más de la capacitación puede ser enfocar la utilidad del genograma hacia áreas específicas de investigación.

La continuidad en este proceso de capacitación permitirá que los residentes de Medicina

Familiar adquieran más habilidades que completen su entrenamiento durante la especialidad y ofrezcan una atención integral a los pacientes con mayor calidad y humanismo.

Se propone buscar técnicas de enseñanza para la capacitación de los médicos en la realización de genogramas. Shore et al, en el Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de California, sugieren que técnicas didácticas específicas podrían incrementar el uso clínico del genograma. Menciona que los profesores deben hacer el vínculo entre la enfermedad y el sistema familiar².

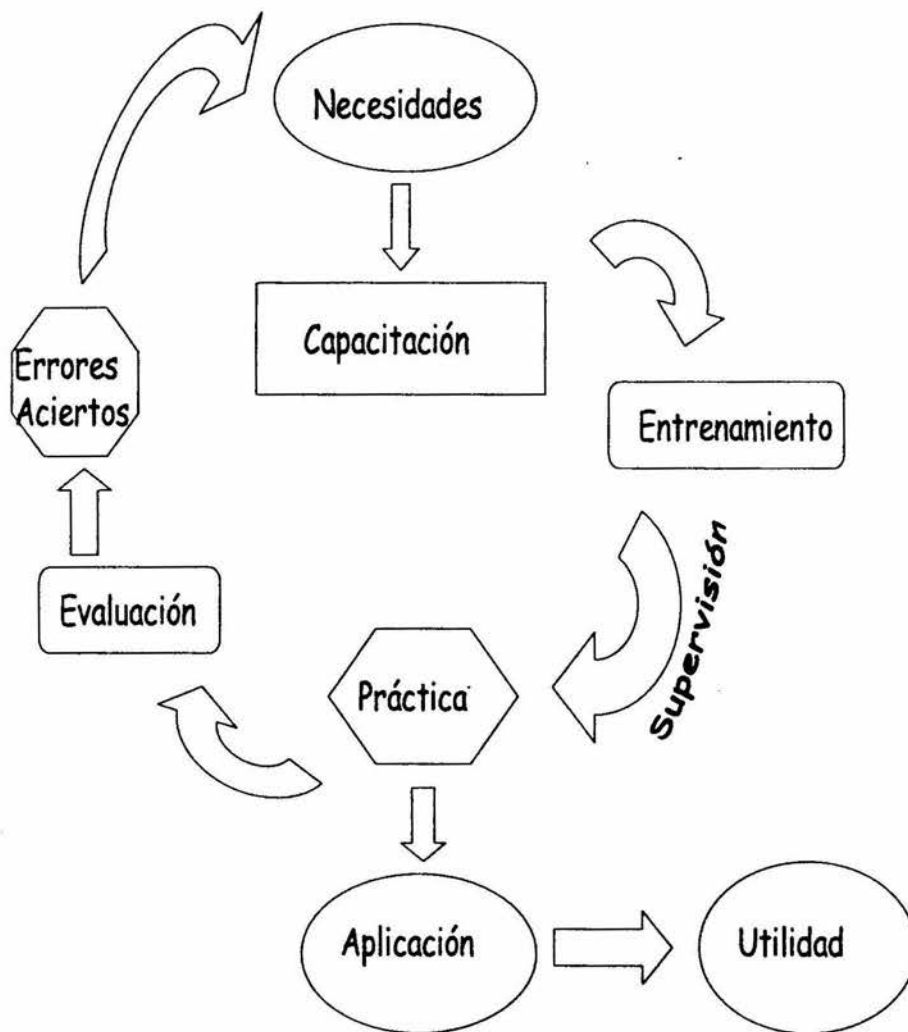
El Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de España recomienda una metodología docente en la que el método básico en la formación es el trabajo en la consulta, con los tutores, con quienes se comentan, estudian y presentan los casos. Como uno de los primeros puntos a desarrollar menciona la elaboración de una serie de genogramas (uno por cada etapa del ciclo vital familiar), supervisados por parte del tutor. También recomienda desarrollar una metodología activa y participativa trabajando en grupos pequeños. Propone técnicas de "role-playing", de trabajo con grabaciones, lectura de bibliografía, discusión en grupo con la exposición de casos clínicos con abordaje familiar, supervisión de entrevistas por parte del tutor y formación de grupos de tutorías donde participen otros residentes, foros de debate a través de internet con otros profesionales que expongan también sus experiencias. Este programa contempla su aplicación en unidades de primer nivel de atención pero también en servicios de otras especialidades³⁷.

La construcción del genograma requiere de un tiempo promedio de 20 minutos por lo que se deberán planear estrategias para poder aplicar esta herramienta. Durante la consulta habitual donde el paciente acude con una solicitud de atención a un problema de salud y el médico que le atiende cuenta con 15 a 20 minutos para él, no es posible realizar el genograma como una acción adicional.

Interrogar al paciente en la sala de espera atenta a su privacidad. A través del genograma se puede obtener información con una carga emocional muy fuerte como en el caso de abuso sexual, adicciones, violencia intrafamiliar, trastornos emocionales, entre otros eventos críticos^{19,20,22,24} por lo que se requiere de un espacio físico que proporcione el ambiente necesario para establecer una relación de confianza entre el médico y el paciente y que este último pueda expresar sus sentimientos con la seguridad de que serán manejados con discreción³⁹. Por lo tanto se propone que el médico solicite al paciente que acuda a su consultorio en una siguiente ocasión exclusivamente para

construir su genograma. O bien que exista en la Clínica un área destinada solo para aplicar este instrumento con personal capacitado y que el paciente pueda acudir mientras espera la hora de su cita.

A continuación se expone una propuesta de capacitación en la realización de genogramas y su aplicación en la Clínica de Medicina Familiar:



La Unidad "Dr. Ignacio Chávez" cuenta con servicios especiales como gerontología, clínica del adolescente, orientación familiar, planificación familiar, medicina preventiva, odontología, servicio social, medicina familiar, etc. a los cuales el genograma puede servir para detectar las necesidades de la población que atiende cada servicio, planear estrategias de trabajo e identificar en cuales se requiriere hacer labor de equipo.

Dado que los resultados no se pueden generalizar, por tratarse de una muestra no representativa, ni aleatoria, se propone elaborar un estudio utilizando el genograma como instrumento de recolección de datos, buscando información útil a la Unidad que permita conocer a las familias que atiende, con una muestra representativa para que los resultados puedan auxiliar en la planeación de acciones.

6. Bibliografía:

1. Waters I, Watson W, Wetzel W. Genograms. Practical tools for family physicians. *Can Fam Physician* 1994; 40: 282-287.
2. Shore WB, Wilkie HA, Croughan-Minihane M. Family of origin genograms: evaluation of a teaching program for medical students. *Fam Med* 1994; 26: 238-243.
3. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas E, Terán-Trillo M, Fernández-Ortega MA, Yañez-Puig EJ. Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en medicina familiar. *Arch Med Fam* 1999; 1 (1): 13-20.
4. De la Revilla AL, Fleitas CL. Instrumentos para el abordaje familiar. Atención longitudinal: el ciclo vital familiar. En: Martín ZA, Cano PJF. *Compendio de Atención Primaria*. Madrid España. Ediciones Harcourt; 2000. p. 38-45.
5. Irigoyen-Coria A, Morales-López H, Hernández-Torres I, Mazón-Ramírez J, Fernández-Ortega MA, Mozqueda-Pérez G. Análisis estructural de 306 estudios de salud familiar. *Arch Med Fam* 2002; 4 (1): 22-26.
6. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Arch Med Fam* 1999; 1 (2): 45-57.
7. Saucedo GJM, Forcerrada MM. III La exploración de la familia. Aspectos médicos, psicológicos y sociales. *Rev Med IMSS* 1981; 19 (2): 155-163.
8. Irigoyen CA. *Diagnóstico familiar*. 6° ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2000.
9. McGoldrick M, Gerson R. *Genogramas en la evaluación familiar*. USA: Editorial Gedisa; 1987.
10. Greenwald JL, Grant WD, Kamps CA, Haas-Cunninghams. The genogram scale as a predictor of high utilization in a family practice. *Fam Syst & Health* 1998; 16: 375-392.
11. Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ, Ponce-Rosas ER, Teerán-Trillo M, Mazón-Ramírez JJ, Yañez-Puig EJ. Diseño y aplicación de un instrumento para la evaluación de genogramas. *Arch Med Fam* 1999; 1 (1): 5-12.
12. Velasco ML, Julián SJF. Mapas familiares: su empleo en el diagnóstico y formación de hipótesis terapéuticas. En: Velasco ML, Julián SJF. *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: Editorial El Manual Moderno; 2001. p. 23-36.

13. Garza EF. Trabajo con familias. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 1997.
14. De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona, España: Ediciones Doyma; 1994.
15. Huerta GJL. Estudio de la salud familiar. En: Farfán SG. Programa de actualización continua en medicina familiar. México: Editores Intersistemas 1999. p. 1-73.
16. Irigoyen CA. Fundamentos de medicina familiar. 7°ed. México: Editorial Medicina Mamilar Mexicana; 2000.
17. Santacruz VJ. La familia como unidad de análisis. Rev Med IMSS 1983; 21 (4): 348-357.
18. Medalie JH, Cole-Kely K. The clinical importance of defining family [editorial] Am Fam Physician 2002; 65 (7): 1277-1279.
19. Rogers JC, Rohrbaugh M, McGoldrick M. Can experts predict health risk from family genograms? Fam Med 1992; 24 (3): 209-215.
20. Berolzheimer N, Thrower SM, Koch-Hattem A. Working with families. En Sloane PD, Slatt LM, Curtis P, directores. Essentials of family medicine. 2° ed. USA: William and Wilkins; 1993. p. 19-29.
21. Medalie JH. Historia clínica familiar, base de datos, árbol familiar y diagnóstico. En: Medalie JH. Medicina familiar. Principios y práctica. México: Editorial Limusa; 1987. p. 393-401.
22. Rogers JC. Can physicians use family genogram information to identify patients at risk of anxiety or depression? Arch Fam Med 1994; 3: 1093-1098.
23. Duarte E. Historia clínica orientada al problema. En: Rubinstein R. Medicina familiar y práctica ambulatoria. Buenosaires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 97-103.
24. Bykowski M. Genogram traces sexual abuse in somatizers. Fam Practice News 1999; 29 (17): 34.
25. Montalvo RJ, Soria TMR. Estructura familiar y problemas psicológicos UNAM. Iztacala, 1 (2): 32-36.
26. De la Revilla L, Fleitas L, Prados MA, Delos Rios A, Bailón ME. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. Aten Primaria 1998; 21 (4): 219-224.
27. Mullins HC, Christie-Selly. Working with the family in primary care. A systems approach to heath and illness. USA: Praeger ed; 1984. p. 179-191.

28. Irigoyen CA. Nuevos fundamentos de medicina familiar. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2002.
29. Monroy-Caballero C, Boschetti-Fentanes B, Irigoyen-Coria A. Propuesta de una clasificación de la familia con base en su composición. Arch Med Fam 2002; 4 (1): 42-44.
30. Attie T. La pareja en crisis. Como superar sus conflictos en distintas etapas de la vida México: La Prensa Médica Mexicana; 1991.
31. Saucedo GJM. Psicología de la vida en familia: una visión estructural. Rev Med IMSS 1991; 29 (1): 61-67.
32. Rosas-Pérez MP, González-Salinas C. Utilización de genogramas en un centro de salud de la ciudad de México. Arch Med Fam 2002; 4 (3): 99-103.
33. Irigoyen-Coria A, Morales-López H, Sosa-Díaz S, Martínez-Martínez F, Hernández-Torres I, Mazón-Ramírez J. Los estudios de salud familiar y su impacto en la práctica médica. Arch Med Fam 2002; 4 (1): 18-21.
34. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A.C. Guía de Estudio. Examen de certificación en medicina familiar. 5°. Revisión México. 2003-2004.
35. Nuevo Modelo Integral de Salud Familiar Preventivo. Políticas de instrumentación en 1° y 2° niveles de atención. Programa 2002. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
36. Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM). Medicina Familiar. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (U.N.A.M.) 2ª edición. México. 1998.
37. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. España. 2002.
38. Gómez CF, Irigoyen CA, Ponce RR. Bases para la investigación en las especialidades médicas. Guía para el seminario de investigación del PUEM. Editorial Medicina Familiar Mexicana. México. 1999.
39. Arellano GM, Vázquez G. Responsabilidad profesional médica. En: Kuthy P, Villalobos P, Tarasco M, Yamamoto C. Introducción a la bioética. México: Méndez Editores; 2002. p. 93-104.
40. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaría de Salud. México. Cap. I. Art. 17. Aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Apartado 1.

41. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia. Octubre de 2000.
42. Programa de atención a la salud y al envejecimiento. Junio 2003. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
43. McDaniel SH, Campbell TL, Seaburn DB. Premisas básicas de la orientación familiar en atención primaria. La familia como recurso. En: McDaniel SH, Campbell TL, Seaburn DB. Orientación familiar en atención primaria. Rochester N.Y. Springer-Verlag Editores 1990. p 3-17.
44. Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas. Aten Primaria. 1998; 21(5):331-339.

7. Anexos



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado.

ISSSTE

Unidad de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez.

GENOGRAMA

Fecha de realización: _____ Médico: _____

Nombre del paciente: _____

Cédula: _____ Colonia: _____ Consultorio: _____

Nombre del informante: _____ Parentesco: _____

Recuerda: Tres generaciones, nombre, edad, escolaridad, ocupación, estado de salud, fecha y causa de muerte, paciente identificado, fechas de unión, los que viven bajo el mismo techo, línea de relación interpersonal.

Hora de inicio: _____

Hora de término: _____

Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

Consentimiento de participación voluntaria

Consentimiento para participar en el trabajo: elaboración de genogramas.

El siguiente cuestionario tiene como propósito: conocer las características de las familias que atiende la UMF Dr. Ignacio Chávez y medir el tiempo de realización del genograma.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta Unidad Médica, la información que Usted proporciona mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si Usted siente que alguna de las preguntas o más le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla(s) respetando sus pensamientos y decisión. También si Usted se siente en algún momento herido(a), lastimado(a) o agredido(a) en su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta Unidad Médica.

El cuestionario tiene varias preguntas y se contesta en aproximadamente 20 minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿Acepta Usted contestarla? Si _____ No _____

Muchas gracias por su participación.