



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

SUBDIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACÁDEMICA UMF " DR. IGNACIO CHÁVEZ"

TÍTULO:

" ANÁLISIS DE LAS INDICACIONES MÉDICAS PARA LA ELABORACIÓN DE GENOGRAMAS E IDENTIFICACIÓN DE LAS DIFICULTADES PARA SU USO EN MEDICINA FAMILIAR".

PRESENTA:

DRA. ROSANGELA SOSA SOTO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DIRECTOR DE TESIS:

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

PROFESOR DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M

CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO.

JUNIO 2016



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.

CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO.

JUNIO 2016

TÍTULO:

"ANÁLISIS DE LAS INDICACIONES MÉDICAS PARA LA ELABORACIÓN DE GENOGRAMAS E IDENTIFICACIÓN DE LAS DIFICULTADES PARA SU USO EN MEDICINA FAMILIAR".

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ROSANGELA SOSA SOTO.



AUTORIZACIONES:

DR. EDUARDO BLANCO LOYOLA

DIRECTOR

UMF DR. IGNACIO CHÁVEZ

DRA. MARLENE SANCHEZ MURGUIONDO

JEFE DE ENSEÑANZA

UMF DR. IGNACIO CHÁVEZ

DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y ASESOR METODOLÓGICO

UMF DR. IGNACIO CHÁVEZ

DR. MIGUEL ÁNGEL SERRANO BERRONES

JEFATURA DE SERVICIOS ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DEL ISSSTE



A U T O R I Z A C I O N E S :

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. GEOVANY LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

RESUMEN

Objetivos: Analizar los conocimientos que el médico familiar tiene acerca de las indicaciones del Genograma y si realizan el genograma en caso de detectar estas enfermedades, así como, identificar las posibles dificultades que los médicos familiares perciben que limitan su aplicación y uso.

Diseño: Estudio exploratorio, descriptivo, cuantitativo.

Material y Métodos: Se utilizó un muestreo por conglomerados de los expedientes clínicos en busca de genogramas. Se realizó un estudio censal para la evaluación de las indicaciones por las cuales se realiza un genograma y analizar las razones por las cuales a los médicos se le dificulta elaborarlos.

Resultados: Se revisaron 634 expedientes de los cuales tan solo 87 tenían genogramas elaborados por diversas enfermedades. El estudio revela que el médico de familia sabe las indicaciones para realizar un genograma, siendo más frecuente la elaboración del mismo en las enfermedades crónicas degenerativas y genéticas. Sin embargo no los elaboran con frecuencia.

Conclusiones: El médico familiar está capacitado y sabe las indicaciones para elaborar un genograma. Sin embargo no lo realiza, por la falta de tiempo y la falta de conocimiento para graficarlo entre otras razones. Además de que ha perdido la capacidad de fluidez para la elaboración del mismo al no realizarlo con frecuencia.

Palabras clave: genograma, indicaciones, dificultades, usos

SUMMARY

Objectives: To analyze the knowledge that the family doctor has about indications of Genograms and if they make the genogram should detect these diseases and identify potential difficulties that family physicians perceive that limit their application and use.

Design: exploratory, descriptive, quantitative.

Material and Methods: A cluster sampling was used clinical records looking for Genograms. A census tract study for the evaluation of the indications for which a genogram is done and analyze the reasons why doctors have difficulty making them.

Results: 634 clinical records were reviewed of which only 87 had Genograms. The study reveals that the family doctor knows the indications to make a genogram, being more frequently elaborated by chronic degenerative and genetic diseases. However, genograms are not elaborated frequently.

Conclusions: The family doctor is trained and knows the indications to develop a genogram. However are not made by a lack of time and knowledge to plot it among other reasons. Besides that he has lost the flowability for the elaboration, thereof to not do it often.

Keywords: genogram, indications, difficulties, uses

AGRADECIMIENTOS:

A mi familia, a mi madre por creer siempre en mi y ser parte de mis sueños, dandome alas para volar. A mi padre por apoyar mis proyectos de vida.

A mi tutor de tesis, DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA, por su paciencia y sobre todo por enseñarme a valorar esta gran ciencia como es la investigacion.

1. MARCO TEÓRICO.

INTRODUCCIÓN:

El genograma también llamado familiograma, árbol familiar, árbol genealógico, pedigree familiar o carta genealógica. Es una representación gráfica de las principales características e interrelaciones de un grupo familiar. Es un diagrama de flujo que permite identificar procesos biológicos, emocionales y sociales de una familia a través de diversas generaciones.^(1,2)

Se ha definido al genograma como la representación gráfica del desarrollo familiar a lo largo del tiempo o como la herramienta capaz de incorporar categorías de información al proceso de resolución de problemas. Igualmente lo podemos considerar como un excelente sistema de registro, donde no sólo encontramos información sobre aspectos demográficos, tipología estructural psicosocial, estadios del ciclo vital, acontecimientos vitales, etc., sino que también nos da noticias sobre otros miembros de la familia que no acuden a la consulta y sobre todo nos permite relacionar al paciente con su familia.⁽³⁾

Esta herramienta de análisis nos da un amplio panorama de los antecedentes del paciente, facilita la comprensión de su entorno familiar y detección de síntoma de importancia a partir de algún evento grave en su entorno familiar. Por ende, se considera que es una herramienta útil en el contexto global del paciente.

El genograma es un instrumento indispensable para la práctica de la medicina familiar, debido a que con su aplicación, se favorece una mejor relación con el paciente, y permite al médico la estratificación de riesgos de ansiedad y depresión en la familia. Ofrece apoyo a diversos especialistas médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y en general a los interesados en el estudio de la familia como genetistas, historiadores, psichistoriadores, genealogistas antropólogos, biógrafos, trabajadores sociales, etc.^(1,2)

El genograma es una representación gráfica en forma de árbol genealógico que nos permite observar la información básica de al menos tres generaciones de una familia. Incluye información sobre su conformación, datos demográficos de sus miembros y las relaciones que se mantienen entre ellos, así como sus enfermedades tanto físicas como mentales. ^(4,5)

Fleitas, hace énfasis en la utilidad del genograma para recoger, registrar, relacionar y exponer categorías de información del sistema familiar en un momento determinado de su evolución y utilizarlas para la resolución de problemas clínicos. ⁽³⁾

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El genograma fue desarrollado por Murray Bowen en 1978. Pero fue perfeccionado por Mónica Mcgoldrick, terapeuta familiar del instituto multicultural de la familia en New Jersey. Publicó su primer libro en 1985 "Genograms and Family Assessment". Posterior a su publicación, el grupo norteamericano de investigación de primer contacto junto con importantes terapeutas familiares han desarrollado un formato estandarizado de sus símbolos. ⁽⁵⁾

Datz, introdujo el genograma a México en 1978. Este es usado para representar gráficamente una gran cantidad de información de un grupo familiar como son sus principales características e interrelaciones de un grupo familiar. Está ampliamente documentada su utilidad como instrumento para la exploración de la familia desde diferentes ángulos, tales como; el biológico, psicológico y social. Es útil para registrar datos sobre la composición familiar y datos relacionados con la organización y dinámica de la familia, antecedentes hereditarios, familiares y problemas potenciales de salud en cada uno de los miembros del grupo; Constituyéndose en un complemento de las notas médicas del expediente clínico y del estudio de salud familiar. ⁽⁷⁾

En la última década, este instrumento ha ayudado al médico a identificar patrones repetitivos del comportamiento y al reconocimiento de tendencias hereditarias. Por lo que hoy en día los genogramas son usados por diversos profesionales de la salud

como son; trabajadoras sociales, psicólogos, psiquiatras, genétistas, educadores y muchos otros. ⁽⁶⁾

UTILIDAD Y VENTAJAS

El genograma recaba información de tres generaciones en seis categorías específicas: estructura familiar, ciclo vital, patrones de repetición entre generaciones, eventos familiares, funcionamiento familiar, relaciones interpersonales, además de plasmar patrones de ansiedad, depresión, ataques de pánico, abuso de sustancias, enfermedades somáticas. En el ámbito psicosocial puede plasmar historial de abuso físico, sexual y emocional. Facilita la observación de problemas del comportamiento así como las transiciones del ciclo de vida. ⁽⁸⁾

A continuación se enlistan algunas de las ventajas de los genogramas mencionadas por varios autores: ^(2,9,10,11,20,22)

1. Presentación de un registro médico sistemático.
2. Formato gráfico de lectura fácil.
3. Logra identificar pautas generacionales, biomédicas y psicosociales.
4. Permite evaluar relaciones entre el entorno familiar y la enfermedad.
5. Reestructura los problemas presentes en los pacientes.
6. Auxilia en el manejo médico y en el campo de la medicina preventiva.
7. Permite hacer evidentes los obstáculos para la cooperación.
8. Identifica eventos de la vida que podrían afectar el diagnóstico y tratamiento.
9. Pone en evidencia pautas de enfermedad.
10. Facilita la educación del paciente.
11. Detecta la etapa del ciclo de vida que cursa la familia.
12. Favorece la elaboración de hipótesis terapéuticas.
13. El proceso de su elaboración permite establecer una relación médico-paciente armónica.
14. Es una vía no amenazante para obtener información emocionalmente importante.
15. Su elaboración muestra interés por el paciente y otros familiares.
16. Representa la estructura funcional de la familia.

CRITERIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL GENOGRAMA

Según de la Revilla existen tres fases de construcción de un genograma: a) construir, b) leer e c) interpretar. La construcción requiere de una entrevista y un sistema de registro; la lectura, implica el reconocimiento y clasificación de los distintos aspectos descritos en el dibujo; finalmente, la interpretación, permite formular hipótesis y llegar a diagnósticos psicosociales. ⁽³⁾

Jolly, fue el primer autor que propuso estandarizar los símbolos y emplear siempre las mismas instrucciones para realizarlo, de forma que su uso se pudiera generalizar, exigiendo además que se representen tres generaciones. ^(3,12,22)

La construcción de un genograma familiar requiere de una entrevista que integra tres fases sucesivas, mediante las cuales se exploran: 1) Estructura familiar, 2) Información básica sobre la familia y 3) Relaciones familiares. ^(4,5)

TRAZADO DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Esta primera fase es el eje central del genograma, ya que representa cómo los diferentes miembros de una familia están biológica y legalmente unidos entre sí. En esta representación, las figuras (p. ej. cuadrado, círculo) simbolizan personas y las líneas simbolizan las relaciones que mantienen entre ellos. Además, se emplea una línea de puntos para indicar la convivencia de los diferentes miembros, “rodeando” en un mismo círculo aquellas personas que comparten el mismo domicilio. Registro de la información familiar; después de la primera fase de representación de la estructura familiar, es posible añadir otros datos sobre la familia, como: ^(4,5)

- Información demográfica: fechas de nacimiento y muerte; fecha de matrimonio, separación, divorcio, etc.; profesión, nivel educativo.

- Información sobre el nivel de funcionamiento: datos más o menos objetivos sobre el funcionamiento familiar emocional o social de los diferentes miembros (p. ej., alcoholismo, depresión, etc.).

— Sucesos familiares críticos: cambios de relaciones, migraciones, etc.

Registro de las relaciones familiares: La representación en el genograma de las relaciones familiares se basa tanto en el informe de la propia familia, como en la observación clínica. Se utilizan diferentes tipos de líneas para representar estas relaciones. A pesar de que los términos empleados para describir estas relaciones suelen ser difíciles de definir operacionalmente (p. ej., “fusionado”, “conflictivo”), aportan una primera información al clínico acerca del nivel de conflicto o aglutinamiento de una familia. Al final del documento se puede consultar la representación de las relaciones más habituales. Como las pautas vinculares pueden ser muy complejas, en ocasiones es posible representarlas en un genograma aparte. Toda la información que proporciona el genograma ayuda al clínico a identificar posibles pautas relevantes en el funcionamiento familiar. Es importante prestar atención a la presencia de síntomas, pautas de relación o funcionamiento que se repiten en las diferentes generaciones; a las coincidencias de fechas (por ejemplo, fecha de una muerte y aparición del síntoma); y al momento del ciclo vital en el que se producen determinados acontecimientos (por ejemplo, emancipación tardía de los hijos).^(4,5)

La elaboración de un genograma puede emplearse como parte de una intervención terapéutica para generar cambios en las familias. Por ejemplo, implicar a la familia; durante la entrevista para elaborar el genograma, se genera la oportunidad a un acceso rápido a contenidos con fuerte carga emocional (nacimientos, muertes, conflictos...) desde un planteamiento aparentemente rutinario (llenar la “ficha” de la familia) que elimina la sensación de amenaza para hablar de estos temas. De esta forma, las familias más reservadas pueden abrirse a discutir estos aspectos familiares en un formato estructurado. Cuestionar el sistema familiar: la familia suele llegar a terapia con ideas bastante rígidas acerca de cuál es el problema y quién es la persona que debe cambiar. La información que se presenta a través del genograma es una forma de empezar a modificar estas creencias al no centrarse tan solo en el síntoma y en su portador.

Aclarar pautas familiares: compartir las hipótesis clínicas derivadas del genograma de forma que la familia las pueda aceptar o rechazar (p. ej. repetición intergeneracional de síntomas). Con el nuevo significado que adquiere el síntoma se puede trabajar nuevas relaciones dentro de la familia. ^(4, 5)

Según Huerta, el Genograma debe contemplar los siguientes elementos:

1. Tres o más generaciones
2. El señalamiento de los que viven juntos en la misma vivienda.
3. Los nombres de los miembros del grupo doméstico.
4. Edad o años de nacimiento de cada uno de ellos.
5. Fechas de matrimonio unión o divorcios
6. Principales enfermedades o problemas de salud
7. Cualquier defunción debe de incluir edad o fecha de fallecimiento y causa.
8. Símbolos simples y de fácil visibilidad
9. Una clave al pie de página que describa los símbolos empleados.
10. Los señalamientos de separación o divorcio aparecerán más cerca de quien se encuentra fuera del grupo doméstico.
11. Se debe de señalar mediante los dos últimos dígitos el año en que ocurrieron eventos tales como el matrimonio, el divorcio, la separación, fallecimiento, etc.
12. El lugar que ocupan el padre y la madre de la familiar de procreación en sus respectivas familias de origen se señala con una flecha.
13. En el subsistema conyugal, el símbolo de la figura paterna se coloca de lado izquierdo y el de la materna a la derecha.
14. Los hijos se señalan en orden cronológico, de mayor a menor, de izquierda a derecha.
15. Una línea continua o punteada delimita a los miembros de la familia que viven bajo el mismo techo, conformando el grupo doméstico.
16. No se considera necesario el empleo de símbolos para cada entidad nosológica, sólo se recomienda escribir el nombre del problema de salud a un lado de la figura que representa a la persona afectada, a fin de evitar la saturación de figuras.

El Comité Académico para la Revisión del Genograma (CARG) enuncia las siguientes recomendaciones para su elaboración: ⁽¹⁾

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 misma simbología indicada para el divorcio, separación o unión libre. Se anotarán los años en que acontecieron estos eventos siguiendo en un orden cronológico. ^(1,8) 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.

Es necesario señalar en alguno de los ángulos superior o inferior de la hoja en 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.

SIMBOLOGÍA

En 1978, Rakel (citado por Santacruz-Varela) dio a conocer una simbología para la construcción de genograma en el ámbito de la medicina familiar en Estados Unidos de Norteamérica.

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.⁽¹²⁾

En 1985, un grupo de médicos y terapeutas familiares de la Task Force of the North American Primary Care Research presidido por McGoldrick, uniformaron los elementos para la construcción de genogramas.^(4,5)

En 1994 Waters, publicó los símbolos utilizados por trabajadores sociales y médicos familiares de Canadá.⁽⁸⁾ Badía publicó en 1995 los símbolos y criterios de uso común entre los médicos familiares de España. En 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.⁽¹³⁾

INTERPRETACIÓN DEL GENOGRAMA













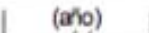



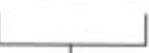

Es la fase más compleja, ya que a partir de los datos que aporta la lectura del genograma se deben establecer hipótesis sistémicas o diagnósticos psicosociales⁽³⁾. La interpretación del genograma está limitada por la calidad de su construcción, está claro que no se puede leer aquello que no está representado. 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 largo del tiempo, acontecimientos vitales y recursos familiares, patrones relacionales familiares, datos demográficos, problemas sociales y de salud. (14,15,16,20)

En México en 1999 se formó el comité académico de profesores en medicina familiar para la revisión de genogramas (CARG) aconsejando la siguiente simbología :⁽¹⁾

Propuesta del CARG para los símbolos del genograma

Estructura familiar

Sexo	   Hombre Mujer Indefinido
Adopción *	 
Matrimonio *	 (año)
Vínculo ascendente *	
Vínculo descendente *	
Personas que habitan la casa *	
Unión Libre *	 (año)
Gemelos heterocigotos *	
Gemelos homocigotos *	
Divorcio *	 (año)
Separación *	 (año)
Matrimonio consanguíneo **	 (año)
Descendencia desconocida **	
Matrimonio sin embarazos ni hijos **	
Vive lejos del hogar ** (escuela, cárcel, etc.)	

Asociación con salud-enfermedad

Aborto *	  Espontáneo Inducido
Muerte *	
Embarazo *	
Paciente identificado *	 
Óbito **	

Relaciones interpersonales afectivas

Relaciones conflictivas *	
Relaciones cerradas *	
Relaciones distantes *	
Relaciones dominantes *	
Disfunción en el matrimonio **	
Disfunción en el matrimonio y amante **	

*Propuesto por 4 ó más autores

**Propuesto por 3 ó menos autores

Fuente: Gómez-Clavelina , Irigoyen-Coria , Ponce-Rosas y Cols. Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en Medicina Familiar. *Arch MedFam* 1999;1(1):13-20.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El genograma es probablemente el instrumento clave para empezar a orientar el estilo de práctica de un médico de atención primaria hacia la atención familiar. Contiene la mayoría de las categorías de información que se necesitan para iniciar una aproximación sistemática al contexto en el que se originan las enfermedades y en el que se desenvuelven los problemas de la mayoría de los pacientes que acuden a su consulta. ⁽³⁾

Se piensa que al realizar el genograma en todas las personas que acuden a la consulta por primera vez podría servir para identificar factores de riesgo biológicos o psicosociales de procesos que se manifestarían posteriormente y también para detectar problemas emocionales ocultos. De esta forma, el genograma de cribado podría contribuir a la prevención tanto primaria como secundaria, permitiendo el asesoramiento anticipatorio ante la aparición de problemas psicosociales. ⁽³⁾

De la Revilla recomienda que se use en la investigación de los problemas psicosociales de la persona, ya que se ha observado que el 50% de los pacientes que visitan a su médico de familia lo hacen por un problema psicosocial. Es el instrumento ideal para levantar el velo tras el que a veces se oculta una realidad completamente diferente. Puede dar al paciente y al médico la clave para dejar de dar vueltas permanentemente en torno a explicaciones infructuosas y descubrir que la solución puede ser mucho más fácil de lo que ambos imaginaban. ^(3,19)

También en drogodependencia es muy bien utilizado. En un estudio sobre drogodependientes, Stanon et al (referido por De la Revilla) sugieren que la drogadicción puede considerarse como un proceso cíclico que involucra al adicto y a sus padres. ⁽³⁾

La Academia Canadiense recomienda que se utilice en casos de ansiedad, depresión, ataques de pánico, abuso de sustancias, cuando no hay apego a tratamiento. ⁽⁸⁾

También ayuda en el estudio del desarrollo familiar, ya que el médico de familia tiene la oportunidad de conocer la etapa del ciclo vital en que se encuentra la familia y predecir el momento de las transiciones, y en consecuencia le permitirá realizar asesoramiento familiar anticipatorio, informando a la familia sobre los cambios y ajustes que va a tener que realizar y prevenir de esa forma la aparición de problemas de adaptación a la nueva etapa.

En el abordaje familiar en pacientes con enfermedades crónicas y terminales es un instrumento imprescindible para el estudio de las familias que tienen en su seno un paciente con una enfermedad crónica, inmobilizado o en situación terminal. Identificando la tipología psicosocial del paciente crónico o inmobilizado, de la cuidadora principal, de los cuidadores secundarios y de los cuidadores formales. Así como también en el estudio de las personas mayores dependientes.⁽³⁾

Las indicaciones y la utilidad que aporta la elaboración del genograma están descritas, sin embargo no se tiene evidencia si los médicos familiares realizan un genograma a las familias que atienden ni si los utilizan para la detección de las patologías mencionadas. Por lo que nace la inquietud de saber el por qué no se realizan, así como saber bajo que indicaciones elaboran cotidianamente en su práctica médica, los médicos de la unidad un genograma y cuáles son las dificultades para su realización y uso del mismo. Se desconoce si los médicos de la clínica de medicina familiar Dr. Ignacio Chávez saben con certeza las indicaciones y usos del genograma, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Los médicos familiares tienen conocimiento de las indicaciones y usos del genograma en la práctica clínica y si es así cuales son las dificultades para su uso?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Partiendo del conocimiento que el genograma es una arma que nos ayuda a valorar integralmente a la familia y realizar un buen enfoque de riesgo, gracias a la información que nos plantea, se decide realizar este estudio y según los resultados obtenidos, se realizaran capacitaciones para que el médico familiar los elabore, comprenda e interprete. De esta manera el médico familiar podrá integrar más seguido en su práctica médica esta herramienta, logrando tener un enfoque integral para afrontar los problemas que aquejan a las familias.

Por lo que con la realización de este estudio se obtendrá información útil para dimensionar la percepción de los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, en cuanto al uso del genograma en su práctica profesional, así como las dificultades que afrontan para su aplicación. Esto a su vez propiciará el diseño de estrategias dirigidas a la capacitación o a la optimización del uso de instrumentos como el genograma, para la ayuda de la evaluación familiar y así mejorar la atención de la consulta médica del Médico Familiar.

En este caso, el estudio que se realiza, se justifica en MAGNITUD por la importancia que tiene el uso del genograma en la práctica adecuada de la medicina familiar. En cuanto a su VIABILIDAD, No hacer una adecuada práctica de la medicina familiar, implica además una falta de congruencia con las políticas de salud internacionales, nacionales e institucionales en las cuales se privilegia la identificación temprana de daños a la salud así como la evaluación de riesgos en la población, a lo cual puede contribuir el uso del genograma. En cuanto a VULNERABILIDAD, la clara dimensión del problema en cuanto al escaso uso del genograma, permitirá instrumentar estrategias para usarlo y obtener los beneficios de ello, fundamentalmente para los pacientes. En cuanto a la FACTIBILIDAD del trabajo de investigación, es de bajo costo, y sin riesgo alguno para los participantes. En cuanto a su TRASCENDENCIA, reflejará la necesidad de instrumentar procedimientos operativos en la práctica de la medicina familiar,

aprovechar las ventajas del uso del genograma en el ámbito clínico y enfatizar la utilidad y beneficios de la medicina familiar en la atención primaria y el primer nivel de atención.

2. OBJETIVOS:

2.1 GENERAL:

* Analizar los conocimientos que el médico familiar tiene acerca de las indicaciones del genograma y si realizan el genograma en caso de detectar estas enfermedades, así como, identificar las posibles dificultades que los médicos familiares perciben que limitan su aplicación y uso.

2.2 ESPECÍFICOS:

* Desarrollar una búsqueda de genogramas en los expedientes clínicos de la UMF Dr. Ignacio Chavez.

* Diseñar un cuestionario de evaluación de conocimientos para analizar si el médico familiar sabe las indicaciones, usos y dificultades de la aplicación del genograma.

* Identificar y clasificar los problemas de salud que consideran los médicos familiares que son indicación médica para la aplicación y elaboración del genograma.

* Identificar y clasificar las percepciones de los médicos familiares acerca de las dificultades que tienen para la elaboración de genogramas.

3. HIPÓTESIS

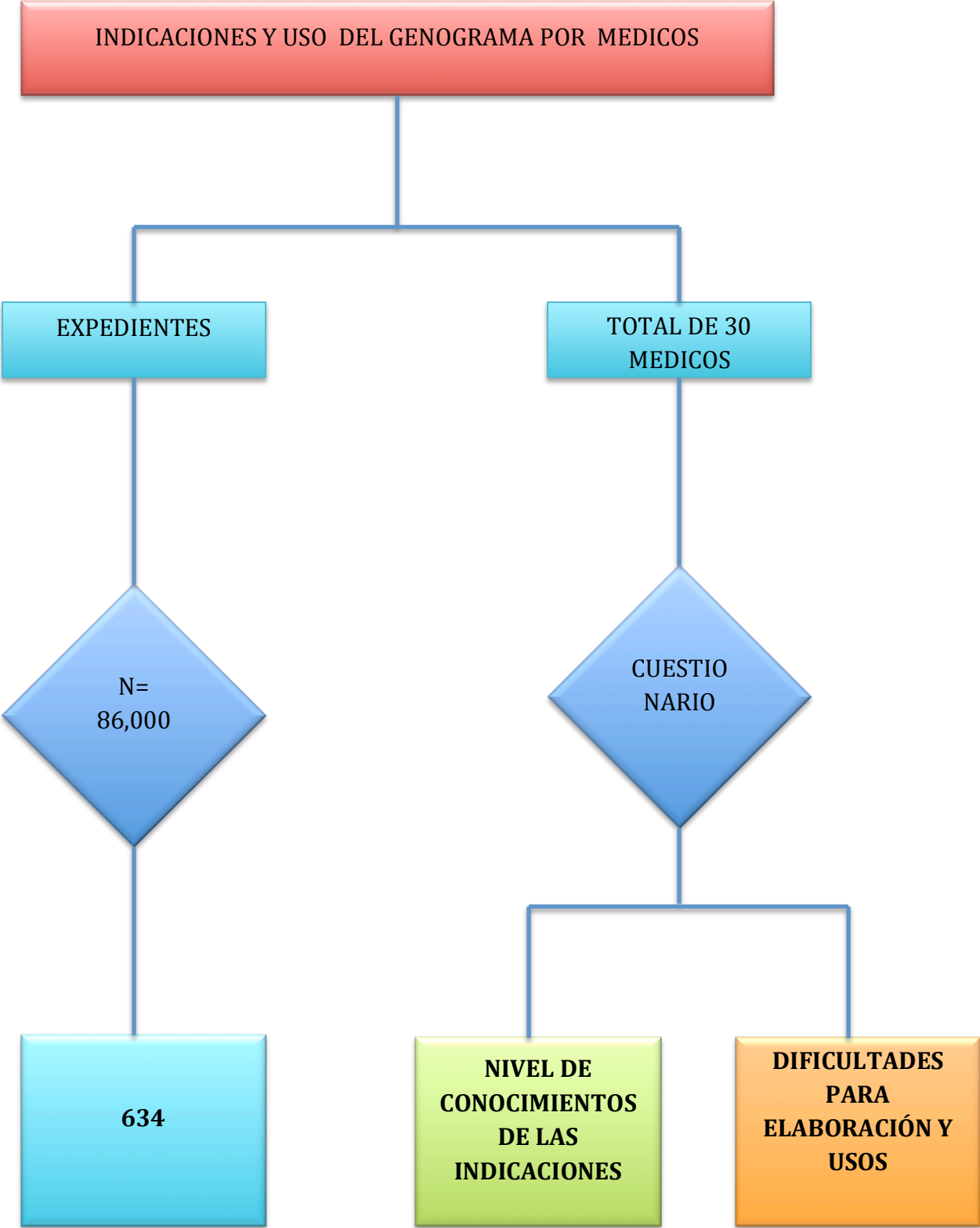
Este estudio es exploratorio y descriptivo, como consecuencia no requiere de una hipótesis formal.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Tipo de Estudio:

- Cuantitativo - Exploratorio - Descriptivo

4.2 DISEÑO DE INVESTIGACION DEL ESTUDIO.



5. MUESTRA.

1. Se utilizó un muestreo por conglomerados guardando proporción del número de expedientes para cada uno de los consultorios de medicina familiar de la Clínica. La selección final de expedientes se realizó mediante números aleatorios. Se buscó la presencia de al menos un genograma en los expedientes seleccionados.

2. Para la evaluación de las enfermedades por las cuales se realiza un genograma y las razones por las cuales a los médicos se le dificulta elaborarlos. Se hará un estudio censal, incluyendo a todos los médicos que otorgan consulta médica de medicina familiar así como a los residentes de esta especialidad, adscritos a la Clínica Dr. Ignacio Chávez.

6. PLANES PARA EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se trata de un estudio descriptivo por lo que se utilizarán técnicas de estadística descriptiva. Las variables cualitativas se analizarán con medidas de resumen (porcentajes y frecuencia).

Las variables cuantitativas se analizarán con medidas de tendencia central y dispersión (promedio, desviación estándar y rango).

No se utilizarán pruebas de estadística Inferencial.

7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE MÉDICOS QUE PARTICIPARÁN EN EL ESTUDIO:

Todos los médicos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez.

7.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DE MÉDICOS:

Médico que rechace participar.

7.2 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Cuestionarios incompletos o ilegibles.

8. METODOLOGÍA.

Previa prueba piloto del cuestionario, se aplicará a los médicos que otorgan consulta médica familiar así como a los residentes de esta especialidad adscritos a la Clínica Dr. Ignacio Chávez durante el mes de abril de 2016.

El cuestionario (anexo 1) es de auto aplicación, se entregará a los participantes y luego de un lapso no mayor a 30 minutos, se recogerá. Se verificará que esté completo o en su defecto, se otorgará más tiempo si fuera necesario.

Se cuidará del anonimato de los médicos que participen, no se identificarán variables relacionadas con turno (matutino o vespertino) categoría (médico de base o residente) y sexo (masculino o femenino).

Una vez recolectados los cuestionarios, se capturarán las respuestas en una base de datos mediante el programa Excel.

Se utilizará estadística descriptiva para tabular y valorar las variables.

9. DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA PILOTO

Se aplicará el cuestionario de conocimientos de indicaciones para el uso del genograma al menos a 3 residentes de medicina familiar de tercer año para valorar comprensión de los reactivos. Se harán las modificaciones pertinentes y se obtendrá el cuestionario final.

10. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Sexo	Condición orgánica que distingue a hombres de mujeres	Masculino o femenino	Cualitativa	Nominal	Masculino = 0 Femenino= 1
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de una persona	Edad en años cumplidos	Cuantitativa	Cuantitativa discreta	Número de años
Enfermedades Genéticas	Enfermedades causada por una alteración del genoma. Esta puede ser hereditaria o no, si el gen alterado está presente en los gametos	Genéticas: Síndrome de Down, Turner, Labio y paladar hendido, Hipotiroidismo, Retraso mental.	Cualitativa	Nominal	Genéticas=1

Enfermedades Psicosociales	Enfermedades o desequilibrios, derivados de los estados de vida actuales, en los cuales los estados de estrés crónico (agresividad, angustia, falta de recursos o soportes emocionales) generan enfermedades.	Psicosociales: Enfermedades Psicosociales Toxicomanías ansiedad, depresión, ataques de pánico, no hay apego a tratamientos, abuso físico, sexual y emocional. Patologías psiquiátricas.	Cualitativa	Nominal	Psicosocial=1
Patologías del desarrollo familiar	Problemas de adaptación en las etapas de transición del ciclo vital.	Crisis Familiares: Separaciones, divorcios, Crisis familiares tanto normativas y no normativas.	Cualitativa	Nominal	Normativas=1 No Normativas=2
Enfermedades Infectocontagiosa	Enfermedades de fácil y rápida transmisión, provocadas por agentes patógenos.	Infectocontagiosas: Virus del papiloma humano, Virus de Inmunodeficiencia adquirida, Hepatitis, Tuberculosis, etc.	Cualitativas	Nominal	Infecciones=1
Problemas en la Elaboración de Genogramas	Son los obstáculos por los cuales no se elabora un Genograma.	Problemas de elaboración	Cualitativa	Nominal	Análisis de contenido y clasificación Temática.
Médicos			Cualitativa	Nominal	Médico Familiar = 1 Médico Residentes=2 Médico General=3

11. RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES.

Recursos humanos: Los recursos humanos serán desarrollados y por la sustentante de este trabajo de tesis y por los médicos de la unidad que cooperan en contestar el cuestionario.

Recursos físicos:

Se utilizarán las instalaciones de la clínica Dr. Ignacio Chávez. Consultorios.

Recursos materiales:

Material de papelería, oficina y uso de computadora personal.

Recursos financieros: El desarrollo de este proyecto y sus costos serán cubiertos por la responsable de este estudio.

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El protocolo de investigación tiene como título "Análisis de las indicaciones médicas para la elaboración de genogramas e identificación de las dificultades para su uso en medicina familiar" por lo cual se obtendrá la información mediante cuestionarios cuidando la ética de la investigación y la privacidad del participante. ^(23, 27)

La declaración de Helsinki da importantes pautas para tener una ética en la elaboración de un comité de bioética en investigación. También es importante tomar en cuenta la privacidad de las personas que colaboren en la investigación, por lo que el apartado de privacidad y consentimiento informado así como el de confidencialidad nos ayudan a tomar pautas de éticas apropiadas para este estudio.⁽²⁴⁾

En la declaración universal de Bioética y de los derechos humanos de la UNESCO indica la Autonomía, responsabilidad individual, así como la ética de la elaboración del consentimiento informado para el paciente o participantes de la investigación. La vulnerabilidad humana y la integridad personal, conjunta con la privacidad y la confidencialidad son de gran importancia para la realización del protocolo, así como para obtener resultados fidedignos. También manifiesta el aprovechamiento compartido de los beneficios de la investigación haciendo hincapié en compartir los resultados con la humanidad.

Lo cual es de vital importancia en esta investigación para obtener datos fidedignos.⁽²⁵⁾

El reglamento de la Ley General de la Salud en materia de investigación para la salud continúa hace hincapié en la ética profesional con respecto a los aspectos éticos. Hablando también de la investigación sin riesgo, por lo cual es muy valorable en mi investigación ya que el protocolo será elaborado a base de cuestionarios. Además de que, recalca la ética en la investigación y en el uso del consentimiento informado, el cual se respeta en el presente trabajo.⁽²⁶⁾

13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD	MARZO A DICIEMBRE 2014	ENERO A DICIEMBRE 2015	ENERO A MARZO 2016	ABRIL 2016	MAYO 2016	JUNIO 2016
PLANEACION	XXXX					
MARCO TEORICO	XXXX					
MATERIALES Y METODOS	XXXX					
REGISTRO Y AUTORIZA				XXXX		
ETAPA DE EJECUCION		XXX				
RECOLECCION DE DATOS		XXX				
ALMACENAMIENTO DE DATOS			XXX			
ANÁLISIS DE LOS DATOS			XXX			
DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS				XXXX		
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS					XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
CONCLUSIONES DE EL ESTUDIO					XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
INFORME Y REVISION FINAL					XXXXXXXXXXXXXXXXXX	

14. RESULTADOS:

Con el propósito de identificar con qué frecuencia se utiliza el genograma en la consulta médica familiar en la Unidad de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, la responsable de este trabajo de investigación, tomó una muestra aleatoria de 634 expedientes clínicos, (N=86,000) el tamaño muestral se determinó con base en la fórmula para estimar muestras de una proporción, con P y Q 0.05, 95% de confianza y 4% de precisión. Se utilizó un muestreo por conglomerados guardando proporción del número de expedientes para cada uno de los consultorios de medicina familiar de la Clínica. La selección final de expedientes se realizó mediante números aleatorios. Se buscó la presencia de al menos un genograma en los expedientes seleccionados y se identificó que solamente 87 (13.72%) de ellos incluyen genograma, cabe añadir, que 35 (40.22%) de los 87 estaban elaborados conforme los criterios del CARG, los demás (52=59.77%) presentaban fallas en su elaboración. Si bien se considera útil el uso de los genogramas, la inclusión de este instrumento en los expedientes clínicos es baja (13.72%). Detectando que se habían realizados por diferentes enfermedades tales como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2, depresión, faringoamigdalitis, dislipidemia, cardiopatía, abandono del adulto mayor, embarazo adolescente, demencia, jubilación, disfunción familiar, anemia, lupus eritematoso sistémico, miomatosis uterina, retraso mental, Hijos en etapa escolar, tumor cerebral, viudez, duelo, nido vacío, madre o padre soltero, melanoma maligno, EPOC, hipertrofia prostática, gastropatía fibroquística, epilepsia, hipotiroidismo y realización de múltiples incapacidades tal como se describe en la tabla 1. Los genogramas se realizaron en un periodo de 10 años atrás. Lo que nos demuestra que los médicos familiares usan muy poco esta herramienta de estudio familiar.

Al aplicar el cuestionario a los médicos familiares y preguntar las indicaciones por las cuales realizan un genograma dieron múltiples respuestas. Dentro de las enfermedades genéticas más comunes por las cuales elaborarían un genograma reportan el Síndrome de Down, síndrome de Turner y síndrome de Klinefelter con un 15%, sin embargo no se encontró ningún Genograma elaborado por esas patologías en expedientes previos.

Las enfermedades crónico-degenerativas fueron las más comunes por las que se desarrolló un genograma en los expedientes clínicos revisados, teniendo un 42% de genogramas realizados por estas enfermedades. Se menciona como indicación para la elaboración del genograma en 38 ocasiones a las enfermedades crónicas en un 65% de las veces. Siendo de las más comunes diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica y cáncer. Sin embargo se elaboraron muy pocos genogramas en el transcurso de 10 años de estas enfermedades tal como se muestra en la tabla 1 y en la gráficas 2.

En los expedientes clínicos los trastornos psicosociales que se encontraron con más frecuencia fue la depresión con un 7% reportando 6 genogramas, seguida por demencia y retraso mental con un 1 % (tabla1). Dentro de los trastornos psiquiátricos más comunes por los cuales los médicos indicarían la elaboración de un genograma se reporto; Depresión con un 31%, ansiedad 19% y esquizofrenia con un 18%. Dentro de las enfermedades psicosociales se mencionan mas frecuentemente al alcoholismo con 19%, la violencia familiar 7% y abuso sexual 6% (gráfica 3). Sin embargo no se encontró algún genograma en los expedientes por estas enfermedades, tal como se observa en la Tabla 1.

Al analizar los reportes de las enfermedades de las crisis del desarrollo familiar se encontraron en los expedientes 13 genogramas por las siguientes enfermedades: abandono del anciano, embarazo adolescente, jubilación, disfunción familiar, hijos en etapa escolar, viudez, duelo, madre o padre soltero, nido vacío (tabla1). El reporte de los cuestionarios demuestra que el médico sabe aún más patologías de crisis del desarrollo familiar ya que mencionan divorcio en el 28% de las respuestas, seguida por muerte/duelo con un 23%, infidelidad 11%, nacimiento del primer hijo 14%, adolescencia 12%, nido vacío 7%, jubilación 5%, como se observa en la gráfica 4, 4.1, 4.2.

Comparando a las enfermedades infectocontagiosas con los genogramas elaborados en los expedientes clínicos revisados se encontró un 3% (3 genogramas) de expedientes que contaban con un genograma por una enfermedad

infectocontagiosa, en este caso faringoamigdalitis. En los resultados del cuestionario se reportan múltiples enfermedades tales como VIH/SIDA con un 26%, tuberculosis 18%, VPH 16%, hepatitis 14%, sífilis 14%, influenza 9%, paludismo 5%, tal como se muestra en las gráficas 5. Cabe destacar que las enfermedades infectocontagiosas son por las que menos se elaboró un genograma, como se observa en la tabla 1.

Otra dimensión estudiada fueron las dificultades que los médicos perciben para la elaboración de un genograma; siendo el tiempo el factor más común, con un (26%) quejándose de no ser el suficiente; reiterando varios médicos que nada más alcanza el tiempo para realizar una anamnesis rápida y una exploración física enfocada a la enfermedad que aqueja al paciente en ese momento. Destacando que son demasiados pacientes por consultorio. La falta de exigencia por las autoridades para realizar un genograma lo mencionaron un 3% de los médicos, ya que no se encuentra en la normativa como es el caso de la historia clínica. El no saber cómo graficar el genograma 3% y la dificultad en elaborar la parte socio dinámica por la falta de conocimientos de la misma fue de un 6%. Además de la falta de un formato práctico dificultando lo cual dificulta su elaboración.

Destaca la falta de capacitación, tanto en la graficación como en la interpretación del mismo. Además de la dificultad en recordar la nomenclatura al explorar el área psicosocial del paciente. Así como la falta de población fija en un consultorio dificultando el seguimiento tanto de el paciente como de la elaboración del genograma. En contraste, hubo un 20% de los médicos que respondieron no tener dificultad en la realización de genogramas. Sin embargo, se observa que hubo médicos que dejaron en blanco este rubro con un 3% y otros dos médicos con un 6% decidieron no contestarlo por la falta de conocimientos del mismo. Tal como se muestra en la tabla 2 y gráfica 6.

14. 1. GENOGRAMAS ENCONTRADOS EN LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS.

Dentro de los diagnósticos más comunes por los cuales se elaboró un genograma se encontraron las siguientes enfermedades, tabla 1:

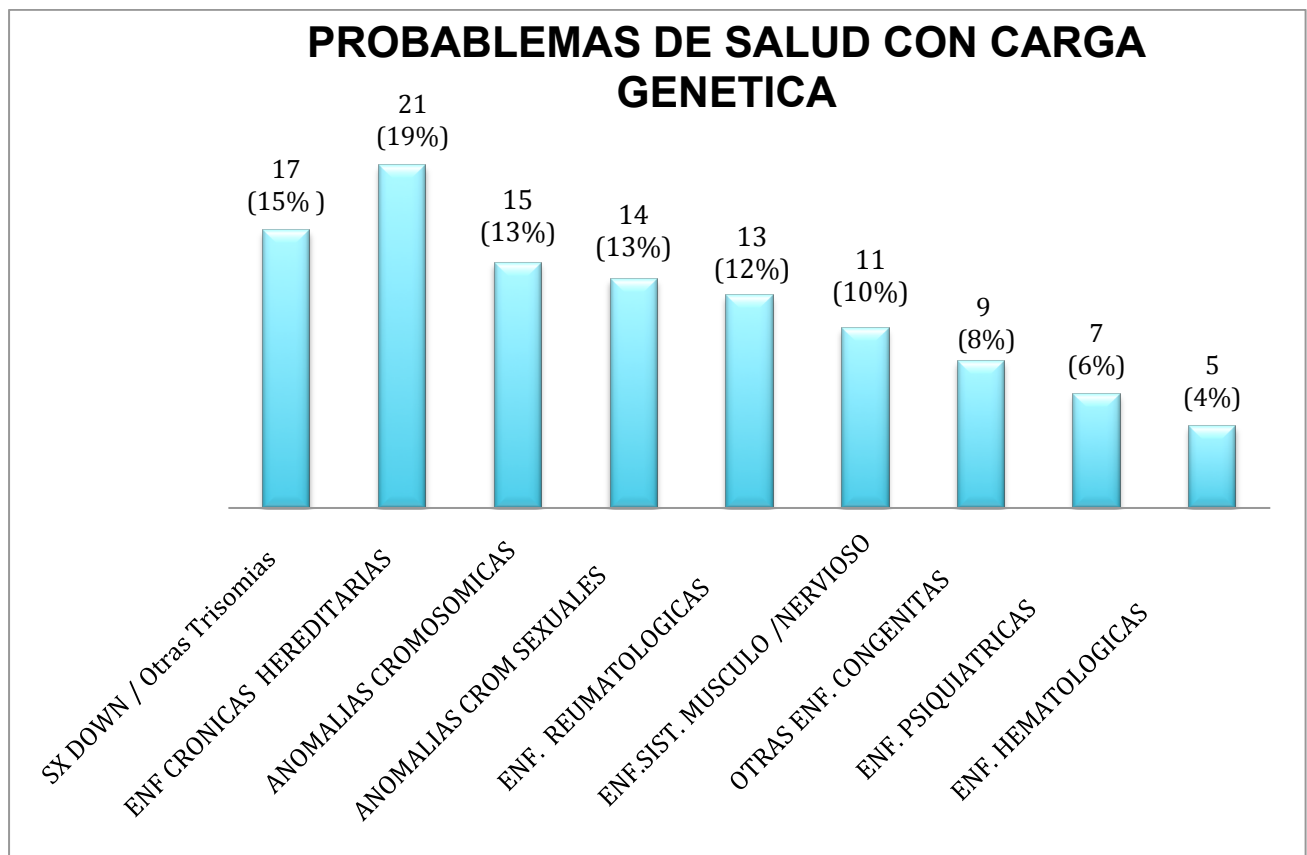
TABLA 1

ENFERMEDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HAS	17	19
DM	17	19
SIN DIAGNOSTICO	16	18
DEPRESION	6	7
FARINGOAMIGDALITIS	3	3
DISLIPIDEMIA	2	2
CARDIOPATIA	2	2
ANCIANO ABANDONADO	2	2
EMBARAZO ADOLESCENTE	2	2
DEMENCIA	1	1
JUBILADA	1	1
DISFUNCION FAMILIAR	1	1
ANEMIA	1	1
LES	1	1
MIOMATOSIS UTERINA	1	1
RETRASO MENTAL	1	1
HIJOS ETAPA ESCOLAR	1	1
TUMOR CEREBRAL	1	1
VIUDA / DUELO	1	1
MADRE SOLTERA	1	1
PADRE SOLTERO	1	1
NIDO VACIO	1	1
MELANOMA MALIGNO	1	1
EPOC	1	1
HIPERTROFIA DE PROSTATA	1	1
MASTOPATIA FIBROQUISTICA	1	1
MULTIPLES INCAPACIDADES	1	1
EPILEPSIA	1	1
HIPOTIROIDISMO	1	1
SINDROME DE COLON IRRITABLE	1	1
TOTAL	88	100

14.2 ENFERMEDADES GENÉTICAS.

Dentro de los problemas de salud con carga genética más comunes por los que se indicaría un Genograma, los Médicos refirieron las siguientes enfermedades descritas en las gráfica número 1:

Gráfica 1

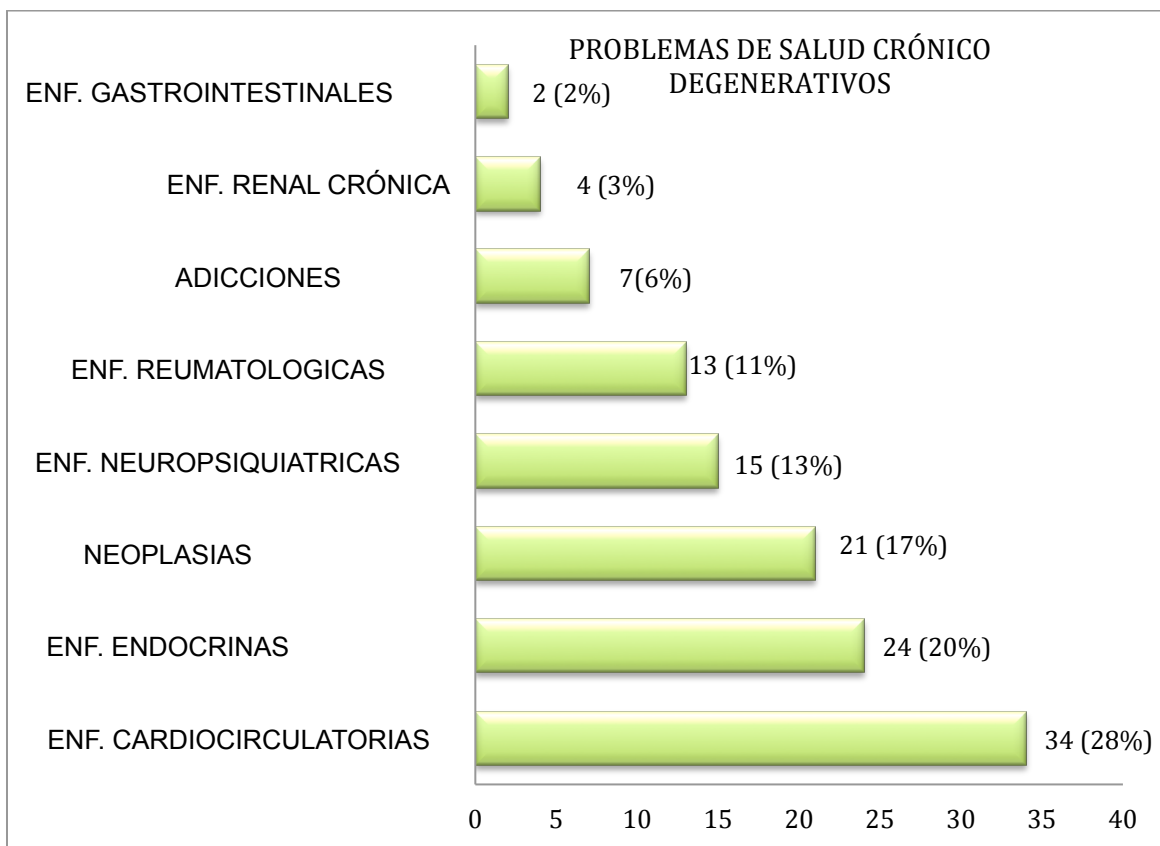


*Sx. Down y Otras Trisomías: Sx. Patau Sx. Edwards. ** Enf. Crónicas Hereditarias: Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2, Hipertensión arterial sistémica, cáncer general, cáncer de mama. *** Anomalías Cromosómicas: Mosaismo, Sx. Genéticos, Sx. Prader Willi, sx. Angelman, Enf. Duchenne, Enf. Good Pasteur, Sx. Fanconi, Enf. Mitocondriales, Amiloidosis, Malformaciones, Sx, X Frágil, Enf. Di George, Enf. Mitocondrial. **** Anomalías Crom. Sexuales: Sx. Turner, Sx. Klinefelter. ***** Enf. Reumatológicas: Artritis Reumatoide, Lupus Eritematoso Sistémico, Espondilitis Anquilosante, Enf. Colagena, Sx. Marfan. ***** Hidrocefalia, Meningocele, Craneosinostosis, Microcefalia, retraso Psicomotor, Epilepsia, Esclerosis Múltiple, Enf. Neurocognitivas, Distrofia Muscular, Huntington. ***** Otras Enf. Congénitas: Cardiopatías Congénitas, Fibrosis Quística, Ceguera Congénita, Enf. Intestinales, Dislipidemia Familiar, Sordera Congénita. ***** Trast. Psiquiátricos: Esquizofrenia, Demencias, Depresión, Autismo, Alz Heimer. ***** Enf. Hematológicas: Hemofilia, Anemia Drapanocítica.

14.3 ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVOS.

Problemas de salud Crónico degenerativos por los cuales se indicaría un genograma; siendo los más comunes; diabetes mellitus tipo 2 con 16 menciones, hipertensión arterial sistémica con 15 y cáncer 8, ver gráfica 2:

Gráfica 2



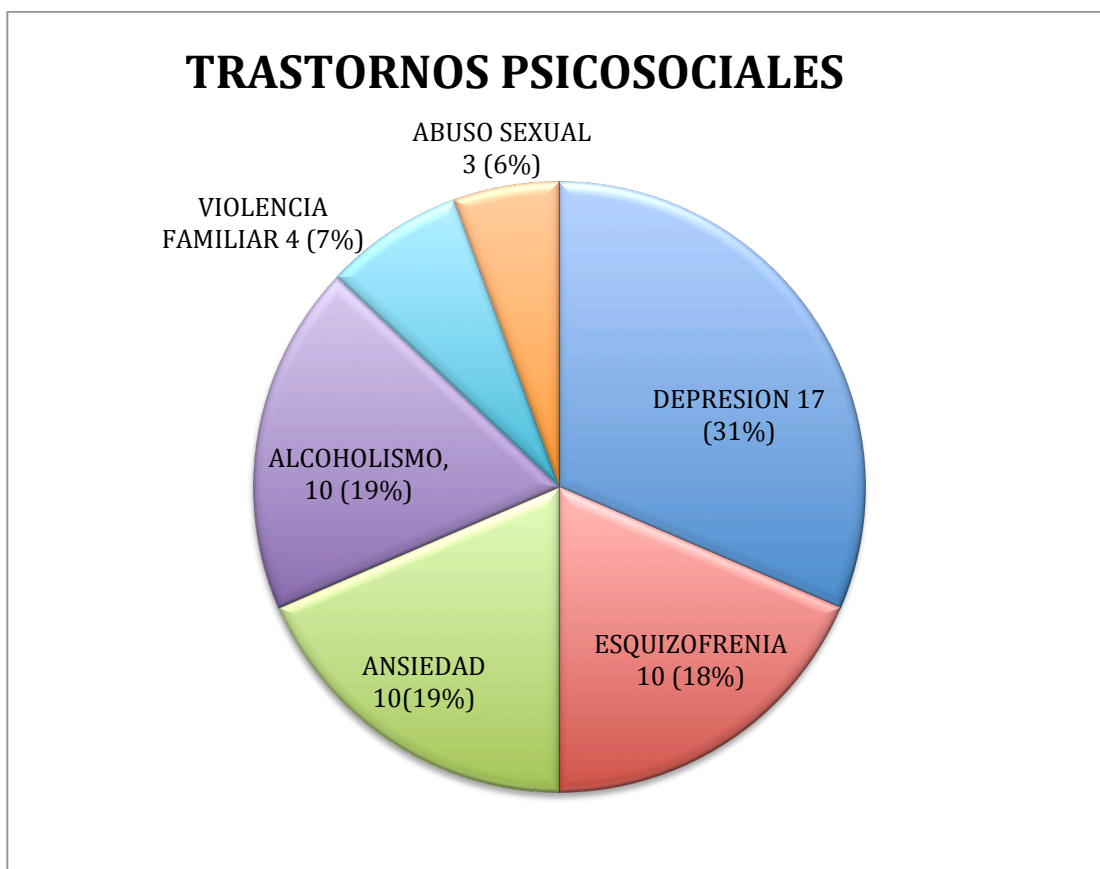
*Enf. Gastrointestinales: Cirrosis Hepática, Enf. Celíaca. **Adicciones: Alcoholismo, Tabaquismo. *** Enf. Reumatológicas: Artritis Reumatoide, LES, Enf. Autoinmunes, Esclerodermía. **** Enf. Neuropsiquiaticas: Enf. Parkinson, Demencias, Depresión, Migraña, Alz Heimer, Esclerosis múltiple, Córea de Huntington, Enf. Musculoesqueleticas, Epilepsia. ***** Neoplasias: Todos tipos de cáncer, Cáncer de mama, CACU, Leucemias, Linfoma, Cáncer de Colón, Cáncer de Prostata, Cáncer de Tiroides. ***** Enf. Endocrinas: DM2, DM1, Complicaciones de DM, Obesidad. ***** Enf. Cardiovasculares: Insuficiencia Cardíaca, HAS, Dislipidemías, Cardiopatías, Sx. Metabólico, Aterosclerosis.

14.3 TRASTORNOS PSICOSOCIALES

Los trastornos psicosociales más comunes por los cuales se indicaría un genograma, se describen en la gráficas 3 :

Gráfica 3

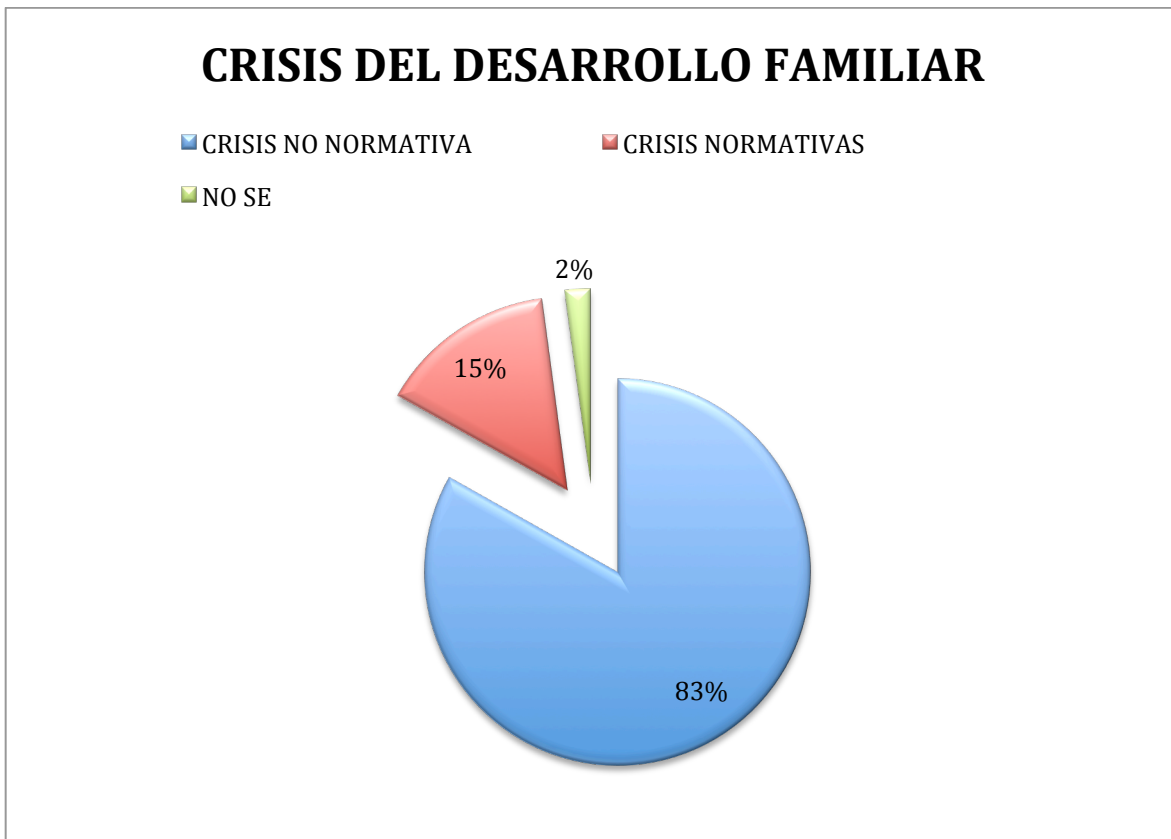
TRASTORNOS PSICOSOCIALES MÁS COMUNES



14.4 CRISIS DEL DESARROLLO FAMILIAR

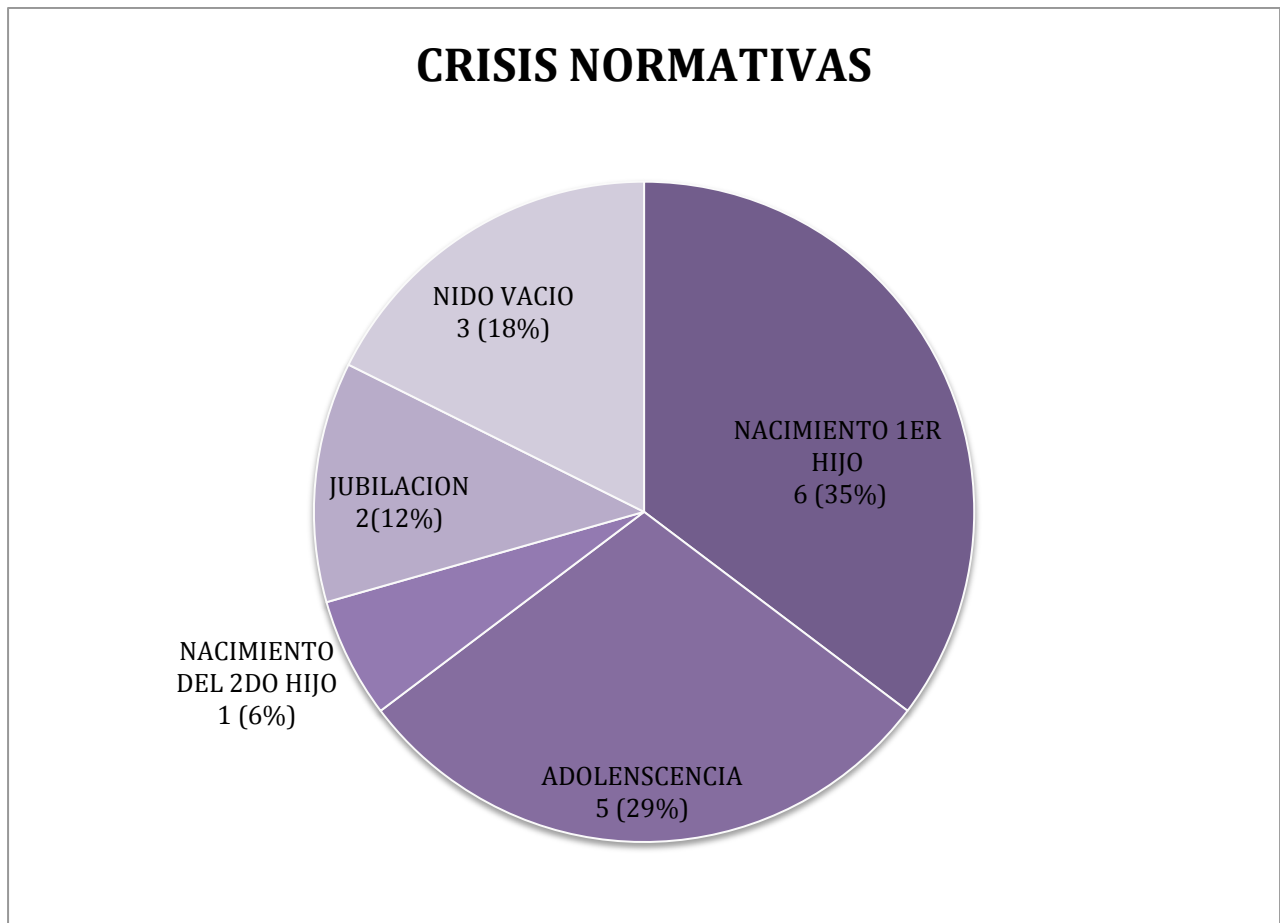
Con el propósito de facilitar el análisis de los resultados en relación con las Crisis del desarrollo familiar por las cuales se indicaría un genograma, se agruparon con base en características comunes dividiéndose en dos: crisis normativas y no normativas, descrito en las gráficas 4, 4.1 y 4.2:

Gráfica 4

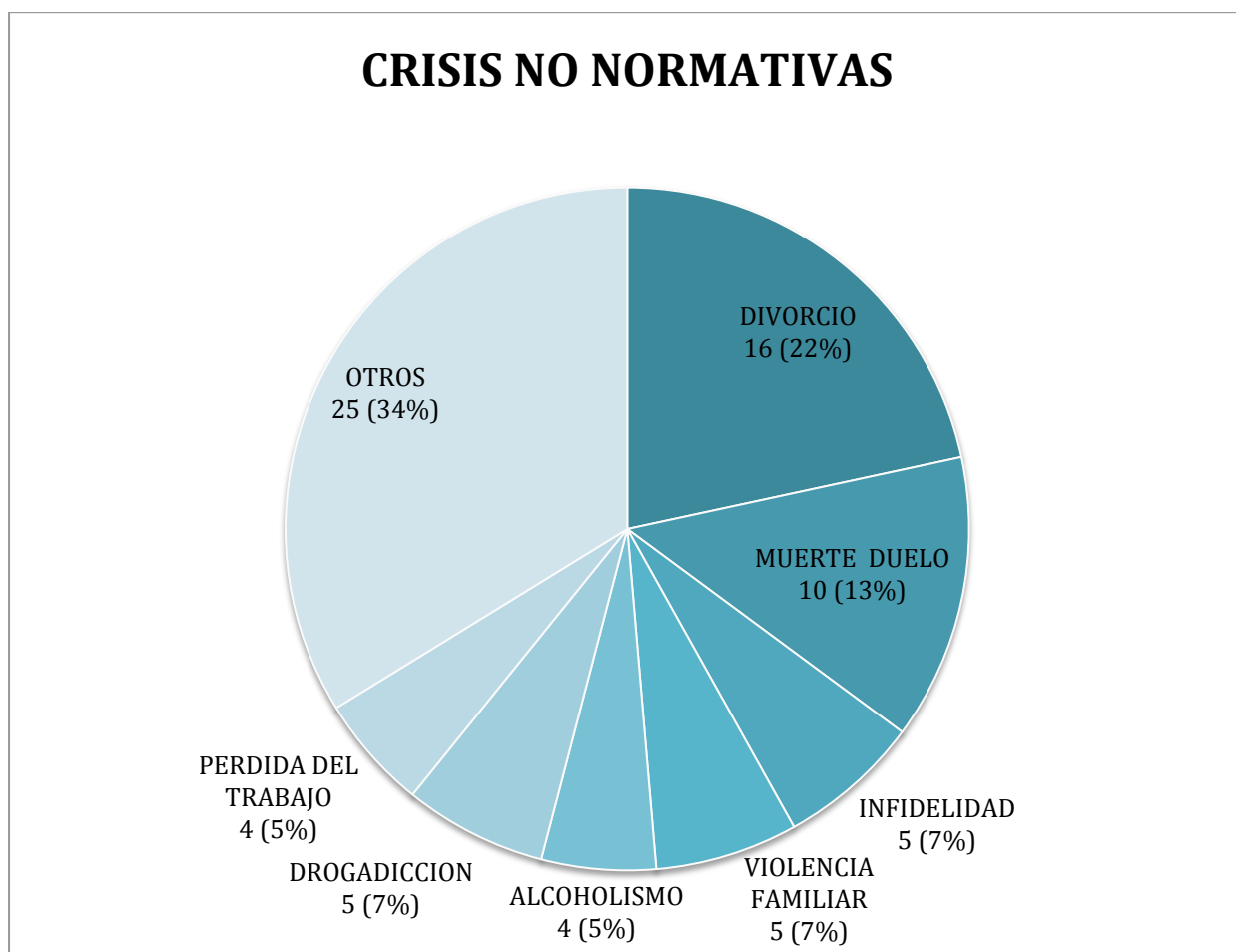


*Personas que contestaron que no sabían que patologías se designaban a las crisis del desarrollo familiar fueron 2 médicos generales.

Grafica 4.1



Grafica 4.2

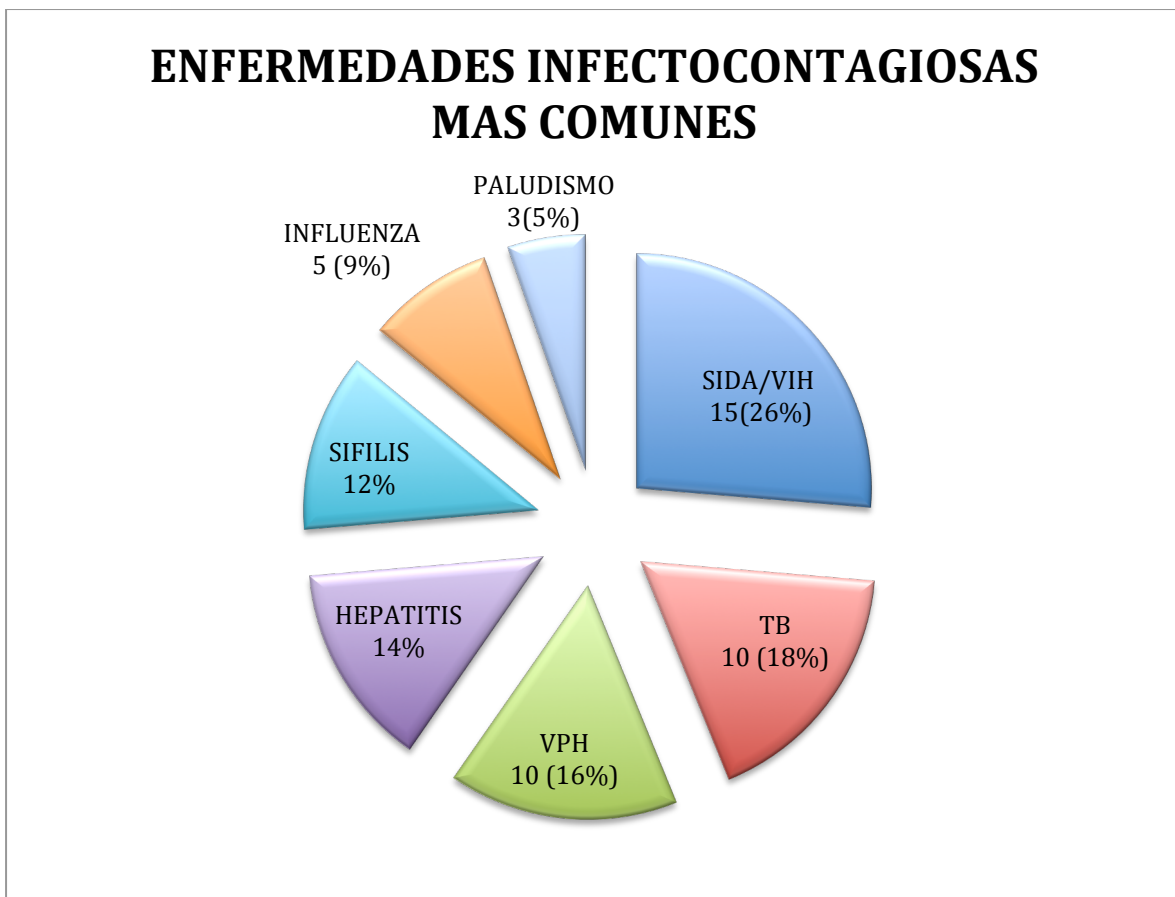


Otros: Aborto, Óbito, Cambios de vivienda y de trabajo, Abandono, Pérdida de roles familiares, Embarazo Adolescente y no deseado, adopción, Madre soltera, cambios de género, Reconstrucción familiar, disfunción sexual, intento suicida, deudas, Colapso del cuidador.

14.5 ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS

Problemas de salud infectocontagiosos mas comunes por los cuales se indica la elaboración de genogramas gráfica 5:

Gráfica5



14.6 DIFICULTADES PARA LA ELABORACIÓN DE GENOGRAMAS

Las dificultades referidas por los médicos para la elaboración de genogramas se presentan en la tabla 2 :

TABLA 2

DIFICULTADES PARA LA ELABORACIÓN DE GENOGRAMAS

DIFICULTADES PARA ELABORAR UN GENOGRAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FALTA DE TIEMPO	9	26%
NO TENGO DIFICULTAD	7	20%
NO ME LO EXIGEN	2	6%
NO SE COMO GRAFICARLO	2	6%
DIFICULTAD EN ELABORAR LA PARTE SOCIODINAMICA	2	6%
NO QUISIERON ELABORARLO PORQUE NO SABÍAN	2	6%
MUCHOS PACIENTES	1	3%
NO ESTA EN LA NORMATIVA	1	3%
FALTA DE CONOCIMIENTO	1	3%
FALTA DE UN FORMATO	1	3%
FALTA DE SEGUIMIENTO CON LOS PACIENTES	1	3%
DIFICULTAD EN RECORDAR LA NOMENCLATURA	1	3%
DIFICULTAD EN EXPLORAR LAS RELACIONES PSICOSOCIALES	1	3%
FALTA DE POBLACIÓN FIJA	1	3%
FALTA DE CAPACITACIÓN	1	3%
CUANDO LA FAMILIA LO SOLICITA	1	3%
DEJARON EN BLANCO	1	3%
TOTAL	36	100%

15. DISCUSIÓN:

Estos resultados señalan una inconsistencia entre lo que realmente se hace en la práctica médica y lo que se dice que se hace, siendo muy bajo el porcentaje de médicos que lo realizan en su práctica médica, ya que se observaron muy pocos expedientes con genogramas. Por lo que se realizó una estrategia mediante un cuestionario que permitió verificar las indicaciones por las cuales los médicos familiares realizan un genograma en la práctica médica. Se observó que en la realidad los médicos conocen y mencionan los problemas de salud por los cuales hay que aplicar un genograma, sin embargo, manifiestan diversas razones por las cuales no se elaboran como lo muestran los resultados de la tabla 2.

Al analizar los resultados que arroja el cuestionario nos damos cuenta que el médico de familia sabe las indicaciones para realizar un genograma, revelando también que está capacitado para graficarlo sin embargo el médico de familia no lo realiza, por la falta de tiempo y porque le cuesta elaborarlo, perdiendo la capacidad de fluidez de elaboración al no realizarlo con frecuencia.

El médico Familiar debería de ser congruente con lo que dice y con lo que hace en su práctica clínica, ya que se observa que se vuelve más biologicista y deja por un lado la visión holística, faltando a los tres ejes de la medicina familiar; como es la continuidad, acción integradora de los aspectos biopsicosociales del paciente, atendiendo el proceso de salud-enfermedad de los individuos, estableciendo el tratamiento adecuado, además de realizar una acción anticipatoria a los daños a la salud enfatizando la prevención. Es muy importante el estudio de la familia, en la cual el proceso salud enfermedad se maneja bajo una serie de factores de tipo estructural, funcional y cultural que pueden favorecer o limitar la salud ya sea individual o familiar, como lo menciona Narro Robles J. ⁽³⁰⁾

Autores como De la Revilla y Gómez Clavelina entre otros, mencionan la gran utilidad clínica del genograma. Es importante recordar que para mejorar la evaluación de la familia por el médico familiar se organizó la primera reunión del Consenso Académico en Medicina Familiar de Organismos e Instituciones Educativas y de Salud en el 2005⁽²⁹⁾ en la cual se menciona que la evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se establece como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento y en su caso rehabilitación o paliación; este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso de salud enfermedad, así como su análisis y planeación de estrategias en la toma de decisiones en el contexto biopsicosocial.

Para lograr esta evaluación, el médico familiar debe seguir una estrategia de carácter clínico, que incluya a los individuos y sus familias, bajo un enfoque integrador de las esferas biológicas y psicosociales a través del estudio de salud familiar (ESF), por lo que lo recomiendan, sin embargo la práctica de la medicina familiar en el mundo es muy diversa. No existe un sistema de salud que considere la realización del ESF a la totalidad de los pacientes atendidos y sus familias. El ESF no se justifica en todas las familias que se encuentran bajo el cuidado de los médicos familiares.

Entre las circunstancias clínicas ante las que el consenso 2005 recomienda realizar un ESF se encuentran las siguientes enfermedades: Pacientes con síntomas y signos mal definidos, problemas de salud mental (ansiedad, depresión, obsesiones, fobias, enfermedades psicosomáticas, trastornos de somatización, duelo patológico, hiperutilización de los servicios, incumplimiento de la prescripción, problemas de adicciones, uso de drogas, alcoholismo, abuso de psicofármacos, tabaquismo). Niños con problemas (trastornos de alimentación, trastornos de conducta y aprendizaje, enuresis, encopresis, crisis familiar, disfunción familiar, enfermedades congénitas y hereditarias. Acontecimientos vitales con mal manejo del estrés, mal control de

enfermedades crónico degenerativas, violencia intrafamiliar, problemas de adaptación social. Enfermedades de transmisión sexual en especial VIH/SIDA y VPH. Problemas relacionados con la sexualidad (embarazo no deseado, abuso sexual y violación).

Para el estudio de estos problemas de salud el consenso Académico en medicina familiar de organismos e instituciones educativas y de salud en el 2005 sugiere algunos instrumentos básicos para su Estudio de Salud familiar (ESF) tales como; La Historia Clínica, la clasificación familiar, el Ciclo vital familiar, Apgar familiar, FACES III, Índice simplificado de pobreza familiar, Cuestionario Medical Outcomes Study (MOS) de Sherbourne CD y Stewart AL. de apoyo social. Mencionando al Genograma como un instrumento que proporciona una visión rápida e integradora de los problemas biomédicos, psicosociales y propicia una adecuada relación médico paciente. Describe la estructura familiar, las relaciones de parentesco y las características generales de los integrantes de la familia. (14,16,19,21,29)

Existen muchos otros instrumentos pero los mencionados anteriormente han sido utilizados, aprobados y validados en el ámbito de la medicina Familiar. Como podemos ver el Genograma está validado, sin embargo, en este estudio se demostró que los médicos familiares de la “Clínica Ignacio Chávez” no los elaboran aun cuando es parte de su tarea cotidiana en concordancia con su perfil profesional. Dentro de este perfil se encuentran las áreas de desempeño profesional, destacando dentro de estas los conocimientos, habilidades, actitudes, valores y actividades que debe desarrollar el médico familiar. Entre estas cabe destacar, el área de asistencias de conocimientos donde se expresa que el médico familiar debe saber elaborar e interpretar un estudio de salud familiar dentro de este el Genograma. Además de sus habilidades se destaca la Detección oportuna de enfermedades y ser usuario de modelos de abordaje de la atención medica más adecuada al problema de salud que enfrenta el paciente, para lo cual es muy útil el Genograma. (29)

16. CONCLUSIONES:

El primer nivel de atención está determinado por las exigencias gubernamentales, las cuales determinan tiempos (menos de 15 minutos) de consulta por paciente. Afectando por esta razón, al médico familiar en la atención del paciente. Haciendo difícil realizar un genograma ya que se lleva aproximadamente entre 20 a 45 minutos en su elaboración. ^(2,22)

En la consulta medica familiar que se otorga en UMF "Dr. Ignacio Chávez" no se está utilizando el genograma en concordancia con las indicaciones para su uso, que los mismos médicos familiares de esta unidad medica manifestaron en este estudio; por lo que se puede concluir que esta subutilizado. Su uso sería de gran ayuda en todos los servicios que se encuentran en la unidad, como son; Gerontología, clínica del adolescente, orientación familiar, planificación familiar, medicina preventiva, odontología, servicio social, medicina familiar etc. Además de que serviría para detectar las necesidades de la población que atiende cada servicio, planeando estrategias de trabajo para la ayuda del paciente y su entorno familiar. ⁽²⁾

Diversas fueron las razones que los médicos familiares manifestaron al contestar el cuestionario aplicado en este estudio para no elaborar los genogramas de sus pacientes. Muy probablemente, se lograría la elaboración de genogramas si se recurriera al apoyo de otros profesionales de la salud que también pueden elaborarlos, como son los médicos residentes, equipo de enfermería y trabajadores sociales. De tal forma que, a solicitud de los médicos familiares, estos profesionales de la salud coadyubarían a complementar los expedientes clínicos con los genogramas de los pacientes. El Médico familiar lo interpretaría y podría planear e implementar las estrategias y programas de prevención y tratamiento integral de una manera más fácil y eficiente. ^(2,28) Para así colaborar con eficacia con el nuevo modelo integral de salud preventivo del ISSSTE que incluye a él Genograma como parte de la historia clínica familiar que debe realizarse en todas las unidades de primer nivel de atención. Por lo que es de gran importancia que el genograma se elabore de forma sistemática y con calidad en las Clínicas de Medicina Familiar. ⁽³¹⁾

14. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Gómez-Clavelina , Irigoyen-Coria , Ponce-Rosas y Cols. Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en Medicina Familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(1):13-20.
- 2.- Navarro-García, Ponce-Rosas, Monroy-Caballero. Estrategias para la elaboración de genogramas por residentes de medicina familiar. *Arc Med Fam* 2004;6: 78-83.
- 3.- De la Revilla L., El Genograma: mucho más que un dibujo. *AMF* 2006;2(10):559-566
- 4.- McGoldrick, M. y Gerson, R. (1985) Genogramas en la evaluación Familiar. Barcelona: Gedisa (3a ed. 2000).
- 5.- Compañ V, Feixas G, Muñoz D. El Genograma En Terapia Familiar Sistémica. Universidad de Barcelona 2012.
- 6.- Kennedy V, Genograms, MAI Review, 2010, 3. Disponible en:<http://www.review.mai.ac.nz/index.php/MR/article/viewFile/370/528> Consultado en el 2014.
- 7.- Huerta JL, La familia en proceso salud enfermedad. 2005 Editorial Alfíl
- 8.- Waters I, Watson W, Wetzel W, Genograms: practical tools for family physicians. *Can Fam Phys* 1994;40:282-287.
- 9.- 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: 38-45.
- 10.- Irigoyen CA. Diagnóstico familiar. 6° ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2000.
11. - Rogers JC, Rohrbaugh M, McGoldrick M. Can experts predict health risk from family genograms? *Fam Med* 1992; 24(3): 209-215.
12. Jolly W, From J, Rosen MG. The genogram. *J Fam Pract.* 1980; 10(2):251-55.
- 13.- Bennett RL, Steinhaus K, Uhrich S, O'Sullivan C, Resta R, Lochner-Doyle D, et al. Recommendations for standarized human pedigree nomenclature. *Am J Hum Genet* 1995; 56:745-52.

- 14.- De la Revilla L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona, España: Edición Doyma; 1994.
- 15.- Fernández M, De los Santos Reséndiz, Arellano J y Cols, Guía de entrevista para el abordaje familiar y Estudio de salud Familiar II Reunión del Consenso Académico en medicina Familiar. ATEN FAM 2008 15 (5)
- 16.- 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.
- 17.- Madalie, JH. Historia clínica familiar, base de datos, árbol familiar y diagnóstico. En: Madalie JH. Medicina Familiar. Principios y práctica. México. Editorial Limusa; 1987.p.393-401.
- 18.- Huerta GJL. Estudio de la salud familiar. En: Farfán SG, Programa de actualización continua en Medicina Familiar. México: Intersitemas; 1999, Libro1.p.1–73.
19. Huerta GJL. EL expediente Clínico Familiar. Estudio de la salud familiar. En: Farfán SG, Programa de actualización continua en Medicina Familiar. México: Intersitemas; 1999, Libro1.p.44–73.
20. La Revilla AI, Fleitas CL, Enfoque familiar de los problemas psicosociales. Atención longitudinal: ciclo vital familiar. En: Martín Zurro A, Cano PJF. Atención Primaria. Conceptos organización y Práctica Clínica. 5ta ed. España: Elsevier; 2003.p.157–171.
21. 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.
22. Monroy-Caballero C, Boschetti-Fentanes Irigoyen-Coria A. Propuesta de una clasificación de la familia con base en su composición. Arch Med Fam 2002;4(1):42-44.
23. Arellano, Vázquez G. Responsabilidad profesional médica. En: Kuthy Villalobos P, Tarasco M, Yamamoto C. Introducción a la Bioética. Mexico: Méndez Editores; 2002.p.93– 103
24. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18º Asamblea médica mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52º Asamblea General, Edimburgo, Escocia. Octubre de 2000.

25. Declaración Universal de Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948.
Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 11 de noviembre de 1997.
26. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para Secretaria de Salud. México. Cap. I. Art. 17. Aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Apartado 1.
27. Gómez Cf, Irigoyen CA, Ponce RR, Bases para la investigación en las especialidades médicas. Guía para el seminario de investigación del PUEM. Editorial de Medicina Familiar Mexicana. México.1999.
28. Plan Único de especializaciones Médicas (PUEM). Medicina Familiar. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) 2da edición. México.1998.
29. Primera Reunión de Consenso académico en medicina Familiar de organismos e instituciones educativas y de salud. Conceptos básicos para el estudio de las familias código de bioética en medicina familiar. Arc Med Fam Vol. 7 supl. 1 2005
30. Narro Robles J; Medicina Familiar, En: "La salud en México, testimonios 1998".Las especialidades médicas en México. Pasado, presente y futuro. Soberón G. Kumate J. Laguna J. (Compiladores). Vol. 2, Tomo IV, México, Ed. Fondo de Cultura Económica 1989:239-252.
31. Nuevo Modelo Integral de Salud Familiar Preventivo. Políticas de instrumentación en 1º y 2º niveles de atención. Programa 2002. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

ANEXO 1

CUESTIONARIO:

El presente cuestionario tiene el propósito de que usted mencione los principales problemas de salud que considera para elaborar un Genograma. Responda las preguntas utilizando los espacios correspondientes. Este es un cuestionario totalmente anónimo, por lo cual no es necesario que escriba su nombre. Si usted accede a responderlo se considera por este hecho su conocimiento informado.

Gracias por su colaboración.

Edad: _____ Sexo: F _____ M _____ Médico Familiar: _____ Medico General: _____
Residente: _____

1. Escriba ¿Cuáles son las enfermedades Genéticas por las cuales se realiza un Genograma? (Es una afección patológica causada por una alteración del genoma. Esta puede ser hereditaria o no, si el gen alterado está presente en los gametos).

Conteste usted cada una de las preguntas utilizando los espacios correspondientes:

- | | |
|----|----|
| a) | e) |
| b) | f) |
| c) | g) |
| d) | h) |
| e) | i) |

2. Escriba ¿cuáles son las enfermedades crónico degenerativas y terminales por las que usted considera debe realizarse un Genograma? (entendiendo por Enfermedades Crónico degenerativas y terminales que son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, que las presentará el enfermo hasta la muerte).

- a) e)
- b) f)
- c) g)
- d) h)
- e) i)

3.- Escriba las patologías psicosociales por las cuales usted considera que debe realizarse un Genograma (Entendiendo por enfermedades psicosociales a las enfermedades o desequilibrios, derivados de los estados de vida actuales, en los cuales los estado de estrés crónico (agresividad, angustia, falta de recursos o soportes emocionales generan enfermedades).

- a) e)
- b) f)
- c) g)
- d) h)
- e) i)

4.- Escriba las patologías del Desarrollo familiar por las cuales usted considera debe realizarse un Genograma (entendiendo por patologías del desarrollo a aquellas patologías que entran en Crisis Normativas o no normativas del Ciclo Familiar).

- a) e)

5.- Escriba las Enfermedades infectocontagiosas por las cuales usted considera debe realizarse un Genograma (Entendiendo por Enfermedades Infectocontagiosas aquellas enfermedades de fácil y rápida transmisión, provocadas por agentes patógenos).

- | | |
|----|----|
| a) | e) |
| b) | f) |
| c) | g) |
| d) | h) |
| e) | i) |

6.- ¿Usted percibe que tiene dificultades para la elaboración de genogramas de sus pacientes? Favor de encerrar en un círculo:

SI NO

7.- Si su respuesta fue afirmativa describa brevemente cuáles son esas dificultades, (Favor de describir 3 razones):

Se le agradece la participación en este estudio. Así como sus valiosas respuestas.

atte. DRA ROSANGELA SOSA SOTO.

RESIDENTE DE TERCER AÑO DE MEDICINA FAMILIAR

INDICE

1. MARCO TEÓRICO:	7
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	16
1.3 JUSTIFICACIÓN:	18
2. OBJETIVOS:	19
2.1 GENERAL:	19
2.2 ESPECÍFICOS:.....	19
3. HIPÓTESIS:.....	19
4. MATERIAL Y MÉTODOS:.....	19
4.1 TIPO DE ESTUDIO:.....	19
4.2 DISEÑO DE INVESTIGACION DEL ESTUDIO:.....	20
5. MUESTRA:	21
6. PLANES PARA EL ANÁLISIS ESTADÍSTICO:.....	21
7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN :.....	21
7.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN :	21
7.2 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:.....	21
8. METODOLOGÍA:.....	22
9. DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA PILOTO:.....	22
10. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES:.....	23
11. RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES:	25
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS:	25
13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:.....	26
14. RESULTADOS:	27
14.1 GENOGRAMAS ENCONTRADOS EN LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS.....	30
14.2 ENFERMEDADES GENÉTICAS.....	31
14.3 ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVOS.....	32
14.3 TRASTORNOS PSICOSOCIALES	33
14.4 CRISIS DEL DESARROLLO FAMILIAR.....	34
14.5 ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS	37
14.6 DIFICULTADES PARA LA ELABORACIÓN DE GENOGRAMAS	38
15. DISCUSIÓN:	39
16. CONCLUSIONES:	42
14. BIBLIOGRAFIA.	43
15. ANEXO 1	46

