



EL GENOGRAMA EN LA PRACTICA CLINICA

Luis de la Revilla Ahumada.
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
Presidente de la Fundación para el
Estudio de la Atención a la Familia.

CONSIDERACIONES GENERALES

El genograma es un instrumento imprescindible para el médico de familia, ya que permite conocer datos de la familia de forma “visible”, adquiriendo información de sus miembros y sus relaciones a lo largo de varias generaciones. Permite, en fin, recoger, registrar y exponer información familiar en la práctica de la atención orientada a la familia.

Se ha definido el 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 solo encontramos información sobre aspectos demográficos, tipología estructural 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.

El genograma puede ayudar a los componentes de la familia a verse como parte de un todo y a reconocer que la familia en su conjunto participa activamente en el proceso salud-enfermedad de cada uno de sus miembros. Pero el genograma adquiere su máxima importancia cuando se le utiliza como herramienta para detectar problemas emocionales “ocultos” o problemas psicosociales que de otra manera podrían pasar desapercibidos.

Según la definición propuesta por Fleitas (1), sirve 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”

Tratándose de un instrumento tan extendido y usado por numerosos profesionales que trabajan con familias llama la atención que no exista aun consenso sobre el modo de construir un genograma. McGoldrick y Gerson (2), ya llamaron la atención, hace años, sobre la falta de acuerdo para configurarlo, destacando además las discrepancias sobre el tipo de información que ofrece y la manera de interpretarla.

Desde que en 1994 comencé a usar el genograma para el estudio de las familias (3) he mantenido el criterio de utilizar siempre los mismos símbolos y procedimientos, ya que es la única forma de permitir su lectura, con independencia de quienes sean los que lo realizan. Esto no es óbice para que ante nuevas necesidades y exigencias clínicas creamos otros elementos, que permitan nuevas lecturas e interpretaciones del genograma (4).

El médico cuando construye el genograma se encuentra con un dibujo que modifica la relación tradicional con su paciente, ya que tiene frente a sí, una gran cantidad de información que hace referencia tanto al enfermo como a su familia. Así con su lectura podemos conocer el tipo de hogar, las etapas de desarrollo y los eventos estresantes recientes. Pero además nos permite ver al paciente dentro de un contexto más amplio, el constituido por sus parientes, sus amigos o vecinos y las instituciones sociales, escuela, trabajo, etc. La obligación de incluir en el genograma al menos tres generaciones nos facilita tener información sobre creencias, mitos y experiencias transgeneracionales sobre la salud y la enfermedad y de determinadas pautas repetitivas sobre aspectos estructurales, hábitos y conductas. Además permite entender determinada pautas relacionales o estilos de afrontar situaciones críticas que tienen los miembros de una familia de procreación y que proceden de las normas y reglas de las familias de origen.

Otra característica del genograma es que permite al médico manejar información sobre personas que no conoce personalmente, o que acuden poco a la consulta, posibilitando la detección de casos que requieren intervenciones sanita-

rias, la recaptación para programas de salud o la posible implicación de familiares en el cuidado de enfermos.

Durante la entrevista para realizar el genograma el medico tiene una visión distinta de la realidad, ya no se centra en el paciente identificado sino que se ocupa de todos los miembros de la familia, esta nueva visión sistémica estimula al clínico a realizar nuevas preguntas para conocer elementos ocultos sobre roles y funciones y para comprender las pautas relacionales, las alianzas o coaliciones. De otra parte, al enseñar el genograma a los miembros de la familia no solo les ayuda a verse a si mismos de una manera distinta, sino que facilita que la entrevista siga nuevos derroteros, permitiendo las preguntas sobre cuestiones conflictivas o cargadas de emociones. El genograma es un nexo de unión ente el medico, el paciente y la familia, facilitando y estimulando su colaboración.

CÓMO Y CUANDO UTILIZAR EL GENOGRAMA

Se ha discutido mucho a cerca de cuál es el valor del genograma para recabar información y resolver problemas y de que manera puede utilizarse esta herramienta en la consulta diaria. Para algunos como Licke y col (5) se trata de un simple test diagnostico, que solo debería utilizarse cuando la situación clínica lo requiera. A mí me parece que este enfoque es muy limitado, ya que el genograma no puede equipararse, por ejemplo, con un electrocardiograma, en donde las alteraciones del ritmo, su frecuencia, etc., nos informa sobre una patología determinada, se trata de un instrumento mucho mas complejo, de más difícil lectura e interpretación, que aporta noticias sobre muchas variables individuales y familiares

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 y en el que se desenvuelven los problemas de la mayoría de los pacientes que acuden a su consulta.. En la práctica es un medio insustituible para facilitar una serie de tareas que muchas veces quedan relegadas en la actividad cotidiana porque no se dispone de recursos para integrarlas en el acto clínico, aunque muchos médicos perciban su necesidad. A continuación, siguiendo las pautas marcadas por Fleitas y de la

Revilla (6) se exponen algunos de los campos en los que el genograma puede aportar grandes ventajas, y que se exponen en la tabla 1.1.

COMO SISTEMA DE REGISTRO

Es quizá la utilidad más aceptada del genograma. Presenta la ventaja de incluir en un solo formato datos procedentes de las esferas biológica, psicológica, y social, una necesidad reconocida como consustancial a la integralidad que caracteriza a la atención primaria. Entre los sistemas de registro actualmente más difundidos en atención primaria, el único elemento que comparte esta propiedad es la hoja de problemas de salud, que fue diseñada precisamente para facilitar el abordaje integral y adaptarse a la longitudinalidad de la atención primaria.

En cuanto a los sistemas de registro “familiares”, como la hoja de problemas familiares, difundida principalmente entre los médicos de familia norteamericanos, tienen un coste similar al del genograma y no parecen ser capaces de recoger la información tan exhaustivamente y de una forma tan práctica como éste, al menos en las condiciones en las que se ejerce en nuestro país. Lo mismo se puede decir de la historia clínica familiar que se utiliza en algunas comunidades autónomas, consistente en incluir en una única carpeta las historias clínicas de todos los convivientes en un mismo domicilio, no se han revelado útiles a la hora de poder manejar información de otros miembros de la familia en el momento de relacionarse con un paciente.

El carácter de registro integral que tiene el genograma lo hace especialmente útil para los equipos multidisciplinares, como lo son los Equipos de Atención Primaria, ya que puede ser construido y modificado por el médico, el enfermero, o el trabajador social, y todos pueden incluir por separado sus aportaciones en el mismo documento. Esto lo convierte en un instrumento de relación entre diferentes profesionales ya que puede complementar el flujo de información entre éstos, facilitar el diseño de estrategias comunes y el reparto de tareas.

En los sistemas de registro usados habitualmente en atención primaria, existe el problema de que la información se va acumulando secuencialmente, con el

consiguiente riesgo de que la más antigua quede progresivamente relegada y no esté disponible cuando realmente se necesite, esto afortunadamente no ocurre con la información recogida en el genograma que se mantiene inalterada durante periodos relativamente largos de tiempo, ya que su componente estructural sólo requiere modificaciones cuando se producen cambios en la estructura familiar (nacimientos, fallecimientos, la independencia de alguno de sus miembros, etc.), y su componente funcional, el mapa de relaciones, sólo se realiza en las situaciones clínicas en las que esté indicado, constituyendo entonces una intervención puntual que se refleja en el registro como cualquier otra prueba complementaria y cuya rentabilidad se evalúa con los mismos criterios que se aplican a éstas. Los plazos de actualización rutinaria de los genogramas de una consulta de un centro de salud se miden en años y coinciden con etapas vitales en las que la familia es susceptible de estar incluida en alguno de los programas de salud, por lo que no es difícil mantenerlos actualizados.

El genograma es una modalidad gráfica de registro de elementos clínicos personales y familiares, que permiten al médico obtener datos relevantes y tener una visión de conjunto con un simple vistazo, igual que en una gráfica de temperatura o de tensión arterial, sin necesidad de buscar y comparar cada uno de los datos. Esto tiene un gran valor en consultas con gran presión asistencial y poco tiempo para cada paciente, en las que se acentúa la función de la historia clínica como recordatorio frente a sus otras aplicaciones. Por último, conviene destacar que la representación de los datos de forma iconográfica y no lineal, hace que su lectura también tienda a favorecer interpretaciones y asociaciones de ideas no lineales (algo similar al mecanismo de asimilación de otros lenguajes de signos, como por ejemplo las señales de tráfico), lo cual resulta especialmente útil cuando se pretende razonar de forma sistémica.

FACILITADOR DE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

La realización de un genograma supone siempre un cambio cualitativo en la relación con el paciente. Esta relación, como cualquier otra, está limitada por una serie de condicionamientos externos impuestos por el modelo cultural predominante: ideas, creencias, y experiencias anteriores, tanto del paciente como del médico, que limitan la posibilidad de expresión de ambos y restringen el conteni-

do de los intercambios que pueden tener lugar entre ellos. La relación del paciente con su médico es a la vez la relación de la persona abstracta con la medicina abstracta, un juego entre dos roles. La medicina de nuestro tiempo está altamente tecnificada y basada en la atención individual y en la orientación orgánica. Es por lo tanto muy difícil que un paciente demande del médico algún tipo de atención que rebase su esfera individual, pese a que en su propio modelo explicativo pueda ser plenamente consciente de variables extra-individuales que están influyendo en su problema. El síntoma orgánico, el “ticket de admisión”, muchas veces es la única puerta de entrada que le queda al paciente para acceder a una atención sanitaria que identifica como posible solución, aunque lo que busque no sea un tratamiento en el sentido clásico de la palabra.

Por otro lado, el médico también es muchas veces consciente de que no puede solucionar el problema del paciente con sus recursos habituales pero, condicionado por su formación y rol profesional, actúa centrándose en el síntoma orgánico y en el abordaje individual. El resultado es un proceso frustrante para ambos, y conduce a intervenciones ineficaces.

Saltar desde la esfera individual hacia interpretaciones de los síntomas y los problemas desde una perspectiva relacional no es fácil, pero puede suponer la ruptura de un círculo vicioso e iniciar un abordaje diferente, un cambio de encuadre en el que se pueden negociar intervenciones no centradas en el síntoma ni en el terreno orgánico. Frecuentemente los médicos de atención primaria, especialmente cuando tienen una relación prolongada con sus pacientes, llegan a dar este paso casualmente con algunos de ellos o incluso provocarlo conscientemente de forma intuitiva.

Realizar el genograma de un paciente significa situarse directamente en este contexto. Exige que el médico explique al paciente los motivos por los que cree que puede ser útil, y al paciente comprometerse expresamente con la tarea de analizar su problema de otra forma. En nuestra experiencia constituye un paso irreversible en la relación médico-paciente, haciendo explícita una información de gran carga afectiva y estableciendo una vinculación más estrecha con el paciente.

Muchas veces el médico comprende repentinamente algunas de las situaciones que se han producido anteriormente, aunque no se relacionen directamente

con el motivo de consulta. La gran ventaja reside en que usando el genograma, esa información se obtiene más rápidamente y de forma más estructurada. Es más fácil abordar una cuestión delicada cuando la atención de ambos está centrada en una tarea concreta, cuando el hecho doloroso se convierte en una pieza más de un rompecabezas en el que pierde parte de la carga emocional que tendría si surgiera en una entrevista clínica normal.

En las visitas posteriores constituye una ayuda inestimable para informarse sobre la evolución de los problemas de otros miembros de la familia y manejarlos globalmente.

DETECTOR DE PROBLEMAS OCULTOS.

El genograma puede usarse como sistema de screening en todos los pacientes con independencia del problema que motive su consulta. Se piensa que al realizar el genograma en todas las personas que vienen 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 screening podría contribuir a la prevención tanto primaria como secundaria permitiendo el asesoramiento anticipatorio ante la aparición de problemas psicosociales. Este uso puede ser más valioso si tenemos en cuenta que los instrumentos de despistaje psicosociales habituales se suelen ocupar solo de detectar el distrés emocional con el objeto de identificar en fase temprana los problemas ya existentes.

Rogers y Cohon (7) llevaron a cabo un ensayo aleatorio controlado para determinar la influencia de los genogramas de screening en la consulta de atención primaria, comprobando que si bien con esta técnica se obtenía más información sobre estructura y relaciones familiares, acontecimientos vitales estresantes, etc, no conseguía el objetivo de detectar e intervenir sobre problemas psicosociales. De todas formas los autores reconocen defectos metodológicos en su investigación que pudieron contribuir a que los resultados fueran negativos.

DETECTOR DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y ESTUDIO DE FAMILIAS DIS-FUNCIONALES

Muchos estudios han documentado la alta incidencia de problema psicosociales entre los pacientes que acuden a la consulta de medicina general (Patrick (8)). Entre los pacientes que sufren problemas psicosociales se encuentra una gran variedad de situaciones que van desde graves enfermedades mentales hasta pacientes estresados coyunturalmente.

La prevalencia estimada de problemas psicosociales en atención primaria es muy variable y está ente el 27 % detectado en el estudio de Stumbo (9), hasta el 84 % observado por Stoeckle y col (10). Entre ambos se encuentran los porcentajes referidos por Katon y col (11) y De los Ríos (12), que señalaron que, aproximadamente, el 50 % de los pacientes que visitan a su medico de familia lo hacen por un problema psicosocial.

En contraposición con el alto porcentaje de problemas psicosociales llama la atención la elevada proporción de los mismos que no son detectados ni tratados por el médico de familia (Goldeberg (13), Higgins (14)). Esto se debe, en muchas ocasiones a que no son descubiertas, y en otras, aún habiéndose detectado a que el médico no se considera competente para abordarlo. Solo en un pequeño porcentaje de casos se hace un enfoque biopsicosocial.

Desde la perspectiva de una consulta de atención primaria muchas veces es difícil relacionar las manifestaciones clínicas del consultante con los problemas psicosociales subyacentes. Es aquí donde el genograma puede tener uno de sus principales campos de aplicación. Es el instrumento ideal para levantar el velo tras el que a veces se oculta una realidad completamente diferente, el que 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, o que cuando realmente no la tiene es preferible afrontarlo así en vez de recurrir a fantasmas para ocultarlo.

Como se ha mencionado anteriormente, realizar un genograma constituye por sí mismo la primera etapa de un abordaje familiar estructurado. Detecta tras-

tornos de su evolución natural, como inadaptaciones en las transiciones o asincronías y desplazamientos de sus etapas, repeticiones de pautas de comportamiento inadaptadas, y patrones funcionales que pueden generar y perpetuar por sí mismos los síntomas del paciente. En un modelo de atención familiar adaptado a la atención primaria, específicamente a la práctica que se realiza actualmente en los centros de salud de nuestro país, el genograma puede considerarse como la principal herramienta de que dispone el médico de familia para detectar y manejar problemas en un contexto familiar.

Es importante recordar que se trata de un instrumento que sirve para recoger y relacionar datos y construir con ellos una hipótesis sistémica que posteriormente se ensayará en la práctica. La hipótesis sistémica no tiene vocación de ser una explicación en el sentido lineal de la palabra, de ser verdadera o falsa, sino más bien una hipótesis operativa, una explicación que se expone a la familia, y que puede ser modificada en función de su respuesta, de la que se derivan intervenciones negociadas con el conjunto de la familia. Generalmente se trata de que sirva para lograr que sus miembros pacten determinadas modificaciones de sus rutinas o de sus mecanismos habituales de relación, impulsando de esa forma al conjunto del sistema a lograr un estado de equilibrio diferente al que mantenían hasta ahora, y que sea más satisfactorio para todos ellos y corresponda a un estado funcional más adaptado a los retos de su entorno.

ESTUDIO DEL DESARROLLO FAMILIAR

La familia atraviesa diferentes fases a lo largo de su vida, cada nueva fase representa una amenaza potencial para su organización y le va a requerir múltiples ajustes. La secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su creación hasta su disolución se conoce como ciclo vital familiar. Cada uno de estos estadios está bien definido, con problemas predecibles y consultas comunes en atención primaria, lo que va a permitir al profesional sanitario consciente de dichas fases, establecer acciones preventivas (Marcos(15))

El paso de una fase a otra del ciclo vital se conoce como transición, rito de paso o crisis de desarrollo y supone siempre una verdadera transformación del sistema familiar, a la vez que constituye un momento privilegiado para la intervención terapéutica (Pittman (16)).

Cuando una tensión afecta al sistema familiar obligándolo a cambiar se puede producir una crisis familiar, durante las cuales la familia se encuentra desorganizada, carente de rumbo y disfuncional. Aunque cada crisis es única, la mayoría poseen características comunes que permiten agruparlas en cuatro categorías: desgracias inesperadas, crisis de desarrollo, crisis estructurales y crisis de desvalimiento. Las crisis de desarrollo suelen coincidir con el tránsito de una etapa a otra del ciclo vital familiar, son universales, previsibles y pueden dar lugar a cambios permanentes en el status y la función de los miembros de la familia. El médico de familia, debido al carácter longitudinal de la atención que presta, tiene la oportunidad de conocer el estadio en que se encuentra en cada momento esa familia y los recursos con que cuenta, todo esto le sitúa en una posición muy ventajosa para realizar asesoramiento familiar.

Mediante el genograma 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 la lectura del genograma 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 de la familia a la nueva etapa.

El genograma es, por tanto, un instrumento insustituible para identificar las etapas del ciclo vital y para detectar los factores desestabilizadores del desarrollo.

ABORDAJE FAMILIAR EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS, INMOVILIZADOS Y TERMINALES.

La enfermedad crónica por su frecuencia y por las necesidades que demanda supone una notable carga de trabajo para los profesionales de atención primaria; esta situación se agrava porque la discapacidad complica con frecuencia el curso de las afecciones crónicas. En estos últimos años esta carga de trabajo se ha elevado debido al aumento de las esperanzas de vida a dado lugar a un envejecimiento progresivo de la población y en consecuencia a un incremento de las enfermedades crónicas. Puesto que la enfermedad crónica, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida, es necesario un nuevo enfoque que permita y facilite la rela-

ción del proceso crónico con su entorno social y familiar. Pensamos que la atención familiar, considerada como un modelo orientado hacia un enfoque ecosistémico de la medicina puede aportar el soporte conceptual y tecnológico necesario para abordar de nueva distinta a los enfermos crónicos, inmobilizados y terminales, capacitándolos para resolver tanto los problemas físicos del paciente como los psicosociales a las que está sometida la familia.

El genograma es un instrumento imprescindible para el estudio de las familias que tiene en su seno un paciente que padece una enfermedad crónica, esta inmobilizado o se encuentra en situación terminal (17), ya que junto a los datos generales sobre estructura, ciclo vital familiar, eventos estresantes etc., aporta datos específicos, tales como identificación de la topología psicosocial del paciente crónico o inmobilizado, de la cuidadora principal, de los cuidadores secundarios y de los cuidados formales.

Por último, en las personas mayores con problemas de salud que producen inmobilización el genograma permite evaluar todas las variables individuales y familiares para la detección e intervención de las familias de riesgo sociosanitario (18)

DESARROLLO DE LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FAMILIAR. LA DOCENCIA EN ATENCIÓN FAMILIAR.

Los programas de postgrado en la especialidad de medicina familiar centran sus actividades académicas de acuerdo con el perfil del especialista que se desea formar, poniendo mayor o menor énfasis, en la atención individual, en la comunitaria o en la familiar.

Al revisar los programas del Reino Unido, EE.UU. y Canadá que cuentan con una dilatada experiencia en la formación postgraduada de esta especialidad, comprobamos que en mayor o menor proporción incorporan habilidades y conocimientos a sus currículos para la atención de las familias. En todos se hace referencia al valor del genograma como un instrumento insustituible para la práctica familiar.

En España desde 1990 el programa de la especialidad cuenta con un área sobre atención familiar (19). En el 2000 la Comisión Regional de Unidades Docentes de Medicina de Familia de Andalucía se comprometió a poner en marcha un nuevo enfoque de la enseñanza de la atención familiar (20), entre los objetivos del programa se incluía el aprender a utilizar instrumentos para abordar familias, poniendo un énfasis especial en la construcción e interpretación del genograma. Por último en el programa que redactó la Comisión Nacional de la Especialidad en el 2002 (21), el genograma se incluyó en el área de atención familiar, entre las actividades docentes con prioridad I con un nivel primario de responsabilidad.

LA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FAMILIAR

La investigación en el campo de la atención familiar en nuestro país ha sido y es muy escasa, así se desprende de los estudios realizados por López-Miñas (22), Galán (23) y Marcos y de la Revilla (24). Estos autores proponen distintas líneas de investigación haciendo especial énfasis en el genograma como uno de los elementos más importantes dentro de la tecnología propia para trabajar con familias.

OTROS USOS DEL GENOGRAMA

El genograma puede tener otras indicaciones aparte de los mencionados mas arriba, a continuación informaré de algunas de ellas.

Detección de factores de riesgo medioambiental en el hogar.

Un grupo de enfermeros de los centros de salud de Cartuja y Alm-anjayar (25) decidieron utilizar el genograma durante la visita domiciliaria, especialmente cuando acudían a hogares ocupados por personas ancianas. Mientras realizaban los primeros genogramas se percataron de la importancia que tenía evaluar los riesgos medio-ambientales del hogar.

Tras un estudio de 120 familias identificaron ocho factores de riesgo (barreras arquitectónicas, cuarto de baño, higiene de la casa, cocina,

calefacción, hacinamiento y animales domésticos o de granja) y diseñaron los símbolos para identificar en el genograma estos factores de riesgo. Comprobaron que el nuevo enfoque en el uso del genograma no suponía una excesiva carga de trabajo y que aportaba datos que mejoraban el conocimiento de las familias

Abordaje familiar en drogodependientes.

En el estudio de los drogodependientes Stanon y col (26) diseñaron una estrategia basada en la mutua responsabilidad de los miembros de la familia en el funcionamiento familiar, desarrollando un método terapéutico basado en la teoría de sistemas. Sugieren que la drogadicción puede considerarse como un proceso cíclico que involucra al adicto y a sus padres, formando un sistema íntimo, interdependiente e interpersonal, en el que el adicto cumple una importante acción protectora, contribuyendo a preservar el equilibrio homeostático del sistema familiar.

Como pusieron de manifiesto Vukov y Eljdupovic (27), en el estudio de las familias de drogadictos el genograma tiene un papel primordial, para comprender el papel de las familias de origen y procreación tanto en el proceso como en la intervención de estos pacientes

LIMITACIONES EN LA UTILIZACIÓN DEL GENOGRAMA

El uso del genograma por parte del médico de familia tiene limitaciones debidas, entre otras causas, a la situación de desestructuración familiar, al grado de colaboración del paciente o a limitaciones propias en su estructura y elaboración como instrumento de registro.

El médico puede desistir de construir el genograma y por ende de realizar un abordaje familiar en los casos en que tras detectare una gran desestructuración del sistema familiar se aprecien problemas familiares de difícil solución desde la atención primaria.

Otra limitación para realizar el genograma es cuando exista un rechazo expresado por parte del paciente, de tal forma que ante cualquier objeción es preferible posponerlo o incluso no realizarlo. En el momento en que explicamos al paciente el motivo por el que hemos decidido realizar el genograma, y le solicitamos el consentimiento informado, es cuando el paciente suele expresar sus reticencias para el uso de esta técnica o su negativa para que la realicemos.

Algunos consideran una limitación para el uso del genograma el hecho de que la información, en la mayoría de las ocasiones, la facilita una sola persona, que al aportar su visión particular, puede distorsionar, consciente o inconscientemente, la realidad. Esto ha echo es, especialmente significativo, cuando se construye el mapa relacional, ya que al pedir esta información a distintos miembros de la familia, se suelen recibir informaciones distintas e incluso contradictorias,

Como al realizar el genograma registramos datos que están en otros lugares de la historia clínica, este doble registro puede limitar su uso ya que los médicos nos mostramos muy reacios a incorporar nuevos documentos en la práctica, por el coste de tiempo que esto supone,

El genograma aunque contenga información sobre relaciones dinámicas es un tipo de registro de tipo estático, es decir refleja la situación de un momento determinado, ya que como sugiere Cormack (28) es una "foto de la familia", una imagen congelada, en la que identificamos acontecimientos pasados y presentes, que nos permite deducir situaciones futuras. Este modelo estático, por otra parte común en la mayoría de los registros, es considerado por algunos una limitación para construir genograma, pero realmente no lo es puesto que se corrige con facilidad actualizando periódicamente o utilizando el genograma life-time de Friedman (29), en el que los cambios en las relaciones familiares y los eventos estresores que lo van modificando se representan sobre una línea vertical

Por último, la limitación principal en el uso de los genogramas tiene que ver con el tiempo que se necesita para construirlo. Según el estudio de Jolly (30) se necesitan entre 9 y 30 minutos para configurarlo, con una media de 25 minutos. En mi experiencia, la construcción de un genograma básico ocupa un tiempo entre 10 y 25 minutos, necesitando entre 45 a 60 minutos, cuando conviene profundizar en algunos aspectos del mismo.

FORMATO Y AUTORES DEL GENOGRAMA

Analizaremos a continuación algunos aspectos sobre la construcción e interpretación del genograma, en lo referente a quienes deben de realizarlo y sobre el soporte del sistema de registro.

DISTINTOS FORMATOS DE GENOGRAMA

El genograma puede construirse sobre cualquier soporte, siempre que contemos con un espacio suficiente para representar al menos tres generaciones

Formato habitual.

El soporte más sencillo y útil para dibujar genogramas es un simple folio, ya que además de permitir su construcción sin limitaciones, podemos escribir en los márgenes o al dorso notas aclaratorias que consideremos oportunas, puede guardarse en el lugar más idóneo dentro de la historia familiar y, sobre todo, permite realizar en hojas sucesivas nuevos genogramas que describan la evolución de la familia a lo largo del tiempo.

Formato esquemático

Se caracteriza por que tiene impresas los símbolos del género y las líneas del matrimonio correspondiente a dos generaciones. Este formato facilita la realización del genograma, ordenando la representación gráfica de los restantes miembros de la familia no representados. Es sobre todo útil para personas que se inician en el manejo de esta herramienta.

Genograma autoadministrado

El genograma auto-administrado de Rogers y Cohn (31) consta de varias partes, la primera contiene información general acerca del modelo, la

segunda es la hoja matriz donde esta dibujado el “esqueleto” del árbol familiar con tres generaciones y en la tercera se dan las instrucciones pertinentes para confeccionar en cinco etapas el genograma.

Genograma informatizado

El genograma generado por ordenador es el soporte ideal para el futuro, ya que posibilitará una lectura más rápida, facilitará su interpretación, permitiendo que aparezca en la pantalla la sucesión cronológica de las vicisitudes de la familia que se dibujan en el genograma a lo largo del tiempo.

En Andalucía, la aplicación informática DIRAYA del Servicio Andaluz de Salud pretende integrar toda la información sanitaria de cada usuario en una Historia Digital de Salud única. Aunque esta información este dispersa en distintos Centros Sanitarios (Hospitales o Centros de Salud), la aplicación DIRAYA permite recopilar toda la información y ponerla a disposición del profesional o centro sanitario donde el usuario autorice ser atendido.

La aplicación DIRAYA hace posible trabajar con información social, laboral y familiar a través de la opción Grupo Familiar, facilitando el manejo de datos a médicos, enfermeros y trabajadores sociales. En el apartado Atención Familiar es posible construir un genograma, y en su elaboración se pueden integrar automáticamente datos de filiación de sus miembros, problemas de salud, elementos estructurales, del ciclo vital familiar, acontecimientos vitales estresantes, red social y relaciones familiares.

El genograma de la aplicación DIRAYA debe y puede perfeccionarse incorporando, por ejemplo, datos sobre los cuidados formales e informales, facilitar con mas claridad los limites del hogar, y poder graficar, siguiendo las normas internacionales, las relaciones familiares.

LOS AUTORES DEL GENOGRAMA

Las personas que lo realicen pueden ser los profesionales, el paciente o la familia.

Los profesionales.

Todos los profesionales de un centro de salud (médicos de familia, diplomados en enfermería y en trabajo social) pueden construir genogramas, si bien cada uno de ellos pondrá mayor énfasis en determinados aspectos del grafismo de acuerdo con los objetivos que se quieran alcanzar y las peculiaridades de sus actividades.

El paciente o la familia.

El genograma autoadministrado lo construye la propia familia o uno de sus miembros.

Rogers y Holloway (32) al evaluar la fiabilidad y grado de cumplimiento de los genogramas autoadministrados, comprobaron que los resultados eran similares a los construidos por los profesionales. Comparando las ventajas e inconvenientes según que se usaran genogramas construidos por el médico o autoadministrado, Rogers y Rohrbaugh (33) no encontraron diferencias significativas en la detección de problemas psicosociales, ni de los conflictos emocionales, entre uno u otro método

BIBLIOGRAFÍA

1. Fleitas L. El genograma para evaluar a las familias. En: Revilla L de la. Manual de Atención Familiar. Bases para la practica familiar en la consulta. I. Ganada. Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia, 1999.

110 2. McGoldrick JC, Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar, Buenos Aires, Gedisa, 1987

3. Revilla L de la. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona, Doyma, 1994

4. Fleitas L, Revilla L de la. Como construir el genograma. En: Revilla L de la. Manual de Atención Familiar. Bases para la practica familiar en la consulta. Vol I. Ganada. Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia, 1999.

5. Like RC, Rogers J, McGoldrick M. Reading and interpreting genograms: a systematic approach. J Fam Part. 1988; 16: 407-414.

6. Fleitas L, Revilla L de la. Interpretación y uso de los genogramas. En: Revilla L de la. Manual de Atención Familiar. Bases para la practica familiar en la consulta. Vol. I. Ganada. Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia, 1999.

7. Rogers JC, Cohn PN. Impact of screening family genogram on first encounters in primary care. Fam. Pract 1987; 4: 291-301

8. Patrick DL, Eagle J, Coleman JV. Primary care treatment of emotional problems Med Care, 1978; 16: 47-52

9. Stumbo D, Good MJ, Good B. Diagnostic profile of a family practice clinic: patients with psychosocial diagnoses. J Fam Pract, 1982; 14: 281-285

10. Stoeckle JD, Zole IK, Davidson GE. The quantity and significance of psychological distress in medical patients. *J Chronic Dis*, 1964; 17: 959-970
11. Katon W, Williamson P, Ries R. A prospective study of 60 consecutive psychiatric consultations in a family medicine clinic. *J Fam Pract*, 1981; 13: 47-55
12. Ríos Álvarez, A de los. Los procesos psicosociales. Características clínicas, factores individuales y familiares que se relacionan con su génesis, Tesis doctoral. Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, 1997
13. Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care setting. *Epid Reviews*, 1995; 17: 182-190
14. Higgins ES. A review of unrecognised mental illness in primary care. *Arch Fam Med*, 1994; 3: 908-917
15. Marcos B. El desarrollo familiar. Asesoramiento familiar. En: Revilla L de la. *Manual de Atención Familiar. Bases para la practica familiar en la consulta. Vol. II. Granada. Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia*, 1999.
16. Pittman FS. Momentos decisivos. Tratamiento de las familias en situación de crisis. Buenos Aires. Paidós, 1990
17. Revilla L de la. El genograma para evaluar pacientes crónicos. En: Revilla L de la. *Atención familiar en los enfermos crónicos, inmobilizados y terminales. Vol. I, Granada. Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia*, 2001
18. Revilla L de la. Programa y protocolo de la atención familiar en personas mayores. En: Revilla L de la. *Atención domiciliaria y atención familiar en las personas mayores. Vol. I. Granada. Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia*, 2003

19. Shore WB, Wilkie HA, Croughan-Minihane M. Family of origin genograms: evaluation of a teaching program for medical students. *Fam. Med.* 1994; 25: 238-243
20. Davies SM, Rutledge CM, Davies TC. A family physician-counsellor program for medical students. *Fam. Med.* 1993; 25: 327-330
21. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Ciencia, 1990
22. Revilla L de la, Bailón E, Moreno A, Fleitas L, Alcaine F y Campa F. Un nuevo enfoque de la enseñanza de la atención familiar en el programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. *Medicina de Familia Andalucía.* 2001; 2:3-13
23. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2002
24. López-Miras A, Pastor-Sánchez R, Gervas J. Investigación en atención primaria contenidos de los artículos publicados en revistas científicas. *Atención Primaria,* 1993; 11: 340-343.
25. Galán S, Delgado MT, Sanz C et al. Investigación en medicina familiar: análisis de las comunicaciones en congresos nacionales e internacionales. *Atención Primaria,* 1995; 15: 239-244.
26. Marcos B, Revilla L de la. Líneas de investigación en atención primaria. En: Revilla L de la. *Manual de Atención Familiar. Bases para la practica familiar en la consulta.* Vol. II. Granada. Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia, 1999.

27. Revilla E de la, Martín M, Úbeda P, Constan E, Fernández G. Utilización del genograma para registrar factores de riesgo en el hogar. *Atención Primaria*, 1992; 10: 974
28. Stanon MD, Todd TC, Heard DB et al. Un modelo conceptual. En: Stanon MD, Todd TC. *Terapia familiar del abuso y adicción de las drogas*. Barcelona, Gedisa, 1994
29. Vukov MG, Eljdupovic G. The Yugoslavian drug addict's family structure. *In J Addict* 1991; 26: 415-422
30. Cormack JJ. Family portraits: a method of recording family history. *J R Col Gen Pract*, 1975; 25: 520-524
31. Friedman H, Rohr Baugh M, Creakier S. The time-line genogram: highlighting aspects of family relationships. *Fam Process*, 1988; 27: 293-303
32. Jolly, W, From J, Rosen MG. The genogram. *J Fa Pract*. 1980; 10: 251-255
33. Rogers J, Cohn PN. Completion rate and reliability of the self-administered genogram (SAGE). *Fam Pract.*, 1990; 7: 140-146
34. Rogers JC, Holloway R. Completion rate and reliability of the self-administered genogram (SAGE). *Fam Pract*, 1990; 7: 140-151
35. Rogers JC, Rohrbaugh C. The SAGE-PAGE trial: do family genogramas make a difference?. *Jam Road Fam Pract*, 1991, 4: 319-326