

---

## Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar

### *Taking account of the family: another form of focussing on health problems in primary care. Instruments of the family approach*

I. Yurss

---

#### RESUMEN

Muchas veces síntomas somáticos que no mejoran con las medidas convencionales son reflejo de problemas ocultos relacionados con el entorno del paciente, y ese entorno suele ser el familiar. Pero, no sólo la familia permite comprender los problemas, sino que es un recurso de incalculable valor para atender de forma global los problemas de salud, y enriquecer ésta desde el modelo biopsicosocial.

Investigaciones científicas revelan la influencia de la familia en el proceso de enfermar; muchas enfermedades van precedidas de acontecimientos vitales estresantes, siendo el principal el fallecimiento del cónyuge, seguidos del divorcio y ruptura matrimonial. Mujeres con bajo apoyo familiar sufrían más complicaciones obstétricas y los pacientes diabéticos tenían unos mejores cuidados cuando se veía implicada la familia.

Existen varios instrumentos que permiten conocer la familia: el método de los círculos o eco-mapa y el mapa familiar son útiles en intervenciones breves, pero por su funcionalidad destaca el genograma, que se define como "la representación gráfica de la familia a lo largo del tiempo y de las relaciones de sus miembros".

La elaboración de este instrumento puede llevar desde 10 a 30 minutos con el paciente y, en algunas ocasiones con algún familiar. Las principales utilidades de su interpretación son: como sistema de registro, instrumento de relación con el paciente, detección de factores de riesgo y problemas psicosociales e identificación de recursos familiares, psicosociales, familias disfuncionales y para actividades docentes e investigadoras.

**Palabras clave:** Problemas de salud. Familia.

#### ABSTRACT

On many occasions somatic symptoms that do not improve with conventional measures reflect hidden problems related to the patient's milieu, and this milieu is usually the family. But the family is not only what makes it possible to understand the problems, it is also a resource of incalculable value for attending to health problems in a global form, and for enriching health from the bio-psycho-social model.

Scientific research reveals the influence of the family on the process of falling ill; many diseases are preceded by stressful life events, the death of the spouse being the principal one, followed by divorce and matrimonial break-up. Women with a low level of family support suffer from more obstetric complications and diabetic patients receive better care when the family is involved.

There are several instrument that make it possible to gain knowledge of the family: the method of circles, or Eco Map, and the family map are useful for brief interventions, but the Genogram, which is defined as "the graphic representation of the family over the course of time and of the relationships of its members", is outstanding because of its functionality.

Drawing up this instrument can take from 10 to 30 minutes with the patient and, on some occasions, with a family member. The principal uses of its interpretation are: as a system of register, an instrument for relating to the patient, for the detection of risk factors and psychosocial problems, for the identification of family and psycho-social resources and of dysfunctional families, and for teaching and research activities.

**Key words:** Health problems. Family.

ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (Supl. 2): 73-82.

Médico de Familia. Unidad de Programación y Docencia. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea.

#### Correspondencia:

Ignacio Yurss Arruga  
Unidad de Programación y Docencia. Dirección de Atención Primaria  
Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea  
C/ Plaza de La Paz, s/n  
31002 Pamplona  
Tfno. 948 429350  
Fax 948 429384  
E-mail: iyurssar@cfnavarra.es

### **ATENCIÓN A LA FAMILIA. OTRA FORMA DE ENTENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD**

Para ilustrar el tema y situarnos en cómo abordar los problemas familiares comenzaremos describiendo el problema de J.

J.L.B. de 73 años, viuda con 5 hijos, todos varones; su marido falleció hace 3 años de un cáncer de pulmón que le obligó a cuidar de él durante varios años.

Ahora vivía sola, mantenía el luto por su marido, recordaba siempre su larga agonía pero se sentía muy orgullosa de su papel como cuidadora, tomaba medicación ansiolítica tras un cuadro de estrés agudo provocado por el fallecimiento de uno de sus hijos por un infarto 6 años antes de la muerte de su esposo.

Consultaba con frecuencia por quejas menores, aunque últimamente acudía a la consulta del médico de familia por cojera y dolor lumbar.

Esta paciente mantenía generalmente un tono crítico y de desconfianza hacia la labor de los médicos, haciendo referencia a las malas experiencias anteriores con su marido e hijo, así como manifestaba sentirse sola e incapaz de realizar las tareas domésticas.

Un día el médico fue informado, por uno de sus hijos de que su madre, tras haberle avisado por teléfono previamente de su intención de quitarse la vida, había ingresado en el hospital por un intento de suicidio mediante la ingestión de algunas pastillas de ansiolíticos.

Una vez en casa y normalizada la situación, el médico decidió reunir, con el permiso de nuestra paciente, a sus hijos para obtener información sobre sus vivencias al respecto del problema de su madre, para después plantear un abordaje conjunto.

A la entrevista acudieron todos los hijos, sus nueras pidieron no estar presentes, y tras una breve intervención del médico explicando los objetivos de la reunión, comenzaron a exponer sus opiniones.

En resumen se puede decir que existía una sensación de llamada de atención

constante por parte de la madre, que había sido así desde la muerte de su marido, pero la convivencia con ella era conflictiva por su afán de protagonismo.

Asimismo, los hijos achacaban a su madre cierto desapego hacia ellos mientras vivió su padre, al que se dedicaba por entero, incluso antes de su enfermedad. Existían además conflictos entre las nueras pues los hijos delegaban en ellas las relaciones con su madre.

La reunión concluyó con la propuesta de replantear las relaciones de los hijos con la madre, intentando que ellos fueran los que se relacionaran con ella, que hubiera un reparto de tareas entre ellos relacionadas con su madre: uno se dedicaría a las relaciones con los médicos, otro a los trámites administrativos, otro a los temas domésticos, etc.

La propuesta fue aceptada por todos. Nuestra paciente ingresó de nuevo en el Servicio de Traumatología para el tratamiento de su cuadro lumbar y su cojera, y se apreció una importante disminución de la frecuencia de consultas al centro de salud pues ella se encontraba anímicamente mejor y estaba profundamente agradecida a su médico, el cual le había ayudado a que sus hijos se preocuparan de su vida. La actitud crítica hacia el médico desapareció.

Este ejemplo, como muchos otros, nos ilustran de que cuando solemos etiquetar a un paciente de difícil, lo que suele ocurrir es que nos encontramos ante un problema que nos irrita pues no estamos interpretando correctamente su demanda ni le estamos dando la respuesta adecuada.

Pero nuestra perplejidad es mayor cuando revisamos nuestra actuación y la encontramos correcta e intachable, pues le hemos dado los analgésicos adecuados, a la dosis necesaria y le hemos practicado una exploración física y radiológica completa. Entonces, ¿qué ha hecho el profesional para merecer una paciente tan "hiperdemandante"?

Pues posiblemente es penalizado por no estudiar el problema dentro de su contexto social, en este caso de su familia, el

lugar donde se gestiona el sufrimiento en nuestra sociedad, donde se enferma y donde se cuida la salud o se agravan los padecimientos.

En este caso el médico reaccionó observando el problema desde otra perspectiva y se le abrió una ventana que, cuando menos, le ayudó a entender los problemas de la paciente, dando los frutos que hemos mencionado.

### LA FAMILIA COMO RECURSO EN ATENCIÓN PRIMARIA

El enfoque de la atención sanitaria orientado a la familia incluye y amplía el tradicional enfoque biomédico, aunque en ocasiones difiere de él. Supone una especie de mirada “desde otro lado”, posición desde la que no está familiarizado el profesional pues está preparado para responder con el enorme arsenal que la ciencia le ha proporcionado. Sin embargo, como le ha ocurrido al médico de nuestro ejemplo, la perplejidad invade a los sanitarios pues el modelo de relación entre el paciente y el sistema está cambiando, configurando una nueva “demanda sanitaria” (las características, necesidades y deseos de los usuarios)<sup>1</sup>.

En la práctica cotidiana los médicos y las enfermeras de Atención Primaria están tratando con pacientes que padecen enfermedades pero que se relacionan, participan y viven en un contexto más amplio: la familia. Pero no sólo atienden enfermedades; los usuarios les plantean problemas complejos, muchos de ellos expresados mediante vagos síntomas físicos sin poder ser explicados por la ciencia médica, porque su origen está en las dificultades que la persona consultante tiene con su entorno vital y donde la familia juega un papel central.

Una de las premisas básicas del modelo biopsicosocial afirma que los diversos subsistemas (el biológico, el individual, el familiar, el comunitario, etc.) mantienen una relación de influencia recíproca de tal forma que afectan tanto a la salud como a la enfermedad. La experiencia clínica apoya la hipótesis que sostiene que las familias influyen en la salud de sus miembros

y a su vez se ven influenciadas por ellas<sup>2</sup>.

A la vista de lo anteriormente descrito se podría concluir que combinando la atención individual con la familiar se actuaría de forma eficaz sobre los problemas asistenciales. Sin embargo, se debe profundizar en la investigación sobre los efectos de este modelo de intervención.

Es evidente que la práctica clínica que combina el enfoque biológico con el familiar aumenta sus recursos y eficacia. Para acercarnos al enfoque de la familia en la actividad asistencial hemos de tener en cuenta las siguientes premisas:

1. Este tipo de abordaje se basa en el modelo biopsicosocial, concediendo a los factores de esta índole una importancia similar en la salud y la enfermedad a la de los factores biomédicos (la causa de la tuberculosis es un bacilo, aunque la espectacular reducción de esta enfermedad se debió a la mejoría de las condiciones sociales). Engel sitúa a la enfermedad en el centro de un marco más amplio que implica múltiples sistemas<sup>3</sup>.

2. El foco principal de la atención sanitaria es el paciente considerado en su contexto familiar, lo cual no significa enfrentar el enfoque individual con el familiar, sino entender a la persona como entidad biológica y emocional, explorando los factores familiares para ver hasta que punto inciden en la génesis de la enfermedad.

La familia es la fuente principal de las creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud, las tensiones que sufre a través de su ciclo evolutivo se pueden manifestar como síntomas, los cuales pueden ser la expresión de procesos adaptativos del individuo y ser mantenidos por las conductas familiares, como describe Minuchin<sup>4</sup>. Por último, éstas son un adecuado recurso de apoyo para el tratamiento de la enfermedad.

3. El paciente, la familia y el profesional sanitario son corresponsables de los procesos asistenciales, como proponen Doherty y Baird<sup>5</sup> sustituyendo el enfoque “diáctico” (profesional-individuo) por el “triangular” (profesional-individuo-familia), estando bien documentado por la

experiencia el papel de la familia en el cumplimiento de los tratamientos.

4. El profesional es una parte integrante del sistema, no está ajeno a él, así se ha podido observar que la manera de interactuar del médico con el paciente y su familia pueden mejorar o agravar el proceso de la enfermedad y, cambiando la forma de actuación del profesional, como se ha visto en el ejemplo inicial, se puede interactuar de otra forma y obtener mejores resultados.

### INFLUENCIA DE LA FAMILIA EN LA ENFERMEDAD

Los profesionales comprueban a través de su experiencia clínica cómo influye la familia en la salud de sus miembros, nos obstante, estas apreciaciones deben verse corroboradas por la investigación empírica.

Recientemente han aparecido un conjunto de estudios rigurosos, de experimen-

tos con control aleatorio, que refuerzan la hipótesis antes enunciada (Tabla 1) y confirman en la necesidad de una estrecha colaboración entre el médico, el paciente y su familia para obtener una atención sanitaria más eficaz. A continuación describiremos una serie de hechos demostrados científicamente sobre los problemas de salud relacionados con la familia.

Muchos estudios prospectivos y retrospectivos han demostrado que una gama de enfermedades suele ir precedida de acontecimientos vitales estresantes, la mayoría de ellos en el seno de la familia. Meyer y Haggerty<sup>6</sup> encontraron que el estrés crónico tenía una relación directa con el aumento de casos de faringitis estreptocócica, seguidas de un aumento en el número de visitas al médico.

El suceso vital que produce mayor estrés es la muerte del cónyuge, Kraus y Lillienfeld<sup>7</sup> encontraron un aumento en 10 veces de la tasa de mortalidad general en viudos jóvenes, sobre todo en los varones.

**Tabla 1.** Pruebas experimentales con control aleatorio de intervenciones familiares en la enfermedad física.

Estudio	Nº pacientes	Enfermedad	Intervención	Resultados
Lask, 1979	70	Asma	Terapia familiar	Mejorías en los síntomas y los volúmenes de gas torácico
Clark, 1981	93	Asma	Educación familiar	Disminución del temor y mejor control de la enfermedad
Gustaffson et al, 1986	94	Asma	Terapia familiar	Mejoras en la valoración de pediatría global
Baranowski, 1982	95	Factores de riesgo cardiovascular	Grupos de apoyo multifamiliares	Conductas que contribuyen en mayor medida hacia el cambio de dieta y el ejercicio
Earp, 1982	96	Hipertensión	Participación familiar en las visitas a domicilio	No se demostró ningún efecto
Morisky et al, 1983	67	Hipertensión	Apoyo familiar	Reducción del 57% en el índice de mortalidad
Brownell, 1978	97	Obesidad	Participación del cónyuge	Mantenimiento de la pérdida de peso
Saccone, 1978	98	Obesidad	Refuerzo conyugal	Aumento de la pérdida de peso
Wilson, 1978	99	Obesidad	Participación familiar	No se demostró ningún efecto
Pearce, 1981	100	Obesidad	Participación conyugal	Mayor pérdida y mantenimiento de peso
Brownell, 1983	101	Obesidad	Participación materna	Mayor pérdida de peso en el grupo en el que se atendía a la madre y a la hija por separado

Modificado de McDaniel y Campbell<sup>8</sup>.

El divorcio o separación de la pareja inciden en un aumento de la mortalidad por enfermedad, y aún más, diversos estudios aprecian que la enfermedad crónica de uno de los miembros de la pareja aumenta las posibilidades de divorcio, reafirmando lo expuesto inicialmente sobre la mutua influencia entre familia y enfermedad y de ésta con el estrés familiar.

Estudios de psicoimmunología revelan que el estado inmunológico de las personas divorciadas, viudas o con una mala relación matrimonial es peor, favoreciendo la presentación de enfermedades como algunos cánceres, como demuestran dos estudios controlados que apreciaban una disminución de la inmunidad celular en los casos antes citados<sup>8,9</sup>.

El apoyo social que significa la familia queda patente en algunas investigaciones científicas que apoyan la idea de que la tasa de mortalidad general es más alta en los adultos más aislados socialmente<sup>10,11</sup>. En esta misma línea está la demostración de un aumento de complicaciones obstétricas en mujeres con bajo apoyo social y alto estrés derivado de esta circunstancia.

Es destacable la frecuente concurrencia de factores de riesgo cardiovascular y varios de ellos ligados a estilos de vida en la misma familia, como tabaquismo, obesidad, hipercolesterolemia e hipertensión<sup>12</sup>. Teniendo en cuenta que la enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad en nuestro entorno, podemos decir que todo esto apoya la necesidad de realizar intervenciones familiares.

En los últimos años se han encontrado evidencias de la influencia de la familia en las enfermedades crónicas, como diabetes, insuficiencia renal, cardiopatías y cáncer.

Concretamente en el caso de la diabetes, se ha apreciado una relación entre el buen control metabólico de la misma y el apoyo familiar, dado que aspectos como el régimen terapéutico y la dieta son esenciales si la familia tiene una alta implicación. En este sentido, son innumerables los estudios que indican estos hechos, siendo los más destacables los de Fischer y Doger<sup>13</sup>, Minuchin y col<sup>14</sup>, etc. Este último demostró que de todas las características

del apoyo familiar, el grado de cohesión de la misma es el de mayor influencia.

Es muy extensa la lista de evidencias científicas que apoyan la influencia de la enfermedad en la familia y viceversa. El duelo es el acontecimiento vital que mayores alteraciones provoca en la salud de los miembros del grupo familiar. La capacidad de apoyo que la familia presta en la enfermedad crónica abre enormes posibilidades para potenciar una abordaje amplio, individual y familiar en la atención del profesional sanitario a estas patologías.

## INSTRUMENTOS DE ABORDAJE FAMILIAR

El profesional necesita instrumentos que le permitan acercarse al conocimiento de la familia.

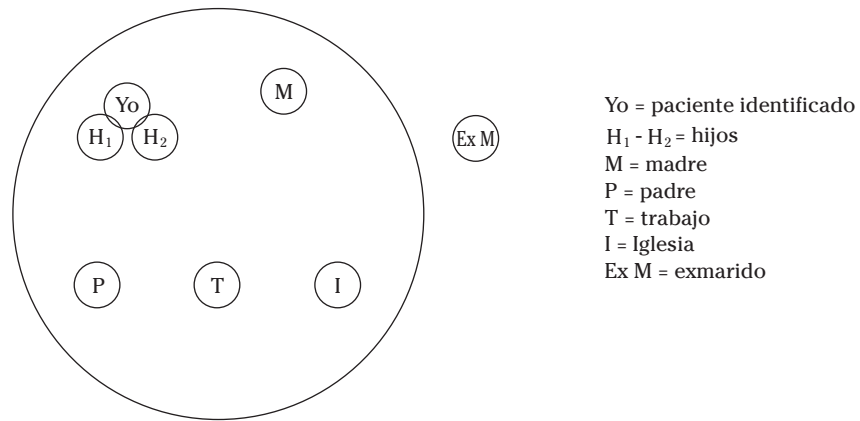
Existen dos de ellos que, por su sencillez, pueden ser de utilidad en el contexto de consultas breves: el método de los círculos o eco-mapa y el mapa familiar.

El *método de los círculos* (Fig. 1) sirve para que el paciente y el profesional entiendan mejor las relaciones de la familia y que sepan colocar a la persona que consulta dentro de su posición dentro del núcleo familiar. Tiene una limitada utilidad en comparación con otros que describimos a continuación.

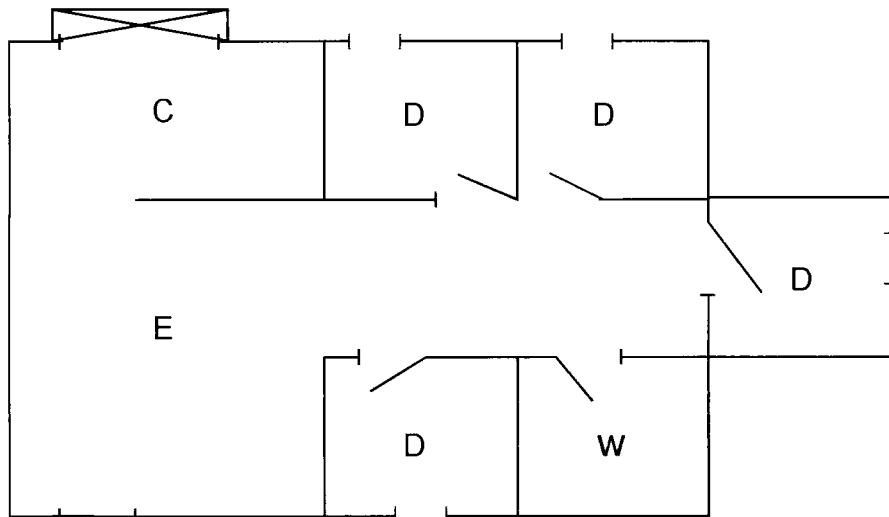
El *mapa familiar* (Fig. 2) tiene como finalidad conocer de forma intuitiva los confines territoriales del individuo dentro de la familia, el espacio donde la persona se encuentra consigo misma y los confines emocionales que marcan las diferencias entre los miembros del grupo familiar y regulan sus relaciones; cómo utilizan la vivienda; quién ocupa cada habitación; dónde habla la familia; dónde se discute; dónde se ocultan en momentos de conflicto; etc.

Estos dos métodos ofrecen una rápida información; ésta no es completa pero pueden ser útiles en fases iniciales del abordaje de problemas para ir introduciendo al paciente en la comprensión de la influencia familiar en su situación.

El instrumento más importante para obtener información acerca de la familia es el genograma. Proporciona una completa visión del grupo familiar y es una ayuda de gran valor en la atención a la familia.



**Figura 1.** Modelo de círculos.  
Extraído de De la Revilla y Fleitas<sup>21</sup>.



**Figura 2.** Mapa familiar.  
C = Cocina; D = Dormitorios; E = Cuarto de estar; W = Cuarto de baño.  
Extraído de De la Revilla y Fleitas<sup>21</sup>.

## EL GENOGRAMA

Este instrumento de valoración familiar, también llamado árbol familiar, es utilizado en la medicina desde muy antiguo. Ya Mendel lo introdujo a la hora de describir las líneas de transmisión familiar de

algunas enfermedades a través de diferentes generaciones.

Más tarde este instrumento se generaliza por la necesidad de recoger información capaz de sintetizar los antecedentes familiares, el nivel sociocultural y la información laboral de los pacientes, como fac-

tores condicionantes de sus problemas de salud.

Pero es con el desarrollo de la "terapia familiar sistémica" cuando la psiquiatría intenta analizar las relaciones familiares en su contexto y la posible explicación a los problemas de salud mental.

MacGoldrock y Gerson<sup>15</sup> son los autores que más han desarrollado las aplicaciones del genograma y han servido de base a su difusión en países como España.

Podemos definir el genograma o árbol familiar como la representación gráfica de la familia a lo largo del tiempo o como lo definen los autores antes mencionados el "instrumento para incorporar categorías de información familiar al proceso de resolución de problemas".

Esta definición, como vemos, introduce el concepto de funcionalidad a este instrumento, pues permite describir con una serie de símbolos los patrones de interacción entre los miembros de la familia o su mapa de relaciones. En general, podemos decir que nos informa de la "salud familiar" en su conjunto.

Nosotros, por su aplicabilidad a la Atención Primaria, adoptamos la definición de Fleitas<sup>16</sup> quien lo describe como la representación gráfica, que por medio de símbolos permite recoger, registrar, relacionar y exponer categorías de información del sistema familiar en un momento determinado de su evolución y utilizarlo para la resolución de problemas clínicos.

### Diseño del genograma

Este instrumento proporciona una visión de la estructura familiar y sus interacciones a modo de fotografía. La información que obtenemos no es estática, pues puede verse modificada con el paso del tiempo.

El genograma se realiza en una hoja que podrá ser incorporada al historial clínico del paciente y recomendamos que se concierte una consulta específica para su realización. Podrá ser realizado por el médico (con fines diagnósticos o para el estudio de una estrategia de intervención), por el personal de enfermería (como instrumento para el plan de cuidados) o por

el trabajador social (dentro de la investigación de recursos o su análisis para buscar estrategias de apoyo al paciente).

Para realizar el genograma se debe disponer de 10 a 30 minutos y es ineludible (si lo vamos a realizar de forma completa analizando las interrelaciones familiares) solicitar el consentimiento informado del paciente explicándole que con este instrumento intentamos realizar un abordaje completo de su problema desde la perspectiva familiar, para mejorar su comprensión y elaborar estrategias de intervención. Asimismo, debemos plantearle que esta entrevista tiene un cierto contenido emocional, así como garantizarle la confidencialidad. En ocasiones la información recibida se puede completar en varias consultas.

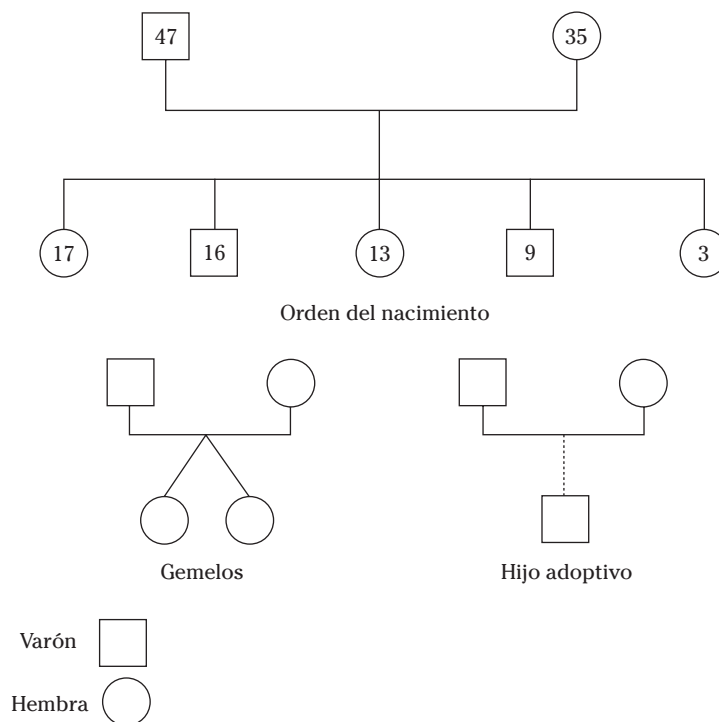
Hay modelos de genogramas autoadministrados, incluso completados por varios miembros de la familia, como el método SAGE de Rogers y Cohn<sup>17</sup>. Pero la mayoría de autores han apreciado que el instrumento realizado en entrevista con el propio paciente es más útil, pues éste tiende a recordar y fijar más información.

Este instrumento de valoración familiar tiene dos componentes: el denominado genograma estructural y el funcional.

El primero representa la arquitectura o anatomía familiar, sus miembros, edades, enfermedades o factores de riesgo, situación laboral, los vivos y los fallecidos, incluso el cuidador principal. Existe una simbología para representar estas informaciones, como vemos en la figura 3, teniendo en cuenta que señalaremos siempre al paciente con un trazo identificatorio.

La recogida de estos datos se hará comenzando por la generación del paciente, y fundamentalmente sobre el núcleo familiar, pasando a continuación a registrar la información de la generación siguiente para concluir con la anterior. En todos los genogramas deben figurar tres generaciones y se incluirán las familias de origen del paciente y su cónyuge, caso de que las hubiere.

También existen códigos para registrar la información sobre quién convive en el mismo domicilio.



**Figura 3.** Algunos símbolos utilizados en el genograma. Modificada de De la Revilla<sup>15</sup>.

Una de las limitaciones del genograma es no poder reflejar bien otro tipo de apoyos sociales fundamentales, como amigos, etc. Pero estos pueden registrarse aparte con símbolos parecidos. Es fundamental registrar la fecha en que se obtiene esta información.

El genograma funcional completa la información obtenida, y aporta la visión dinámica, pues nos indica las interacciones entre los miembros de la familia. Existe también una simbología propia como se aprecia en la figura 4, facilitando el análisis de las posibles influencias que las dinámicas del grupo pueden estar actuando y teniendo relación con el problema del paciente.

Al finalizar la consulta se agradece al paciente el esfuerzo de habernos proporcionado esta información y se analiza brevemente alguna otra obtenida.

La entrevista para la realización del genograma debe realizarse facilitando la

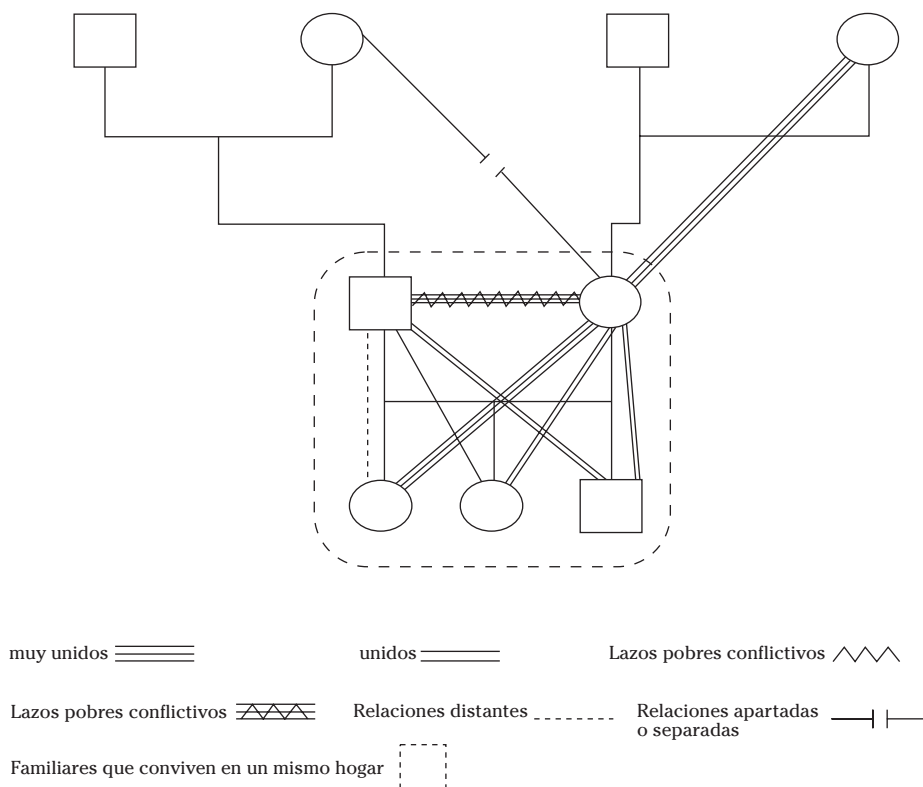
expresión de la información mediante preguntas abiertas y evitando explicaciones centradas en el síntoma motivo de consulta.

Este proceso de recogida de información debe de ser estructurado. Habiendo varios modelos, nosotros recomendamos el propuesto por Fleitas y De la Revilla<sup>18</sup> que recomiendan seguir un guión dividiendo la entrevista en las siguientes etapas: el paciente y su pareja, la familia de procreación (hijos), cambios en la composición de la misma y su ciclo vital, los sistemas familiares de origen, acontecimientos vitales estresantes, la red social de apoyo, interpretaciones del problema y relaciones familiares y vitales más significativas.

### Interpretación y uso del genograma

El genograma es un instrumento de inmenso valor y ayuda al médico de familia que quiera introducir la atención fami-





**Figura 4.** Genograma relacional.

Modificado de De la Revilla<sup>15</sup>.

liar en su práctica habitual abriéndose la posibilidad de manejar nuevos elementos en la relación con sus pacientes<sup>16</sup>.

Los usos más frecuentes de este instrumento son:

- Como simple sistema de registro que puede integrar datos de la esfera biológica psicológica y social, aportando la ventaja de que la información no se limita al individuo, sino que se amplía a su entorno. Este uso lo hace muy interesante en equipos interdisciplinarios y como instrumento de relación con múltiples profesionales.

- Como instrumento de relación con el paciente, suponiendo un cambio cualitativo en la misma permitiendo una mirada “desde el otro lado” rompiendo dinámicas

y bloqueos producidos cuando sólo enfocamos el problema a través del síntoma, como comprobamos en el caso inicial.

- Para la detección de factores de riesgo, mejorando el clásico registro de antecedentes personales y familiares, permitiendo considerar el efecto de los citados factores de riesgo individuales en otros familiares. Este uso es especialmente importante en el estudio de problemas de salud, mental y de índole psicosocial.

- Para la detección de problemas psicosociales, teniendo en cuenta que se calcula que entre el 23% (Stimbo<sup>19</sup>) y 60% (otros autores) de los problemas que se atienden en atención primaria tienen este origen. Estos datos revelan la importancia

del uso del genograma. Sólo su realización supone un abordaje familiar estructurado.

- Para la identificación de recursos familiares que apoyen las intervenciones sobre el problema del paciente (enfermedades crónicas, dependencia de sustancias, etc.).

- Como recurso en identificación de familias disfuncionales, siendo elemento base para su detección y planteamiento de contextos.

- Como herramienta para la docencia e investigación, aspecto sobre el que no nos vamos a detener.

Existen muchos otros aspectos a considerar acerca del genograma y otros relacionados con el estudio de la familia, animando a los profesionales asistenciales a que trabajen con las familias de sus pacientes, pues encontrarán caminos que les acercarán a un mejor y más integral cuidado de la salud y verán respondidas algunas preguntas sobre los modelos de enfermar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. LLANO A. La nueva complejidad. Madrid. Espasa Calpe, 1998.
2. DOHERTY WA, CAMPBELL TL. Families and Health. Beverly Hill, CA, Sage, 1998.
3. ENGEL GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 1997; 196: 129-136.
4. MINUCHIN S, ROSMAN B, BAKER L. Psychosomatic Families. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1987.
5. DOHERTY W, BARID M. Family Therapy and Family Medicine. New York, Guildford Press, 1983.
6. MEYER RJ, HAGGERTY RJ. Streptococcal infections in families: Factors altering individual susceptibility. Pediatrics 1962; 29: 539-549.
7. KRAUS AS, LILLENFELD AM. Some epidemiological aspects of the high mortality rate in the young widowers group. J Chron Dis 1959; 10: 207-217.
8. CALABRESE JR, KLING MA, GOLD PW. Alterations in immunocompetence during stress, bereavement and depresión: Focus on neuroendocrine regulation. Am J Psychiatry 1987; 144: 1123-1134.
9. BARTROP RW, LUCKHURST E, LAZARUS L, KILOH LG, PENNY R. Depressed lymphocyte function after bereavement. Lancet 1997; 1: 834-836.
10. HOUSE JS, ROBBINS C, METZNER HL. The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. Am J Epidemiol 1982; 116: 123-140.
11. ORTHO-GOMER K, JONSON JV. Social network interaction and mortality: A six year follow-up study of a random mple of the Swedish population. J Chron Dis 1987; 40: 949-957.
12. BARANOWSKY T, NADER PR, VANDERPOOL NA. Family self-help: Promoting changes in health behavior. J Commun 1982; Summer: 161-172.
13. FISCHER AE, DOLGER H. Behavior and psychosocial problems of young diabetic patients. Arch Intern Med 1946; 48: 72-76.
14. BAKER L, MINUCHIN S, MILMAN L, LIEBMAN R, TODD T. Psychosomatic aspects le diabetes mellitus: A progress report. Mod Prob In Paediatr 1975; 12: 332-343.
15. FLEITAS L. El genograma para evaluar a las familias. En: Revilla L, Manual de Atención Familiar. Fundesfam, Granada, Adhara 1999: 389-397.
16. ROGERS JC, ROHRBAUGH C. The SAGE-PAGE trial: do family genograms make a difference? J Am Board Fam Pract 1991; 4: 319-326.
17. MC GOLDRICK JC, GERSON R. Genogramas en la evaluación familiar. Buenos Aires. Gedisa, 1987, 18.
18. FLEITAS L, DE LA REVILLA L. Interpretación y uso de los genogramas. En: Revilla L, Manual de Atención Familiar. Fundesfam, Granada, Adhara 1999: 429-454.
19. STUMBO D, GOOD MJ, GOOD B. Diagnostic porfile of a family practice clinic: patients with psicosocial diagnoses. J Fam Pract 1982; 14: 281.
20. McDANIEL S, CAMPBELL TL, SEABURN DB. Orientación familiar en Atención Primaria. Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud. New York, Springer, 1998.
21. DE LA REVILLA L, FLEITAS L. El modelo de los círculos familiares y el mapa familiar. En: De la Revilla L, Manual de Atención Familiar. Fundesfam, Granada, Adhara, 1999: 389-397.