

## Estudio de caso: genograma familiar, diagnóstico para la intervención sistémico familiar en la enfermedad crónica

Lucía Pérez Sánchez<sup>1</sup>, Roberto Oropeza Tena<sup>2</sup>,  
Judith López Peñaloza<sup>3</sup>, Jose María de la Roca<sup>4</sup>

*Universidad Autónoma de Nayarit*

*Universidad de Guanajuato*

*Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*

### Resumen

El objetivo de esta investigación es identificar áreas potenciales de intervención clínica en familia con un adulto mayor enfermo crónico a través del enfoque cualitativo con entrevista a profundidad. Utilizando GenoPro ® 2011, versión 2.5.4.1. se elaboró un genograma familiar. Se concluye con la recomendación de trabajar para modificar patrones de comportamiento no saludables que mantiene el adulto mayor, organizar equitativamente la responsabilidad del cuidado para traer mayor flexibilidad en los modos de interacción y configuración familiar, entrenar en comunicación asertiva para la expresión adecuada de emociones y sentimientos que repercuta en el manejo verbal adecuado de conflictos, dejando de recurrir a síntomas. Fortalecer vínculos con familia

<sup>1</sup> Doctorado interinstitucional en Psicología. Universidad Autónoma de Nayarit. lucia@systemica.com.mx

<sup>2</sup> Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

<sup>3</sup> Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

<sup>4</sup> Universidad de Guanajuato

extensa, incidir en actividades de esparcimiento intergeneracional, fortalecer una interacción no basada en el cuidado de la enfermedad.

**Palabras claves:** genograma, familia psicósomática, envejecimiento patológico.

## Abstract

The objective is identify potential areas of clinical intervention in family with a chronically ill elderly with a qualitative approach through in-depth interview. Using GenoPro ® 2011; Version 2.5.4.1. family genogram was elaborated.

We recommend working to change patterns of unhealthy behavior that keeps the elderly, organize equally responsible for the care to bring greater flexibility in modes of interaction and family configuration, training in assertive communication for the appropriate expression of emotions and feelings impact on the proper verbal conflict management, rather than resorting to symptoms. Strengthen ties with extended family, intergenerational influence leisure activities, strengthen interaction not based on disease care.

**Keywords:** Genogram; Psychosomatic Family; Pathological aging.

## Introducción

McGoldrick y Gerson (2008) representa a los genogramas familiares como descripciones gráficas de las familias a manera de árboles genealógicos en los cuales se registra información, a través de símbolos y figuras, de las relaciones de sus miembros en por lo menos tres generaciones. Los genogramas presentan una rápida visualización

de las configuraciones familiares, por lo que son una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar.

El genograma se convierte entonces en parte importante del diagnóstico ante la enfermedad, con él evaluamos los recursos, modos de afrontamiento y capacidad de adaptación del paciente y

su familia ante la enfermedad, anticipamos las dificultades en la adherencia al tratamiento y visualizamos las redes de apoyo familiar (Ceballos, 2006).

Con esta información se podrá establecer un plan de intervención sistémico familiar para lograr una mejor adaptación del sistema ante la enfermedad concretándose en calidad de vida para el paciente y su familia.

## Método

A través del enfoque cualitativo con entrevista a profundidad. Utilizando GenoPro ® 2011; Versión 2.5.4.1. se elaboró genograma familiar, con carta de consentimiento informado formado por la familia y el adulto mayor participante. La creación de un genograma supone tres niveles: trazado de la estructura familiar, registro de la información sobre la familia y delineado de las relaciones.

El primer plano en la interpretación de un genograma es la estructura familiar básica; es decir, lo que significa cada línea que conecta lo diagramado. De tal manera que permita hacer hipótesis sobre roles y relaciones familiares, así como

conocer la manera en que se distribuyen los subsistemas o algunas configuraciones inusuales en la familia.

La segunda interpretación que se hace en un genograma es en relación a las transiciones que la familia esta viviendo como parte del ciclo vital; este tipo de análisis ayuda a ver si los sucesos que se están experimentando corresponden a crisis normativas derivadas de la evolución de la familia en el momento de cambio de una etapa a otra y, de no ser así, se puede seguir revisando a qué corresponde y por qué a la familia le esta costando enfrentar el cambio.

De igual forma, en el trazado del genograma puede identificarse la repetición de pautas de generación en generación, ya que se revisan tres generaciones hacia arriba del paciente identificado y tres generaciones hacia abajo, pudiendo identificarse pautas con repetición generacionales; estas pautas pueden darse en tres formas: en lo relacional, lo estructural o lo funcional. Reconocer e identificar estas pautas ayuda a la familia de manera preventiva o remedial, interrumpiéndolas y cortando su reproducción.

Otro aspecto que el genograma permite es analizar la sucesión de eventos y su conexión con el

funcionamiento familiar. De esta manera permite hacer conexiones sistemáticas entre coincidencias aparentes, evaluar el impacto traumático en el funcionamiento familiar y su posible vulnerabilidad ante la presencia de nuevos sucesos.

Un aspecto relevante en el análisis e interpretación del genograma es lo que se refiere a las pautas de vinculación. Éstas se clasifican en: íntimas, fusionadas, hostiles, conflictivas, distantes, enajenadas. Con el análisis se favorece principalmente la detección de un fenómeno conocido como triangulación (Minuchin, 2003) caracterizado por una pauta de relación rígida en la que un miembro de la familia se encuentra imposibilitado en su propia evolución, desarrollo, crecimiento, maduración e independencia.

Por último, el genograma permite la búsqueda de pautas de contraste y equilibrio en la estructura familiar, roles, funcionamiento y recursos de la familia; es decir, permite hacer hipótesis de cómo la familia puede adaptarse a los cambios y tensiones que esta viviendo en el presente. En síntesis cada aspecto que se interpreta y analiza en el genograma, representa un conjunto general de hipótesis relevantes desde el punto de vista clínico, sobre las pautas familiares.

## Genograma del caso clínico:

En el trabajo clínico, el genograma permite una comprensión más amplia del entorno del que ha surgido el paciente y en el que se desenvuelve, así como implicaciones relacionales entre la conducta sintomática del paciente y pautas homeostáticas con los miembros de su familia de origen, reproduciendo aquellas que permiten el equilibrio familiar. En su ejecución se requiere el uso de símbolos y figuras (Ver Fig. 1) con las cuales se representan: miembros, estructura, funciones, jeraquias, roles, relaciones y sucesos importantes de la familia, lo que constituye su historia (Navarro, Ponce, Monroy, Trujillo, Irigoyen, Gómez, 2004).

Para la recolección de datos se solicita la siguiente información a los miembros de la familia:

1. Datos de identidad de la familia: nombre, edad, ocupación y estudios de cada uno de los integrantes de la familia del enfermo que viven en el hogar actualmente, como padres, hijos o algún otro familiar; si hubo abortos, hijos adoptivos, fechas de matrimonio, separaciones o divorcios, fallecimientos y sus causas.

2. **Datos de la familia de origen del padre:** nombres y edades de los padres, fecha de matrimonio, separación, divorcio; nombre, sexo, edad de los hermanos, incluyendo abortos, muertes e hijos adoptivos; fechas y causas de muertes, educación y ocupación de todos, así como las posiciones que ocupaban dentro de la familia.
3. **Datos de la familia de origen de la madre:** nombres y edades de los padres, fecha de matrimonio, separación, divorcio; nombre, sexo, edad de los hermanos, incluyendo abortos, muertes e hijos adoptivos; fechas y causas de muertes, educación y ocupación de todos, así como las posiciones que ocupaban dentro de la familia.
4. **Datos complementarios:** en ellos se pueden incluir su pertenencia a alguna religión o credo, los movimientos o cambios importantes de la familia, como migraciones, cambios de residencia, también personas que vivieron con la familia o que fueron importantes para la misma, incluso mascotas que desempeñaron un papel importante en la historia de la familia.
5. **Problemas:** médicos, emocionales, conductuales, laborales, con la ley o adicciones de cada uno de los miembros. En particular, los problemas médicos resultarán útiles en demasía, intentando identificar con ellos la repetición de pautas a través de las generaciones y la forma en que han sido o no resueltos los problemas derivados de las enfermedades.
6. **Vínculos:** tipos de relaciones más importantes entre los miembros de la familia, si sus vínculos son íntimos, distantes, conflictivos, distanciados, sobreinvolucrados.

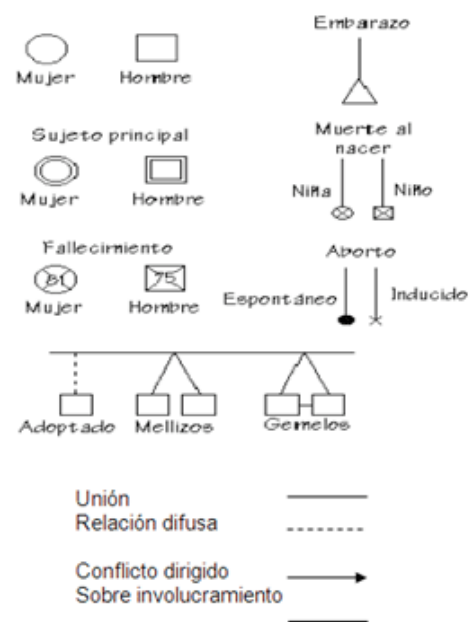


Fig. 1 (página anterior). Ejemplos de simbología en el genograma.

A continuación, el genograma que se elaboró y es producto de la sesión clínica diagnóstica. Ver fig. 2

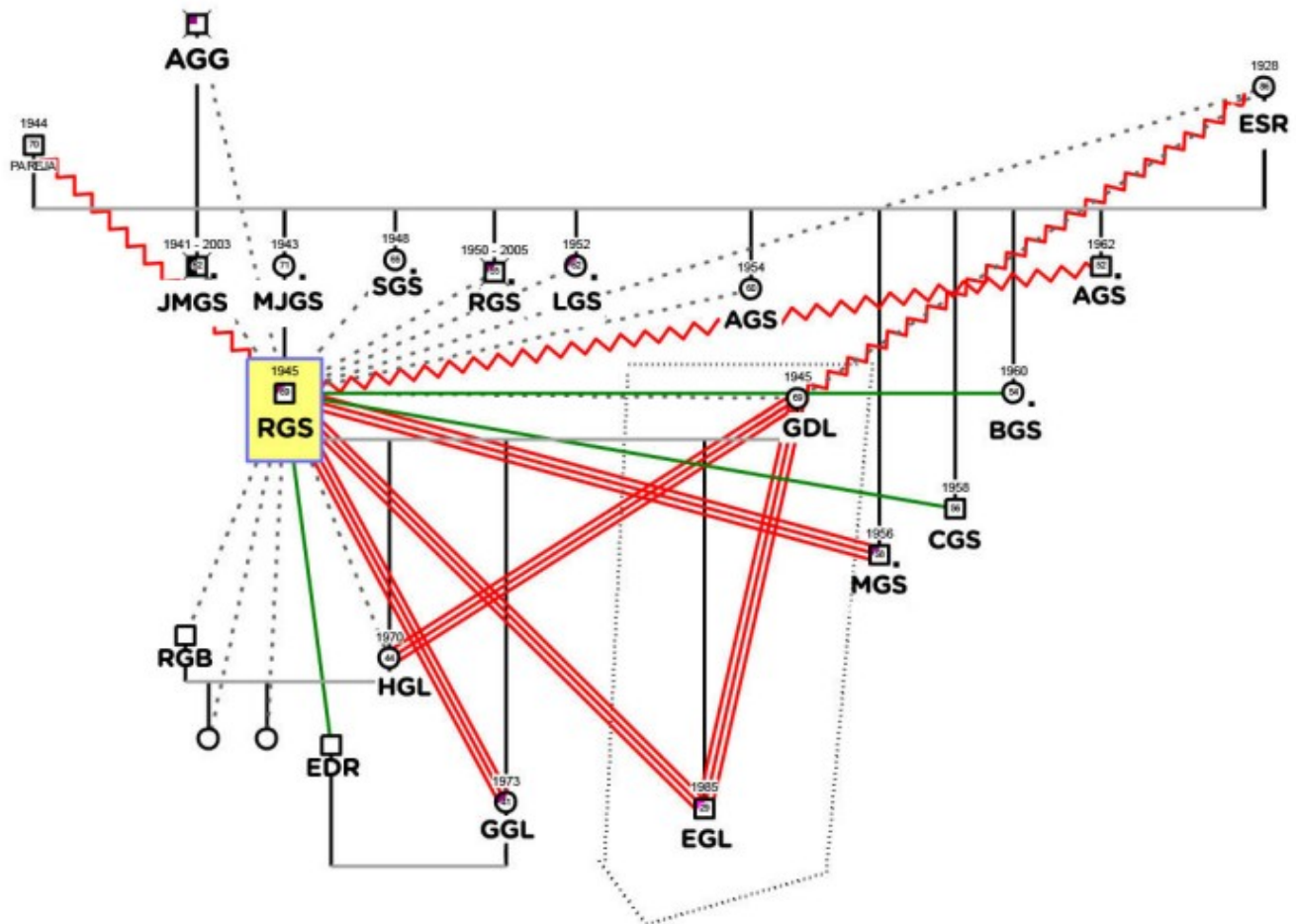


Fig. 2.- Representación gráfica del funcionamiento familiar del caso clínico

## Interpretación, análisis y discusión:

Como puede apreciarse en el genograma de la presente familia desde el análisis de estructura básica, ésta es una familia compuesta por: subsistema paternal, los padres en etapa de adultez mayor (AM) y en ciclo vital de nido vacío; subsistema conyugal no existente (divorcio desde hace 5 años) y subsistema filial conformado por tres miembros (dos hijas y un hijo). La dinámica familiar se vive en dos espacios geográficos (casa habitación de la madre y casa habitación del padre). En esta familia en particular, la emancipación del hijo menor ha sido difícil, ya que por ser el único soltero le corresponde (de acuerdo a la historia familiar el hijo o hija menor siempre se queda a cargo de los padres) el exclusivo cuidado de sus padres; con énfasis en cuidado primario al padre con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), y a la madre en lo económico como referente. A continuación, se detalla esta relación entre los miembros que componen este sistema familiar:

La configuración familiar está caracterizada por ser de tipo fusionada conflictiva con poca adaptación a la etapa del ciclo vital en la que se encuentran, pues aún después del divorcio se vive

en estrecha relación conflictiva con el padre y la madre, y esto se ve reflejado en la distribución de los tiempos de los hijos, en la dedicación de espacios en el cuidado y atención de los padres adultos mayores, en la recreación y en los momentos sociales familiares.

Esta característica en la estructura tiene relevancia en la vivencia de la relación con los abuelos y los nietos, experimentada por todos en general como conflictiva o en pugna de lealtades; y en lo que respecta al cuidado y atención al AM con DM2; pues de ello depende la buena o mala adherencia al tratamiento. La sintomatología derivada del descontrol diabético es utilizada como una forma de comunicar un problema derivado de esta interacción denominada triangulación.

En lo concerniente a adaptación al ciclo vital, queda claro que en esta familia no ha podido llevarse con éxito, pues el hijo está focalizado en demasía en las problemáticas tanto de los padres mayores necesitados de atención; sin oportunidad a desarrollar un proyecto individual de vida tanto en el plano profesional, como en lo íntimo relacional. En lo que respecta a la repetición de pautas de generación a generación, se puede apreciar un rasgo característico: el uso del sín-

toma como recurso para el logro de equilibrio homeostático, de tal manera que el conflicto real queda sin resolución. Al respecto, la familia describe cómo en cada generación existe un enfermo crónico: diabetes, hipertensión, cardiopatías y obesidad.

Por su parte, cuando se interroga sobre sucesos de la vida y como han sido experimentados por la familia, se puede ver que el funcionamiento familiar fusionado es la manera en la que han aprendido a resolver problemas, además de la somatización (Ver Fig. 3). Acerca de la familia

psicosomática como medio para enfrentar y adaptarse a los sucesos de la vida, Onnis (1990) describe lo siguiente: que el familiar enfermo tiene un rol activo para mantener el status quo de su sistema significativo, y que además participa activamente en los juegos interaccionales en el interior, de tal forma que se genera una retroalimentación del síntoma, denominado desde la perspectiva sistémica como la circularidad del síntoma, caracterizada por la disfunción familiar que requiere con urgencia un cambio, pero que a la vez refuerza el regreso rígido de la homeostasis familiar.

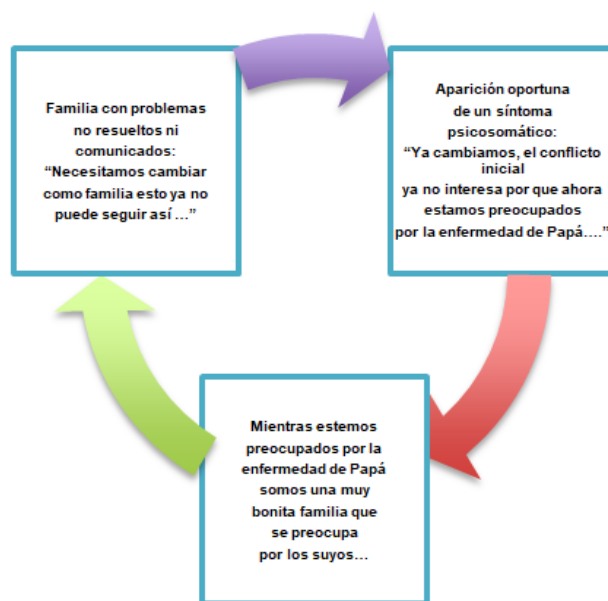


Fig. 3. Explicación grafica del fenómeno denominado: Circularidad del síntoma, basado en concepto acuñado por Onnis (1990).



El síntoma, entonces, protege a la familia de tensiones más graves o menos fáciles de soportar y se reutilizará cuantas veces sea necesario para este fin. El genograma ayuda a visualizar si existe equilibrio o desequilibrio familiar, la familia y el

paciente constituyen entonces un sistema interpersonal en el que se influyen recíprocamente de manera circular.

Por otro lado, las características del sistema familiar del paciente con síntomas psicósomáticos

Aglutinamiento: Miembros de la familia sobre involucrados.

Sobreprotección: Alto grado de solicitud y de interés recíproco

Rigidez: Resistentes al cambio.

Evitación del conflicto o baja tolerancia a conflictos.

Para Selvini, Cirillo y Sorrentino (1998), esta caracterización la hace integrando los modelos comunicativos, con reglas fundamentales Ver. Fig. 5:

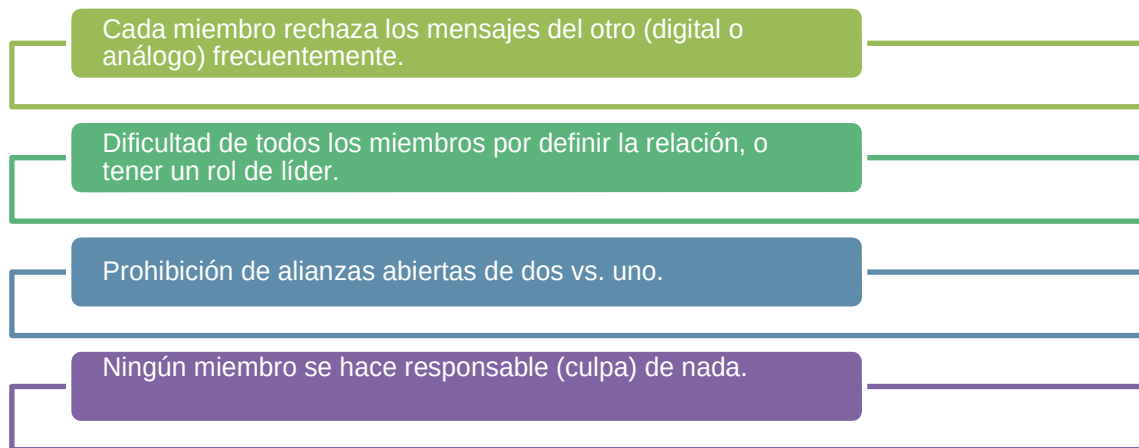


Fig.5.- Pautas comunicativas de la psicopatización en las interacciones familiares

El genograma ayuda entonces en la identificación rápida de la aparición del síntoma psicopatológico y su persistencia favorecido por una organización familiar disfuncional, así como por factores internos y externos a la familia (sucesos vitales) y que a través de un *feed-back*, mantiene el *status quo* disfuncional de la familia ayudando a conservar al sistema, por lo que el síntoma adquiere así un significado simbólico o de metáfora, que comunica una realidad familiar.

Ante este tipo de funcionamiento familiar, el terapeuta familiar, debe estar atento a que las intervenciones que se realicen eviten la migración del síntoma, fenómeno que se presenta ante la

falta de una reestructuración global del sistema. Aún con la desaparición de la enfermedad en el paciente identificado, el cambio puede ir acompañado de un nuevo síntoma en él o en otro miembro de la familia. No menos importante es atender el tipo de afrontamiento que está viviendo el adulto mayor pues denota características del envejecimiento patológico, por la vulnerabilidad emocional que presenta, tal como lo describe Zarebski (2005).

En el adulto mayor de la familia caso, queda claro que existe la vivencia de una patología del apego, con intención de llenar vacíos a través de la vinculación dependiente del hijo menor para el apoyo y

cuidado de su enfermedad: la existencia de escasas de redes de apoyo, pues su interacción se centra en el conflicto no resuelto con su ex esposa, reduciendo la posibilidad de vinculación con familia extensa.

Así mismo es clara y evidente la vivencia del fenómeno denominado bastón único caracterizado por un sentido de vida cristalizado y rigidizado en un rol o status. En el caso del adulto mayor de la familia aquí presentada, se manifiesta por duelos no elaborados, encrespamiento del conflictivo en el subsistema conyugal, aún con un proceso de divorcio finalizado, perpetuando un rol de esposo y aferrándose a este tipo de interacción.

Por otro lado, el tipo de pensamiento del paciente índice esta basado en el todo o nada, con tendencia a la somatización como medio de descarga psíquica por una pobre recurso lúdico imaginario de lo simbólico y lo emocional, evidenciando un envejecimiento patológico como lo describe Salvarezza (1998).

El envejecimiento patológico se distingue porque está basado en la nostalgia; el que envejece en la nostalgia transitará por sus recuerdos poniendo el énfasis en lo que considera que ha perdido y que ahora pertenece a otros: los jóvenes.

Por otro lado, los individuos que envejecen de manera saludable, lo hacen en la reminiscencia y podrán enfrentar los conflictos con un mínimo de ansiedad, mediante la utilización plástica y adecuada del variado repertorio de conductas defensivas que tienen a su disposición.

En el trabajo con familias en las que en su interior hay AM, es importante visualizar desde la perspectiva psicogerontológica, la cual está basada en potenciar los recursos del ser que envejece, posibilitando un envejecimiento activo y saludable.

En el caso particular de la atención psicológica de este tipo de población y padecimientos, se requiere que el terapeuta este familiarizado con las enfermedades y su sintomatología, así como de sus diferentes estadios: naturaleza del proceso de la enfermedad, su desarrollo, la manera en el adulto mayor lo afronta, si tiene o no tiene apoyo de red social, etc.

Camdessus, Bonjean y Spector (1995) enfatizan que un buen conocimiento de la enfermedad permite al terapeuta prever problemas que se plantearán a cada adulto mayor junto a su familia. Conocer esto posibilita atender con antelación situaciones de agravamiento, grado de invalidez,

tipo de apoyo, adecuaciones a la vida diaria, tipo de cuidados, y en general abre el panorama de la posible respuesta que la familia y el propio adulto mayor tendrá ante su padecimiento. Por ejemplo, si la enfermedad inicia con fase aguda como podría ser un derrame cerebral (apoplejía), la respuesta será de manera inmediata y alterará de la noche a la mañana la vida del adulto mayor y de sus sistema familiar; pero si por lo contrario el evento es episódico insidioso, como puede ser un padecimiento artrítico o una demencia como el Alzheimer, la respuesta será distinta, permitiendo tener mas tiempo para adaptarse a los cambios.

Sin embargo, ningún tipo de respuesta es mejor que otra, en el primer ejemplo, tenemos un sistema individual (adulto mayor) y familiar, que debe dar respuesta pronta al apoyo de su familiar, y con ello se darán trasformaciones en sus roles y responsabilidades de cada uno de los miembros que componen esta red de apoyo, y en el otro ejemplo tenemos un estrés prolongado durante el periodo de exámenes y agravado en los periodos de recrudecimiento de los síntomas.

Por ello, cualquier abordaje de corte psicoterapéutico que se desee llevar a cabo implicará un plan estratégico, no se puede dejar a la improvisación y solo a la buena intención de apoyo, es necesario la preparación específica y conocimientos de distintas disciplinas que abonen en su beneficio. La principal área en que todo tipo de intervención deberá tomar en cuenta sea cual sea el abordaje, será en relación a las pérdidas en distintos niveles: de control del cuerpo, de la identidad, y las relaciones del adulto mayor.

En relación con lo anterior, es importante remarcar que aún en este momento de vida, el adulto mayor debe ser tomado en cuenta en todo lo concerniente a su padecimiento. Desde la perspectiva de la Psicogerontología, se entiende que el ser envejeciente debe ser en todo lo posible quien decida sobre su propia vida. Los modos y las forma en que desea ser atendido y apoyado; jamás una intervención deberá basarse en coartar su autonomía y su poder de decisión, al contrario deberá trabajarse para lograr por mayor tiempo el autocontrol, autocuidado y autoeficacia que repercuta en una calidad de vida idónea para cada adulto mayor en lo específico. Ver figura 6.

## Principios fundamentales del cuidado al AM

- 1.- Respetar la autonomía del paciente
- 2.- Beneficiencia (hacer el bien)
- 3.- No maleficiencia (*hacer daño*)
- 4.- Justicia (distribución equitativa de los recursos y el apoyo).

Fig. 6.- Basado en Beauchamps y Childress (2001).

## Conclusiones y recomendaciones

El genograma como recurso en el diagnóstico en intervenciones sistémicas debe ser ejecutado por terapeutas formados y especializados, de tal forma que haya una secuencia en la revisión y seguimiento del mismo, pues constituye la forma de monitorear el cambio en la familia. En lo referente al caso clínico expuesto, las recomendaciones al plan de intervención van en relación a lo siguiente:

De acuerdo a este análisis sistémico, se recomienda trabajar en modificar los patrones de comportamiento no saludables que mantiene el AM con respecto a su padecimiento diabético, organizar de manera equitativa la responsabilidad del cuidado para traer mayor flexibilidad en los

modos de interacción y configuración familiar, delimitación de subsistemas, destriangulación del cuidador primario, entrenar en comunicación asertiva para la expresión adecuada de emociones y sentimientos que repercuta en el manejo verbal adecuado de conflictos, dejando de recurrir a síntomas. Fortalecer vínculos con familia extensa, con especial énfasis incidir en las actividades de esparcimiento intergeneracional (nietos) y fortalecer el tipo de vinculación del AM, en que la interacción no este basada en el cuidado de la enfermedad.

## Referencias

Beauchamp TL, Childress JF. (2001). Principles of biomedical ethics. 5ª ed. New York: Oxford University Press.

- Camedessus, B. Bonjean, M. Spectror, R. (1995). *Crisis familiares y ancianidad*. Barcelona: Paidós.
- Ceballos, E. (2006). Dimesiones de análisis del diagnóstico en educación: El diagnóstico del contexto familiar. *Revista Relieve*. 12(1), 33-47.
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (2008). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Navarro, G., Ponce, R., Monroy, C., Trujillo, B., Irigoyen, C., Gómez, C. (2004). Estrategias para la elaboración de genogramas por residentes de medicina: *Archivos de Medicina familiar*. 6(1), 78-83
- Onnis, L. (1990). *Terapia Familiar de los trastornos psicosomáticos*. Barcelona: Paidós.
- Salvarezza, L. (1998). *La vejez: Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Paidós.
- Selvini P. M., Cirillo, S. M. y Sorrentino, A.M. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Zarebski, G. (2005) *Psicogerontología: Hacia un Buen Envejecer*. Buenos Aires: Universidad Maimónides.