

Archivos de Medicina Familiar

Volumen
Volume **6**

Número
Number **3**

Septiembre-Diciembre
September-December **2004**

Artículo:

Estrategias para la elaboración de genogramas por residentes de medicina familiar

Derechos reservados, Copyright © 2004

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Estrategias para la elaboración de genogramas por residentes de medicina familiar

Strategies for Elaboration of Genograms by Family Medicine Residents

Navarro-García A, * Ponce-Rosas R, ** Monroy-Caballero C, *** Trujillo-Benavides E, ****
Irígoyen-Coria A, ***** Gómez-Clavelina F. *****

RESUMEN

Objetivos: Evaluar el proceso de elaboración de genogramas por residentes de medicina familiar. Describir las características sociodemográficas de las familias con base en la información contenida en los genogramas. **Diseño:** Estudio descriptivo, transversal, prospectivo, no comparativo. **Material y métodos:** Durante el mes de enero de 2003 se realizó un taller de seis horas para capacitar a los residentes de primer y segundo año ($n = 12$ residentes) de la especialidad en medicina familiar y unificar los criterios en la elaboración de genogramas según las recomendaciones del Comité Académico de Revisión de Genogramas (CARG). Durante dos meses cada residente elaboró 15 genogramas de pacientes, los pacientes no fueron seleccionados de manera aleatoria. Los genogramas fueron evaluados con 19 criterios recomendados por el CARG. **Resultados:** Se elaboraron 176 genogramas; sólo tres criterios fueron registrados en los genogramas en el 100% de los casos; doce criterios fueron registrados adecuadamente entre el 75 y 99 por ciento de los genogramas y cuatro criterios se registraron entre el 17 y 62 por ciento. La media de tiempo para elaborar el genograma fue de 20 ± 8 minutos. **Conclusiones:** La mayoría de los genogramas cumplieron adecuadamente con 15 criterios del CARG; sin embargo, la ausencia de información clave impidió la clasificación adecuada de algunas familias. El tiempo necesario para elaborar los genogramas y la cantidad de información que se puede obtener de él, ameritarían capacitar al personal, y disponer de espacio y tiempo suficiente para que se realice en forma rutinaria en la clínica de medicina familiar.

Palabras clave: Pedigree, Árbol familiar, Residencia médica.

ABSTRACT

Objective: We sought to evaluate genograms elaborated by Family Medicine residents according to the Academic Committee for Genograms Review (ACGR), and to describe social and demographic characteristics of families with the aid of genogram data. **Design:** We conducted a descriptive, cross-sectional, prospective, and non-comparative study. **Material and methods:** We set up a 6-h workshop to train first- and second-year residents of Family Medicine ($n = 12$) to unify criteria for genogram elaboration according to ACGR recommendations. For 2 months, residents elaborated patient genograms at the clinic, each resident responsible for designing 15 genograms. Patients were selected non-randomly, and the sample was reached by quota. Genograms were evaluated according to 19 criteria based on ACGR

Recibido: 15-04-04

Aceptado: 08-07-04

* Especialista en Medicina Familiar. Técnica Académica Asociada "A" TC. Departamento de Medicina Familiar (DFM), Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

** Especialista en Medicina Familiar. Profesor Titular "A" TCI. DMF, UNAM.

*** Jefa del Departamento de Enseñanza e Investigación. Unidad de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez", Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

**** Médico Gastroenterólogo. Centro Médico Nacional "La Raza". Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

***** Profesor Asociado "C" TCD. DMF, UNAM.

Dirección para correspondencia:
Ana María Navarro García
E-mail: anamanavarro@hotmail.com

recommendations. **Results:** We elaborated 176 genograms: only three criteria were registered in 100% of genograms, while 12 criteria were correctly registered in 75-99%, and four criteria were registered in 17-62% of these genograms. Mean time needed to elaborate a genogram was 20 ± 8 min. **Conclusions:** The majority of genograms successfully fulfilled all 15 ACGR criteria. Nonetheless, lack of key information prevented correct classification of some families. Time necessary to elaborate the genogram and the amount of information needed require qualified personnel and sufficient time and space to elaborate genograms in Family Medicine clinics for these to thus receive the benefits of genograms.

Key words: Pedigree, Family tree, Residency medical.

Introducción

El genograma es la representación gráfica de las principales características de un grupo familiar a lo largo del tiempo. Se le considera un instrumento versátil y de gran utilidad clínica¹⁻⁵. También se le conoce como familiograma, árbol genealógico, árbol familiar, pedigree humano⁶⁻⁷. Es usado por diversos profesionales, no sólo del área de la salud, sino también por historiadores, antropólogos, biógrafos, médicos familiares, terapeutas familiares, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, genetistas, psicohistoriadores, etc., quienes lo han adaptado a sus necesidades y perspectivas^{3,6-9}.

Con el genograma se representa información a manera de diagrama de flujo que permite identificar procesos biológicos, emocionales y sociales de una familia a través de diversas generaciones. A continuación se enlistan algunas de las ventajas de los genogramas mencionadas por varios autores^{4,7,10-13}:

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

El genograma como instrumento de evaluación de la familia está contemplado en el plan de estudios del programa de especialidad en medicina familiar en países como México¹⁴ y España¹⁵. La capacitación para construir genogramas en el caso de los residentes de medicina familiar, representa una oportunidad para que esta herramienta sea adecuadamente elaborada y, de esta forma los médicos en formación junto a los adscritos puedan obtener los beneficios que el genograma otorga. Los objetivos de este estudio son evaluar las características de los genogramas elaborados por los residentes de medicina familiar según las

recomendaciones del Comité Académico de Revisión de Genogramas (CARG), así como describir las características sociodemográficas de las familias a través de los datos que aporta el genograma.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal. Población de referencia: derechohabientes que asistían a la Clínica de Medicina Familiar (CMF) "Dr. Ignacio Chávez" del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en la ciudad de México. Los genogramas fueron elaborados por 12 residentes, nueve del primer año y tres del segundo, a los que se les capacitó en la elaboración de genogramas por medio de tres sesiones tipo taller con duración de seis horas en total, utilizando la propuesta del CARG³. Se solicitó a cada residente que realizará 15 genogramas haciendo un total teórico de 180 genogramas, en un lapso de dos meses, durante su rotación por la CMF. La muestra fue no probabilística, obtenida por cuotas y no representativa. El tamaño de la muestra se estimó con 99% de confianza, 10% de error y $p = .5$ y $q = .5$ de variabilidad.

Se incluyeron a los derechohabientes de la unidad médica, pacientes que aceptaran contestar las preguntas en forma voluntaria para la elaboración del genograma e informantes mayores de edad o bien menores de edad acompañados de un adulto. Se excluyó a pacientes que no contaran con expediente en la CMF, así como a los que no desearan iniciar o terminar la entrevista. Se creó un formato para dibujar el genograma que incluyó ficha de identificación, registro de hora de inicio y término de la entrevista, los datos mínimos que debe incluir el genograma y un espacio en blanco para trazar los símbolos. Se agregó una hoja de consentimiento informado para ser leído y firmado por el derechohabiente. Análisis estadístico: a los genogramas obtenidos se les realizó una medición independiente de variables cuantitativas y cualitativas utilizando escalas de medición nominales y se calcularon medidas de tendencia central y dispersión. Se utilizó el programa estadístico SPSS V.12 del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Resultados

Se realizaron 176 genogramas, de los cuales los residentes de primer año elaboraron 145 (82.4%) del total y los de segundo año aportaron 31 genogramas (17.6%). El tiempo promedio requerido para hacer el genograma fue de 20 minutos,

con un rango de 40 minutos, mínimo de 5 y máximo de 45 minutos, DE 8. Los datos de la ficha de identificación se escribieron en forma completa en el 79% de los genogramas, en forma incompleta 20.4% y ausentes en 0.6% (un caso). En

los cuadros I y II se muestran los datos evaluados en los genogramas, destacan como datos registrados por los residentes en el 100% de los casos: la inclusión de tres generaciones, las líneas de unión y separación y el registro de la edad.

Cuadro I. Datos evaluados en los genogramas realizados por los residentes.

Dato evaluado	Sí lo registra %	No lo registra %
Incluye tres generaciones	100.0	00.0
Dibuja líneas de unión y separación	100.0	00.0
Utiliza símbolos de sexo masculino y femenino correctamente	98.3	01.7
Coloca a los hijos en orden de nacimiento de izquierda a derecha	97.7	02.3
Traza líneas de vínculo ascendente	89.2	10.8
Utiliza un tamaño homogéneo de las figuras	85.2	14.8
Coloca a la izquierda al hombre y a la derecha a la mujer	79.5	20.5
Anota fechas de matrimonio, unión libre, separación y divorcio	75.6	24.4
Traza líneas de vínculo descendente	62.5	37.5
Representa relaciones interpersonales	51.7	48.3

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

Cuadro II. Datos evaluados en los genogramas realizados por los residentes.

Dato evaluado	Sí lo registra %	No lo registra %	No valorable %
Edad	100.0	00.0	—
Nombre	97.7	02.3	—
Estado de salud	92.0	08.0	—
Escolaridad	85.8	14.2	—
Ocupación	84.7	15.3	—
Causa de muerte	36.4	38.6	25.0
Fecha de muerte	17.6	57.4	25.0

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

Cuadro III. Datos que no fueron registrados con mayor frecuencia en los genogramas.

Dato evaluado en el genograma	No se registra %
Anota fecha de muerte	57.4
Representa relaciones interpersonales	48.3
Escribe causa de muerte	38.6
Traza líneas de vínculo descendente	37.5
Registra fechas de matrimonio, unión libre, separación y divorcio	24.4
Anota los datos de la ficha de identificación	21.0
Coloca a la izquierda al hombre y a la derecha a la mujer	20.5
Señala la ocupación de cada persona	15.3
Utiliza un tamaño homogéneo de las figuras	14.8
Registra la escolaridad de cada persona	14.2
Dibuja líneas de vínculo ascendente	10.8
Señala el estado de salud	08.0
Resalta al paciente identificado	07.4
Circula a las personas que integran el núcleo familiar	05.1
Escribe el nombre de cada persona	02.3
Coloca a los hijos en orden de nacimiento de izquierda a derecha	02.3
Utiliza los símbolos de sexo masculino y femenino correctamente	01.7

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

En el cuadro III se muestran los datos que no fueron registrados con mayor frecuencia en los genogramas; sobresalen el no anotar la fecha de muerte, la representación de relaciones interpersonales, la causa de muerte y las líneas de vínculo descendente. En el cuadro IV se muestra la clasificación y tipos de familias obtenidos a través del genograma; el ciclo de vida familiar fue identificado en el 82.5% de los genogramas; la frecuencia de cada etapa se muestra en el cuadro V. Se consideró dato no valorable a la información ausente que debía ser registrada y a los que no fue posible identificar por letra ilegible; además, se consideró como no clasificable a los casos que no se contemplaban en las clasificaciones utilizadas en este trabajo.

Discusión

Durante la realización de este trabajo se presentaron algunas circunstancias, una de ellas fue la necesidad de impartir tres talleres de capacitación para los residentes participantes en el proyecto; debido a que sus rotaciones académicas en el hospital coincidieron con la aplicación de los genogramas y cuando los residentes regresaban a la CMF solicitaban informalmente que se les recordara el proceso para la elaboración de genogramas. Los genogramas se realizaron en las salas de espera de la unidad médica, esto causó que los pacientes al sentirse observados por otros usuarios ocultaran información, el hecho fue percibido tanto por los residentes como por los responsables

de esta investigación. Por lo tanto, se sugiere que se destine un área con mayor privacidad para la entrevista del genograma.

Durante la revisión, lectura, análisis e interpretación de los 176 genogramas, se encontró que la letra ilegible dificulta este proceso, si la letra no se puede leer se tiene el mismo problema de no haber interrogado y registrado la información. La ausencia de datos en el genograma, ya sea por no interrogarlos, no anotarlos o no dibujarlos puede hacer imposible su lectura.

En la ficha de identificación es importante contar con el registro completo para poder integrar los genogramas al expediente de cada paciente y conocer la fecha en que se elaboró; el registro completo auxilia en la evaluación de los cambios que tiene la familia a través del tiempo, esta sección se encontró completa en el 20.4% de los genogramas. La información que no se registró interfirió con la interpretación y clasificación de las familias. Los datos que con menor frecuencia se registraron fueron la causa (38.6%) y fecha de muerte (57.4%) lo que podría impedir la identificación de factores de riesgo en los descendientes, de esta manera no se podrían formular hipótesis sobre ¿cuándo, cómo y a quiénes afectaría esa muerte en la familia?

Los genogramas se pueden clasificar como complementarios o dinámicos¹⁶ en el caso de representar relaciones interpersonales: el 48.3% no mostraron estas relaciones, probablemente por falta de habilidad o interés para explorarlas, no lo sabemos. Otro símbolo ausente, en el 37.5%, como fue el de las líneas de vínculo descendente, probablemente se explique porqué se aplicó simbología propuesta por otros autores donde no se utiliza esa línea⁶ no obstante que los residentes fueron instruidos para usar la simbología del CARG. Dentro de los cinco datos que con menor frecuencia se registraron se pueden citar las fechas de unión y de separación; lo que interfiere en la formulación de hipótesis sobre ¿cómo, cuándo y a quiénes afectó el suceso? Si la ocupación de las personas no se registra, como ocurrió en el 15.3% de los genogramas, no puede aplicarse la clasificación en el rubro de ocupación de la familia, información que ayuda a identificar factores de riesgo de enfermedades laborales, hacer hipótesis sobre el tiempo de convivencia familiar y el ingreso económico. Por lo que respecta al trazo de las figuras, éstas deben ser dibujadas en un tamaño ho-

Cuadro IV. Clasificación y tipos de familias obtenidos a través del genograma.

Clasificación de la Familia	Tipos	Porcentaje
Según su estructura	Construida nuclear	51.1
	Construida extensa	11.4
	Reconstruida nuclear	08.0
	Reconstruida extensa	03.4
	Extensa binuclear	10.8
	Extensa polinuclear	02.0
	Vive solo	06.0
	No valorable	06.0
	Total	100.0
Según su integración	Integrada	61.0
	Desintegrada	32.0
	No valorable	05.0
	No clasificable	02.0
	Total	100.0
Según su desarrollo	Moderna	57.0
	Tradicional	34.0
	No valorable	09.0
Según su ocupación	Total	100.0
	Obra	61.0
	Profesionalista	31.0
	Campesina	02.0
	Total	100.0

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

Cuadro V. Clasificación del ciclo de vida familiar según Geyman.

Etapa	Porcentaje
Matrimonio	03.4
Expansión	08.0
Dispersión	34.5
Independencia	22.2
Retiro y muerte	14.4
No valorable	12.4
No clasificable	05.1
Total	100.0

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

mogéneo (mujer, hombre), para distinguir los eventos obstétricos (embarazo, aborto, etc.) estos últimos siempre deben tener menores dimensiones que los primeros. La utilidad del registro de escolaridad en los genogramas permite establecer patrones de repetición en las familias y su posible condición como factor de riesgo en cuanto a la evolución de enfermedades agudas, crónicas y cuidado del embarazo. En este trabajo se encontró que los residentes omitieron registrar los datos de escolaridad en un 14.2%.

El estado de salud es un dato muy importante para el médico familiar, tanto de los pacientes que acuden a consulta como de los que solamente se tiene información por su mención en el genograma, ya que es aquí donde el médico debe planear su intervención en cuanto a prevención primaria, secundaria y terciaria; los residentes lo registraron en casi todos los genogramas. Es relevante indicar que se deben interrogar de manera intencional las adicciones, el sobrepeso y la obesidad, ya que algunas personas no las consideran como enfermedades y no las reportan espontáneamente.

En el 7.4% de los genogramas no se señaló al paciente identificado, información importante ya que a partir de este individuo se clasificaría a toda la familia y las acciones médicas partirán de la intervención hacia la persona sintomática; igualmente es útil señalar a las personas que viven bajo el mismo techo ya que son los que pertenecen al grupo que se considerará familia y la clasificación del grupo sólo se logrará si delimitamos a quienes lo integran, dato ausente en el 5.1% de los genogramas.

Mediante los genogramas se logró clasificar a las familias en aspectos sociodemográficos más amplios de los que la literatura reporta^{4,7,8,16-21}. La etapa del ciclo de vida familiar se logró identificar en el 82.5% y no fue posible hacerlo en el 17.5%, cifra mayor a la reportada por De la Revilla quien refiere sólo 4.2% de casos donde no se logró identificar la etapa del ciclo de vida²⁰. Conocer la etapa del ciclo de vida por la que cursa el paciente y su familia permite comprender mejor los cambios emocionales, conductuales y de interacción; esta información permite establecer las medidas apropiadas manteniendo un enfoque preventivo en la familia.

En la interpretación de los datos para la clasificación de las familias se encontraron algunos casos en los que no son aplicables las escalas más utilizadas en esta CMF^{7,22}, así como casos en los que la falta de información no permitió identificar las etapas del ciclo de vida de la familia como lo fueron las familias extensas, donde alguno de los hijos tiene su propia familia y vive con sus padres. Existieron algunas familias en las que la información requerida para hacer el genograma no especificó si la familia de los abuelos cursó por todas las etapas y finalmente requieren apoyo de la familia del hijo o es este último el que vive aún en el hogar de sus padres. Consideramos que esta información debería explorarse de manera intencional.

El tiempo promedio de elaboración de los genogramas entre los residentes fue de 20 minutos, con un mínimo de 5 y máximo de 45, esto permite saber que en caso de diseñar el genograma de un paciente se requerirá de tiempo suficiente en la consulta. En este trabajo se evidenció que la persona que aplica el genograma requiere de capacitación constante para la unificación de criterios y estar cons-

ciente sobre la importancia de la información que se recaba si se hace en forma correcta, así como la necesidad de aplicar esta herramienta de manera rutinaria para conocer a las familias con mayor profundidad. Es necesario comentar que no se seleccionaron los pacientes a quienes se les aplicó el genograma por alguna característica especial como sugiere la literatura¹⁷, sin embargo se encontró que la información obtenida es útil en todos los casos. Los resultados de este trabajo no se pueden generalizar por las características del muestreo (no aleatorio ni representativo), únicamente son válidos para los residentes que fueron capacitados, sin embargo, pueden ser un antecedente para futuros trabajos.

Se propone explorar nuevas técnicas de enseñanza para la capacitación de los médicos en la realización de los genogramas. Shore² ha sugerido técnicas didácticas específicas que podrían incrementar el uso clínico del genograma, menciona, que los profesores deben hacer el vínculo entre la enfermedad y el sistema familiar. Por otra parte, el programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de España recomienda una metodología docente en la que el método básico en la formación es el trabajo en la consulta, con los tutores, con quienes se comentan, estudian y presentan los casos. Se indica la elaboración de una serie de genogramas, uno por cada etapa del ciclo vital familiar, supervisados por parte del tutor. Este programa contempla su aplicación en unidades de primer nivel de atención pero también en los servicios de otras especialidades¹⁵.

Referencias

1. Waters I, Watson W, Wetzel W. Genograms. Practical tools for family physicians. *Can Fam Physician* 1994; 40: 282-287.
2. Shore WB, Wilkie HA, Croughan-Minhane M. Family of origin genograms: evaluation of a teaching program for medical students. *Fam Med* 1994; 26: 238-243.
3. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas E, Terán-Trillo M, Fernández-Ortega MA, Yáñez-Puig EJ. Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en medicina familiar. *Arch Med Fam* 1999; 1(1): 13-20.
4. De la Revilla AL, Fleitas CL. Instrumentos para el abordaje familiar. Atención longitudinal: el ciclo vital familiar. En: Martín ZA, Cano PJF. Compendio de Atención Primaria. Madrid España. Ediciones Harcourt; 2000: 38-45.
5. Irigoyen-Coria A, Morales-López H, Hernández-Torres I, Mázón-Ramírez J, Fernández-Ortega MA, Mozqueda-Pérez G. Análisis estructural de 306 estudios de salud familiar. *Arch Med Fam* 2002; 4(1): 22-26.
6. Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. *Arch Med Fam* 1999; 1(2): 45-57.
7. Irigoyen CA. *Diagnóstico familiar*. 6º ed. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2000.
8. Velasco ML, Julián SJF. Mapas familiares: su empleo en el diagnóstico y formación de hipótesis terapéuticas. En: Velasco ML, Julián SJF. *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: Editorial El Manual Moderno; 2001: 23-36.
9. Medalie JH. Historia clínica familiar, base de datos, árbol familiar y diagnóstico. En: Medalie JH. *Medicina familiar. Principios y práctica*. México: Editorial Limusa; 1987: 393-401.

10. Rogers JC, Rohrbaugh M, McGoldrick M. Can experts predict health risk from family genograms? *Fam Med* 1992; 24(3): 209-215.
11. Berolzheimer N, Thrower SM, Koch-Hattem A. Working with families. In: Sloane PD, Slatt LM, Curtis P, directores. *Essentials of family medicine*. 2º ed. USA: William and Wilkins; 1993: 19-29.
12. Rogers JC. Can physicians use family genogram information to identify patients at risk of anxiety or depression? *Arch Fam Med* 1994; 3: 1093-1098.
13. Duarte E. Historia clínica orientada al problema. En: Rubinstein R. *Medicina familiar y práctica ambulatoria*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2001: 97-103.
14. Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM). *Medicina Familiar*. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) 2ª edición. México. 1998.
15. *Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria*. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. España. 2002.
16. Rosas-Pérez MP, González-Salinas C. Utilización de genogramas en un centro de salud de la ciudad de México. *Arch Med Fam* 2002; 4(3): 99-103.
17. McGoldrick M, Gerson R. *Genogramas en la evaluación familiar*. USA: Editorial Gedisa; 1987.
18. De la Revilla L. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona, España: Ediciones Doyma; 1994.
19. Montalvo RJ, Soria TMR. *Estructura familiar y problemas psicológicos* 1(2): 32-36.
20. De la Revilla L, Fleitas L, Prados MA, De los Ríos A, Bailón ME. El genograma en la evaluación del ciclo vital familiar natural y de sus dislocaciones. *Aten Primaria* 1998; 21(4): 219-224.
21. Irigoyen CA. *Nuevos fundamentos de medicina familiar*. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana; 2002.
22. Monroy CC, Boschetti FB, Irigoyen CA. Propuesta de una clasificación de la familia con base en su composición. *Arch Med Fam* 2002; 4(1): 42-44.

