

11226  
201.34



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**



**INSTITUTO MEXICANO  
DEL SEGURO SOCIAL**

**RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR  
H.G.E. No. 1 MERIDA**

**"La Orientación Sistémica de la Dinámica de la  
Familia por el Médico y su Repercusión  
en los Criterios Diagnósticos"**

**T E S I S**

**ELABORADA POR:**

*Dr. Jesús Joaquín Cruz Muñoz*

**PARA OBTENER EL TITULO  
DE POST GRADO EN:**

**MEDICINA FAMILIAR**

**MERIDA, YUCATAN. MEXICO  
ENERO DE 1987.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## C O N T E N I D O

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES HISTORICOS Y CIENTIFICOS.....	2
PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
OBJETIVOS DEL TRABAJO.....	12
HIPOTESIS DEL TRABAJO.....	13
MATERIAL Y METODOS.....	13
RESULTADOS.....	15
CONCLUSION.....	17
COMENTARIO.....	17
CUADROS.....	19
BIBLIOGRAFIA.....	21

---

## I N T R O D U C C I O N

Al ingresar al curso de especialización en Medicina Familiar, no imaginamos qué tan importante y trascendente sería el cambio en nuestro pensamiento y el caudal de enseñanzas y experiencias que obtendríamos durante los dos años de entrenamiento.

Son muchos los aspectos que pueden ser estudiados y analizados en el contexto de la medicina familiar. Sin embargo, desde el inicio del curso nos interesamos profundamente en el aspecto, relativamente nuevo en la medicina familiar del Enfoque Comunicacional o Enfoque Sistémico, basado en la Teoría General de Sistemas.

Esto significó, en lo particular, y como se describe en el texto del Dr. Paul Watzlawick, la apertura de un campo fascinante, y la difícil tarea de "desaprender" mucho de lo ya aprendido. El observar con una nueva óptica y pensar con una nueva lógica un sinnúmero de fenómenos antes estudiados.

Fue este nuevo pensamiento lo que me motivo a elaborar el presente trabajo, enfocandolo hacia el estudio del Enfoque Sistémico en la medicina familiar a nivel local.

El estudiar y comprender al ser humano desde el punto de vista sistémico es una experiencia de enriquecimiento intelectual y amplía dramáticamente nuestra comprensión acerca del comportamiento humano.

## ANTECEDENTES HISTORICOS Y CIENTIFICOS.

El año de 1954 puede considerarse como un punto importante para la medicina familiar al establecerse en Canadá el Colegio de Médicos Familiares, que inicialmente fué denominado Colegio de Médicos Generales.

En el año de 1964, el Colegio Canadiense empezó a considerar la capacitación más específica de los médicos familiares y en el año de 1966 se pusieron en función, a manera de plan piloto, dos programas de residencia de graduados. De 15 años a la fecha, el progreso logrado en este campo ha sido francamente alentador. En la actualidad, la Medicina Familiar se encuentra en gran auge y es considerada y reconocida como una verdadera especialidad.

En los Estados Unidos de Norteamérica, en el año de 1969, fue reconocido el concepto de Medicina Familiar como especialidad, fundandose el Consejo Americano de Medicina Familiar, que exige a sus miembros cada 6 años un examen a fin de comprobar su capacidad y actualización médica, reconociendose en los últimos años a la Medicina Familiar como una de las especialidades más completas dentro del ámbito de la medicina moderna.

En México, la Medicina Familiar esta ligada a la evolución propia de la aplicación del concepto de Seguridad Social en el Instituto Mexicano del Seguro Social, que es la Institución en que se han tenido las circunstancias propias para que dicha disciplina pueda ser una realidad

en éste momento.

En México, el 13 de marzo de 1971 se inicia en la Clínica No. 25 de Ciudad Netzahualcoyotl, con un curso dirigido a 32 médicos, las actividades de un programa docentes de especialización en Medicina Familiar, de dos años de duración la especialización en Medicina Familiar.

En Yucatán, la residencia de especialización en Medicina Familiar se inició el 1 de marzo de 1972 en el Instituto Mexicano del Seguro Social, siendo las dos primeras generaciones de un año de duración y a partir de 1974, la residencia fué de dos años de duración con reconocimiento de la División de Estudios Superiores de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Desde entonces se ha continuado en forma ininterrumpida, participando en la formación de especialistas en Medicina Familiar.

Con todo este panorama, podemos ver que la Medicina Familiar en el mundo y en México, se ha recuperado como piedra angular de todo sistema de atención y se ha ido consolidando cómo disciplina académica independiente.(1)

La definición de salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el siguiente: "La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Este concepto de la salud ha dado lugar a un eviden-

te avance en la concepción universal de la salud, ya que la ha extendido desde el estrecho criterio físico, somático, como se le pensaba y entendía en siglos anteriores, hasta los aspectos mental y social, que ensanchan su campo de operación y comprensión.

La salud integral aspira a que cada miembro de una familia goce de un desarrollo normal, físico y mental y ejercer sus facultades al integrarse a un grupo social, como elemento positivo de convivencia y de producción.(2)

El conocimiento del proceso salud-enfermedad como un proceso Biopsicosocial del hombre, ha tenido como consecuencia que se tomen en consideración las situaciones que ocurren dentro de la familia como aspectos, sinno generadores, si coadyuvantes de la aparición de síntomas o perpetuación de los mismos.

El conocimiento por parte del médico familiar de las influencias que la familia y la sociedad tienen en el proceso salud-enfermedad, ha permitido mejorar la calidad de la atención médica y plantear mejor las estrategias tendientes a la solución de los problemas que los pacientes nos traen a la consulta.

Es así como numerosos médicos, tanto a nivel mundial como local se preparan cada día más en conocimientos acerca de la familia y la sociedad como generadores de alteraciones en el proceso salud-enfermedad.(3)

## EL ENFOQUE SISTEMICO.

La definición de Hall y Fagen de un sistema dice que es "un conjunto de objetos, así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos", en el que los objetos son los componentes o partes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones "mantienen unido al sistema".

Además, estos autores señalan que, en última instancia, cualquier objeto es especificado por sus atributos. así, mientras que "los objetos" pueden ser seres humanos individuales, los atributos con que el enfoque sistémico los identifica, son sus conductas comunicacionales (en contraste por ejemplo, con atributos intrapsíquicos).

La mejor manera de describir los objetos interaccionales, consiste en verlos, no como individuos sino como "personas que se comunican con otras personas".

Un fenómeno permanece inexplicable en tanto el margen de observación no es suficientemente amplio como para incluir el contexto en el que dicho fenómeno tiene lugar. La imposibilidad de comprender las complejidades de las relaciones que existen entre un hecho y el contexto en que aquel tiene lugar, entre un organismo y su medio, o enfrenta al observador como algo "misterioso" o lo lleva a atribuir a su objeto de estudio ciertas propiedades que quizás el objeto no posee.

En comparación con la amplia aceptación de este hecho



tiene en biología, las ciencias de la conducta parecen basarse todavía en una visión monádica del individuo y del método, consagrado por el tiempo, que consiste en aislar variables. Ello resulta particularmente evidente cuando el objeto de estudio es la conducta perturbada.

Si a una persona que exhibe una conducta alterada (sico patológica) se le estudia en aislamiento, entonces, la investigación debe ocuparse de la naturaleza de su estado y en un sentido más amplio, de la naturaleza de la mente humana. Si los límites de la investigación se amplían con el propósito de incluir los efectos de esa conducta sobre los demás, las reacciones de estos últimos frente a aquellas y el contexto en que todo ello tiene lugar, entonces el foco se desplaza desde la mónada artificialmente aislada hacia la relación entre las partes de un sistema más amplio.

El observador de la conducta humana, entonces pasa de un estudio deductivo de la mente, al estudio de las manifestaciones observables de la relación. El vehículo de tales manifestaciones es la COMUNICACION.

La Teoría General de Sistemas ha ido echando raíces en físicos, ingenieros, psicólogos y en otros campos de la investigación. El método que ha utilizado la ciencia durante diecinueve centurias para tratar los problemas ha sido por "penetración hacia abajo o atrás" para medir, separandolos de sus circunstancias, reduciendolo a lo que

parezca mas simple, linear o de causa única.

La teoría sistémica se esfuerza por buscar lo opuesto: para ensanchar los problemas sobre todo hacia que las relaciones interpersonales sean incluidas.

Algunos de los conceptos básicos de la Teoría Sistémica son los siguientes:

ORGANIZACION JERARQUICA.- De acuerdo con la teoría, el universo está estructurado en una jerarquía de sistemas, vivientes y no vivientes. Los sistemas vivos van desde organelos a células, tejidos, sistemas orgánicos, organismos, familia, sociedad, comunidad etc. Todos los sistemas vivos son sistemas abiertos en los cuales ellos intercambian información con su medio ambiente.

En el hombre, el sistema fisiológico esta hecho de tal manera que existe una fuerte interrelación entre los subsistemas que lo conforman. La falla de alguno de ellos puede llevar a la disfunción o muerte del sistema total.

El sistema familiar, sin embargo, puede sobrevivir la pérdida de un subsistema importante (padre, madre u otro) aún cuando se cree un profundo disturbio.

Una ilustración de la importancia de la interrelación entre el medio ambiente y el sistema esta dado por los efectos de la pérdida de algún sentido en el hombre, por ejemplo, la visión. En un hombre de una personalidad estable previa, el efecto de dicha pérdida, al producir alteración de la interrelación con el medio ambiente, indu-

ce a disturbios de la conducta, desde conducta psicósomática hasta sicosis.

**HOMIOSTASIS.**- Este concepto fué desarrollado en fisiología inicialmente por Claude Bernard y posteriormente por Walter Cannon. En los sistemas existe un estado de equilibrio y desequilibrio simultáneamente. Si este es perturbado - por interrelación con el medio ambiente, otras fuerzas reactivas entran al juego, las cuales pueden restablecer el equilibrio previo o colocar al sistema en un equilibrio nuevo. Esto es ilustrado en el hombre por el sistema fisiológico en equilibrio con su medio interno y en la familia con otros sistemas sociales.

El hombre, sin embargo, puede considerarse solo como un organismo en busca de equilibrio. El hombre no solo reacciona con el medio ambiente, sino que también responde activamente a él. El busca no solo estabilidad, sino también cambio y aventura.

**REGULACION.**- Todos los sistemas vivos tienen una plantilla que señala los roles con los cuales el sistema opera. Ejemplo de esto en sistemas fisiológicos son el código genético y las normas con las cuales el medio interno funciona.

En los sistemas sociales se ejemplifica con las normas de la cultura, la constitución y el gobierno.

Los sistemas vivos también tienen mecanismos de regulación para guardar el sistema funcionando con determina-

dos roles. Prominente entre éstos es la regulación cibernética, la cual incluye tres pasos:

- a) El retorno de información por circuito, Feedback, para la producción total del sistema.
- b) La combinación de esta información proporciona los roles del sistema.
- c) Ajusta la producción o interacción de roles para corregir cualquier desviación.

Este mecanismo es ilustrado en sistemas mecánicos por el termostato y el piloto automático. En los sistemas fisiológicos por el control de azúcar en la sangre, tensión arterial y temperatura corporal. En los sistemas sociales por los procesos de aprendizaje.

ACCION SISTEMICA.- La mutua interdependencia de las partes de un sistema es un concepto básico de la teoría sistémica. Cualquier cambio en alguna de las partes de un sistema - produce cambios en el sistema total.

Esta lista no esta completa; el propósito es inducir al lector a compenetrarse con las principales construcciones del paradigma sistémico. (4), (5)

#### TRASTORNOS PSICOSOMATICOS.

¿ Hasta donde es posible entender la conducta de los paciente psicósomáticos en términos de la historia de desarrollo mental individual y hasta donde entendemos la conducta basada en su contexto relacional?. Esta pregunta es particularmente importante cuando consideramos que el pa -

ciente psicósomático es, en gran parte, no solamente el miembro físicamente enfermo de la familia.

Algunos individuos, cuando se confrontan con stress, desarrollan quejas y/o síntomas físicos, mas que neuróticos o psicóticos; diagnosticar esos pacientes como psicósomáticos es una más amplia explicabilidad de la definición de "psicósomático". Psicósomático se refiere a un incremento en la susceptibilidad general a la enfermedad física.

Atribuimos una gran cantidad de significancia a factores psicológicos, además de los factores biológicos o sociales en esta definición. Así es difícil que exista una enfermedad imaginable, que no pudiera en algún tiempo encontrarse en pacientes psicósomáticos. Por otro lado, ya no es mas posible, solamente sobre la base de un diagnóstico médico (p.ej. Asma, Úlcera, Colitis etc.) clasificar a los pacientes como exclusivamente psicósomáticos.

El aspecto psicósomático del diagnóstico debe ser establecido en cada caso, sobre la base de criterios psicosociales positivos, desde que la misma enfermedad puede ser originada por diferentes causas y los factores psicológicos pueden tener diferente valor en cada caso.

Se ha encontrado en varios estudios, que aquellos que estan cerca de los pacientes psicósomáticos, particularmente los miembros familiares usualmente tienden a estar crónicamente enfermos.

Nuestro foco de atención, entonces, es sobre la familia psicósomática o la predispuesta a enfermedad como análogo al del paciente psicósomático. (6)

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A raíz de la introducción de los conceptos de Dinámica familiar y epistemología sistémica en el abordaje de los problemas de la consulta médica de primer nivel, y a través de mi rotación con diferentes médicos familiares en la consulta externa, he podido constatar la gran diferencia en la clasificación y registro de las enfermedades, los cuales de no ser uniformes, cambiarán los resultados estadísticos y alterarán el óptimo funcionamiento de los sistemas de salud.

Es así como se ha distinguido un grupo de médicos con conocimientos sobre dinámica familiar y epistemología sistémica, en los cuales, aparentemente existe una mayor inclinación por captar enfermedades de una manera más global, del tipo de los padecimientos psicósomáticos, conducta sintomática, trastornos del ciclo de vida, depresión reactiva etc. Lo anterior a motivado el desarrollo del presente trabajo.

**OBJETIVOS DEL TRABAJO.**

**OBJETIVO GENERAL:** Determinar si la orientación sistémica del médico familiar juega un rol importante en la claridad y profundidad de la clasificación diagnóstica de los trastornos psicossomáticos.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- a) Conocer el porcentaje de diagnósticos psicossomáticos que efectúa el médico familiar sistémico.
- b) Conocer el porcentaje de diagnósticos psicossomáticos que efectúa el médico familiar con orientación sistémica.
- c) Conocer el porcentaje de diagnósticos psicossomáticos que efectúa el médico familiar sin orientación sistémica.
- d) Determinar si existe relación entre la orientación sistémica del médico familiar y el porcentaje de diagnósticos psicossomáticos.
- e) Determinar si existe diferencia significativa entre el porcentaje de diagnósticos de trastornos psicossomáticos entre los grupos mencionados.

## HIPOTESIS DEL TRABAJO.

### HIPOTESIS NULA ( $H_0$ )

No existe una diferencia significativa entre el porcentaje de diagnósticos de trastornos psicossomáticos entre los médicos familiares con orientación sistémica y los que no la tienen.

### HIPOTESIS ALTERNATIVA ( $H_1$ )

Existe una diferencia significativa entre el porcentaje de diagnósticos de trastornos psicossomáticos entre los médicos familiares con orientación sistémica y los que no la tienen.

## MATERIAL Y METODOS.

1.- Se incluyeron en el estudio un grupo de médicos familiares con población adscrita en el H.G.Z.C.M.F. No. 1 Mérida, dividiéndose en tres grupos que se clasificaron de acuerdo a las siguientes características:

- a) Sistémicos: Certificado por un curso de Enfoque Interaccional en Terapia Familiar, tomado en el Mental Research Institute (M.R.I.) de Palo Alto C.A., U.S.A.
- b) Con orientación sistémica: Certificado por cursos sobre dinámica familiar, terapia familiar sisté-



mica etc. tomados a nivel local.

c) Sin orientación sistémica.

- 2.- Considerando que se trata de un estudio piloto, sin antecedentes de haberse realizado alguno similar en esta unidad, se tomará el tamaño de la muestra en forma arbitraria, considerando que el número y características de sujetos a estudio es representativo para el objetivo del presente estudio.
- 3.- Se revisaron las formas 4-30-6 correspondientes al mes de septiembre de 1986 de los médicos incluidos al estudio, clasificandose los diagnósticos encontrados de acuerdo a frecuencia.
- 4.- Posteriormente se aplicó estadística descriptiva para ordenación y organización de datos recopilados.
- 5.- Se utilizó estadística inferencial, aplicando la prueba de comparación entre los porcentajes de dos muestras independientes, utilizando una  $p < 0.05$  en una prueba para dos colas.

Se hizo la comparación entre los grupos de médicos sistémicos y con orientación sistémica, entre médicos sistémicos y sin orientación sistémica así como entre médicos con orientación sistémica y sin orientación sistémica.

## RESULTADOS:

Se clasificaron 4909 diagnósticos, de los cuales 101 correspondieron a trastornos psicósomáticos (T.P.S.) que representó el 2.05 % de la población total.

De la población total, 4909 pacientes atendidos, correspondieron al grupo sistémico 1857 casos, de los cuales 68 fueron diagnosticados como T.P.S. (3.66 %). El grupo con orientación sistémica atendió 1494 casos, de los cuales fueron diagnosticados como T.P.S. 32 (2.00 %). El grupo sin orientación sistémica atendió 1558 casos, de los cuales fueron diagnosticados como T.P.S. 1 (0.07%).

(Cuadro 1)

Del total de casos diagnosticados como T.P.S., que fueron 101, correspondió al grupo sistémico 68 (67.33%), al grupo con orientación sistémica 32 (31.68%) y al grupo sin orientación sistémica 1 (0.99%). (Cuadro 2)

Del total de pacientes atendidos por el grupo sistémico, 1857 casos, fueron atendidos por el médico 1, 670 con 31 diagnósticos de T.P.S. (4.63%), el médico 2 atendió 581 casos, con 18 diagnósticos de T.P.S. (3.09%) y el médico 3 atendió 606 casos con 19 (3.13 %) diagnósticos de T.P.S. (Cuadro 3)

Del total de pacientes atendidos por el grupo con orientación sistémica, 1494 casos, fueron atendidos por el médico 1, 605 casos, con 19 (2.64 %) diagnósticos de T.P.S.

el médico 2 atendió 445 casos, con 12 (2.69 %) diagnósticos de T.P.S. y el médico 3 atendió 444 casos con 1 (0.22 %) de diagnósticos de T.P.S. (Cuadro 4)

Del total de pacientes atendidos por el grupo sin orientación sistémica, que fueron 1558, el médico 3, que atendió 595 casos, efectuó 1 (0.17 %) diagnósticos de T.P.S. y los otros dos médicos no efectuaron diagnósticos de T.P.S. (Cuadro 5)

Para determinar si existe diferencia significativa entre el porcentaje de casos diagnosticados como T.P.S. en los grupos estudiados, se utilizó la prueba de comparación entre los porcentajes de dos muestras independientes, para dos colas, con  $p < 0.05$  y Z tabulada de 1.96.

Fórmula:

$$Z = \frac{p_2 - p_1}{\sqrt{\frac{p_2 q_2}{n_2} + \frac{p_1 q_1}{n_1}}}$$

Se obtuvieron los siguientes resultados:

- 1.- Entre el grupo sistémico y el grupo con orientación sistémica se obtuvo una Z calculada de 3.3 ( $p < 0.001$ ) lo cual nos da una alta significancia estadística.
- 2.- Entre el grupo sistémico y el grupo sin orientación sistémica se obtuvo una Z calculada de 7.14 ( $p < 0.001$ ) con alta significancia estadística.
- 3.- Entre el grupo con orientación sistémica y sin orien-

tación sistémica, se obtuvo una Z calculada de 5.4 -  
( $p < 0.001$ ) también con alta significancia estadística.

#### CONCLUSIONES:

Existe diferencia significativa entre el porcentaje de diagnósticos de trastornos psicosomáticos efectuados por los grupos estudiados. Por lo tanto se rechaza la Hipótesis Nula ( $H_0$ ) y se acepta la Hipótesis Alternativa ( $H_1$ ).

#### COMENTARIO:

- 1.- Los resultados obtenidos en el estudio, demuestran que los médicos con orientación sistémica de la dinámica de la familia tienen mayor tendencia a diagnosticar trastornos psicosomáticos, lo cual significa, de acuerdo al enfoque sistémico, una visión más amplia y utilización de concepto Biopsicosocial y de los procesos interaccionales familiares en el proceso salud-enfermedad.
- 2.- Existe la posibilidad de que el médico familiar con orientación sistémica diagnostique con mayor frecuencia trastornos psicosomáticos por atender un mayor número de pacientes, así como un probable abuso de dicho diagnóstico. Se plantea de esta manera la interrogante de si el médico familiar sin orientación sistémica no registra dicho diagnóstico en la forma  
4 - 30 - 6 a pesar de detectarlos y manejarlos.

- 3.- Lo anterior nos abre un nuevo campo de estudio, un nuevo aspecto sobre el cual incidir, que es el estudio de la aplicación del diagnóstico de trastornos psicósomáticos, sus criterios y la manera en que se establece el diagnóstico.
- 4.- Asimismo, se plantea la necesidad de unificar criterios para clasificar y registrar los trastornos psicósomáticos, lo cual generará estadísticas más fidedignas, creíbles y útiles.
-

CUADRO No. 1

Número y porcentaje de casos de diagnósticos de T.P.S. por grupos en la población total.			
Grupo	Población total por grupo	Dx. de T.P.S. por grupo	%
Sistémico	1857	68	3.66
Con orientación sistémica	1494	32	2.00
Sin orientación sistémica	1558	1	0.07
Población total	4909	101	100

CUADRO No. 2

Número y porcentajes de casos diagnosticados como T.P.S. por los diferentes grupos.		
Grupo	No. de casos Dx. como T.P.S.	%
Sistémico	68	67.33
Con orientación sistémica	32	31.68
Sin orientación sistémica	1	0.99
Total de casos	101	100

CUADRO No 3

Número de casos atendidos por cada médico y número y porcentajes de casos diagnosticados como T.P.S. por med.

Grupo Sistémico	Población atendida	Diagnosticos de T.P.S.	%
Médico 1	670	31	4.63
Médico 2	581	18	3.09
Médico 3	606	19	3.13
Total	1857	68	3.66

CUADRO No. 4

Grupo con orientación sistémica	Población atendida	Diagnósticos de T.P.S.	%
Médico 1	605	19	2.64
Médico 2	445	12	2.69
Médico 3	444	1	0.22
Total	1494	32	2.00

CUADRO No. 5

Grupo sin orientación sistémica	Población atendida	Diagnósticos de T.P.S.	%
Médico 1	515	0	0
Médico 2	448	0	0
Médico 3	595	1	0.17
Total	1558	1	0.07

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Jaime Alarid E., Audelo Nolasco R.J., Bonilla Marín F.R.,: La Medicina Familiar en México y otros países. En Fundamentos de Medicina Familiar, Ed. Medicina - Familiar Mexicana. Cap. 21, p.197-205.
- 2.- Foncerrada M., Ortiz Covarrubias D., Zavaleta de los Santos L.A., Saucedo J.K.,: Exploración de la Familia. Cap. 10. En Fundamentos de Medicina Familiar. Ed. Medicina Familiar Mexicana. p. 97-110.
- 3.- Russell J.Sewa; M.D., Elizabeth A. Henderson, M.Sc., Renato Y. Pablo, M.A., y William A. Falk; Family Practice Impact of a Teaching Curriculum in Family Dynamics. Family Systems Medicine, 1985; Vol.3 No.1 p.50-59.
- 4.- Donald A. Bloch, M.D.; Family Systems Medicine: The Field and the Journal. Family Systems Medicine, 1983; Vol. 1 No.1. p.3-11.
- 5.- McWhinney Ian.,: Family Medicine; The Scientific basis of Family Medicine. Cap. 3, p.23-37. May 1980.
- 6.- Paul Watzlawick., Janet Helmick Beavin., Don D. Jackson; Teoría de la Comunicación Humana. 1981. Editorial Har- der S.A., Barcelona. Biblioteca de Psicología.