

ORIGINALES BREVES

Utilidad práctica del genograma en la atención al paciente inmovilizado

J.I. Sánchez García, P. Valencia Valencia, M. Molina Macià, R. Gómez González, F.J. Sánchez Serrano,
A. Albert Jiménez y A. Zubiaur Cantalapiedra

Centro de Salud Florida. Alicante.

Objetivo. Conocer la utilidad práctica del genograma en la atención al paciente inmovilizado, describiendo las características de éstos y de sus familias, y obtener la prevalencia de inmovilizados mal cuidados pertenecientes al centro de salud.

Diseño. Observacional, descriptivo.

Emplazamiento. Centro de salud urbano.

Participantes. Personas de ambos性es adscritas al centro de salud, inmovilizadas en sus domicilios, con un grado de incapacidad igual o superior a 3 en la escala de incapacidad física de la Cruz Roja.

Mediciones y resultados. Las principales características de nuestros inmovilizados, obtenidas a partir de los genogramas, son: mujeres (63,5%), con edad media de $78,8 \pm 13,2$ (IC, 76,5-81,17) años, con grado 3 de incapacidad (46,8%), inmersos en una familia nuclear (34,9%), en fase VI de disolución del ciclo vital (45,2%), con relaciones muy unidas o fusionadas (45,2%), con artrosis (23,8%) como causa más frecuente de inmovilización y con un solo cuidador (72%).

La prevalencia de inmovilizados mal cuidados fue del 25,4%.

Conclusiones. El genograma es una excelente herramienta para describir a los pacientes inmovilizados y su entorno familiar, permitiendo definir un perfil de inmovilizado. Si el paciente está mal cuidado, precisará una especial consideración; el grado de inmovilización y tipo de relaciones familiares pueden dificultar los cuidados, propiciando un peor pronóstico. Destacamos la importancia de la realización del genograma de forma rutinaria al inicio de la inmovilización, porque establece una vía de diálogo entre familia y profesionales sanitarios que redonda en una mejor atención a estos pacientes.

Palabras clave: Atención domiciliaria; Genograma; Inmovilizado.

PRACTICAL USE OF GENOGRAM IN THE HANDICAPPED PATIENT CARE

Objective. To know the practical use of genogram in the handicapped patient care, describing their characteristics and those of their families and to obtain the prevalence of bad care immobilized patients belonging to the health centre.

Design. Descriptive observational.

Setting. Urban health centre.

Participants. People of both sexes registered at the health centre, immobilized in their houses, with a disability score of three or more in the physical disability scale of the Red Cross.

Measurements and results. The most important features of our immobilized people, obtained from the genogram, are: women (63,5%), with mean age of $78,8 \pm 13,2$ years old (CI, 76,5-81,17), with disability score of 3 (46,8%), immersed in a nuclear family (34,9%), in phase VI of dissolution of the vital cycle (45,2%), with very closed relations (45,2%), with arthrosis (23,8%) as the most frequent immobilized cause, and with one unique home carer only (72%).

The prevalence of bad care immobilized patients was 25.4%.

Conclusions. The genogram is an excellent tool for describing immobilized people and their family nucleus, allowing the definition of an immobilized profile. If the patient is bad cared, he will need an special consideration. The immobilized score and the family relations ship may complicate their care, conditioning a worse prognosis. We wish to emphasize the importance of carrying out the genogram in the initial moment of the immobilization, because it establishes a dialogue route between the families and the sanitary professionals to improve the attention of these patients.

(*Aten Primaria* 2000; 25: 258-264)

Correspondencia: José Ignacio Sánchez García.
C/ Concejal Lorenzo Llaneras, 11, bloque 11, 3.º C.
03005 Alicante.

Correo electrónico: nachi@coma.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 13-X-1999.

Introducción

Se ha definido el genograma o «árbol familiar» como una herramienta capaz de incorporar categorías de información familiar al proceso de resolución de problemas¹. Se trata de un retrato familiar que registra información de todos los miembros de la familia, incluso los que no acuden a consulta, referente a estructura familiar, relaciones biológicas y legales, hogar, información demográfica, enfermedades, acontecimientos vitales estresantes, relaciones, etc.². La realización del genograma ayuda a los componentes de la familia a verse como parte de un todo y a reconocer que la familia participa activamente en el proceso salud-enfermedad de cada uno de sus miembros. Esta visión es compartida por el profesional que lo realiza, y puede ser útil en el diseño de intervenciones terapéuticas para la resolución de problemas. Debe realizarse en familias con pacientes crónicos, graves o terminales que requieran un apoyo específico y siempre que la situación clínica sugiera una crisis o disfunción familiar, siendo muy útil para detectar afecciones psicosociales significativas³. En estos casos actúa como instrumento diagnóstico para contrastar hipótesis relacionadas con la contribución del sistema familiar a los problemas detectados⁴. Estudiar la estructura familiar y ciclo vital familiar^{5,6} supone una aproximación a la familia, para conocer quién la conforma, qué vínculos la unen, quién habita en el hogar, etc. Conocer el «armazón» familiar permite investigar las relaciones y funciones de sus miembros, y entender la salud de la familia y de sus componentes. La realización del genograma es muy sencilla⁷ y gratificante, sólo requiere conocer una breve

relación de símbolos (figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones), estableciendo una vía de diálogo especial con las personas que participan en su diseño, haciendo más fluida y afectiva la relación entre profesionales, enfermos y familiares. Además, con un rápido repaso del genograma, podemos conocer patologías individuales, estructura familiar, ciclo vital, relaciones, acontecimientos vitales relevantes y los recursos de hasta 3 generaciones de la familia.

Por otra parte, no es propiedad exclusiva de ningún profesional sanitario, pudiendo ser utilizado por médicos, trabajadores sociales y enfermeros^{8,9}. Para el médico de familia es un instrumento básico dentro de sus actividades, obteniendo múltiples beneficios derivados de su utilización¹⁰.

Un problema importante en atención primaria es el cuidado que reciben los pacientes que quedan inmovilizados en sus domicilios, requiriendo de la ayuda de terceras personas para conseguir una calidad de vida aceptable¹¹, proviniendo una parte importantísima de los cuidados que precisan del medio familiar, por lo que un buen funcionamiento del mismo puede satisfacer adecuadamente sus necesidades. De la calidad de estos cuidados depende en gran medida su evolución en el proceso salud-enfermedad¹². Los profesionales de la atención primaria recomiendan una serie de normas y ponen en práctica una serie de medidas encaminadas a preservar o recuperar en el mayor grado posible su estado de salud. Pero una parte importante de estos cuidados recae sobre los familiares del paciente o sobre otras personas, siendo tan importantes estos cuidados que en ocasiones condicionan el devenir de estas personas¹³.

Pero... ¿cómo son las familias de nuestros inmovilizados?, ¿existe algún perfil que diferencie o defina a las familias de los inmovilizados bien cuidados, de las familias de los inmovilizados mal cuidados?

El presente estudio pretende conocer la utilidad práctica del genograma en la atención al paciente inmovilizado describiendo las características que presentan éstos y sus familias. Secundariamente se pretende obtener la prevalencia de inmovilizados mal cuidados pertenecientes al centro de salud.

Material y métodos

El estudio se realizó entre octubre del 1998 y marzo del 1999. Se eligió un diseño observacional descriptivo. Se seleccionaron personas de ambos性es adscritas a un centro de salud urbano, atendidas por los profesionales del mismo e inmovilizadas en sus domicilios por causas físicas o psíquicas y con un grado de incapacidad igual o superior a 3, según la escala de incapacidad física de la Cruz Roja¹⁴.

Los genogramas se realizaron, según protocolo inicial, en el seno de la familia del inmovilizado, con ayuda de los allí presentes y previo consentimiento informado de la técnica a realizar.

Del total de los 173 inmovilizados pertenecientes al centro de salud, se seleccionaron por muestreo aleatorio simple 126 (72,8%), que son los sujetos necesarios para estimar la prevalencia de pacientes inmovilizados mal cuidados, suponiendo una proporción esperada del 9%, obtenida mediante una muestra piloto, para un nivel de confianza del 95% y con una precisión del 5%.

Inicialmente, los pacientes se clasificaron en grados 3, 4 o 5, según escala de incapacidad de la Cruz Roja.

Se analizó tipología familiar, ciclo vital familiar, relaciones del inmovilizado con sus cuidadores, patología inmovilizante, número de convivientes en el hogar, número de cuidadores, calidad de los cuidados, causa de malos cuidados y número de hermanos vivos e hijos del inmovilizado.

Para conocer la estructura familiar, se usó la clasificación de la familia basada en la familia nuclear¹⁵.

La etapa del ciclo vital familiar se identificó según la clasificación de la OMS modificada⁶.

Las relaciones del inmovilizado⁷ con sus cuidadores y familiares se clasificaron en: muy unidos o fusionados, unidos; relación pobre o conflictiva, unidos y conflictivos, distantes, y apartados o separados.

Para valorar la patología causante de la inmovilización, se utilizó la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria-2-Definida¹⁶.

Dada la inexistencia de escalas para diferenciar a los inmovilizados en bien o mal cuidados, diseñamos la siguiente herramienta mediante la técnica del grupo nominal¹⁷, para definir el concepto de inmovilizado mal cuidado; considerando como tal cuando no cumple uno de los siguientes apartados:

– *Higiene*: lavado diario, boca limpia y cama con sábanas secas, limpias y estiradas.

– *Nutrición*: la valoración nutricional¹⁸ del paciente se realizó utilizando la circunferencia muscular del brazo (CMB), calculada con la fórmula: $CMB = PB_{(cm)} - (0,314 \times PT_{(mm)})$, siendo PB el perímetro del brazo y PT el pliegue tricipital. La medición del PB se realizó con cinta métrica en el punto medio del brazo y el PT se midió con un lipócalíper, comparando ambas medidas en tablas de población. La gravedad

de la desnutrición se estimó a través del porcentaje de la CMB: % CMB = (CMB real/CMB percentil 50) × 100, considerando que un CMB de 80-100% indica desnutrición leve; 60-70%, desnutrición moderada, e inferior al 60%, desnutrición grave (excepto enfermedades caquetizantes).

– *Movilización*: se promoverá la deambulación con sistemas de ayuda técnica y la sedestación en sillón con respaldo vertical y sin lateralizaciones del cuerpo. En encamados se realizarán cambios posturales cada 2-4 horas.

– *Administración de tratamientos*: evaluado mediante recuento de tabletas en el domicilio del paciente.

Considerando mal cuidado en su grado extremo, si presenta mala higiene personal y de su cama, está gravemente desnutrido, con escaras o no se le administran regularmente los tratamientos prescritos.

Los datos se procesaron mediante el programa estadístico EPIINFO, versión 6¹⁹ y SPSS v. 7.5. Las diversas proporciones y la prevalencia de inmovilizados mal cuidados se obtuvieron mediante el cálculo del intervalo de confianza (IC) para una proporción, con un nivel de confianza del 95%. Se usó la prueba de ji-cuadrado para comparar proporciones y la regresión logística para el análisis multivariante.

Resultados

De los 126 participantes en el estudio (72,8%) de la población total de inmovilizados atendidos por los profesionales del centro de salud, 46 eran varones y 80 mujeres ($p = 0,002$) (tabla 1).

La edad media de nuestros inmovilizados fue de 78,8 años, con una desviación estándar de 13,2 y con un IC de 76,5-81,17. En los varones, la edad media se situó en 76,9 años (IC, 73,42-80,40) y en mujeres en 79,95 años (IC, 76,85-81,69).

De los varones inmovilizados, 21 (45%) presentaban un grado 3 de inmovilización, 14 (30,4%) un grado 4 y 11 (23,9%) un grado 5. De las mujeres, 38 (47,5%) tenían un grado 3, 24 (30%) un grado 4 y 18 (22,5) un grado 5 de inmovilización. El grado de inmovilización aumenta conforme lo hace la edad, ya que la edad media de los que presentaban un grado 3 fue de 77,53 años (IC, 73,99-81,06), los del grado 4 de 79,53 (IC, 75,10-83,95) y los del grado 5 de 80,62 (IC, 75,96-85,28).

De los varones 20 (43,5%) se hallaban inmersos en una familia nuclear, mientras que la mayoría de las mujeres 35 (43,8%) lo estaban en una familia nuclear ampliada.

En cuanto al ciclo vital familiar (fig. 1), 57 (45,2%) inmovilizados se en-

TABLA 1. Características de los pacientes inmovilizados en relación a la calidad de sus cuidados

	Calidad de cuidados		Total	
	Bien cuidados	Mal cuidados	N	%
Sexo				
Varón	36 38,3%	10 31,3%	46	36,5
Mujer	58 61,7%	22 68,8%	80	63,5
Total	94 100%	32 100%		
Grado de inmovilidad				
Leve	51 54,3%	8 25%	59	46,8
Moderado	28 29,8%	10 31,3%	38	30,2
Severa	15 16%	14 43,8%	29	23
Total	94 100%	32 100%		
Tipología familiar				
Nuclear	30 31,9%	6 18,8%	36	42,1
Con parientes	11 11,7%	5 15,6%	16	
Sin parientes	0 0%	1 3,1%	1	
Nuclear ampliada	32 34,0%	12 37,5%	44	34,9
Monoparental	11 11,7%	6 18,8%	17	13,5
Sin familia	7 7,4%	2 6,3%	9	7,1
Equivalentes familiares	3 3,2%	0 0%	3	2,4
Total	94 100%	32 100%		
Ciclo vital				
I	0 0%	1 3,1%	1	1
IIa	1 1,1%	0 0%	1	1
III	3 3,2%	0 0%	3	2
IV	11 11,7%	3 9,4%	14	11,1
V	38 40,4%	7 21,9%	45	35,7
VI	38 40,4%	19 59,4%	57	45,2
Nido sin usar	3 3,2%	2 6,3%	5	4
Total	94 100%	32 100%		
Relaciones				
Muy unidas o fusionadas	47 50,0%	10 31,3%	57	45,2
Unidas	28 29,8%	9 28,1%	37	29,4
Pobres o conflictivas	7 7,4	2 6,3%	9	4,8
Distantes	2 2,1%	4 12,5%	6	4
Apartadas o separadas	2 2,1%	0 0%	2	1,6
Unidas y conflictivas	8 8,5%	7 21,9%	15	11,9
Total	94 100%	32 100%		

contraban en fase VI de disolución, 45 (35,7%) en fase V de final de la contracción y 14 (11,1%) en fase IV de contracción. Mientras que más de la mitad de los varones 25 (54,3%) estaban en la fase V de final de la contracción de su ciclo vital, más de la mitad de las mujeres 45 (56,3%) se hallaban en la fase VI de disolución.

Las relaciones del inmovilizado con sus familiares y cuidadores eran muy unidas o fusionadas en 57 (45,2%) pacientes, relaciones unidas en 37 (29,4%), unidas y conflictivas

en 15 (11,9%), pobres y conflictivas en 6 (4,8%) y apartadas o separadas en 2 (1,6%).

Las patologías inmovilizantes más frecuentes fueron artrosis 30 (23,8%), accidentes cerebrovasculares (ACVA) 23 (18,3%) y demencia 22 (17,5%). La inmovilización más frecuente en mujeres fue por artrosis y en varones por ACVA.

Convivían con una persona 50 (39,7%), 22 (17,5%) con 2 personas; con 3 o 4 personas convivían 12 (9,5%) y 16 (12,7%) inmovilizados, respectivamente; con 5 lo hacían 11

(8,7%); así mismo 11 (8,7%) vivían solos en su domicilio.

De los que vivían solos en su domicilio, 8 (10%) eran mujeres y 3 (6,5%) varones.

La mayoría, 91 (72,2%), tenía un solo cuidador y 21 (16,7%) 2 cuidadores.

Estaban bien cuidados 94 (74,6%), y 32 (25,4%) mal cuidados.

La mayoría de los pacientes, 46 (36,5%), no tenía hermanos vivos y 34 (27%) tenían 2 hijos vivos.

Definimos el perfil más frecuente de paciente inmovilizado como mujer, de 79 años, con un grado 3 en la escala de incapacidad de la Cruz Roja, inmersa en una familia nuclear, en fase VI de disolución, con unas relaciones muy unidas o fusionadas, con artrosis, que convive con su cuidador principal, que está bien cuidada, sin hermanos vivos y con 2 hijos vivos en la mayoría de los casos.

De los inmovilizados mal cuidados, 22 (68,8%) eran mujeres y en 10 casos (31,3%) se trataba de varones. La edad media fue de 79,44 años (IC, 75,74-83,14) (**tabla 1**). El grado de inmovilización más frecuente fue el 5, en 14 (43,8%) casos. La tipología familiar más frecuente fue la nuclear ampliada en 12 (37,5%) pacientes, destacando la elevada frecuencia de familias monoparentales en 6 (18,8%) pacientes. La fase más frecuente del ciclo vital fue la VI de disolución, 19 (59,4%). El tipo más frecuente de relación fue la de muy unidos o fusionados, 10 (31,3%), siendo de destacar que 7 (21,9%) mantenían una relación de unión pero conflictiva. La patología inmovilizante más frecuente fue ACVA en 10 casos (31,3%), seguido de la demencia, 7 (21,9%). En general vivían con su cuidador principal. La causa más frecuente del mal cuidado fue la falta de movilización en 19 (59,4%) pacientes, la mala higiene en 11 (34,4%) y la no administración correcta de tratamientos en 2 (6,3%). En la mayoría de los casos, 10 (31,3%) no tenían hermanos vivos y 9 (29%) tenían 2. Doce (37,5%) tenían 2 hijos vivos y 5 (15,5%) 5 hijos.

Por tanto, definimos el perfil del inmovilizado mal cuidado como mujer, de 79 años, con un grado 5 en la escala de incapacidad de la Cruz Roja, que vive en una familia nuclear ampliada o en una monoparental, en fase VI de disolución y con una relación muy unida o fusionada con sus convivientes y cuidadores, o una relación de unión conflictiva, no suele tener hermanos vivos, pero sí 2 o más hijos vivos.

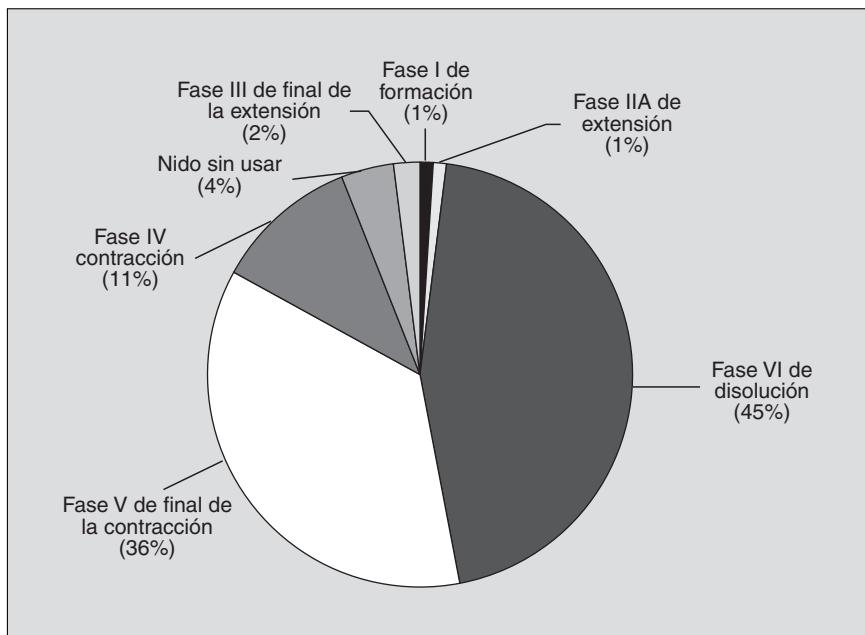


Figura 1. Ciclo vital familiar.

El análisis de regresión logística puso de manifiesto que sólo el grado de inmovilización y el tipo de relaciones mantenidas por el inmovilizado con su cuidador o sus cuidadores puede estar relacionado con la calidad de sus cuidados, con una razón de las ventajas estimadas e IC del 95% de 2,3679 (IC, 1,3547–4,1389) y 1,3388 (IC, 1,0287–1,7425), respectivamente.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que el genograma es una excelente herramienta para describir a los pacientes inmovilizados y su entorno familiar, ya que con un simple vistazo de lo que podemos llamar «especial fotografía familiar»⁷ hemos obtenidos importantes datos que los caracterizan.

El sexo predominante fue el femenino, tal vez influido por la mayor supervivencia de las mujeres. A su vez el grado 3 de la escala de incapacidad física de la Cruz Roja fue el más frecuente, sobre todo en pacientes de menor edad, frente a grados más avanzados de incapacidad, que aconsejan en personas de edad más extrema y con expectativa de vida menor, no sólo a causa de su mayor edad, sino por su estado general más deteriorado, y por tanto más necesitado y dependiente de cuidados por otras personas¹¹.

Pero es en lo que respecta a la tipología familiar, al ciclo vital y a las relaciones intrafamiliares, donde el genograma destaca como un excelente instrumento y sistema de registro. Teniendo en cuenta que la tipología familiar más frecuente en nuestro entorno es la familia nuclear, este estudio también refleja que el tipo de familia más frecuente entre nuestros inmovilizados es la nuclear, con una elevada frecuencia de familias nucleares ampliadas. Situación, esta última, motivada por el hecho de que los hijos, una vez que han formado sus propias familias nucleares, suelen ampliarlas incorporando a ellas a sus ancianos padres inmovilizados en sus domicilios de origen y que precisan de los cuidados constantes de otras personas²⁰.

El ciclo vital familiar más frecuentemente hallado fue la fase VI de disolución (desde la muerte del primer cónyuge, hasta la del superviviente). Dato coherente con la realidad, ya que a mayor edad, superior probabilidad de sobrevivir al cónyuge y mayor probabilidad de agotar todas las etapas del ciclo vital. En nuestros genogramas también quedan reflejadas de forma gráfica las relaciones afectivas entre los inmovilizados y sus familiares. En la mayoría de los casos estas relaciones eran catalogadas como muy unidas o fusionadas, lo que se

relaciona con el mayor número de inmovilizados que reciben buenos cuidados. El cuidar a un paciente inmovilizado no sólo requiere de ciertos conocimientos, sino que precisa de una gran voluntad, entrega desinteresada y excelentes relaciones, para afrontar y soportar esta tremenda carga a la que se ven abocadas muchas familias y en especial sus cuidadores principales²¹.

También en el genograma queda reflejada, como si de una hoja de problemas se tratara, las patologías inmovilizantes. En nuestro estudio fueron artrosis, ACCV y demencia, procesos que conllevan dificultad en la deambulación, incontinencia de esfínteres y encamamiento.

Rara vez los hermanos se hacen cargo de los cuidados de los inmovilizados, recayendo éstos sobre los hijos, por ser este un vínculo más fuerte, como se evidencia en este estudio.

La prevalencia de inmovilizados mal cuidados que arroja este estudio ha sido del 25% del total de inmovilizados. Cifra importante, aunque no contrastable en la bibliografía médica y que pone de manifiesto la magnitud de un problema de salud, que debe tenerse en cuenta en la planificación de actuaciones para mantener la calidad de vida de estas personas, que requieren importantes cuidados por parte de los servicios sanitarios y de sus familiares, que suelen ser sus cuidadores principales.

Además, este estudio resalta la utilidad práctica del genograma en la atención al inmovilizado, porque permite definir un perfil de inmovilizado mal cuidado que precisará de una especial consideración²², ya que sobre todo el grado de inmovilización y el tipo de relaciones con familiares y cuidadores puede favorecer la no realización de cuidados adecuados, propiciando mayor deterioro físico y psíquico y peor pronóstico.

Por último, cabe destacar la importancia que conlleva la realización del genograma en los inmovilizados, lo que debería hacerse de forma rutinaria y sistemática al inicio de la inmovilización, porque establece una vía de diálogo entre la familia del inmovilizado y los profesionales sanitarios^{2,7}, que redundan en una mejor atención a estos pacientes, quedando reflejada en las historias clínicas una información muy valiosa, de gran utilidad para el que lo realiza y para otros profesionales que tengan acceso a ellas.

Bibliografía

1. Jolly W, Froom J, Rosen MG. The genogram. *J Fam Pract* 1980; 10: 251-255.
2. McGoldrick M, Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar. Buenos Aires: Gedisa, 1987.
3. Rogers JC. Can physicians use family genogram information to identify patients at risk of anxiety or depression? *Arch Fam Med* 1994; 3 (12): 1093-1098.
4. Shellenberg S, Shurden KW, Treadwell TW. Faculty training seminars in family systems. *Fam Med* 1988; 20 (3): 226-227.
5. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (3.^a ed.). Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1997; 3-13.
6. De la Revilla L. La atención longitudinal: el ciclo vital familiar. En: De la Revilla L, editor. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma, 1993; 37-42.
7. De la Revilla L. El genograma: cómo realizarlo. En: De la Revilla L, editor. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma, 1993; 101-109.
8. Herth KA. The root of it all- genograms as a nursing assessment tool. *J Gerontol Nurs* 1989; 15 (12): 32-37.
9. Puskar K, Nerone M. Genogram: a useful tool for nurse practitioners. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1996; 3 (1): 55-60.
10. Waters I, Watson W, Wetzel W. Genograms. Practical tools for family physicians. *Can Fam Physicians* 1994; 40: 282-287.
11. Flórez Lozano JA. Calidad de vida en el anciano: aspiraciones y necesidades. *Geriatría* 1995; 12 (3): 30-40.
12. Ruipérez Cantera I, Jiménez-Jiménez MP, Hornillos Calvo M, Sepúlveda Moya D. Asistencia sanitaria a las personas mayores. Criterios de selección y definición. Nuevas tendencias. *Medicine* 1995; 6 (87): 3838-3844.
13. Perlado F. Atención de larga evolución. En: Perlado F, editor. Teoría y práctica de la geriatría. Madrid: Díaz de Santos, 1994; 262-270.
14. Benítez MA, Asensio A. Atención al enfermo encamado. En: Espinas Boquet J, editor. Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: semFYC, 1998; 830-832.
15. De la Revilla L. Estructura familiar. En: De la Revilla L, editor. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma, 1993; 37-42.
16. Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria. Barcelona: SG Editores-Masson, 1988.
17. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. Barcelona: Masson, 1991; 180-184.
18. Fernández Lloret S, Collados Torreblanca F, Burgaleta Mezo E. Valoración del estado nutricional. En: Gallo Vallejo et al. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. Madrid: Ed. IMC, 1993; 1555-1564.
19. Dean JA, Dean AG, Burton A, Dicker R. EPIINFO v.6. Ginebra-Atlanta: OMS, 1994.
20. Keenan JM, Hepburn KM. Asistencia a domicilio. En: Ham RJ, Sloane PP. Atención primaria en geriatría. Barcelona: Mosby/Doyma Libros, 1996; 237-256.
21. Flórez Lozano JA, Adeva Cáñedas J, García García MC, Gómez Martín MP. Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *JANO* 1997; 1.218: 261-272.
22. Perlado F. Evaluación de la capacidad funcional. En: Perlado F, editor. Teoría y práctica de la geriatría. Madrid: Díaz de Santos, 1994; 209-215.
23. trumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma, 1993; 27-35.