



## Departamento de Medicina Familiar

### **1. Profesor Dr Battistella, Gabriel**

Jefe de Departamento Medicina Familiar

### **2. Medico Adscripto al Dpto de MF Dr Cacace, Patricio J**

JTP UAC II

### **3. Medico Adscripto al Dpto de MF Dr Tomasone, Andrés O.**

JTP Departamento de Medicina Familiar

Encargado de Enseñanza UAC II

## **IMPORTANCIA DE TRABAJAR CON FAMILIAS**

**Autor: Macaran Baird**

Desde sus comienzos la Medicina Familiar ha promovido la idea que un médico de familia completo debe entender y relacionarse con pacientes individuales, la familia de ese paciente y el contexto social. A medida que la medicina familiar se mueve para aumentar su alcance a escala mundial debemos reafirmar que un componente fundamental de esta especialidad es la comprensión de la influencia de la familia sobre los individuos, como los individuos influyen sobre otros miembros y a menudo sobre toda la familia, y como las familias responden al estrés y las tensiones precipitados por los cambios de los ciclos normales de la vida y/o por sucesos relacionados con la salud. Por ello, debemos seguir usando este conocimiento para aumentar nuestra habilidad de intervenir para mejorar la salud de nuestros pacientes en cualquier parte del mundo.

Mientras sigan proporcionando servicios de atención de la salud dentro de un marco biopsicosocial los médicos de familia seguirán encontrando mejores métodos para comprender a las familias, asistirlos cuando deben atender en las casas a sus miembros enfermos (como sucede con más frecuencia) y ayudarlas a modelar estilos de vida saludables siempre ligados a un mayor bienestar.

### **Teoría Básica de los Sistemas Familiares**

Hay algunos componentes básicos para comprender la forma en que las familias influyen sobre la salud individual y como los individuos influyen en las familias. Durante las dos décadas pasadas los educadores en medicina familiar y los clínicos han desarrollado estas ideas, publicado numerosos libros y capítulos de libros, y revisado numerosos artículos que exploraban estas ideas.

Desde los años 1950 los terapeutas e investigadores desarrollaron un conjunto de teorías que intentan describir y predecir como funcionan las familias. Este campo de investigación y descubrimiento floreció a fines de la década de 1970 y principios de la del 80 en dimensiones teóricas y clínicas relacionadas directamente a la Medicina Familiar. En 1983 apareció la revista Family Systems Medicine, rebautizada años después como Families, Systems, and Health, en la que fueron publicados muchos de los artículos seminales en los que se demuestra que trabajar con familias está ligado a proveer mejores cuidados primarios de salud. La revista apareció como

parte de una avalancha de trabajos y libros orientados a sistemas familiares que fueron publicados desde 1983. Ahora la teoría de los sistemas familiares y la teoría general de los sistemas se enseñan generalmente como parte del conocimiento profesional básico para medicina, salud mental y trabajo social.

A continuación se presentan algunos conceptos básicos sobre familia, con relación a los cuales hay acuerdo razonable entre las numerosas escuelas de pensamiento sobre comprender y tratar familias. (17)

### **Conceptos Básicos sobre Sistemas Familiares<sup>7</sup>**

1. La familia se comprende mejor viéndola de primera mano. Muchos clínicos, incluyendo médicos de familia, ven a menudo a un solo individuo por vez. Es peligroso sacar conclusiones sobre como funciona una familia sin ver directamente más de una persona en la familia. Comúnmente, un miembro describirá el rol desempeñado por otro miembro de la familia con alguna proyección clara de una imagen positiva o negativa. Si un médico acepta acríticamente esa imagen, puede perder la rica y compleja naturaleza de como interactúa cada persona en el contexto de esa familia. En especial, cuando uno de los miembros tiene una enfermedad seria, es importante observar como reaccionan otros, individual y colectivamente, para afrontar esa enfermedad. Para conocer a la familia, vea a la familia.

2. Las familias tienen patrones de acción repetitivos que regulan y modifican el comportamiento de sus miembros. Todas las familias desarrollan reglas implícitas y algunas explícitas para avanzar en la vida. Algunas "reglas" explícitas o creencias se relacionan con problemas médicos tales como: "Nosotros no compartimos nuestras penas con los médicos." "Ninguno en nuestra familia tuvo que ir nunca al hospital excepto para morir." "Podemos confiar en los médicos en este hospital." Estas expresiones deben ser comprendidas como "verdades" familiares o reglas que tienen valor y persistencia dentro de la familia. Desafiar estas reglas explícitas de la familia requerirá gran respeto y paciencia de los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud. Ganarse la confianza de la familia constituye una meta apropiada para los médicos de familia y las instituciones médicas. Sin embargo, la confianza se gana lentamente a través de experiencias honestas y respetuosas entre familias y profesionales de la salud.

Muchos patrones reguladores de la interacción son tácitos y están incorporados en conductas repetidas tales como celebrar acontecimientos familiares y pérdidas, como honrar las fiestas religiosas, y como vivir cada día en una familia en particular. Estos "ritos" familiares son repetitivos y tienen un poderoso significado dentro de la familia. Los ritos familiares proveen una sensación de constancia durante los tiempos de tensión o cambio. Por ejemplo, el ritual de la hora de comer dispone quien se sienta donde, quien sirve a quien, qué temas son apropiados para discutir en conjunto mientras se come versus cuales deben esperar hasta después de la comida, y qué se incluye en el menú. Cuando la enfermedad o la incapacidad rompe este patrón familiar, los miembros de la familia podrían primeramente comprender la pérdida temporal o permanente durante esos ritos comunes como la cena familiar. Cada cultura local o regional puede tener ritos comunes alrededor de la comida, religión, escuela, enfermedad y muerte. Los médicos de familia con larga continuidad con sus familias pueden no considerar dichos patrones como especiales, pero los médicos nuevos y aquellos que se mueven en este campo deben aprender los esquemas de comportamiento de sus nuevos pacientes y de sus familias. Los médicos y otros profesionales de la salud aprenden a menudo lecciones importantes y humillantes cuando intencionalmente o sin intención desafían esas conductas regladas al recomendar modificaciones de la dieta, aumento del ejercicio, o actividad restringida con el objeto de tratar o prevenir las enfermedades. Una intervención exitosa significaría ganarle a toda la familia para apoyar la necesidad de los miembros enfermos de modificar el comportamiento ritual. Por lo tanto, "trabajar con familias" tiene un significado especial para la práctica de los médicos de familia. (9)

3. Un síntoma individual puede tener una función estabilizadora dentro de una familia. Esto no quiere decir que esos síntomas o malestares sean intencionales ni requeridos abiertamente por otros miembros de la familia. Cuando una enfermedad es crónica o recurrente en forma persistente es más probable que involucre tales factores a nivel familiar. Por ejemplo, los padres pueden evitar la discusión y resolución de sus desavenencias maritales si permanecen centrados en la necesidad su hijo asmático de atención urgente recurrente y tratamiento médico crónico. Aun cuando hay evidencia objetiva de que el niño ha mejorado y necesita menos tratamientos de emergencia, los padres pueden continuar demandando tratamiento urgente y quejándose de la falta de progreso clínico. En este caso el médico de familia no debe impacientarse e indagar respetuosamente en lo que la familia y la pareja harían de diferente si el niño estuviera bien. Este cuestionamiento es una forma de terapia familiar que podría ser más de lo que algunos médicos de familia quieren hacer. Sin embargo, todos los médicos de familia pueden escuchar respetuosamente la frustración parental e inquirir sobre como afecta a los otros miembros de la familia la enfermedad del niño.

4. El sello de oro de una familia sana es su habilidad de adaptarse al cambio. Los desafíos universales del ciclo de vida familiar ponen a prueba a cada familia con algunos o todos los temas clásicos: nacimientos, niños pequeños, adolescencia, adultos jóvenes que hacen nuevas relaciones fuera de la familia, emancipación de los adultos jóvenes para formar sus propias familias, madurez y ancianidad de los padres, edad muy avanzada y muerte. Como lo demostró John Rolland<sup>16</sup>, estos desafíos del ciclo vital están compuestos por la adaptación a enfermedades serias o crónicas. Por ejemplo, la diabetes mellitus insulino dependiente a menudo tiene su iniciación en el pico de la rebelión adolescente contra los valores y el comportamiento paternos; un tiempo no ideal para tener una enfermedad que es mejor tratada con una dieta cuidadosamente elaborada, ejercicio y cumplimiento preciso del tratamiento médico. Además, enfrentar con éxito la enfermedad requiere frecuentemente una familia muy flexible para todo tipo de problemas fuertes: ¿quien queda en casa, quien va a trabajar, quien ayuda con los niños, quien cuida a los abuelos ancianos, donde viven las familias, qué hacen para divertirse, y quien estará disponible para guiarla emocionalmente? ¿Existe un concepto propio de la familia, de qué es una familia optimista, exitosa o de qué es una familia víctima y derrotada? ¿Será un adolescente capaz de cuidar a un padre enfermo o incapacitado temporalmente hasta que alcance una recuperación completa? ¿Permitirá el padre enfermo esa inversión del rol? En estas observaciones está implicado el hecho de que la flexibilidad es un capital usado para enfrentar el cambio mientras que la rigidez puede ser una desventaja limitando las opciones familiares para afrontarlo. Como el siglo terminó con muchas culturas enfrentando rápidos cambios sociales y económicos, la adaptabilidad sigue siendo como una ventaja ecológica para las familias. (19)

#### **Comenzar a Trabajar con Familias:**

La familia es el contexto social primario para tratar la enfermedad y promover la salud (7, 11,14). Primero, las familias transmiten directamente algunas enfermedades a través de la transferencia biológica de ADN. La investigación genética reciente ha aumentado nuestro conocimiento de que muchas enfermedades tienen factores genéticos significativos que aumentan la probabilidad de padecerla. Debido a esta transmisión genética algunos de nosotros somos más vulnerables a muchas enfermedades serias incluyendo depresión, alcoholismo, cáncer de mama, cáncer de colon y aparición de la diabetes mellitus en la adultez, por mencionar algunas. Pero estas enfermedades a menudo no están ciento por ciento determinadas genéticamente. Los patrones de conducta de larga duración pueden reducir o aumentar estos riesgos genéticos. Tanto los riesgos genéticos como los patrones de conducta relacionados con la salud tienen su origen dentro de la unidad familiar. Por ejemplo, los riesgos genéticos están formados por patrones de conducta adversos si ambos padres son obesos e hipertensos con uno de ellos padeciendo diabetes mellitus de aparición en la adultez mientras ambos tienen dietas de altas calorías y gran

contenido graso y ninguno se ejercita regularmente. Esta familia transmitirá a la próxima generación tanto la predisposición heredada como el comportamiento que hará más probable que aparezca la enfermedad (diabetes mellitus) en forma activa en sus hijos. Además, estos padres demuestran también a sus hijos el incumplimiento del consejo médico para cambiar sus patrones de dieta y ejercicio. Infortunadamente, esa conducta aumenta la probabilidad de que la obesidad, diabetes e hipertensión ocurran en sus hijos.

En este ejemplo los factores genéticos son ampliados por patrones de comportamiento familiar rígidos, combinándose para impactar en forma negativa, más exagerada, sobre la siguiente generación. Una familia diferente con similares tendencias genéticas puede disminuir (pero no eliminar) la probabilidad de que sus hijos desarrollen enfermedades clínicas similares si tuvieron conductas de alimentación sana y ejercicio y demostraron una actitud cooperativa hacia los consejos médicos.

Es posible aumentar el impacto positivo de los médicos sobre la salud de un individuo incluyendo a otros miembros de la familia en el plan de atención. Un enfoque tradicional de la atención de salud ignora a menudo la importancia de integrar a los miembros de la familia y perpetuar el “mito de la díada en la práctica médica”(7) como la unidad básica de la interacción médica la que siempre incluye los componentes paciente-familia-médico.

### **Pasos específicos que un médico de familia puede dar para crear un Triangulo Terapéutico en lugar de sufrir las frustraciones de triángulos socavados**

**A.** Invite a miembros de la familia importantes a la sala de examen, sala de hospital o el consultorio, para conversar

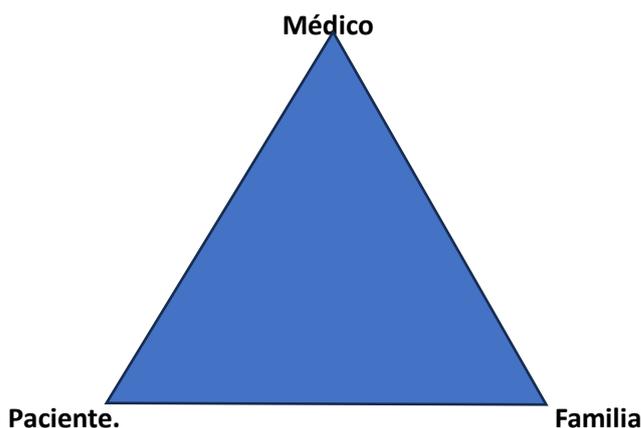
sobre un nuevo diagnóstico serio o un tratamiento de largo plazo. Los primeros intentos pueden parecer torpes debido a las limitaciones comunes de consultorios y hospitales donde puede no haber espacio para sentarse tres personas y conversar confortablemente. Si es posible, es importante para cada uno estar sentado en lugar de parado. Estar de pie implica que el médico o el familiar podrían irse en cualquier momento y reduce la intensidad de la conversación. Estar sentados requiere más espacio y raramente hay espacio para una silla extra para un familiar además de las del paciente y el médico y la mesa de examen. En el hospital hay salas de reuniones pero pueden no ser fáciles de conseguir por un paciente que se da de alta. Los hospitales y consultorios de más reciente construcción están creando dichos espacios para los miembros de la familia.

**B.** Identifique al “consejero de salud informal de la familia” para sus pacientes. Para hacerlo solo pregunte al paciente “¿Quién en su familia tiene las opiniones más importantes sobre temas médicos?” o “¿Hay alguien en su familia o grupo de amistades a quien su familia recurre para obtener opiniones sobre temas médicos?” En la mayoría de las familias existe alguna persona ampliamente confiable (usualmente mujer) que verifica los méritos de los clínicos y de los tratamientos que recomiendan o declaran nulos al médico y a su tratamiento. La confianza de la familia en este “asesor familiar informal en salud” no se relaciona usualmente con el hecho de que la persona tenga alguna educación o entrenamiento médico. Pero un clínico agudo trataría de encontrar a esta persona y trabajar respetuosamente para establecer credibilidad tan pronto como sea posible.

Esta tarea de construir una imagen positiva en la red médica de la familia se realiza mejor con conversaciones cara a cara sobre temas de salud de rutina antes de que surja una crisis mayor. Por ejemplo, el médico de familia podría invitar a una abuela para reunirse con una joven madre durante las visitas de control de salud rutinarias para un niño con el propósito de encontrarse con esa abuela, establecer una mutua y positiva relación e investigar que temas son sensibles para esa familia. Mediante la conversación sobre tópicos corrientes como alimentos para niños, la triada médico-paciente-familia gana experiencia en negociar diferentes opciones. Entonces si algún día, en el futuro, se requiere una decisión mayor en salud, este “triángulo terapéutico”

está bien establecido y es confiable para tomar decisiones más importantes. Tales conversaciones triangulares se hacen siempre con la aprobación de los pacientes primarios o de los padres primarios. Y solo unos pocos contactos son necesarios usualmente para cumplir el propósito de “juntarse con la familia”.

EL TRIANGULO.  
Figura No.17



Este triángulo se vuelve aparente para muchos médicos en momentos que el paciente se muestra renuente a seguir el tratamiento recomendado por el médico porque un miembro clave de la familia tiene una opinión diferente sobre el tema y socava la confianza del paciente en el plan. A veces, con la intención de ahorrar tiempo evitan el contacto con miembros de la familia, especialmente aquellos conectados con el paciente porque los perciben como molestos o porque formulan demasiadas preguntas. Esos médicos sufrirán la consecuencia de bajas tasas de cumplimiento cuando el tratamiento esté en conflicto con las creencias de la familia sobre salud. Un enfoque alternativo “centrado en la familia” es tomar ventaja de la existencia de miembros de la familia interesados en el tratamiento de otros miembros.

S

### Intervenciones en medicina familiar: hasta dónde hay que llegar

Una vez que un médico de familia se ha comprometido con la familia del paciente, ¿hasta donde debe avanzar hacia la “terapia”?

¿Cuáles son los límites alrededor del rol del médico de atención primaria y dónde la interacción demanda que un profesional distinto o psicoterapeuta tome la atención del paciente? (1)

¿Son muchas las familias que necesitan terapia familiar para enfrentar la enfermedad y la incapacidad? ().

Estas preguntas surgen de los médicos de familia una vez que comprometen familias como parte de los cuidados individuales según lo descrito más arriba.

¿Pueden los médicos aprender algo útil sobre la familia a través de la entrevista con el paciente primario? (3-8). Y, finalmente,

¿una vez que el familiar o varios miembros de la familia están en la sala, qué hacer?

### Niveles de la Relación con Familias

Con el objeto de encarar este tipo de preguntas, Bill Doherty, Ph.D. y Macaran Baird, M.D., crearon un modelo de “**Cinco niveles de relacionamiento**” con familias (9). Aprendieron de los médicos en la práctica y de los residentes que era fácil subestimar la importancia de escuchar las preocupaciones de los miembros de la familia, aprendiendo de ellos e inquiriendo respetuosamente como estaban enfrentando la enfermedad de uno de sus miembros. Muchos

médicos nuevos en este tipo de atención centrada en el paciente percibían que solo una terapia familiar normal era el tipo más deseado de interacción con familias. Estaban intimidados por el lenguaje técnico de la terapia e instintivamente sabían que no querían gastar el tiempo ni la energía para ser entrenados formalmente como terapeutas ni dedicar todo el día a hacer “terapia familiar”. Depués de escuchar cuidadosamente a estos médicos frustrados los Dres. Doherty y Baird se dieron cuenta que era preciso reescribir las opciones disponibles para los médicos y otros profesionales que ven familias. Crearon los “**Cinco Niveles de Relacionamiento**” con familias. Este concepto didáctico se presenta en la figura . En este modelo se presenta la lista de conocimientos cognitivos, desarrollo personal y destrezas clínicas esenciales para cada nivel. Cada nivel se construye sobre el nivel previo y avanza hacia interacciones crecientemente complejas. Sin embargo, el nivel de relacionamiento más apropiado para la mayor parte de las familias permanece en los niveles dos y tres aun suponiendo que el médico sea capaz de practicar en los niveles superiores. Por ejemplo, el Dr. Baird, aun teniendo un entrenamiento completo como terapeuta familiar utiliza en su práctica los niveles dos y tres. (1)

**El nivel uno** sugiere un mínimo involucramiento con las familias de los pacientes. Esto es algunas veces todo lo que se puede esperar debido a la presión del tiempo o a circunstancias especiales de la práctica. Casi todos los médicos de familia practican a este nivel de tanto en tanto. Sin embargo, permanecer en este nivel implica para un médico no alcanzar la experiencia más rica y completa disponible para los médicos de familia. El nivel uno es lo que la práctica de la medicina es sin “medicina familiar”.

**En el nivel dos** el médico trabaja en colaboración con pacientes y familias y comprende la naturaleza triangular de la relación médico-paciente-familia. Escuchar respetuosamente es la clave en este nivel que no comprende intervención alguna. Investigaciones sobre este tema realizadas por Kim Marvel, Ph.D.4, demuestran que los médicos notaban estar funcionando en nivel dos si simplemente preguntaban al paciente individual sobre como los miembros de la familia estaban afrontando la enfermedad del paciente.

**En el nivel tres**, el médico comprende el desarrollo normal de la familia y el modo en que la familia reacciona al estrés. En este nivel el médico de familia debería haber sido entrenado para comprender su propio sistema familiar y ser conciente de como ello podría afectar su actitud hacia los pacientes. Este médico debería ser adiestrado para entrevistar familias y conocer sus preocupaciones y sentimientos. Esto es el comienzo para integrar completamente los sistemas familiares a la propia práctica y requiere algún entrenamiento formal y supervisión. La mayor parte de los médicos de familia son capaces de alcanzar este nivel de relacionamiento si toman el compromiso de hacerlo durante su residencia o luego en talleres y seminarios.

La clásica diferencia **en el nivel cuatro** es que aquí el médico está adiestrado en la evaluación de familias y puede planificar y realizar intervenciones a nivel familiar. La intervención más común sería asistir un paciente con adicción al alcohol u otra droga para aceptar el tratamiento por ese desorden adictivo. Aunque tales interacciones son desafiantes para la mayoría de nosotros, un médico en el nivel cuatro sería confiable, respetuoso y hábil para involucrar a los miembros de la familia del paciente en la evaluación y el tratamiento inicial de desórdenes crónicos como adicciones, dolor crónico, y depresión.

**El nivel cinco es terapia familiar formal.** Consiste en una serie de interacciones planificadas con pacientes y familias que buscan cambiar patrones fundamentales de interacción familiar, creencias o humores que socavan crónicamente la familia pero están bien establecidos. Por cierto, esto requiere un entrenamiento extenso que está más allá del alcance de la práctica para todos aunque algunos médicos de familia han tomado un camino hacia la doble especialización. Muchos de estos médicos de familia con “entrenamiento dual” han ingresado al ámbito académico. En realidad, la terapia familiar formal se indica raramente para la mayoría de las familias que están enfrentadas con enfermedades serias o crónicas. Sin embargo, casi todas las familias aprecian y se benefician de preguntas respetuosas y el apoyo contenido en los niveles dos y tres. Cuando las familias tienen problemas que demandan terapia formal, el médico de familia es usualmente más útil colaborando en proveer apoyo médico a otros profesionales

como terapeutas familiares que pueden proporcionar terapia familiar definitiva. Los cuidados médicos centrados en el paciente requieren a menudo un equipo de profesionales que incluye consejeros y terapeutas con entrenamiento específico en trabajar con familias con problemas médicos complejos (30). Este modelo colaborativo de atención contribuye a la implementación realista de un sistema de servicios de salud biopsicosocial equilibrado. Los médicos de familia y terapeutas familiares requieren a menudo un equipo de profesionales que incluye consejeros y terapeutas con entrenamiento específico en trabajar con familias con problemas médicos complejos (30). Este modelo colaborativo de atención contribuye a la implementación realista de un sistema de servicios de salud biopsicosocial equilibrado. Los médicos de familia y terapeutas familiares pueden ser el núcleo de tales sistemas en el futuro. (31)

### **Bibliografía**

1. Doherty, WJ; Christianson, CE; Sussman, MB; eds. Family Medicine: The Maturing of a Discipline. New York: Haworth, 1987.
2. Doherty, WJ; Baird, MA; Becker, LA. Family Medicine and the Biopsychosocial Model: The Road Toward Integration. In: Doherty, WJ; Christianson, CE; Sussman, MB; Eds. Family Medicine: The Maturing of a Discipline. New York: Haworth Press, 1987.
3. Henao, S; Grose, N; eds. Principles of Family Systems in Family Medicine. New York: Brunner/Mazel, 1985.
4. Engel, GL. The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. Am J. Psychiatry, 1980; 137:535-44
5. Bloch, DA. The Territory Labeled Family Systems Medicine. Fam Syst Med, 1986; 4:338-40.
6. Huygen, FJA. Family Medicine: The Medical Life History of Families. Dekker & Van de Vegt-Nijmegen, The Netherlands, 1978.
7. Doherty WJ; Baird, MA. Family Therapy and Family Medicine: Toward the Primary Care of Families. New York: Guilford Press, 1983.
8. Glenn, ML. On Diagnosis: A Systemic Approach. New York: Brunner/Mazel, 1984.
9. Christie-Seely, J; ed. Working with the Family in Primary Care: A Systems Approach to Health and Illness. New York: Praeger, 1984.
10. Sawa, RJ. Family Dynamics: Guidelines for Physicians. New York: Edwin Mellen Press, 1985.
11. McDaniel, S; Campbell, T; Seaburn, D. Family-Oriented Primary Care: A Manual for Medical Providers. Springer Verlag, 1990.
12. Doherty, WJ; Baird, MA; eds. Family-Centered Medical Care: A Clinical Casebook. New York: Guilford Press, 1987.
13. Crouch, M; Roberts, L; Eds. The Family in Medical Practice: A Family Systems Primer. Springer-Verlag: New York, 1987.
14. Doherty, WJ; Campbell, TL. Families and Health. Newbury Park, Calif.: Sage Publications, 1988.
15. Ramsey, CN Jr.; ed. Family Systems in Medicine. New York: Guilford Press, 1989.
16. Rolland, J. Toward a Psychosocial Typology of Chronic and Life-Threatening Illness. Family Systems Medicine, 1984; :45-6.
17. Sawa, RJ; ed. Family Health Care. SAGE Publications, 199.
18. Asen, KE; Thomson, P. Family Solutions in Family Practice. Quay Publishing, 199.
19. Watzlwick, P; Weakland, JH; Fisch, R. Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution. New York: Norton, 1974.
20. Frowick, B; Shank, JC; Doherty, WJ; Powell, TA. What Do Patients Really Want? Redefining a Behavioral Science Curriculum for Family Physicians. J Fam Pract 1986; 3:141-6.

21. Kushner, K; Meyer, D; Hansen, M; Bobula, J; Hansen, J; Pridham, K. The Family Conference: What Do Patients Want? *J Fam Pract* 1986; 3:463-7.
22. Baird, MA; Doherty WJ. Family Resources in coping with serious illness. In: Karpel, M; ed. *Family Resources: The Hidden Partner in Family Therapy*. New York: Guildford Press, 1986.
23. Marvel, MK; Doherty WJ; Baird, MA. Levels of Physician Involvement with Psychosocial Concerns of Individual Patients: A Developmental Model. *Clinical Research and Methods*, 1993; 25:337-34.
24. Marvel, MK; Schilling, R; Doherty, WJ; Baird MA. Levels of Physician Involvement with Patients and Their Families: A Model for Teaching and Research. *The Journal of Family Practice*, 1994; 25:337-342.
25. Marvel, MK. Involvement with the Psychosocial Concerns of Patients: Observations of Practicing Family Physicians on a University Faculty. *Archives of Family Medicine*, 1993; 2:629-633.
26. Schilling, R; Stygar, K. Levels of Family Involvement in Patient Visits by a Family Medicine Faculty. *Clinical Research and Methods*, 1994; 26:651-655.
27. Kushner, K; Meyer, D; Hansen, JP. Patients' Attitudes Toward Physician Involvement in Family Conference. *The Journal of Family Practice*, 1989; 28:73-78.
28. Marvel, MD; Morphew, PK. Levels of Family Involvement by Resident and Attending Physicians. *Family Medicine*, 1993; 25:26-30.
29. Doherty, WJ; Baird, MA. Developmental Levels in Family-Centered Medical Care. *Family Medicine*, 1986; 18:153-156
30. Glen, ML. *Collaborative Health Care: A Family-Oriented Model*. New York: Praeger Publishers, 1987.
31. Doherty, WJ; Hepworth, J; McDaniel, SH. *Medical Family Therapy: A Biopsychosocial Approach to Families with Health Problems*. Basic Books, A Division of Harper Collins Publisher, Inc, 199