

# La relación médico-paciente

Lluís Barraquer Bordas\* y Alfons Icart\*\*

## RESUMEN

Con este trabajo procuramos perfilar, en primer lugar, las características generales de la relación médico-enfermo, que han de conducir a un primer substrato de la relación terapéutica. En la segunda parte nos centramos en la relación del médico con los niños y los adolescentes, ilustrada con algunos ejemplos clínicos. PALABRAS CLAVE: amistad médica, relación cuasi-diádica, defecto fundamental, apego, transculturalidad, duelo.

## ABSTRACT

In this article we firstly intend to outline the general characteristics of the doctor-patient relationship that lead to the primary basis of the therapeutic relationship. We then deal with the relationship of the doctor with children and adolescents, illustrated with some clinical examples. KEY WORDS: medical friendship, tactical kindness, mutual seduction, quasi-dyadic relationship, fundamental fault, attachment, cross-cultural, bereavement.

## RESUM

Amb aquest treball procurem perfilar en primer lloc les característiques generals de la relació metge-malalt, que han de conduir a un primer substrat de la relació terapèutica. En una segona part ens centrem en la relació del metge amb els infants i els adolescents, il·lustrada amb alguns exemples clínics. PARAULES CLAU: amistat mèdica, relació quasi-diàdica, defecte fonamental, apego, transculturalitat, dol.

## Introducción

A través de este trabajo queremos reflexionar sobre la relación médico-paciente, teniendo en cuenta las aportaciones que diversos autores han realizado a lo largo de los últimos cincuenta años. Uno de los autores que ha hecho grandes aportaciones sobre este tema ha sido, Laín Entralgo (1964,1983); aportaciones que, en estos momentos que desde las administraciones públicas se insiste y se dan pautas para mejorar las prestaciones sanitarias –al “recupar” a atención en la persona que consulta más que en la enfermedad–, son perfectamente validas. Cuestiones como: el encuentro personal entre el médico y el enfermo y la relación diagnóstico-terapéutica a él consecutiva, son imprescindibles para una práctica humana del “arte de curar”. Otro autor a destacar es Balint (1957, 1961, 1971), –sobre todo, en su esfuerzo por humanizar la relación y darle un contexto más comunicativo, psicosocial, incluyendo los factores psicológicos y sociofamiliares–. También se hace alusión, posteriormente, a las aportaciones de Freud (1968) sobre el concepto de transferencia y contratransferencia, a fin de poder entender y evitar que la amistad médico-paciente, se trueque en una mera “amabilidad táctica” o en una lamentable seducción mutua (Balint, 1971).

Finalmente, estos conceptos teóricos, ilustrados con algunas viñetas clínicas, son considerados en el contexto de la relación médico-paciente (niño o adolescente). Teniendo en cuenta que en la consulta pediátrica quien consulta es, normalmente, la madre, y que en muchos casos es ella quien nos permitirá entrar en contacto con su hijo o hija, nos ha parecido oportuno ampliar estas reflexiones al conjunto de la familia, especialmente del padre (y de la madre). Y no podía faltar, en estos momentos de grandes movimientos migratorios con fuerte impacto socio-cultural, una referencia a la transculturalidad.

\* *Neurólogo. Numerario de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Presidente de Honor de la Sociedad Española de Neurología y de la Societat Catalana de Neuropsicología.*

\*\* *Psicólogo, psicoanalista, miembro de la SEP-IPA. Director de la Fundació Orienta.*

Correspondencia: [aicart@fundacioorienta.com](mailto:aicart@fundacioorienta.com)

### La relación médico-paciente: aspectos generales

Al inicio de una obra suya, clásica más allá de España, P. Laín Entralgo (1964) afirmaba: “Nada hay más fundamental y elemental en el quehacer del médico que su relación inmediata con el enfermo, nada en ese quehacer parece ser más permanente”. Y proseguía poco después: “El encuentro personal entre el médico y el enfermo y la relación diagnóstico-terapéutica a él consecutiva son rigurosamente imprescindibles para una práctica *humana* del arte de curar”. Este encuentro se concibe, pues, como directo y personal, comprometiendo libremente la relación de los dos, médico y paciente, porque así lo decide y acepta cada uno de ellos. Estas reflexiones que fueron presentadas por Laín en 1964, ¿continúan manteniendo toda su validez cuarenta años después? Esencialmente sí, sin mediar duda alguna, pero la extensión –éticamente justísima– del sistema de seguridad social, inherente al calificado “Estado del Bienestar”, puede gravar los comentarios anteriores, ya que se ha convertido en un hecho habitual que el enfermo no escoja a “su” médico, ni que éste pueda escogerle a él. Mucho y muy bueno puede modificar esta situación la legislación, si se establece, según se sugiere, la libre elección del médico, al nivel de la asistencia primaria. Otra limitación más encuentran las apreciaciones básicas de Laín: que hay licenciados y doctores en medicina que no fijan como objetivo de su ejercicio la atención enfermo, sino que desean dedicarse exclusivamente a cultivar una técnica o unas técnicas, de suyo muy valiosas, pero alejadas de aquella posición. No es una censura –siempre que sepan tratar a la persona con humana diligencia más allá de la técnica aplicada–. Eso sí, es una profunda diferencia.

Volviendo a la relación –humana y diligente– médico-enfermo y pasando de un plano teórico a otro directamente práctico, hay que hacer hincapié en que tal relación comporta *per se* un correlato terapéutico muy inicial, pero incuestionable. En efecto, como señaló agudamente Balint (1961), “el médico es el primero de los medicamentos que él mismo prescribe”, ni que sea, como suele ocurrir, sin darse cuenta de ello. Desde el momento de saludarlo y darle la mano, hasta la forma de la despedida, “todo cuenta” en la relación médico-enfermo.

Es por ahí donde va a iniciarse la *amistad médica* entre el galeno y su enfermo. Aunque, lamentablemente, también puede obstruirse o ulteriormente quebrarse. Tal amistad concierne a tal persona: a tal paciente y a tal médico. Y aunque la amistad en general –advierde Laín– incluye tres notas principales: beneficencia, confianza y gusto por la convivencia, el modo específico de la amistad médica –precisa el mismo autor– es la *confianza* que, verbalmente realizada, toma una forma de *singular confianza* (que no excluye, frecuentemente, un cierto *quantum* de ingrediente “mágico”). El propio Laín sitúa la relación médico-enfermo en lo que él calificó de relación cuasi-diádica. La diáda es la relación inundada por el amor de la madre por el bebé, aunque sea con los múltiples matices que el psicoanálisis ha ido sabiendo descubrir. El dúo, en cambio, es la relación que dos personas establecen en su búsqueda de un bien exterior, ajeno a la entraña de su persona; por ejemplo: un negocio (advertamos, de paso, que estamos inmersos en dúos, a menudo perversos, en el mundo actual). La relación *cuasi-diádica* viene a ser intermedia entre las otras dos, ya que se busca un bien muy singular, complejo y personal, como es la salud. La relación interpersonal en que ello discurre es a la vez dialógica, verbal y paraverbal (mímica, gestual, etc.), e interior (emotivo-visceral en primer término).

Como quiera que toda enfermedad es a la vez fisiológica y mental (emocional en primer término), aunque se dé en proporciones muy variables, pudiendo sólo excluirse, al menos en sus primeros momentos, por ejemplo, un estado de coma por traumatismo cráneo-encefálico, la amistad médica, en cuanto concierne al médico, debe sentirla también, incluso, ante tal paciente comatoso. La simple *camaradería* –arguye Laín–, se da cuando se persigue sólo la salud –bien puramente objetivo–, prescindiendo de lo “personal”. El médico se limita entonces a ser un *técnico*, en cierto modo, un *funcionario* (sobretudo, si su quehacer discurre en el seno de algún sistema de “seguridad”).

La medicina contemporánea: humanizada, personalizada, con cariz psicosomático, antropológico y hermenéutico –con una pertinente mezcla de tales dimensiones–, no se queda ni puede quedarse ahí. Nace una cierta *transferencia* entre la persona del médico y la del enfermo y, junto a ella, crece una *confianza*, que llega a ser honda, en el sanador, un interés humano de este por su enfermo; una activa simpatía devuelta a aquél y la configuración de la autoridad personal del médico. Algo matizaremos pronto en relación con la transferencia.

Como afirmó Viktor von Weizsacker (1950), el rasgo más profundo y característico de la medicina contemporánea es la “introducción del sujeto” en el pensamiento y en el quehacer del médico –que “ejerce” como tal–. Y como señala Laín, ello no hubiese sido posible sin una previa “rebelión del sujeto”, que vino a reclamar la citada introducción. En este sentido, señala dos hitos fundamentales: el parisino y el vienés. En la última parte del siglo XIX se da un enfrentamiento social entre las clases ricas y pobres. Freud llega a París en 1885 y se encuentra con la figura magna y mítica de Charcot, en los pabellones de la Salpêtrière (Bonduelle, M et al., 1996). El histerismo florece en forma magnificente, incluso en el ámbito cívico-cultural. Freud pretende demostrar, ante Charcot, que las parálisis y anestias histéricas se delimitan conforme a la representación vulgar, subjetiva, del propio cuerpo y no a la imagen anatómica precisa del mismo (que ya estaba fijada desde Vesalio a Cruvelhier y Sappey). El maestro parece asentir banalmente pero opina que las hemiplejías orgánicas y las histéricas son, en el fondo, una misma cosa. Las enfermas de la Salpêtrière, en la práctica, no pueden *hacer otra cosa*, habida cuenta de la presión a la que se ven sometidas (véase el hermoso caso de Marie Blanche, representada en el cuadro famoso, finamente analizado por J. L. Signoret, 1983). Al parecer, muchas de estas enfermas eran esposas de obreros que habían emigrado a París; desarraigadas, pobres, que sólo pueden expresar su rebelión más que recurriendo al histerismo.

Freud marcha a Nancy y junto a Berheim estudia, con nuevos métodos, la histeria, aceptando una explicación psíquica en el origen del fenómeno. Poco después comienzan sus investigaciones aunadas junto a Breuer. Y es entonces cuando va a emerger el otro aspecto que Laín subraya en la rebelión del sujeto, conducente a su introducción en el campo médico. Son los neuróticos que comienza a asistir el propio Freud entre la burguesía vienesa.

Freud y Breuer han visto por primera vez la transferencia que, siendo un fenómeno genéricamente humano, el psicoanálisis revela y “aísla”, centrándose en el sentir y en el proyectar por parte de personas del otro sexo. Breuer, impresionado, abandona por ello el mundo de la psicoterapia. Pero para Freud, la transferencia, en cierta medida, es condición indispensable para la resolución de los problemas neuróticos. Hay que medir, también, la reacción del terapeuta, esto es, la *contratransferencia*. Para la corriente psicoanalítica, que Freud inauguró, la transferencia es una *vinculación afectiva*, a la vez intensa –que no profunda–, instintiva e impersonal, no establecida, por tanto, por ser “tal persona”.

Entre la simple camaradería médica y la transferencia hay un amplio dominio intermedio, en el cual la afección del enfermo hacia el médico es más intensa que en aquella y menos que en esta. Para este dominio Laín propuso el título mencionado de *amistad médica*, en sentido estricto. Y es en su seno que se alcanza la ajustada *confidencia*.

En todo este juego interpersonal intervienen factores conscientes, en casos más o menos extremos, tendentes tanto hacia el “encandilamiento” como a la oposición-destructividad, cristalizando en algunas ocasiones, a tenor de las proyecciones patológicas del enfermo, en una actitud claramente persecutoria. “Culpabilidad–seducción y agresividad se encuentran, por poca atención que se preste a la cuestión” en la relación que nos viene ocupando, como señaló un hombre de formación tan amplia como fue Marc Oración (1974).

La vocación del médico –vuelve a decirnos Laín (1964), como cualquier vocación auténtica, implica amor de efusión hacia lo que, en alguna medida, puede pasar de la deficiencia a la plenitud, de un no-ser, en cierto modo, a colmar este menoscabo del ser. La amistad médica hace al enfermo igual a su médico en esta esfera, aunque en lo técnico lo último debe ser preeminente. Tal amistad tiene que evitar la “frialidad” funcional y otro tanto debe evitarse una relación ceñida a la que sería propia de un puro investigador científico. Hay que evitar que la aparente amistad se trueque en una mera “amabilidad táctica” y, más aún, como bien advierte Balint, en una lamentable “seducción mutua”. Y por parte del paciente hay que impedir que el derecho a la asistencia degeneren en una imposible exigencia de salud.

Pasando ya al terreno práctico de la entrevista, especialmente, de la primera, merece subrayarse que lo mejor es preguntar sobre cosas muy generales –a parte de inquirir pronto lo que le afecta y desde cuando-, que nos permitan darnos cuenta de la postura que adopta el enfermo respecto a su enfermedad y de ésta, con su estilo y contexto de vida. Concretamente, ante enfermos con patente carga emocional anómala, generalmente hacíamos preguntas dotadas de una incidencia claramente personal; por ejemplo: “¿Qué espera –o teme– usted que va a obtener de esta entrevista?”. En caso de que haya consultado previamente a varios colegas: ¿Después de tantas consultas como ha hecho, qué es lo que le ha movido a verme a mí? Evidentemente este no será el caso del que refiere una cervicebraquialgia claramente radicular o del que sospechamos presenta un brote de esclerosis múltiple, etc.

Evidentemente hay que escuchar de entrada al paciente sobre aquello que espontáneamente nos refiere y “que le sale de dentro”. Aquí ya vale aquella atinada observación de Balint, de que si tan sólo hacemos preguntas, tan sólo vamos a obtener respuestas. Por este equivocado, aunque cómodo camino, perderíamos muchos datos que, en primer lugar, pueden ser de gran importancia para “la vida interna” del sujeto. En ciertos casos y de acuerdo con lo que ya hemos sugerido, puede ser útil por parte de médicos con un cierto entrenamiento psicodinámico idóneo –del tipo de la “Clínica Tavistock”–, introducir pronto interpretaciones emocionales de lo que el enfermo ofrece, que abran el sentido, el significado, que expresan/esconden sus primeras exposiciones. Valga decir, que el comportamiento del paciente ante ello, deberá orientar al norte de nuestro estilo, sobretodo en sujetos con notas auténticamente paranoides, en cuyo caso es menester extremar la “suavidad”.

Como expusimos ya en otra ocasión (Barraquer, 1995), el hipocondríaco, aunque se mueva en otro ámbito, se comporta en cierto modo como un “paranoide”, en cuanto se siente perseguido por su propio cuerpo que “teme” vaya a traicionarle, de un momento a otro, con alguna afección o enfermedad rara. Las características del interrogatorio de pacientes con síntomas subjetivos, por ejemplo cefaleas, las hemos expuesto ya reiteradamente en otros lugares (Barraquer, 1995).

Como muy bien precisó Laín Entralgo, el interrogatorio, parte esencial de la anamnesis, incluye dos dimensiones complementarias: la *testifical* y la *interpretativa*. La primera viene a ser una suerte de acta de recogida de datos y predomina en el segmento inicial del diálogo ya en marcha, pero debe acompañarse siempre –excepto, como es obvio, en patologías muy concretas y puntuales- de un trasfondo interpretativo. Es menester saber *escuchar* con una atención “*técnicamente formada*” –el simple “sentido común” no llega a ello, como agudamente insistió Balint (1961)– que esté dispuesta a captar el mensaje implícito, aparentemente escondido, que puede “trasudar” del propio “mensaje primero” del paciente, tanto en la exposición libre, como en sus respuestas (¿qué significa, por ejemplo, decir que sufre un dolor de cabeza hiriente y aún más obsesivo?). Por ahí podemos vislumbrar como el paciente impregna sus palabras –sea tenuemente, sea de una manera más categórica- de lo que fluye de su “defecto” o “falta fundamental” (en el sentido de Balint, 1971), inscrita en su “urdimbre afectiva” (Rof Carballo, 1961).

Es menester pasar entonces de este “teclado” aparente, pegadizo pero superficial, a “teclados” más profundos (Folch i Mateu, inédito), cargados de sentidos íntimos, sean conflictivos o cargados de deseos encubiertos. Este momento es, por tanto, muy importante ya que el médico incauto bordea el riesgo de “organizar” (Balint), distorsionándola, una situación morbosa, aunque todavía nebulosa y desorganizada, que pugna en el ámbito psicoemocional del paciente –agente y actor de su enfermedad, como enseñó von Weiszacker, 1950–, convirtiéndola torpemente en algo coagulado, casi petrificado, muy difícil de “tratar” en adelante, porque aparenta haber tomado visos de una auténtica “verdad médica”, refrendada. Es preciso, para evitarlo, adentrarse en estados profundos de la estructura de la personalidad del sujeto, si es menester recabando la ayuda de un psicoterapeuta, para esclarecer y atenuar (aunque no llegar a curar, diría Balint) la entraña de su “enfermación” o “enfermar”. Desde luego, esto no se enseña en absoluto en nuestras facultades de medicina.

En estos momentos cruciales de relación del enfermo con su médico y “consigo mismo” surgirán, en la actualidad casi siempre, los guiños de los medios de diagnóstico por imagen. El médico deberá manejar con suma cautela la seducción que su paciente le haga en este ámbito, aludiendo a la petición/exigencia de tales métodos paraclínicos. Aunque han pasado años desde que fue escrito el capítulo de Balint (1957) acerca de la “eliminación por métodos paraclínicos de diagnóstico (aparentemente) adecuados”, continúa siendo muy válida su argumentación psicológica y relacional. El riesgo es cada vez más voraz, más tentador, habida cuenta de la progresiva tecnificación de la medicina –cosa en sí misma magnífica-. Las técnicas han aumentado su poder y se han hecho “menos invasoras”, según suele decirse, aunque ello sea tan sólo en el ámbito físico. Pero el enfermo conoce, o cree conocer, cada vez más su poder, incluida su nota “mágica” (¡ser visto por dentro!). Por ello hay que poner en juego todo el discernimiento –técnico, psicológico, humano –del buen clínico. Es preciso adoctrinar serenamente y a fondo sobre el alcance e intencionalidad, tanto explícita como –sobre todo– latente, de las imágenes paraclínicas. Sobre su trasfondo “mítico”. Hay que evitar que el enfermo viva pendiente de ellas. Por lo demás, ¿qué hará cuando esté en posesión de una TAC y una RNM, enteramente normales? Su situación interna será la misma o probablemente aún más desconcertante y decepcionante. La magia de la tecnología es, como todas, una mala magia. Es sumamente importante que si el médico accede a solicitar alguna prueba, y en estos casos, de acuerdo previamente con el paciente, ha de quedar suficientemente claro, lo que se intenta con ello. En algunos centros de consulta muy cualificada, donde el enfermo acude luego de haber consultado en otros lugares, se da lo que J. M. Martínez Lage calificó agudamente de “síndrome de la bolsa del Corte Inglés o del Unzú”. Al preguntarle el médico al paciente –que aun no es, de algún modo, “su” paciente– qué es lo que le ocurre, él muestra una bolsa repleta de exámenes de todo tipo, arguyendo: “Mire usted, aquí lo tiene ya todo”. Servidumbres con las que, con pericia y agudeza, hay que luchar. (Tan bonito que era cuando el enfermo nos mostraba solamente un EEG, con una !somera irritabilidad temporal! que, además por el calificativo, el paciente suponía a veces, que poco le iba a durar).

Conviene en que profundicemos ahora en lo que puede ser el “defecto o falta fundamental”, en el sentido de Balint (1971). Según él, toda persona la arrastra, con desigual intensidad y cualidad, gravitando en toda relación interpersonal, desde ambos sujetos, y de forma particularmente gravosa e hiriente en la relación médico-enfermo. Según el autor, este defecto recae en una zona pre-edípica, muy arcaica, en la que entran en juego tan sólo dos personas –y no el “típico” triángulo–. Su origen radicaría en una desproporción considerable entre las necesidades psicofisiológicas de un sujeto (de un bebé, de hecho) y las atenciones, los cuidados y el efecto de que entonces dispone. Captar el “defecto fundamental” más allá, como apuntábamos, del mero “sentido común”, requiere que en el médico se haya producido un “pequeño, pero indispensable cambio”, como debió ocurrir en los muchos “generalistas” que operaron con Balint. No es una cuestión de inteligencia clásica, sino de orden *psicoemocional*.



Es, por otra parte, obvio que el paciente que no tiene ningún daño groseramente orgánico, sea bien acogido y tratado. En la línea de X. Zubiri (1980) y de P. Laín (1964, 1983), es indeclinable reconocer que toda codimensión orgánica comporta una codimensión psíquica, como toda codimensión psíquica comporta una cierta codimensión orgánica. No hay enfermedades *sine materia*, como se decía hace años. Es preciso atenderlo con el mismo cuidado y esmero –o aún más, si cabe– que al que rebosa “organicidad”. No hay que hacer categorías, jerarquías, de presunta dignidad entre unas y otras afecciones. Y jamás hay que decirle al sujeto “neurótico” –hablando llano–que no tiene nada. Es primer lugar, porque sería faltar a la realidad de las cosas. Pero es que, además, ello podría herir severamente al enfermo, generando vivencias de incompreensión, abandono, reivindicación, etc. El enfermo podría llegar a sentir una suerte de “vacío abismal”, de soledad, pérdida la confianza en quien suponía que podía esclarecer su “dolorido sentir” (Azorín). El enfermo podría iniciar un ciclo “desesperante” de consultas, aumentando una trasferencia persecutoria, tanto como una oscura aunque agresiva reclamación. Es necesario que el paciente establezca un fuerte vínculo con un médico concreto, “pactando” un margen de confianza (Balint, 1961), mucho más estable y eficaz que lo que puede ocurrir con el especialista –reclamado en consulta por sus conocimientos meramente técnicos–, lo que aboca con frecuencia, y más ahora, a una “colusión en el anonimato” (Balint, 1961).

Nuestra relación dialógica con el enfermo deberá abocar a una situación llamada de salud. Veamos sus términos dibujados, incluso a nivel psíquico. Según R. Jordi; J. J. Moll; J. Gol i Gurina y colaboradores (1966), los tres rasgos que definen la salud son: a) una mayor *autonomía* de la persona, b) una *solidaridad* firme con un prójimo y c) un vivir impregnado de *gozo*. Por otro lado, para Freud (1968) la capacidad de amar y de trabajar constituirían las características de la salud psíquica. Bofill y Tizón (1994) han elaborado más esta cuestión, precisando que la salud mental implica la capacidad de amar, de disfrutar, de trabajar y de tolerar, significando con esta última nota el no actuar nocivamente aquello que no puede llegar a integrarse.

En el *paradigma hermenéutico* (Laín Entralgo, 1964) que reclama habitualmente la medicina actual, con las exigencias de explicación, comprensión e interpretación (Freud, 1968; von Weiszacker, 1950; P. Laín 1964, 1983; D. Barcia Salorio, 1987; D. Gracia Guillen, 1974, entre otros), se hace evidente que la relación dialogal y paraverbal médico-enfermo debe ser mantenida con profundidad y serenidad, aún diría con pasión y con mimo, para que sea lo que la realidad de ambas personas pide y aún exige: una misión, un servicio –y también un gozo– de amor y de confianza. Finalmente, en lo que atañe a la información sobre diagnóstico y pronóstico –lo que no constituye el motivo ni la finalidad centrales de este artículo–, el médico deberá ir ofreciendo al paciente tan sólo la cantidad de realidad y de datos que puedan ser integrados y –aún– resulten de provecho para él. Lo hemos afirmado ya en obras de medicina clínica, a propósito de la esclerosis lateral amiotrófica. Así pudimos adentrarnos en nuestra relación de amistad médica con Miquel Martí i Pol, como tuvo él la gentileza de recordarlo y plasmarlo en el Prólogo de su tan difundida y justamente valorada *Estimada Marta*, 1978, pp. 9-10). Se trataba en su caso, como es bien sabido, de una esclerosis múltiple. Quiero testimoniarle desde aquí mi agradecimiento por esta su aportación serena a nuestra relación médico-enfermo.

Hasta ahora hemos expuesto, en términos generales, los aspectos teóricos-básicos, que a nuestro entender conlleva la relación médico-paciente. A continuación trataremos de forma específica algunos elementos aplicados a la infancia y la adolescencia ilustrados con algunas viñetas clínicas

### **Primer contacto médico-familia**

En la relación médico-paciente, cuando se trata de atender a “pacientes niños”, hay que tener en cuenta que el niño va a la consulta acompañado habitualmente de los padres, cosa que si bien favorece la relación con el médico, también puede darse el caso que la dificulten, sobretudo cuando hay madres que debido al excesivo “apego” que mantiene con su hijo impiden al profesional que

pueda realizar su trabajo exploratorio tranquilamente. Alicia F. Liberman (2003), Catedrática de psicología médica de la Universidad de California (EE UU) decía, en un artículo reciente aparecido en la prensa, que un cierto “apego” de los niños con los adultos es dado por la necesidad de buscar protección y seguridad; cuando el niño se siente protegido y seguro, está más predispuesto a explorar su entorno. Esta afirmación es cierta cuando parte del niño y “el apego” no es excesivo pues, de lo contrario, podría insinuarnos que detrás de este excesivo retraimiento podrían existir otras perturbaciones de la relación. A menudo nos encontramos con madres que debido a su estructura mental, cultura, costumbres, manera de comportarse, sufren terribles angustias y miedos a la hora de dejar a su hijo al profesional que le explora. Al tratar de este tema con un grupo de pediatras, en una sesión de estudio, todos coincidían en la importancia de integrar a la madre en la exploración del niño, sobretodo cuando es un bebé, pues de esta forma la madre está menos angustiada, y favorece una relación de confianza. Así que el encuentro directo y personal comprometiendo libremente la relación de los dos, médico y paciente, que dice Barraquer al inicio de este artículo, no siempre ocurrirá cuando se trata de niños. Normalmente a los niños no les gusta ir al médico, asociándolo con el dolor, el sufrimiento, no tanto por el mal rato que se les hace pasar, sino porque normalmente acuden a él cuando están enfermos: tienen fiebre, sufren alguna molestia, están indispuestos, etc.

Seguramente que unos buenos conocimientos de la psicología relacional, de la manera como percibe el niño las cosas, del poder que el inconsciente tiene sobre el cuerpo, y de sus reacciones frente a la persona desconocida o extraña –como puede ser un señor o señora con bata blanca y un lugar poco acogedor– nos permitirían encontrar pautas a través de las cuales podríamos acceder a una relación colaboradora con el niño. Cuanto más pequeño es el niño, más protagonismo tiene la madre – en la consulta pediátrica– y más refugio busca en la madre. Hemos de pensar que la madre hace una función de “puerta” que puede abrirse y permitir el contacto médico o, por el contrario, al cerrarse impedir nuestro trabajo. Recuerdo en una entrevista psicológica en la que tenía de explorar a un niño, al pedirle que entrara al despacho, la madre lo sujetaba entre sus brazos y me decía que el niño no quería venir. Me di cuenta que no era el niño, sino la madre que desconfiaba de mí. La invité a entrar a ella con el niño y tras interesarme por ella, no tardó en aceptar retirarse y dejarnos a solas con su hijo. Los estudios de Bowlby (1973) respecto a la naturaleza del vínculo afectivo que une al niño con su madre confirman la tesis de que no se trata de un instinto materno heredado, sino de una conducta instintiva. Por lo tanto las madres propensas a desconfiar refuerzan una relación de protección hacia su hijo y de desconfianza hacia los demás.

Barraquer, citando a Balint, dice que “el médico es el primero de los medicamentos”. Pero todo medicamento, no es bueno ni fácil de tomar. Con esto quiero decir que tratándose de niños y adolescentes el primer paso para establecer una relación de confianza lo tendrá que dar el profesional, y utilizando las palabras de Balint, tendrá que presentarse delante del niño, de la madre y del adolescente, como un “buen medicamento fácil de tomar”. Y cuando es un adolescente el que acude al médico, va porque lo necesita y espera encontrar, generalmente, en el médico a un amigo a quien poder confiar sus dudas, miedos, altibajos, propios de esta etapa evolutiva. Espera encontrar un profesional que le entienda y le ayude a comprender todo aquello que se le hace incomprensible y que no se atreve a compartir con sus padres, ni con sus maestros y, a veces, ni con sus amigos.

### **La exploración**

Cuando al bebé se le despoja de sus ropas ya sea en casa o en la consulta médica, lo normal es que se asuste, se intranquilece, llore y mueva sus brazos como buscando donde cogerse, pues sus vestidos, en parte, representan a los brazos maternos que lo contienen. Si el médico es sensible y conecedor del malestar del bebé, procurará que este rato sea breve, que el niño vea a su madre y, si es posible, que le toque con sus manos, que le hable, pues algunos sentidos como la vista, el tacto y el oído, también pueden ejercer esta función de contención a su desespero. El niño que empieza a andar, disfruta mostrando que sabe andar y si le valoramos sus pasos y sus aptitudes, será más fácil que nos

incorpore en su relación y permita que lo exploremos. En cambio, si no le prestamos atención, ni captamos su empeño a mostrarnos sus habilidades, que en estos momentos tiende a repetir una y otra vez, entraremos en una confrontación con él que, probablemente, nos va a dificultar nuestro trabajo exploratorio (Icart, 1977).

Cuando el niño alcanza los cuatro o cinco años de edad, se produce una pérdida de intensidad en el “apego” hacia sus padres (Lieberman, 2003), siempre que haya superado satisfactoriamente las etapas anteriores. Para el médico -pediatra será de gran utilidad conocer la evolución mental del niño y del adolescente y poder, así, diferenciar entre lo que es normal y anormal. Porque ni en el niño ni en el adolescente las leyes de lo normal y anormal son como las vivimos los adultos. Por ejemplo, en el caso de un niño de aproximadamente un año -que ya distingue su familia de las otras personas-, es “normal” que se vuelva más retraído y no quiera irse con un extraño (Spitz, 1969); lo “anormal” sería que no se asustara frente a un desconocido. Y en un adolescente puede ser motivo de preocupación y de “anormalidad” el excesivo apego a los padres y una despreocupación hacia su entorno juvenil. El médico y los profesionales que atendemos a niños y adolescentes hemos de saber que estos necesitan que se les de la oportunidad de comprenderse física y mentalmente a sí mismos, en un mundo complejo con el que tienen que aprender a enfrentarse, precisamente porque su vida, a menudo, les desconcierta (Icart, 2000).

### **Nacimiento de un hermano**

Cuando se trata de considerar este acontecimiento, suele ocurrir que a medida que el embarazo de la madre progresa, o en el momento del nacimiento, el niño -hasta aquél momento normal-, empieza a dar muestras de tristeza, pérdida de peso o cambios en el comportamiento. Aparecen entonces, como señala Marty (1992), los efectos somáticos producidos por factores psíquicos o representaciones de los estados emocionales alterados. Los celos están basados en el amor y apuntan a poseer el objeto amado y a eliminar al rival (Klein, 1959). En este sentido, el nacimiento del hermano puede ser vivido como una amenaza a la relación con la madre. Un médico que no comprenda los procesos que se ocultan bajo tales síntomas hará su diagnóstico y tratará la enfermedad como si obedeciese a causas físicas. En cambio, aquel que es conocedor de los mecanismos emocionales, psicológicos, detectará la causa oculta de la enfermedad y dará instrucciones a los padres en el sentido de que no deben tratar al niño de modo distinto, ni mandarlo unos meses a casa de unos familiares después del nacimiento del hermano, como en algunas ocasiones suele ocurrir. Sí, en cambio, les recomendará que respondan a todas las preguntas en relación a saber de donde viene los niños, “como se hacen”, etc. El médico tiene que saber que las frustraciones, los engaños, la pérdida de algo muy querido, así como la necesidad de tener que compartir a los padres con su nuevo hermanito, forman parte significativa de la educación de su hijo. El niño tiene que aprender, de pequeño, a tolerar el no, a entender que no todo es posible, a aceptar las limitaciones y a relacionarse con el objeto padre-madre que le alimentan y frustran a la vez, Klein (1934). A continuación quiero mostrar, a través de un ejemplo, como pueden vivir los niños el nacimiento de un hermanito.

Los padres de un niño de dos años y medio habían observado que su hijo últimamente estaba más nervioso, tenso y propenso a estar triste y enfermo. En aquel momento su madre estaba embarazada del que debía ser su hermanito. Una noche, paseando con su padre y mientras contemplaba la luna, el niño le dijo: “si nace otra luna, ¿también se llamará luna?” El padre, pendiente de la preocupación que su hijo tenía por el nacimiento de su hermanito y del miedo a que le quitara su sitio, pensó que si el nombre es lo que nos distingue, nos da la identidad, el niño seguramente debía imaginarse que si nacía un hermano le quitaría el nombre y, también, el lugar que sentía tener en su madre. Si aparece otra estrella como la luna -le dijo su padre-, será diferente y le pondrán otro nombre y nunca le quitará el de ésta. El niño respondió: “así, ¿el hermanito no se llamará Juan?”, que era como él se llamaba. “Claro que no”, respondió el padre. Al regresar a casa el niño exclamó: “mamá,



mamá, el hermanito no se llamará Juan”. A partir de ese momento el niño se tranquilizó y dejó de vivir como una amenaza el nacimiento del hermano.

Al adolescente, aunque algunas veces no lo parezca, también le afecta el nacimiento de un hermano; como afecta a toda la familia, aunque de otra manera. Cuando se trata del adolescente, su vivencia emocional interna, aparece como una lucha entre el anhelo de aferrarse al pasado y el deseo de entrar en el futuro (Kaplan, 1996). La preocupación por sus conflictos emocionales, y su lucha hacerse un lugar en el mundo juvenil, hacen que viva de otra manera el nacimiento de un hermano; seguramente con un aumento de tensión, cambios de humor, alteración de sus relaciones, menos presencia en casa, etc. También puede darse el caso que, para negar estos sentimientos de celos, intente identificarse con el rol del padre, procurando ocupar su lugar en el funcionamiento de la familia y, sobretodo, en la educación de los otros hermanos, si los hay. Entonces los celos se convertirán en críticas, peleas, discusiones y enfrentamientos con los padres. Si el adolescente decide ir al médico, no le será nada fácil entender las causas que motivan la consulta, especialmente, cuando el adolescente espera encontrar “algo” que le quite todo el malestar. Tampoco conviene pasa por alto, la poca capacidad que tiene el adolescente para procesar la ansiedad, lo cual hace que, en muchas ocasiones, viva esta ansiedad a través del cuerpo, (Kreisler, 1999; Marty, 1992); ya sea para despojarse de la ansiedad que le ha despertado el nacimiento del hermano.

#### **Cuando es la madre la que está angustiada**

Alguna vez ocurre que la madre lleva a su hijo al pediatra, sin que exista un motivo claro de consulta. El niño está bien y, en cambio, la madre muestra gran ansiedad y preocupación por el estado de la salud de su hijo. En estos casos, el pediatra tendrá que explorar al niño pero, sobretodo, escuchar a la madre, procurando separar y aclarar las causas que han propiciado aquella consulta. Si la madre está triste porque pasa por un momento personal difícil, ha perdido recientemente algún ser querido, etc., ayudarla a entender lo que le pasa y, si es necesario y posible, reorientarla hacia un profesional que la pueda atender, de manera que su estado de ansiedad y preocupación afecte lo menos posible a la relación con su hijo. Durante el tiempo que dure el cuadro depresivo, le va a ser muy difícil poder desarrollar las funciones maternas. Estará absorbida y atrapada por su dolor. Según sea el momento evolutivo y el estado emocional, su hijo podrá sentirse abandonado por su madre; puede empezar a dudar de su amor, a recluírse en sí mismo, ponerse triste o a reactivar algún mecanismo regresivo que ya había superado (enuresis, dificultades a la hora de dormir, pérdida del apetito, etc.).

Según Kreisler (1999), la manera de explicar los trastornos funcionales del lactante es a través de la relación madre-niño, y de la forma en que cada uno de ellos estructura o desestructura al otro. Una madre muy angustiada alterará la relación de equilibrio con su hijo: *la díada*, como dice Kreisler y que, también, mencionaba anteriormente Barraquer. Y un niño muy ansioso o con problemas emocionales graves, alterará la relación con su madre, pudiendo quedar ésta muy afectada. En el momento de la consulta, el pediatra tendrá que hacer un esfuerzo para entender los motivos por los cuales consulta la madre, evitando “etiquetar” como patológico, síntomas del bebé que responden, sobre todo, a un estado de ansiedad –transitorio– de la madre. Si la madre puede relacionar la conducta regresiva de su hijo con su estado depresivo, seguramente se calmará y podrá rehacer sus funciones maternas. Y cuanto más apego o dependencia madre-hijo, más se dará esta respuesta de uno frente a la ansiedad o tensión del otro.

#### **Cuando hay una pérdida de un ser querido**

Existe, últimamente, una tendencia popular a marginar a los niños de situaciones de dolor por la pérdida de seres queridos –abuelos, tíos, etc.– como una manera de “liberarles” de situaciones penosas; para que no sufran. Es una equivocación. Un niño decía, muy enfadado, que se sentía muy triste y rabioso contra sus padres y el pediatra, porque no le dejaron ver a la abuela una vez muerta, pensaba despedirse de ella y decirle que la quería mucho y que nunca la olvidaría. En este caso fue el

pediatra quien aconsejó a los padres que enviaran al hijo con unos familiares, para evitarle vivir todo el trauma y el dolor de la muerte. Es evidente que la recomendación fue dada con las mejores intenciones, pero no tuvo en cuenta la opinión del niño. Seguramente que si el profesional hubiera sabido escuchar a los padres, con una atención “técnicamente formada” –como ha dicho anteriormente Barraquer, citando a Balint–, tanto el pediatra como ellos, hubieran afrontado este momento de dolor de otra manera y contando con el deseo del niño.

Un “duelo”, la pérdida de un ser querido, requiere un proceso de elaboración pues de lo contrario, cuando no se procesa –o no se elabora–, puede dar lugar a un trastorno psicológico o ser causa de una alteración somática. La actitud del médico es muy importante en estos momentos para animar a los padres y familiares a hablar de la persona que los ha dejado, a llorarlo –si utilizamos una expresión cercana– y a recordarlo en todo aquello que son buenos recuerdos. En ocasiones recibimos consultas psicológicas sobre problemas emocionales y lo que encontramos como causa de estos síntomas suele ser la pérdida de un ser querido, un duelo no resuelto o no elaborado. El estudio de estos procesos de pérdida recibió un impulso decisivo con las aportaciones de M. Klein (1934), en el sentido, precisamente, de “hacer el duelo” como un hecho normal de la vida.

Con frecuencia oímos decir a los niños que en casa no les hacen caso, no los escuchan, no los toman en serio. Por otra parte, cuando el niño se siente tratado seriamente por el adulto, no solamente se siente halagado sino que se interesa por aquellas cosas que le dicen. Seguro que si el médico, cuando da las explicaciones a la madre, hace explícitas dichas explicaciones al niño, dándole un lugar y un respeto, después aceptará de mucho mejor grado el remedio que deba tomar. Recuerdo una madre desesperada porque su hijo no quería tomar el jarabe que le había recetado el pediatra. Fue suficiente que el niño entendiera el efecto curativo del medicamento y las ventajas de tomarlo para que cambiara su actitud de total oposición por otra mucho más colaboradora. Y esto supuso una consulta psicológica.

Para los adolescentes una relación de confianza con su médico y, a veces, de singular confianza les ayuda a afrontar, y en ocasiones a resolver situaciones de gran ansiedad. Con frecuencia hay adolescentes que no se atreven a comentar ciertas alteraciones corporales, dudas, traumas o desengaños que esconden detrás de estados depresivos, ansiógenos o alteraciones del estado de ánimo. En cambio, suelen acudir a la consulta del médico buscando en él comprensión, ayuda y cierto grado de complicidad, frente a sus padres. El médico en estos casos ha de ser comprensivo, ha de saber que el adolescente es hipersensible, inestable, muy influenciado y con frecuencia frágil. Transmitirle confianza y respeto por sus dudas y problemas le ayudará a reforzar su autoestima, actitud que, a veces, se encuentra a faltar, debido a la falsa creencia –por parte del profesional– de que sólo está para atender “cosas serias”.

### **La transculturalidad**

Un elemento nuevo que se ha de tener en cuenta hoy día, en la relación médico-paciente, es la transculturalidad en la cual nos encontramos inmersos. Una señora acabada de llegar del África mantenía apretado contra su cuerpo a su hijo en la consulta con su pediatra sin dejarlo explorar de la enfermedad que presentaba. Después de varios intentos por parte del pediatra sin resultado, la persona que la acompañaba dijo que podría ser que la señora tuviera reparos a estar frente al pediatra porque en alguna región del África, su cultura les impide estar frente a un hombre que no sea su pareja y que en este caso el hijo la protegía. El cambio del pediatra hombre, por una pediatra mujer, resolvió el problema.

Antes decíamos que el médico, cuando atiende a un niño –sobretudo si es pequeño–, tendría que establecer previamente una relación de confianza con la madre, con el fin de que le permita entrar en el vínculo madre-hijo. Para ello tendrá que mostrarle su predisposición a atenderla, a comprenderla y transmitirle seguridad. Ahora, con el aumento de los flujos migratorios, conviene,

además, conocer su cultura, sus principios, su identidad como pueblo, su manera de ser en contraste con la nuestra. Que difícil es encontrar el punto óptimo entre el respeto y la tolerancia a la identidad cultural y las tradiciones ajenas, y el hecho de estimular y apoyar un acercamiento hacia la nueva sociedad y su estilo o forma de vida. Todo programa de integración tiene que estar sustentado en el respeto y la mutua tolerancia. “Lo único que puede salvaguardar el futuro –dice Sami Nair– es aportar por la diversidad del mundo” (2003).

### La integración del padre

No resulta ninguna novedad insistir en el hecho de contar con *el padre* en la crianza de los niños, ya que su participación es muy importante tanto en la contención de las angustias de la madre como en las tareas que conlleva el cuidado del hijo. Los niños no sólo necesitan tener un padre y una madre, sino que van a necesitar de unos padres que compartan su educación y le sirvan de modelos con quien identificarse. El médico tiene que saber que las madres jóvenes pasan muchas angustias y penurias en la crianza de sus hijos y, a veces, ya sea por falta de conocimientos, por costumbres heredadas o porque creen que la crianza es cosa de la madre, marginan o no integran a su marido en esta ardua tarea del cuidado de un bebé. Este hecho, junto la angustia despierta tener entre sus manos un ser tan necesitado y dependiente, con frecuencia propicia o acentúa en la madre un estado depresivo post-parto, el cual viene a mermar aún más su capacidad de contener la ansiedad de su hijo. La madre podrá contener a su hijo, a pesar de desespero en momentos de tensión, si al mismo tiempo ella se siente contenida y ayudada por su pareja en la crianza de su hijo.

Una madre con su hijo de 15 días va al pediatra y pide que le dé “un medicamento”, “algo” para que su hijo pueda dormir unas horas por la noche y así ella, también, consiga descansar. La pediatra, conocedora de la importancia del vínculo que la madre mantiene con su hijo y de cómo su estado emocional afecta al niño, entendió que la tensión y ansiedad vivida por la madre, no le permitían calmarlo suficientemente, de manera el niño pudiera conciliar el sueño. Mientras la enfermera atendía al bebé, ella se interesó por la madre y por sus hábitos a la hora de poner el niño a dormir. Advirtió que ella sola se encargaba de los cuidados del niño y, además, dormía en una habitación a parte con su hijo, pues así su marido podía ir a trabajar descansado. Poco a poco la pediatra convenció a la madre para que hiciera participar al marido en el cuidado de su hijo. El resultado fue satisfactorio y en una visita posterior le comentaba: “mire doctora, este niño está muy espabilado y se da cuenta de si estoy de buenas o de malas y cuando estoy nerviosa, enfadada o angustiada no quiere dormir”. Como decía Barraquer, al hablar de la transferencia como una “vinculación afectiva”, el médico ha de tenerla presente a la hora de escuchar al paciente y poder establecer una buena relación. Además, el caso anterior pone manifiesta que, a veces, la marginación del padre en el cuidado de los hijos puede responder más modelos culturales o la transmisión de “roles tradicionales”, que a un rechazo o desinterés por su parte.

### Apunte final

Teniendo en cuenta que toda enfermedad es a la vez física y mental, aunque en proporciones variables, el médico además de atender a los síntomas, ha de tener presente que quien consulta es una persona y que, por tanto, tiene sentimientos, sufre emocionalmente por su dolencia física, además del dolor –físico– que pueda causarle la enfermedad. Hay que tener presente, pues, que el contacto médico-paciente tiene como finalidad ayudar a conseguir una “relación terapéutica”, de manera que el enfermo se sienta comprendido, atendido y aliviado en su dolor. Un buen contacto emocional médico-paciente facilitará la comunicación entre ambos, posibilitando que el médico pueda cumplir con el compromiso de informar al paciente de su dolencia y que el paciente, a su vez, pueda hacerse cargo de cuanto le ocurre, de su evolución y posibles consecuencias de su enfermedad.

Si como dice Balint, el médico es el primero de los medicamentos, procuremos que nuestro primer contacto con el paciente sea, además técnicamente adecuado, acogedor, comprensivo; en definitiva, terapéutico. Y en este sentido, para poder realizar debidamente nuestra práctica médica, teniendo en

cuenta las recomendaciones de muchos de los autores citados, seguramente deberíamos completar nuestra formación con aportaciones y conocimientos de la psicología relacional, que nos permitan entender al paciente más allá de su discurso manifiesto.

## Bibliografía

- BALINT, M (1957). *The doctor, his patient and the illness*, London, Pitman. (Traducción al castellano en: Libros Básicos, Buenos Aires, 1971).
- BALINT, M. y BALINT, E (1961). *Psychoterapeutic techniques in Medicine*. Tavistost Publications, London. (Traducción al castellano en: Siglo Veintiuno, México, 1966).
- BALINT, M (1971). *Le défait fondamental. Aspects thérapeutiques de la regresión*, París.
- BARCIA, D (1987). La psicoterapia como fundamento antropológico. En: *Psiquiatría Antropológica*, Ed. D. Barcia, Universidad de Murcia, pp. 189-212.
- BARRAQUER BORDAS, L. et al. (1983). *La Medicina. Actualidad y reflexiones*, Humanitas, Barcelona, pp.85-99, 102-106 y 293-296.
- BARRAQUER BORDAS, L.(1989). De l'anècdota clínica apareença neurològica vers el fons psicodinàmic que l'organitza, *Revista Sant Pau*, 4 (X):171-177
- BARRAQUEUR BORDAS, L (1994). En el centenario de la muerte de J.M. Charcot (1825-1893). De su personalidad e intimidad a la ambivalencia de la grandeur de su obra. *Archivos de Neurobiología*, 57:1-15.
- BARRAQUER BORDAS, L (1995). *El sistema nervioso como un todo: la persona y su enfermedad*, Fundació Vidal i Barraquer, Paidós, Barcelona.
- BARRAQUER BORDAS L (2001). Las pesadillas y la "actuación conductual" durante el sueño REM, *Neurología*, 16: 214-220.
- BION, W (1970). *Atención e interpretación*, Paidós, Barcelona.
- BOFILL, P; TIZON, J. L (1994). *¿Qué es el psicoanálisis?*, Herder, Barcelona.
- BONDUELLE, M ; GELFAND, T; GOETZ, CH (1996). *Charcot. Un grand médecin dans son siècle*, Michalon, París.
- BOWLBY, J (1976). *La separación afectiva*, Paidós, Buenos Aires.
- FOLCH i MATEU, P.: Didáctica personal, inédito.
- FREUD, S. *Obras completas* (1968). Traducción al castellano de López Ballesteros, Biblioteca Nueva, Madrid.
- GOL i GURINA, J (1966). *Els grans temes d'un pensament i d'una vida*, La Llar del Llibre, Barcelona.
- GRACIA GUILLEN, D (1974). De la estructura de la Antropología médica. En: *Realitas. Seminario X. Zubir*”, Vol 1, Sociedad de Estudios y Publicaciones, Madrid, pp. 293-389.
- ICART, A (1997). Psicopatología infantil y juvenil en Pediatría, *Atenció Primària*, J. Bras; J.E. de la Flor y R.M. Masvidal, Madrid, Springer-Verbag Ibérica, capítulo 44.
- ICART, A (2000). Algunes manifestacions de l'angoixa a l'adolescència, *Revista catalana de Psicoanàlisi*, vol. XVII, 1-2.
- KAPLAN, L. F (1996). *Adolescencia, el adiós a la infancia*, Paidós, Barcelona.
- KLEIN, M (1934). *Una contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos*, Obras Completas, volumen II, Paidós, Buenos Aires.
- KLEIN, M (1959). *Algunas conclusiones técnicas sobre la vida emocional del lactante*, Obras completas, volumen III, Paidós, Buenos Aires.
- KLEIN, M (1975). *El sentimiento de soledad y otros ensayos*, Obras completas, volumen VI, Paidós, Buenos Aires.
- KREISLER, L (1999). *El niño y su cuerpo*, Amorrortu, Buenos Aires.
- LAIN ENTRALGO, P (1964). *La relación médico enfermo*, Editorial Revista de Occidente, Madrid.
- LAIN ENTRALGO, P (1983): *El diagnóstico médico*, Salvat, Barcelona.
- LIBERMAN, A.F (2003). El apego de los niños con su madre. *La Vanguardia*, Barcelona.

MANZANO, J; PALACIO ESPASA, F; ZILKHA, N (1999). *Los escenarios narcisistas de la parentabilidad*, Ed. Altxa, Bilbao.

MARTÍ I POL, MIQUEL. *Estimada Marta*, Biblioteca Martí i Pol, número, 17, Ediciones 62, Barcelona.

MARCELLI, D; BRACONNIER A; AJURRIAGUERA J (1986). *Psicopatología del adolescente*, Mason.

MARTY, P (1992). *La psicopatología del adulto*, Amorrortu editores, Buenos Aires.

ORAISON, M (1974). *La culpabilité*, Seuil, París.

PALACIO ESPASA, F (2002). *Los niveles del conflicto depresivo*, Paradox Libros, Madrid.

ROF CARBALLO, J (1961). *Urdimbre afectiva y enfermedad*, Labor, Madrid.

SIGNORET, J.L (1983): Une leçon clinique à la Salpêtrière (1887) par André Bruillet, *Revue neurologique*, 12: 687-705.

SPITZ, R (1969). *El primer año de vida del niño*, Fondo de Cultura Económica, México.

WEISZACKER, V. Von (1950). *Casos y problemas clínicos. Lecciones de antropología médica en la clínica de medicina interna*, Pubul. Barcelona.

ZUBIRI, X (1980). *Inteligencia sentiente*. Alianza Editorial. Sociedad de Estudios y Publicaciones. Madrid.