

# Reflexiones sobre la relación médico-paciente

## Some reflection about the relation doctor-patient

Rosa GOMEZ ESTEBAN (\*)

### RESUMEN

*La relación médico-paciente es uno de los aspectos más importantes dentro del ejercicio de la medicina y es un instrumento terapéutico fundamental. Diversas circunstancias histórico-sociales han determinado que la atención del médico se centre sobre la enfermedad y se descentre del paciente, objetivo que debería ser prioritario en su trabajo.*

*Describe brevemente los múltiples determinantes socioeconómicos, culturales, políticos, institucionales, grupales e individuales.*

*Señala la importancia de que el médico haga un análisis de la demanda del paciente, la trascendencia de la palabra y de la escucha, el planteamiento de un diagnóstico situacional, la necesidad de la formación psicológica del médico y la importancia de la entrevista como medio de observación, investigación y diagnóstico.*

### SUMMARY

*The patient-doctor relationship is one of the most important aspects in a doctor's work, and it is an essential therapeutic instrument. Different social historical circumstances have determined the medical attention to be focused on the illness, not on the patient who, however, must be his first aim.*

*This work shortly describes the multiple social, economical, cultural, political, institutional, groupal and individual influences.*

*It points out the importance for the doctor to analyse the patient's requests, to stress the value of the patient's words and the doctor's listening, to plan a situational diagnostic, to have a good psychological training and to realize the importance of the interview as a mean to watch, (to) investigate and (to) diagnose.*

### PALABRAS CLAVE

*Salud mental y atención primaria. Relación médico-paciente. Transferencia y contratransferencia. Análisis de la demanda. Diagnóstico situacional. Entrevista abierta.*

### KEY WORDS

*Mental care and primary attention. Doctor-patient relationship. Transference and countertransference. Request analysis. Situational diagnostic. Open interview.*

### I. INTRODUCCION

Este artículo está escrito a partir de un seminario sobre salud mental y atención primaria organizado por los Servicios de Salud Mental de Getafe, en la Comunidad Autónoma de Madrid. Seminario organizado en colaboración con los equipos de atención primaria de los centros de salud de la zona.

El acuerdo marco In-salud-Comunidad de Madrid, firmado el día 8 de marzo de 1988, manifiesta que la Ley de Sanidad señala tres grandes objetivos en el campo de la salud mental:

1) La integración de las acciones de salud mental en el sistema sanitario general.

2) La equiparación del enfermo mental en

(\*) Psiquiatra. Comunidad Autónoma de Madrid.

cuanto a las prestaciones sanitarias del sistema público.

3) La atención integral del enfermo psíquico, contemplando los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, así como la atención en la infancia, adolescencia, edad adulta y vejez.

Entre los acuerdos de dicho convenio, el tercero se refiere a los equipos de atención primaria, en el sentido de que deberán estar capacitados en materia de salud mental para cubrir, al menos, las siguientes funciones:

— Identificar el trastorno psicoemocional y los componentes emocionales de los trastornos en general.

— Discriminar y llevar a cabo el tipo de intervención necesaria, que podrá ser:

- Atención y seguimiento propio.
- Atención con asesoramiento del equipo de salud mental.
- Derivación a los equipos de salud mental.

— Colaborar con los equipos de salud mental, en cuanto al asesoramiento, seguimiento, derivación y rehabilitación de los pacientes.

— Participar en la elaboración y desarrollo de programas de protección de la salud mental para la población en riesgo.

Dentro de las funciones de los equipos de salud mental estarán el apoyo, asesoramiento y supervisión de los equipos de atención primaria.

La atención primaria es el eje fundamental de todo el proceso de la reforma sanitaria. Múltiples estudios epidemiológicos muestran el alto grado de problemática en salud mental que llega a la consulta de los médicos de atención primaria, consideran que alrededor de una cuarta parte de los pacientes que atienden tienen alguna problemática emocional, aunque sólo se envíe al psiquiatra uno de cada 20 pacientes atendidos.

En este contexto nos pareció imprescindible plantear las dificultades de la relación médico-paciente, relación cotidiana en su práctica diaria.

La relación médico-paciente es uno de los aspectos más importantes dentro del ejercicio de la medicina. Esta relación, en general, es vivida de una manera conflictiva tanto por el médico como por el paciente. Influida por múltiples determinantes, socioeconómicos, culturales, políticos, institucionales, grupales e individuales. Las circunstancias histórico-sociales han determinado que la atención del médico se centrara en la enfermedad y se descentrara del paciente que debería ser el objetivo prioritario de su trabajo.

La representación social de la salud y de la enfermedad, las diferentes clases, funciones y roles sociales adjudicados al médico y al paciente, los conflictos institucionales, las relaciones de poder entre los diferentes colectivos (médicos, enfermeras, médicos-enfermeras, enfermeras-personal auxiliar, etcétera), la organización asistencial, son algunos de los elementos que van a influir en dicha relación. Los factores personales, como la personalidad del médico y del paciente, la formación profesional y el nivel sociocultural, las actitudes y expectativas de cada uno, son también imprescindibles para hacer un análisis de la misma.

## II. LA MEDICINA

La concepción reparadora, curativa, que se tiene acerca de la enfermedad, crea en el médico la necesidad de curar, de descubrir el síntoma que referirá a un síndrome, a un diagnóstico y a un tratamiento.

El progreso de la medicina científica ha permitido un enorme desarrollo de los conocimientos sobre el cuerpo que ha hecho necesario la existencia de superespecialidades médicas que, si bien han sido muy importantes para el

conocimiento de las enfermedades, han producido una mayor separación entre el enfermo y la enfermedad, y han favorecido la disociación mente-cuerpo. Cada especialidad se hace cargo de un fragmento, de un área corporal determinada, el cuerpo se fragmenta y la enfermedad lo es de un órgano. El médico pierde al paciente como persona y aparece como cosa, el "estar enfermo" del paciente produce incomodidad en el médico.

La formación del médico ha sido una formación de muchos años, pero básicamente teórica, con una escasa articulación entre la teoría y la práctica, un aprendizaje basado en la memorización y fundamentalmente en los aspectos biológicos de la enfermedad.

Cuanto más ha extendido la ciencia su dominio sobre el cuerpo biológico, más desposeído es el sujeto de ese cuerpo por el anonimato que le impone esa ciencia. Como decía Ginette RAIMBAULT<sup>13</sup>, cada vez más sus quejas, sus síntomas y su dolor de vivir desbordará las coordenadas científicas.

El gran avance de la tecnología y de la información en la sociedad moderna ejerce un fuerte poder de seducción en el imaginario social, la confianza que antes se depositaba en la figura del médico ahora se desplaza y se asigna a la fiabilidad de los instrumentos técnicos y a la aparente neutralidad de la información. En la búsqueda de la seguridad resulta más fiable la máquina que el médico.

Ante el declive de una medicina humanística en la que era clave la relación médico-paciente, se responde con la confianza en las instituciones tecnocratizadas, en los hospitales, que aparentemente dan una respuesta más eficaz a una medicina en la sociedad de masas.

En este tipo de sociedad la medicina se convierte en otro bien de consumo,

tanto el médico como el paciente consumen análisis, recetas, consulta, farmacia, información, etcétera. El propio médico, ante la pérdida del rol en su relación con el paciente y en ocasiones ante la falta de autoridad, vuelve su mirada a la tecnología como una forma de recuperar el crédito ante su paciente.

El médico se coloca cada vez más detrás de sus papeles, recetas, pantallas, gráficos y aparatos, y su relación con el paciente se hace poco a poco cada vez más extraña.

### III. EL PACIENTE

El médico quiere curar al paciente, y el paciente demanda curación pero también saber qué es lo que le pasa. El paciente se queja de que no entiende al médico, de que no le explica nada; los médicos se quejan de la incultura de sus pacientes, y de que, aunque se les repita mil veces las cosas, no se enteran.

El paciente quiere que le curen, coloca en muchas ocasiones al médico en el lugar de la omnipotencia, espera que el médico sepa todo lo que le pasa, y él se coloca en una actitud de pasividad, dependencia e impotencia. En la medida en que idealiza más al médico la omnipotencia de éste es mayor y también lo es su propia impotencia.

Si el médico responde a las expectativas de su paciente de una manera omnipotente, los efectos sobre la propia persona del médico aparecerán posteriormente en forma de ansiedad o trastornos funcionales u orgánicos, si la tensión es intensa y se cronifica.

Pero la relación entre la omnipotencia y la impotencia es dialéctica, de modo que si el médico no encuentra al paciente lo que él tiene, o dice que no tiene nada cuando él se encuentra mal, tiene molestias, dolores, etcétera, la relación se invierte, el enfermo pone al

<sup>13</sup> RAIMBAULT, G.: *El psicoanálisis y las fronteras de la medicina*. Ed. Nueva Visión.

médico en el lugar de la impotencia y dice "este médico no sabe nada".

Casi todos hemos vivido, en nosotros o en alguna persona cercana, la experiencia de ser paciente y los sentimientos de inseguridad, incertidumbre y dependencia que en general se experimentan frente al médico. La necesidad de que nos informe sobre lo que nos sucede y el temor a saberlo, debatirse entre querer y no querer saber lo que sucede por el temor a que confirme que estamos enfermos. Esta ansiedad es mucho más fuerte cuando del motivo de consulta puede derivarse una enfermedad grave, peligrosa para la vida, crónica, dolorosa o invalidante.

Por todas estas cuestiones se espera que el médico sea comprensivo, afectuoso, interesado en nuestra persona, que nos escuche, que nos informe con palabras que podamos entender y que nos dé tranquilidad frente al posible diagnóstico o enfermedad.

Para el paciente, la enfermedad representa lo desconocido, por ello desea saber lo que le pasa pero de una manera ambivalente. Se puede deducir la importancia de las palabras del médico, ya que, a veces sin saberlo, podrá tranquilizar o por el contrario aumentar los temores del paciente. Este quiere saber qué le puede ocurrir con su enfermedad, por sus propias imaginaciones el futuro se le hace angustioso.

El médico, a su vez, puede sentirse agobiado ante las exigencias de la propia institución, además de la de sus pacientes, tiene que atenderlos en escasos minutos y por ello a veces siente que les hace un interrogatorio para que "confiesen" lo más rápido posible la verdad sobre su enfermedad, llegando sin darse cuenta en ocasiones a ser él mismo quien responde a las preguntas por él planteadas. Al ser tan escaso el espacio ofertado por la institución para la atención de los pacientes, en algunos casos los médicos se ven convertidos en expendedores de recetas.

De esta manera la relación entre el médico y el paciente se convierte en una relación imposible, las expectativas del paciente son muy altas, el tiempo es insuficiente o está mal aprovechado, y a las exigencias y dificultades del médico se añade otra, que es la referente a su propia formación.

#### IV. LA DEMANDA

Para poder salir de esta situación es fundamental preguntarse por la demanda del paciente. ¿Qué quiere este paciente que viene reiteradamente a la consulta?, ¿qué hacer con esta mujer a la que la sientan mal todos los tratamientos?, ¿qué hacer cuando ante nuestras preguntas acerca de los síntomas responden hablando de la familia o del trabajo?, ¿qué hacer cuando los pacientes plantean preguntas a las que no se tiene respuesta?, ¿qué hacer cuando el síntoma no encaja en ninguna enfermedad?

Si el síntoma o la queja se puede referir a una enfermedad la situación es muy diferente a cuando no se encuentra ningún síntoma objetivo. ¿Cómo ir del síntoma al diagnóstico cuando no hay síntoma?, parece como si estos pacientes no fueran auténticos enfermos. El enfermo que no tiene nada preocupa al médico, no sabe qué hacer cuando todo es negativo a pesar de haber hecho todos los análisis complementarios posibles.

Frente a este paciente el médico descubre su necesidad del síntoma, si no lo halla se encuentra ante un ser humano que espera algo de él, es ahí cuando se produce la ansiedad del médico, cuando no sabe qué quiere el paciente, ni tampoco qué es lo que puede darle.

El paciente puede pedir alivio, consejo, saber sobre su enfermedad, tener un lugar para hablar y ser escuchado, o en algunas ocasiones el paciente puede desear ser un enfermo y por ello se resiste a cualquier tipo de tratamiento.

Es importante conocer la función que cumple la enfermedad en el inconsciente del enfermo, ya que a veces la enfermedad puede tener beneficios secundarios, ya sean conscientes o inconscientes, el ser amado, ser reconocido, ser compadecido, la necesidad de castigarse, etcétera. En otros, el cese del trabajo, de las obligaciones familiares o sociales, la satisfacción regresiva de la dependencia, la huida de una realidad dolorosa.

En estos casos hay una relación, en general, entre la enfermedad y determinados acontecimientos de la vida del sujeto. La enfermedad es un acontecimiento significativo en la biografía particular del individuo, pero hay que tener en cuenta que este significado puede ser inconsciente.

Igual que el médico podía molestarse cuando ante su pregunta, desde cuando tiene este dolor, el paciente le respondía: desde que murió mi madre, o desde que me echaron del trabajo al cerrar la empresa, es decir, cuando el paciente responde como persona y no sobre la enfermedad que es lo que él había preguntado, el paciente también puede molestarse cuando ante sus síntomas el médico le responde interesándose por su persona. En otras ocasiones es el paciente el que lo oculta porque cree que no le interesa al médico o porque si refiere problemas emocionales va a ser considerado un enfermo mental.

## V. LA RELACION MEDICO-PACIENTE

Para el médico el único camino para acceder al paciente es la palabra, es la única posibilidad de evitar malentendidos, pero, como decíamos, siempre que se haya sabido escucharla.

El médico en ocasiones habla mucho, no deja espacio para que hable el paciente, sobre todo cuando la situación le crea ansiedad. Así frente a su palabra desaparece la del paciente, por ello la primera condición para que pueda darse

la relación es que el médico sepa callarse, lo que implica que haya podido superar su propia angustia frente al silencio.

La relación médico-paciente no existe, se crea, como dicen INGALA y ALAZRAQUI<sup>9</sup>, "el médico habla en un lenguaje que el paciente no entiende, el lenguaje médico, pero el paciente también habla en términos que el médico no entiende, pues se gesta en una historia particular. Si la reunión se hace posible es porque comparten un fin explícito o implícito: la curación".

"Es importante que el médico reconozca que la palabra tiene efectos sobre el cuerpo y que el síntoma tiene un sentido. El enfermo no se librará del síntoma hasta que su sentido no haya sido captado por medio de la palabra." La insistencia del síntoma, el dolor, el trastorno de una función, no lo evalúan estos autores como un accidente que rompe un equilibrio biológico, sino como un discurso que ya había comenzado y se sirve del síntoma para expresar una demanda, un deseo.

"La palabra es la mediadora entre el médico y el paciente, un cuerpo tratado como objeto científico deja escapar la especificidad del sujeto. A través de la escucha el médico puede esclarecer el síntoma con el discurso del paciente y no leerlo mediante el encasillado científico que reduce cada cuerpo a un cuerpo anónimo."

Pero para el médico el sujeto que habla no se adecúa a sus expectativas, habla poco o demasiado, no le explica lo que quiere saber, se refiere a temas que nada tienen que ver con el síntoma. En algunos momentos siente que no se dirige a él, que le hace demandas como si fuera un niño, que le pide protección, cariño, situaciones que nada tienen que ver con las enfermedades que él conoce.

<sup>9</sup> INGALA, A.; ALAZRAQUI, L.: *El médico en su encuentro con el psicoanálisis*. "Cuaderno del Psicoanálisis". Número 10. Año IV. Boletín de CEPYP.

Tanto el médico como el paciente deben estar en condiciones de escucharse y dar sentido a lo que el otro dice, ello implica reconocer lo que no se entiende y plantear interrogantes. El paciente ha de preguntarse por sus temores, expectativas, por su participación en el tratamiento. El médico sobre la relación que establece el paciente con él y lo que a su vez se le moviliza, como hacerle participar con su familia, como dar la información en el momento más adecuado, etcétera.

## VI. EL MEDICO

El campo de la relación médico-paciente está constituido por lo que denominamos fenómenos transferenciales del paciente y contratransferenciales del médico. Los primeros surgen de las ansiedades más básicas del hombre, corresponden a los sentimientos, actitudes y conductas inconscientes básicamente aprehendidas en el grupo familiar y que son reactualizadas en el aquí y ahora con el médico. Durante la enfermedad el paciente puede regresar a etapas más precoces de su desarrollo y así el médico se convierte en una figura parental y se relaciona con él como lo hizo con sus figuras paternas.

La contratransferencia incluye los fenómenos que aparecen en el profesional, como efecto de las manifestaciones del paciente. Como vemos, a la observación se agrega la autoobservación, importante como emergente de la situación presente. La tesis de M. BALINT, uno de los autores que más ha trabajado en el tema de la relación médico-paciente, es que la contratransferencia es una de las principales herramientas de su trabajo. Las emociones despertadas en el médico serán de gran valor para el paciente, si se usan como una fuente más de "insight" en los conflictos y defensas inconscientes del paciente.

Desde el año 1950 M. BALINT<sup>11</sup> empieza a coordinar grupos de médicos con dos objetivos prioritarios: enriquecer la praxis médica con el saber escuchar e introducir la noción de acción terapéutica de la medicina médica.

Para este autor, en el campo de la relación médico-paciente se va a desarrollar la enfermedad, y, por otra parte, la relación entre ellos forma también parte de la "enfermedad".

Frente al diagnóstico biológico plantea un diagnóstico situacional que incluye los siguientes interrogantes:

¿Qué está pasando con el paciente, con sus síntomas, con su tratamiento, con la familia y con el médico? Estas preguntas dan verdadero sentido a su quehacer y posibilitan su aprendizaje.

¿Pero qué problemas tienen los médicos?

El acto médico está lleno de situaciones que producen ansiedad y angustia, ni el médico, ni el paciente saben qué es lo que va a pasar. El médico en muchas ocasiones no sabe cómo puede dosificar su presencia en la relación con el paciente.

¿Por qué soy médico? Es una pregunta que se puede plantear, estas motivaciones para la elección de su profesión también son importantes en la relación con sus pacientes.

El médico establece una relación, en la que uno de los mecanismos más importantes es el de la identificación. Frente a circunstancias problemáticas pueden ocurrir dos situaciones: deslindarse del otro o identificarse masivamente. Si ocurre lo primero el paciente se sentirá tratado como un objeto, el médico para defenderse de sus ansiedades tratará a todos los pacientes igual, sólo reconociendo sus órganos enfermos. Pero el identificarse masivamente con el paciente, también imposibilita su tarea como médico.

<sup>11</sup> LUCHINA, I.: *El grupo Balint, hacia un modelo clínico situacional*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1982.

La angustia del médico es una de las principales fuentes de la enfermedad iatrógena. El que aprenda a manejar sus ansiedades frente al paciente y a la enfermedad va a ser fundamental para la evolución del proceso terapéutico y para la toma de responsabilidades de ambos.

El médico debe lograr una distancia del paciente que le permita operar, es decir, no estar tan distanciado que el paciente se sienta tratado como una máquina, a la que hay que reparar, ni tampoco tan identificado que no pueda percibir sus procesos.

La formación psicológica del médico es muy importante para que pueda instrumentar estas situaciones y de esta manera evitar disociaciones en la relación con el paciente, que tan costosas son para ambos. Comprender la demanda del paciente, que en ocasiones es realista y en otras está ligada a la depositación omnipotente en la figura del médico, es fundamental. Pero el equipo médico ha de superar sus propios prejuicios frente a las terapias psicológicas para poder responder a las necesidades de sus pacientes.

Aunque también el médico puede preguntarse: ¿qué derecho tengo a meterme en la vida del paciente?, pregunta comprensible si bien ya el mismo acto médico le involucra en la vida del paciente, que le hace partícipe, a no ser que se repliegue y hable solamente de su enfermedad.

Esto es fundamental, ya que sin el compromiso del médico no puede haber efectos terapéuticos en el paciente. La terapia, más que el diagnóstico, depende de la subjetividad del médico, del paciente y de la relación que se establece entre ambos. Como el médico a veces puede actuar como agente de enfermedad, la crítica del comportamiento médico deja de tener un carácter retórico.

## VII. LA ENTREVISTA

La relación médico-paciente es, por tanto, un importante instrumento terapéutico en su práctica cotidiana. Insistir en la importancia del saber escuchar, teniendo en cuenta que el problema no es qué responder a los pacientes sino tratar de entender el sentido de sus preguntas, y comprender que a veces el paciente no puede entender lo que dice el médico por la ansiedad e inquietud con que le escucha.

La inclusión de los familiares también es fundamental en la comprensión del proceso, en muchas ocasiones el paciente se ha hecho cargo de las tensiones familiares, en otras, la enfermedad del paciente, sobre todo si es grave e invalidante, tiene importantes repercusiones en la familia, mucho más si se produce la muerte del paciente. Por ello, el trabajo con la familia es de gran interés y en muchos casos imprescindible, ya que pueden aportar datos básicos para la comprensión y tratamiento de la enfermedad del paciente. Dentro de la relación médico-paciente la entrevista que realice el médico va a ser el marco que posibilite o no dicho encuentro.

La entrevista con el paciente puede ser abierta o cerrada. En la primera es el paciente el que configura el campo y posibilita una investigación más profunda de la personalidad del entrevistado. Por otra parte, la segunda permite una mejor comparación sistemática de datos.

La entrevista es distinta a la anamnesis, en ésta la finalidad reside en la recopilación de datos, y el paciente queda reducido a un mediador entre su enfermedad, su vida y sus datos, por un lado, y el médico, por otro. Es útil dedicar una parte del tiempo de la consulta como entrevista y otra parte para completar los datos requeridos.

Además de la función de escuchar, el vivenciar y observar son fundamentales para que el técnico realice la en-

trevista. El entrevistador controla la entrevista pero quien la dirige es el entrevistado.

Como dice BLEGER<sup>3</sup>, en su libro *Temas de Psicología (entrevista y grupos)*: "El trabajo profesional del médico adquiere trascendencia cuando coinciden la investigación y la tarea profesional, ello resguarda de la deshumanización en la tarea más humana: comprender y ayudar a otros seres humanos. Indagar y actuar, deben ser manejados como momentos inseparables de un solo proceso. El médico y el paciente constituyen un grupo en el que sus integrantes están interrelacionados y en el que la conducta de ambos es interdependiente. La conducta de uno actúa como estímulo para la conducta del otro".

En cuanto a la entrevista, sobre todo en aquellos pacientes que el médico observe problemas emocionales. Es importante recoger los siguientes datos:

I. Si viene voluntariamente o no, ello indica la percepción o negación de su enfermedad.

II. Si viene solo o acompañado, nos puede dar datos del carácter y personalidad del paciente.

III. Quién hace la demanda, si es el médico, la familia o el propio paciente. Esto mostrará, entre otros aspectos, la motivación del paciente y es significativo para el pronóstico.

IV. Le preguntaremos qué le pasa, y si lo pone en relación con algún acontecimiento de su vida.

V. La actitud del paciente, forma de expresión y de relacionarse, por qué hace la demanda en este momento y el lugar que ocupa el síntoma en su vida.

VI. Pequeña síntesis biográfica, observando fundamentalmente en qué momentos se emociona el paciente, cuándo cambia de temática y, sobre todo, si ha tenido separaciones, enfermedades graves, muertes. Hay que destacar si estos hechos han ocurrido en su temprana infancia.

Centrarnos en los momentos de cambio: adolescencia, boda, embarazo, partos, menopausia, jubilación, etapas de gran significación social.

VII. Brevemente recoger datos acerca de las relaciones más significativas: familiares, laborales y sociales.

VIII. Finalmente, recoger lo que el paciente espera, su fantasía de ayuda, de tratamiento, sus fantasías de curación y las resistencias a ser ayudado.

La indicación de tratamiento estará en función del probable diagnóstico de la enfermedad y de estos ítems.

La importancia de la relación médico-paciente lleva implícita una nueva conceptualización sobre la medicina y el proceso salud-enfermedad, cambios que proponen una distinta planificación y organización de la asistencia sanitaria (trabajo en equipo: distribución de funciones, toma de decisiones y responsabilidades, inclusión de otros profesionales: psicólogos, enfermería, asistentes sociales, elaboración de programas de coordinación con atención secundaria y hospitalaria, con los servicios sociocomunitarios de la zona, etc.).

Finalmente, insistir en que es necesario buscar alternativas nuevas a los problemas planteados en la relación médico-paciente y hallar instrumentos que puedan aportar soluciones más integrales.

<sup>3</sup> BLEGER, J.: *Temas de Psicología (entrevista y grupos)*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1971.



## BIBLIOGRAFIA

- (1) BALINT, M.: *El médico, el paciente y la enfermedad*. Ed. Libros Básicos. Buenos Aires, 1977.
- (2) BALINT, M.: *La falta básica*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1982.
- (3) BLEGER, J.: *Temas de Psicología (entrevista y grupos)*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1971.
- (4) CARETTI, J.: *Presentación del centro de estudios Balint*. "Cuaderno de Psicoanálisis". Número 10. Año IV. Boletín de CEPYP.
- (5) FERRARI y LUCHINA: *Asistencia institucional, nuevos desarrollos de la interconsulta médico-psicológica*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1979.
- (6) FERRARI y LUCHINA: *La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1971.
- (7) FOUCAULT, M.: *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI. Madrid, 1978.
- (8) FREUD, S.: *Consejos sobre psicoterapia*. Tomo III. Obras Completas, página 1.007. Biblioteca Nueva. Madrid, 1972.
- (9) INGALA, A. y ALAZRAQUI, L.: *El médico en su encuentro con el psicoanálisis*. "Cuaderno de Psicoanálisis". Número 10. Año IV. Boletín de CEPYP.
- (10) ISRAEL, L.: *El médico frente al enfermo*. Ed. Libros de la Frontera. Barcelona, 1976.
- (11) LUCHINA, I.: *El grupo Balint, hacia un modelo clínico situacional*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1982.
- (12) MATEO MARTÍN; IRUELA CUADRADO y HERNÁNDEZ MONSALVE: *Guía de Salud Mental en Atención Primaria de Salud*. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1985.
- (13) RAIMBAULT, G.: *El psicoanálisis y las fronteras de la medicina*. Ed. Ariel. Barcelona, 1985.
- (14) RAIMBAULT, G.: *Pediatría y psicoanálisis*. Ed. Amorrortu. Argentina, 1973.
- (15) LÓPEZ ALVAREZ, M.: *Salud Mental y Atención Primaria*. "Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría". Número 10. Agosto, 1984.
- (16) OMS: *Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata, 1978.
- (17) OMS: *Función del médico de sanidad y del médico general en las actividades de higiene mental*. Serie "Informes Técnicos", número 235.
- (18) INFORME DE LA COMISIÓN MINISTERIAL: *Para la reforma psiquiátrica*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Abril, 1985.