

NUEVAS PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

Alejandro Rocamora Bonilla

I.- INTRODUCCIÓN

En los más de veinticinco años de experiencia clínica he tratado diferentes patologías como especialista en psiquiatría, que podemos clasificar, por orden cronológico, en tres grandes grupo:

1°.- **Psiquiatría pesada:** a finales de los años 70 y principio de los 80 (del siglo pasado) un psiquiatra se encargaba fundamentalmente de las graves patologías: esquizofrenias, depresiones endógenas, neurosis obsesivas y fóbicas. En aquellos momentos todavía la psiquiatría no tenía un lugar propio en la sanidad pública y su trabajo se solapaba con el neurólogo. De hecho éramos neuropsiquiatras y trabajábamos en solitario en las instituciones públicas.

2°.-**Psiquiatría social:** a mediados de los 80, impulsados por la reforma psiquiátrica, el psiquiatra toma un papel más social y se incrementan las demandas por consumo de sustancias y los problemas derivados del Sida, así como se inicia el tratamiento de los problemas propios de la convivencia familiar.

3°.-**La psiquiatría se convierte en salud mental:** desde hace unos 10-15 años se potencian los Centros de Salud Mental, incluso se sacan de los ambulatorios de la Seguridad Social, se constituyen equipos multidisciplinares (psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras) y el abanico de la patología tratada se amplía a los problemas relacionales, de pareja, estrés o problemas laborales. La labor de la psiquiatría desde entonces, no se reduce a los estrictamente clínico, sino que también tiene una función preventiva y rehabilitadora, de las patologías psíquicas del ser humano.

II.- APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SALUD-ENFERMEDAD

Desde que en 1948 un Comité de Expertos de la OMS definió **la salud** como " el estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no solamente la mera ausencia de enfermedad o minusvalía", se ha evolucionado mucho.

Indudablemente este concepto de salud presentaba grandes novedades : la salud no es solamente la ausencia de afección corporal, como la riqueza tampoco es la ausencia de pobreza, ni la paz ausencia de guerra ; supera el estrecho criterio físico y somático como único reducto de la enfermedad, trascendiendo así el modelo organicista del enfermar humano; y pone el énfasis en la integración de lo psíquico, lo social y lo físico, como una condición indispensable para definir la salud.

Pero, junto a estos aspectos positivos, existen otras lagunas no superadas por la postura oficial : es una definición tautológica e implica un concepto estático de salud, ya que ese completo bienestar se presenta como una meta a lograr, pero una vez que se consigue, no se pierde. Esto, al menos es lo que sugiere la definición de la OMS.

Hoy día se han superado **los modelos lineales** para explicar la enfermedad como resultado de la presencia de un agente patógeno en el organismo humano. Así, incluso en la orientación más organicista y determinista no se defiende que la neumonía, por ejemplo, solamente sea causa del neumococo. Existen otros factores(disminución de defensas, situación psicológica del sujeto, etc.) que favorecerá o no la aparición de esa enfermedad. Hoy la medicina, mas que preguntarse por qué, se cuestiona el qué. Es decir, el buen clínico no se queda solamente en descubrir el origen de la patología sino que intenta comprender el proceso en su más íntima estructura. Por esto, hoy, mas que nunca es cierto que no hay enfermedades, sino enfermos.

Incluso, **el modelo circular**, la interacción de numerosas causas para producir la enfermedad, se ha quedado obsoleto. En este encuadre cada elemento es a la vez causa y efecto. No hay causalidad ligada a los elementos. La causalidad misma está en todo el proceso. Por ejemplo : un enfermo es hospitalizado. Mejora. Vuelve a a casa, empeora. Es hospitalizado. Mientras no se introduzca algún cambio el proceso sugerirá de forma indefinida.

Es lo que se intenta cuando a la enfermedad se la observa como un punto de crisis y con una posibilidad de cambio. Y además, la mirada del terapeuta no se centra solamente en el síntoma (fiebre, dolor, ruptura del hueso, etc.) sino que intenta abarcar a todo el individuo (Neuburger, 1997).

Desde una **perspectiva dinámica** la salud se puede definir como "el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento dentro de los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad (Salleras Sanmartí, 1985).

La enfermedad es un estado de desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo vivo. No tiene sentido sino en función del hombre tomado como una **unidad biológica-psíquica-social**. Así, una simple gripe manifiesta síntomas orgánicos (fiebre y dolores musculares), pero también psicológicos (angustia, y ansiedad) y puede tener consecuencia sociales (baja laboral, etc.).

La salud, pues, engloba aspectos subjetivos (bienestar mental), y aspectos objetivos (capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo).

En definitiva, podemos afirmar que la salud es un equilibrio entre el hombre (ser bio-psico-social) y su ecosistema. El nivel de salud de un individuo dependerá de la eficacia de sus propios mecanismos defensivos y de las condiciones del entorno.

De aquí se derivan algunas consecuencias importantes. Señalamos una de ellas: la enfermedad no solamente afecta al órgano en cuestión (corazón, hígado, etc.) sino que es toda la persona la que está enferma, e incluso toda la familia se siente sumergida

en la experiencia dolorosa, así como los amigos, compañeros y vecinos están salpicados por esa angustia.

Por esto, hoy podemos hablar de **medicina contextual** (Frenck y otros , 1984) en el sentido de preocuparnos no solamente del individuo enfermo sino también de las alteraciones que se producen aquí y ahora en la interacción del individuo con su entorno laboral, familiar y social.

Siguiendo a Dell (1983) , podemos decir que todo sistema (familiar, social, etc.) esta organizado de forma coherente, encajando sus partes entre si y evolucionando de acuerdo con dicha coherencia. La enfermedad, como fenómeno individual y familiar, rompería esa estructura, y la propia inercia del sistema le llevaría a restablecerla rápidamente, de forma sana o patológica.

III.- APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE SALUD MENTAL

3.1.- La salud mental: “equilibrio inestable”

Siguiendo a Tizón (1982) podemos afirmar que no existe un concepto científico para definir la salud mental. Tal término alude, sobre todo, a una noción más o menos cargada de elementos ideológicos, y, en todo caso, la salud mental es una práctica, una pragmática, un modo de vivir y trabajar, un modo de vincularse los hombres.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1951) definió la salud mental como “ un estado sometido a fluctuaciones debidas a factores biológicos y sociales, y que permite al individuo realizar una síntesis satisfactoria de sus propias tendencias instintivas, potencialmente conflictivas, constituir y mantener armoniosas relaciones con otras personas y participar en cambios constructivos dentro de su medio ambiente físico y social”. Y Freud, de forma intuitiva, afirmó que una persona normal es la que es capaz de “trabajar y de amar”.

En la práctica, la salud mental supone :

- Ausencia de alteraciones psicopatológicas, reconocibles como componentes de un cuadro clínico psiquiátrico.
- Existencia de una organización madura de la personalidad.
- Adaptación adecuada de la persona a los distintos conflictos y momentos evolutivos de la vida.

Adaptación, entendida según Piaget (1955), como equilibrio entre los movimientos de asimilación y acomodación. Asimilación como sinónimo de la capacidad de incorporar elementos y vivencias del medio entorno, y, acomodación, como la posibilidad de modificar la propia estructura del individuo en función de las exigencias de ese mismo medio. Cuando se consigue ese equilibrio, entre esas dos tendencias, se habrá logrado una adaptación sana, creativa, no patológica, ni destructiva.

La normalidad, pues, hay que definirla en tres aspectos : **clínico, estructura de la personalidad** y con relación **al momento evolutivo** en que se está viviendo.

Es decir, seremos mentalmente sanos si no padecemos ningún síntoma psíquico, pero además nuestro desarrollo psicológico ha sido armónico y ha configurado una personalidad estable y con capacidad de vincularnos con el no-yo.

Como se comprenderá , todo esto no es un estado (algo estático) sino que por definición es una posición (algo dinámico), que fluye a lo largo de toda la vida del sujeto. La salud mental no se consigue en un momento de la existencia, sino que es un programa que debe ser actualizando constantemente y que sólo se concluye con la muerte.

El sujeto va configurando su personalidad, su modo de estar en el mundo, a lo largo de su propia historia biográfica y en contacto directo consigo mismo y con el entorno. Las vivencias externas e internas (conscientes o inconscientes) son las que van moldeando al individuo y constituyendo lo que Bergeret (1980) llamó **la estructura**.

Freud (1932), en sus Nuevas Lecciones Introdutorias al Psicoanálisis, dijo que si dejamos caer al suelo un bloque de mineral en forma cristalizada se rompe, pero no de forma aleatoria ; las fracturas seguirán las líneas de clivaje cuyos límites y direcciones, aunque invisibles exteriormente, se encontraban ya determinados de forma original e inmutable. Ocurre lo mismo con la estructura psíquica. El sujeto con estructura neurótica se “romperá” con un cuadro neurótico y el sujeto con estructura psicótica, evolucionará hacia una psicosis. Existe una posición intermedia que dará lugar a las personalidades borde-line.

La neurosis refleja una actitud de sometimiento a las dificultades, renunciando a la lucha, y huyendo , a través de los síntomas, del núcleo fundamental del conflicto. El neurótico es la persona que no se encuentra consigo mismo ni con los demás y se reviste de sus síntomas (fobias, obsesiones, malestar físico, etc.) para modificar, sin destruir, la realidad. Se crea su propio mundo lleno de angustias, miedos y ansiedades, como forma de desplazar la esencia de su conflicto. Se defiende a través de la huída; descubre una puerta falsa que es su sintomatología.

En el polo opuesto está el **psicótico** : no acepta su propia realidad y lo que le rodea y entonces la transforma. Y aparecen los fenómenos delirantes y alucinatorios como forma de cambiar profundamente su mundo. Se creen Napoleón o Jomeini, o piensan que son la Virgen María. No huyen, se quedan inmóviles, pero destruyen la propia realidad: ellos y el mundo se convierten en otros.

Por el contrario, **los trastornos de personalidad (especialmente los trastornos antisociales)** no huyen ni se quedan inmóvil, sino que atacan, en un intento por destruir una realidad que no les agrada. Rompen las normas establecidas, imponiendo su forma de vivir y de pensar.

En este sentido, podemos concluir diciendo que la normalidad se identifica con “equilibrio inestable” que fluye a lo largo de toda la vida del sujeto y que supone una actitud de atención-defensa ante sí mismo y ante los demás, pero sublimando todas las dificultades ,sin huir, atacar o quedarse pasivo ante el conflicto.

3.2.- Algunas definiciones de salud mental

- **Criterio sociológico: Goffman:** define a la enfermedad mental no como unos síntomas claramente delimitables sino como “una incorrección situacional”.
- **Criterio psicodinámico: K. Menninger:** define la salud mental como “la adaptación de los seres humanos al mundo y al otro con el máximo grado de eficacia y felicidad”. Es decir, es capaz de elaborar sus ansiedades depresivas y persecutorias para no caer en una descompensación psicótica o neurótica.
- **Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana (1976):** Define la salud mental como “aquella manera de vivir que es gozosa, autónoma y solidaria”. Es decir la salud mental es un “equilibrio inestable” entre el sujeto consigo mismo y este con su medio, que permite el goce pleno y armónico de sus facultades, para conseguir una “autonomía plena y solidaria”, pensando también en los otros.
- **DSM-IV:** aporta los siguientes criterios para el diagnóstico de la enfermedad mental:
 - * evidencia de sintomatología
 - * comportamiento social desajustado
 - * duración prolongada de los síntomas.

IV.- PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

4.1.- Algunos datos

Según el VI congreso Nacional de Psiquiatría (octubre 2002) actualmente las enfermedades mentales afectan a más de 400 millones de personas. En España, se calcula que existen unos 800.000 enfermos mentales y que tres de cada diez personas pueden desarrollar algún tipo de trastorno a los largo de su vida. Según los datos de los últimos estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud, antes de quince años, la falta de salud de la población mundial a causa de enfermedades mentales se incrementará del 11% actual hasta un 15%.

4.2.- Patologías emergentes

- En un estudio de la OMS sobre el futuro de la carga de morbilidad en el mundo, se concluye que la **depresión** será la mayor causa de incapacidad en los habitantes de países desarrollados en el año 2020.
- Se estima que entre el 3-6% de los usuarios de Internet son adictos al mismo. En España se calcula la existencia de un millón de internautas, de los cuales 60.000 son ciberadictos.
- El paro es una de las causas de patología psíquica sobre todo de ansiedad y depresión. Lo cierto es que alrededor del 95% de los desempleados se hacen más vulnerables.

4.3.-Clasificaciones oficiales: DSM-IV

Según el DSM-IV el umbral de lo patológico ha ido bajado, ya que en cada nueva edición se han ido aumentando los trastornos psiquiátricos contabilizados. Así:

- DSM-II (1968) : 180 trastornos mentales
- DSM-III (1980): 265 trastornos mentales
- DSM-IV (1994): 297 trastornos mentales

Con estos datos surgen varias preguntas: ¿existen nuevas enfermedades o se están inventando?; ¿ el reconocimiento de nuevas enfermedades es solo por criterios clínicos o por presiones de algunos grupos?; ¿realmente existen nuevas enfermedades mentales o los criterios de diagnósticos se han perfeccionado detectando más patología?

Las respuestas a estas preguntas no son sencillas. Es cierto que en algunos casos se han producido presiones por algunos grupos para la desaparición o inclusión de algunas patologías en las clasificaciones oficiales. Por ejemplo, la homosexualidad desaparece de las listas psiquiátricas por la presión de los grupos de homosexuales en Estado Unidos; por otro lado el T. Postraumático aparece en el DSM-III (1980) por presión de los veteranos de Vietnam, pues de esta forma se facilitaba el cobro de una pensión por sus dolencias físicas o psíquicas. Pero también, los cambios sociales, la forma nueva de vivir, la nueva tecnología son factores que han influido en la aparición de nuevas patologías como la adicción a internet.

V.- NUEVAS PATOLOGÍAS

5.1.- Patologías vinculares

Nuestras vidas confluyen y se entrecruzan con nuestros hijos, hermanos, padres, compañeros de trabajo o con el portero de nuestra finca, por poner algunos ejemplos. Todos, de una manera directa o indirecta, estamos colaborando en moldear la personalidad del otro, al mismo tiempo que nuestra estructura yoica se cristaliza.

Si algo necesita el hombre para existir es el vínculo. Así lo demostró Bowlby (1958) partiendo de observaciones con bebés-monos, desde donde llegó a elaborar su teoría de **la pulsión de apego**. Esta trasciende la teoría oral de Freud, pues parte de otros presupuestos. La felicidad del ser humano no se basa en su capacidad para reducir tensiones (teoría energética de Freud) sino en encontrarse consigo mismo y posibilitar la relación con el otro sin desaparecer (teoría vincular de Bowlby). En este aspecto, la conexión con las figuras parentales (fundamentalmente con la madre) será decisiva para determinar una evolución correcta.

Separación y vinculación serán los dos raíles por donde discurra el devenir de cada sujeto. Si es capaz de mantener un adecuado equilibrio entre esas dos tendencias será feliz; de lo contrario surgirá la angustia, e incluso el suicidio.

Lo esencial según Fromm (1975) no es el instinto de vida o instinto de muerte (Freud, 1915) sino el **instinto de vinculación** : el hombre necesita sentirse integrado en algún sistema (familiar, laboral, etc.). Pero además, simultáneamente el hombre ha tenido que ir armonizando las tendencias del "yo" para conseguir ese "equilibrio inestable" que es la salud psíquica. Es decir, la salud mental debe conjugar un doble movimiento: la sintonización consigo mismo y una interrelación adecuada con el entorno. Cuando alguna de estas posiciones falla, se produce la angustia, que puede llegar a la autodestrucción.

El concepto opuesto al de vinculación es el de aislamiento o soledad. Para Yalom (1984), desde el punto de vista clínico, se pueden diferenciar tres tipos de aislamientos: el aislamiento interpersonal, que se experimenta como soledad y está en relación con la dificultad de comunicación con el otro, por causa del estrés, la masificación, la aceleración, etc. de la vida cotidiana; el aislamiento intrapersonal, se refiere a la falla de los mecanismos internos integradores del individuo que le sitúan en una posición neurótica ; y el aislamiento existencial, que persiste aunque se esté en compañía.

La conjunción de esas tres vivencias se puede denominar **soledad afectiva** (Rocamora, 1986): es una soledad entendida, no solamente como ausencia de contacto físico o social, sino como algo más profundo: incapacidad para comunicarse de núcleo a núcleo.

Teniendo como telón de fondo las anteriores reflexiones podemos indicar **las nuevas patologías vinculares**, bien por vínculos disfuncionales, exceso de la vinculación, o ausencia del vínculo:

a).-Disfunción vincular:

- Mobbing
- Malos tratos
- Burnout

b).- “Exceso” vincular:

- Adicciones a sustancias
- Adicciones sin sustancias (máquinas, trabajo, etc.)

c).-Ausencia vincular:

- Síndrome de Diógenes (ancianos)
- Viudos
- Emigrantes

5.2.- Patologías evolutivas

El ser humano está inserto en un medio y en una sociedad, y por lo tanto no puede ser ajeno a los vaivenes sociales y a los cambios tanto de valores como tecnológicos que se produzcan en su entorno. Así, el cambio del rol de la mujer, con mayor presencia en el mundo laboral está ocasionando un cambio en el sistema familiar y un cuestionarse sobre la función de cada miembro de la familia; las jubilaciones anticipadas, que se producen en una persona todavía útil para el trabajo y que no ha hecho otra cosa en su vida que trabajar, puede suponer una conmoción en el propio individuo pero también en la pareja; los avances de la medicina están consiguiendo que patologías orgánicas que tenía pocas posibilidades de curación, hoy al menos el sujeto sigue viviendo (algunos cánceres, demencias, etc.); la propia distribución del trabajo en la que dos cónyuges deben aportar ingresos económicos para subsistir, están provocando “nuevas patologías” que no se conocían en tiempo de nuestros abuelos. Señalamos las siguientes:

- **Síndrome del ama de casa**
- **Síndrome del jubilado**
- **Síndrome de los abuelos**
- **Síndrome del cuidador.**

5.3.- Nuevas patologías psiquiátricas

El término “nuevo” aquí se puede entender de tres maneras: como algo que no estaba antes y que ha surgido ahora, o bien , como las patologías que son “nuevas” porque han aparecido en los últimos años en las clasificaciones psiquiátricas, y también, son “nuevas” porque, aunque existieran antes, en los últimos años a aumentado su incidencia y prevalencia.

Psiquiatría pesada:

- **Esquizofrenia Paranoide**
- **Depresión mayor**
- **Anorexia**
- **Trastorno obsesivo –compulsivo**
- **Los “nuevos crónicos”: esquizofrenia más adicciones**
- **Patología Dual**
- **Trastornos de personalidad**

Psiquiatría ligera:

- **Trastornos de ansiedad**
- **Agorafobia**
- **Trastornos psicósomáticos**

Patologías que han cambiado de nombre

Reacciones anormales.....	T. Postraumático
Depresión neurótica.....	Distimia
Neurosis.....	Trastorno de ansiedad
Psicopatía.....	Trastorno antisocial
Depresión endógena.....	Depresión mayor
Psicosis Maníaco depresiva.....	Trastorno bipolar
Esquizofrenia hebefrénica.....	Esquizofrenia desorganizada
Esquizofrenia simple	Esquizofrenia indiferenciada
Desarrollo paranoide (paranoia)	Trastorno delirante
Psicosis mixtas.....	Trastorno esquizoafectivo
Neurosis histéricas.....	Trastornos disociativos
	Y t. Somatomorfos.

VI.- EL ACTUAL USUARIO EN SALUD MENTAL

Dos actitudes sobresalen en los clientes de Salud Mental (Moya i Ollé, 1999) : **el infantilismo y la victimación**. La primera se manifiesta en la actitud pasiva que los consultantes toman ante sus problemas: ¿qué hago Doctor, me separo o no?; ¿Llevo a mi padre a la residencia o no?; ¿cambio de trabajo?, etc. No comprenden que la Salud Mental no es lo mismo que la salud corporal, donde el buen paciente es el que cumple fielmente el tratamiento prescrito. Es lo que se pide al paciente somático. Pero la salud mental supone algo más: el paciente debe intentar examinar sus experiencias y vivencias y buscar la solución más adecuada. El terapeuta le puede intentar insinuar el camino, pero él lo tiene que recorrer. Incluso cuando la petición es de un psicólogo lo hacen pensando que éste les dará la solución a sus problemas.

Otro gran grupo de pacientes se identifican con la víctima y por lo tanto es necesario que los demás(padre, hermanos, o esposo/a, etc.) cambien, pero no ellos. Con relativa frecuencia nos encontramos con personas que no desean cambiar pues consideran que el mal está fuera y son los otros los que deben modificar la conducta. Todo esto conlleva el peligro de psiquiatrizar o psicologizar el sufrimiento de la vida cotidiana ; aspectos como las dificultades en el trabajo, con la pareja, etc. Que antes eran motivo de consulta al sacerdote o al amigo, hoy se pide consulta con el psiquiatra.

VII.- Conclusiones

1º.- El umbral de sufrimiento psíquico está bajando. Antes solamente se consultaba al psiquiatra por síntomas muy graves (gran tristeza, delirios, etc.) lo que ha constituido tradicionalmente la psiquiatría pesada; hoy la consulta al psiquiatra se está banalizando: se consulta por el malestar con la novia, por problemas con el jefe o por no saber buscar los recursos sociales apropiados para el padre con Alzheimer. Lo que antes era motivo de consulta al sacerdote o al amigo hoy es motivo de consulta psiquiátrica.

2º.- En mi experiencia clínica cotidiana compruebo que la raíz de las actuales patologías está en **las alteraciones vinculares**, en las que el estrés, la sociedad consumista y competitiva, está dirigida a poseer, no a establecer relaciones armónicas y creativas.

3.- La propia evolución de la vida (cambio de valores y cambios tecnológicos) está produciendo lo que hemos llamado **la patología evolutiva**, donde las diferentes etapas por las que pasa el ser humano se pueden convertir en fuente de posibles conflictos y sufrimientos.

BIBLIOGRAFÍA

Bergeret, J. : La personalidad normal y patológica, ed. Gedisa, Barcelona,1980.

Bowlby, J. (1958) :Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida, ed. Morata, Barcelona, 1986.

Dell, P. : "Más allá de la homeostasis: hacia un concepto de coherencia". En Terapia Familiar, 11, 1983, p. 75 - 115 .

DSM-IV. (1994):Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, ed. Masson, Barcelona, 1995.

Frenck, A y Frenck, N.: "Más allá de la medicina holística". En Psicopatología, 4, 3. (1984) p. 310- 314.

Freud, S. (1915) : Los instintos y sus destinos, Obras completas, tomo II, ed. Biblioteca Nueva, 3ª ed., Madrid, 1973, pp. 2039-2052.

Freud, S. (1932) : Nuevas Lecciones Introductorias al Psiconálisis, Obras Completas, tomo III, ed. Biblioteca Nueva, 3ª ed. Madrid, 1973, pp. 3101-3206.

Fromm, E. : El corazón del hombre, ed. Fondo de cultura Económica, México, 1975.

Goffman, E.:"Síntomas psiquiátricos y orden público", en L. Forti (comp.) , La otra locura, Tusquets editores, Barcelona, 1976.

Menninger, H.: El hombre contra sí mismo, ed. Península, Barcelona, 1972.

Moya i Ollé, J.: "La salud mental en el siglo XXI. Una reflexión sobre el porvenir del malestar psíquico en el marco de las transformaciones sociales", en Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 1999, vol XIX, nº 72, pp. 693-702.

Neuburger, R.: La familia dolorosa, Ed. Herder, Barcelona, 1997.

Organización Mundial de la Salud, (1948) : Carta Magna.

Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1951.

Piaget, J., Inhelder, B. : De la logique de l'enfant á la logique de l'adolescent, P.U.F., Paris, 1955, Vol I.

Rocamora, A.: "El Orientador y el hombre en crisis", en Hombre en crisis y relación de ayuda, asetes, Madrid, 1986.

Salleras Sanmartí, L. : Educación sanitaria, Ed. Diaz Santos, Madrid, 1985

Tizón, J. : Apuntes para una psicología basada en la relación, ed. Hora, Barcelona, 1982.

Yalom, I.D.: Psicoterapia existencial, ed. Herder, Barcelona, 1984

.....
.....