

DE LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA A LA PSIQUIATRÍA DE ENLACE:

EL DESARROLLO HISTÓRICO DE LA CONSULTA PSIQUIÁTRICA EN EL HOSPITAL GENERAL

Luis de Rivera y Revuelta

Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica

Desde que la psiquiatría empezó a integrarse en los hospitales generales, surgió una forma especial de ejercer nuestra especialidad, la consulta interdepartamental, o atención a los enfermos no primariamente psiquiátricos, ingresados en otras áreas del hospital. Después de confluir con otro fenómeno de la época, la Medicina Psicosomática, la primitiva psiquiatría de consulta ha terminado desembocando en la actual Psiquiatría de Enlace. Revisaremos secuencialmente estos tres hitos históricos:

I. La consulta Psiquiátrica Interdepartamental en el Hospital General.

“Durante mucho tiempo, la psiquiatría ha estado separada de las demás especialidades médicas, no sólo por el objeto y el método de sus investigaciones, sino también por un distanciamiento físico. En el desarrollo histórico de la asistencia psiquiátrica, la creación de servicios de psiquiatría en el seno del Hospital General aparece como un nuevo signo de madurez y respetabilidad de nuestra profesión. Uno de los fenómenos resultantes de este acercamiento físico es el descubrimiento de la interfase entre la psiquiatría y las demás especialidades... En el desarrollo de su diferenciación interna, el departamento de psiquiatría en el Hospital General acaba creando un Servicio de Consulta o de “lision” psiquiátrica... en ocasiones, el camino es inverso, y este Servicio constituye el núcleo inicial, a partir del cual podrá llegar progresivamente a formarse un verdadero Departamento de Psiquiatría” (1)

Cuando en 1968 se publican los primeros Tratados sobre Consulta Psiquiátrica Interdepartamental (2,3), la disciplina lleva ya unos cuantos años de vigoroso desarrollo. De esta época es la conocida serie de artículos de Lipowsky (4,5,6), que revisan los aspectos conceptuales y clínicos del tema con una profundidad tal, que siguen sirviendo de base a casi todos los estudios posteriores.

Los inicios de esta actividad pueden trazarse a principios de siglo, cuando tímidamente empezaron a abrirse en Estados Unidos las primeras unidades de psiquiatría en el hospital general. El ímpetu definitivo arranca del compromiso del pueblo norteamericano durante la Segunda Guerra Mundial para asegurar la salud y el bienestar de sus tropas, tanto desde el punto de vista físico como mental. Este sentimiento, absolutamente excepcional en el concurso de las naciones de aquel entonces, revela una actitud progresista y una aceptación de la psiquiatría del

psicoanálisis, que han hecho de la cultura norteamericana la única en la que acudir a un psicoespecialista puede ser prestigioso. Como ejemplo de esta actitud, basta recordar un famoso incidente, inimaginable en cualquier otro ejército, que terminó con el General Patton pidiendo disculpas públicas a un soldado, posiblemente afecto de Trastorno de estrés postraumático, al que había reprendido por estar hospitalizado “sin tener ninguna herida”.

Un psiquiatra de fama, Will Menninger, de la emblemática Clínica Menninger de Topeka, Kansas, fue el encargado de organizar y dirigir la asistencia psiquiátrica al ejército americano, labor que desarrolló con un entusiasmo tal que, al terminar la guerra, raro era el psiquiatra que no había tenido una experiencia directa en la atención a combatientes o a sus familiares, generalmente en el marco de Dispensarios y Hospitales Generales. Incidentalmente, el término “Liasion”, tiene su origen en esta conexión militar, derivado del “Liasion Officer” u Oficial de Enlace, miembro del Alto Estado Mayor encargado de transmitir instrucciones complejas del Cuartel General a unidades de campaña, que debían aplicarlas de manera adaptada a las condiciones del terreno. Así, “Liasion Psychiatric” fue utilizado en ocasiones para designar al psiquiatra que, fuera de su hábitat natural, el manicomio, aplicaba sus conocimientos en hospitales, consultorios o dispositivos no psiquiátricos. Claramente establecido el principio de que, dado un conjunto de circunstancias apropiadas, cualquier persona puede sufrir un “nervous breakdown”, fue fácil aceptar como corolario que los enfermos psiquiátricos son enfermos como los demás, y que no deben, por lo tanto, ser atendidos en lugares diferentes. Las unidades de psiquiatría se convirtieron en una necesidad lógica para los hospitales generales, y a finales de los años 50 era raro el Centro Clínico de importancia, sobre todo si tenía además responsabilidad docente, que no contara con un buen servicio de psiquiatría.

Las dinámicas y necesidades de los pacientes tratados en áreas no psiquiátricas del Hospital pronto demostraron ser diferentes de las de los enfermos primariamente psiquiátricos. Las primeras conceptualizaciones de la Psiquiatría de Consulta como actividad específica nacieron de esta evidencia, definiéndose pronto tres grandes enfoques: el centrado en el paciente (o en la enfermedad), el centrado en quien solicita la consulta o consultante, y el centrado en la situación general. El primero es un enfoque psiquiátrico clásico, que sólo difiere del habitual en que debe prestar particular atención a los efectos y repercusiones de la enfermedad y el tratamiento médicos en la actividad mental y viceversa. El centrado en el consultante trata de averiguar y responder, sobre todo, al problema que el enfermo y su actividad plantean al médico tratante, no siempre relacionado con la gravedad psiquiátrica del caso. Este tipo de enfoque parece el adecuado, por ejemplo, cuando un enfermo con personalidad obsesiva y tendencias reivindicativas es objeto de una petición de consulta urgente, mientras que pacientes con síndrome confusional agudo pasan relativamente inadvertidos. Finalmente, el enfoque situacional, precursor de la moderna psiquiatría social, requiere la evaluación e intervención sobre los sistemas de apoyo y fuentes de estrés y desadaptación del entorno familiar y social. El famoso modelo bio-psico-social de Engel no es más que

una formulación, simplificada y tardía, de esta orientación, presente ya en la psiquiatría de consulta desde sus comienzos.

La situación en España se desarrolla de manera paralela a la de Estados Unidos, aunque más tardía y perezosa. Demetrio Barcia (7) fue probablemente el primero, a finales de los años 60, en hacer notar la importancia de la consulta psiquiátrica en el marco de la asistencia en el Hospital General, actividad que, por otra parte, venían desarrollando desde tiempo atrás pioneros como Gállego en el Hospital Clínico de Madrid y Rallo en la Clínica de la Concepción. Claramente influido por su experiencia norteamericana, González de Rivera publica en España el primer artículo específicamente dedicado a “La Consulta Psiquiátrica Interdepartamental en el Hospital General” (1). Dos años antes, en el curso de una reunión sobre “El papel del Psiquiatra en el Hospital General “ (8), Alejandro Tallero Meré había expuesto su labor en psiquiatría de enlace, desarrollada durante los últimos años de la década de los 50 en la Cátedra de Patología General del Prof. José Casas, en el Hospital Clínico de Madrid. Los informes psicopatológicos y psicodinámicos de Gállego eran tenidos en cuenta en las formulaciones diagnósticas y planteamientos terapéuticos de sus colegas internistas (9), experiencia que recuerda a la que describieron años más tarde Schamle e Iker, consultores en el servicio de Ginecología de Rochester, en la que pusieron en evidencia el valor pronóstico que para el cáncer de cérvix tiene un peculiar matiz depresivo, la desesperanza (10).

A lo largo del tiempo, los efectos de la interconsulta se han venido relegando no sólo en los beneficios derivados de la atención a pacientes individuales, sino en parámetros globales tales como la presión de urgencias psiquiátricas internas (11), las estancias medias (12) y la actitud de los médicos no psiquiatras hacia la psiquiatría y la patología psiquiátrica (13).

II. La Orientación Psicossomática en Medicina

“Llamamos psiquiatría de consulta o consulta psiquiátrica interdepartamental, a la actividad del médico psiquiatra en los sectores no psiquiátricos del Hospital. Como quiera que el psiquiatra, en razón de su formación como tal, está especialmente entrenado a prestar atención a problemas psicológicos, y que en los casos por los que va a ser consultado estos problemas van a estar íntima y obviamente ligados con problemas biológicos, está claro que la Orientación Psicossomática es la idónea para un psiquiatra consultor” (14).

La clínica psicossomática se desarrolla en Estados Unidos como una extrapolación de los descubrimientos de Freud en la histeria de conversión. Los primeros psicossomatólogos son mayoritariamente internista psicoanalizados, como Schur, el médico personal de Freud, y Félix Deutsch, autor de un interesante tratado sobre “el Misterioso Salto de la Mente al Cuerpo” (15), problema esencial de la psicossomática. La Orientación Psicossomática en Medicina va alcanzando cada vez mayor relieve, hasta que en los años 30’ cuenta ya con su propio órgano de expresión y con una Asociación de ámbito nacional (16). Pronto la formación psicossomática es parte

integral inescapable del entrenamiento de los psiquiatras americanos, entre los que van saliendo especialistas notables en psiquiatría de Hospital General. En 1948 Kaufman y Margolin, con su “Teoría y práctica de la medicina psicosomática en el Hospital General” (17) sientan las bases de lo que hoy en día Karasu denomina, más apropiadamente, “Psicoterapia en Medicina” (18), o aplicación de técnicas psicoterapéuticas para aliviar al enfermo médico y para incrementar la eficacia de tratamientos puramente orgánicos.

Mientras tanto, llevaba tiempo desarrollándose en Europa una medicina psicosomática antropológica – oficialmente iniciada con Heinroth en Heidelberg, aunque Barcia le atribuye un origen mucho más antiguo y en España (19) – cuya culminación se alcanza con el pensamiento médico-antropológico alemán de Victor von Weizsäcker.

Esta doble orientación psicosomática tienen en nuestro país dos ilustres representantes: el internista Juan Rolf Carballo (20), influido por el psicoanálisis, aunque su contribución es mucho más amplia, y el psiquiatra Juan José López Ibor, cuyo tratado sobre Patología General Psicosomática, más conocido como “La Angustia Vital”, actualiza y reformula de manera originalísima las tesis de von Weizsäcker. En esta obra, López Ibor estudia las vicisitudes de las alteraciones vitales (es decir, endógenas), que pueden expresarse bien a través de síntomas psíquicos, como la angustia, o bien a través de síntomas somáticos, tanto funcionales como estructurales. “Las enfermedades orgánicas son crisis de la historia individual y no podemos considerarlas sólo desde el punto de vista de un hecho material, sino engarzadas en una biografía” (21) encierra toda la esencia de esta orientación psicosomática europea. Sin embargo, es el desarrollo norteamericano el que prevalece, inicialmente por razones prácticas coyunturales, pero pronto gracias a la extraordinaria aceptación del psicoanálisis y a la difusión de la psicosomática psicoanalítica a través de la psiquiatría de consulta en los hospitales generales.

Desde un punto de vista global, González de Rivera (22,23) divide a la psicosomática actual en tres aspectos claramente diferenciados: 1) Como orientación médica, o Medicina Psicosomática propiamente dicha; 2) como ciencia integrativa que estudia de manera empírica las interacciones de variables biológicas, psicológicas y socioculturales; y 3) como práctica clínica superespecializada en la detección y tratamiento de procesos psicopatogénicos que precipitan, complican o simulan enfermedades médicas. Expondremos brevemente estos tres apartados:

1.-La Medicina Psicosomática: “Una manera de practicar medicina que tiene en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales del paciente en el diagnóstico, tratamiento y prevención de toda enfermedad” (22). Considerar la enfermedad como algo en sí mismo, originado por una causa única o por una combinación simple de causas, tiene un gran atractivo emocional. Resulta reconfortante pensar que se trata de un ente extraño al individuo, y que un factor aislado o aislable es el único responsable. Tanto el paciente como su médico pueden permitirse la ilusión de que este supuesto

factor responsable puede ser atacado, exhortizado o amputado de una manera simple. La tecnificación de la medicina actual está basada en este concepto, llevando a muchos médicos a eliminar de su atención todo aspecto de sus pacientes que no tenga que ver con reducidas simplificaciones biológicas. Como reacción contra este estado de cosas surgió el movimiento psicosomático, inicialmente más una actitud que un conocimiento, cuya esencia es considerar al hombre en su totalidad, teniendo en cuenta, además de su funcionamiento biológico, su circunstancia social y su estado psicológico. Esta forma de pensar es muy anterior al establecimiento de la psiquiatría como especialidad, y puede encontrarse ya en la antigua Grecia, representada por Hipócrates y la Escuela de Cos. La orientación psicosomática ha venido produciendo postulados y sugerencias prácticas sobre el ejercicio de la medicina, encaminados a facilitar la consideración global del paciente y superar los escotomas biologizantes. Los primeros médicos-psiquiatras-consultores en hospital general se encontraron en una posición privilegiada para integrar y dar cuerpo teórico a este movimiento, que Lipowski resume en seis postulados básicos (tabla 1).

Tabla 1.- Postulados Básicos del Enfoque Psicosomático en Medicina

- 1.- La salud y la enfermedad son estados determinados por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, y no hay una clara línea de demarcación entre los dos.
- 2.- Los acontecimientos a un nivel cualquiera de organización, desde el molecular al simbólico, pueden repercutir en todos los demás sistemas.
- 3.-El diagnóstico médico no debe limitarse a la identificación de una entidad clínica particular, sino que debe además considerar la situación total del paciente.
- 4.-Deben tenerse en cuenta los factores psicosociales al plantear medidas preventivas y terapéuticas.
- 5.-La relación establecida entre el paciente y aquellos que se ocupan de él influye en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento.
- 5.-La psicoterapia puede ser eficaz cuando los factores psicológicos contribuyen de una manera significativa a la precipitación, mantenimiento o exacerbación de una enfermedad dada en una persona determinada.

2.-La Psicosomática científica.

Mientras que la orientación psicosomática en medicina requiere la adecuación de la relación médico-enfermo a las condiciones sociales, culturales y psicológicas de un paciente determinado, la investigación psicosomática se ocupa de establecer los mecanismos fisiológicos a través de los cuales variables del funcionamiento mental o

del entorno pueden influir en la patogénesis de entidades clínicas médicas. Bajo este aspecto, definimos la psicósomática como “Una ciencia de tipo integrativo, cuyo objeto consiste en observar y jerarquizar las relaciones entre las tendencias, estados, procesos y acontecimientos psicológicos y los biológicos, tal y como son influenciados por el medio ambiente físico y humano, tanto en la salud como en la enfermedad “ (22).

En sus inicios, la investigación psicósomática dependía exageradamente del método psicoanalítico. Sin embargo, como a veces ocurre, el exceso de éxito puede acabar conduciendo al fracaso, y las promesas de la psicósomática psicoanalítica, incumplidas una tras otra, han acabado defraudando las grandes expectativas que sus pioneros habían creado. Actualmente, representada principalmente por la escuela francesa de Pierre Marty, sigue ocupando un lugar indiscutible en las formulaciones teóricas (la alexitimia, por ejemplo, es un concepto psicoanalítico), y en el tratamiento de algunos pacientes muy especiales, pero ya nadie cree que sea la panacea de patologías específicas. Desgraciadamente, son muchos los estudiosos que, traumatizados por esta desilusión, han abandonado el campo prematuramente, y se han perdido los apasionantes avances de la psicósomática post-psicoanalítica de los últimos 20 años.

La tarea actual de la psicósomática consiste en formular lo que von Bartalanffy ha denominado “Modelos neutros superimpuestos a los sistemas conceptuales de la biología y de la psicología”. A un nivel de abstracción inferior, trata de formular de manera empírica leyes que rigen las relaciones entre un acontecimiento psicológico y otro fisiológico coincidentes en el tiempo (psicofisiología), entre procesos o funciones psicológicas y actividad neuroendocrina e inmunológica (psiconeuroendobrinología y psicoimmunología) y entre influencias socio-ambientales y respuestas psico-orgánicas (Aspectos psicosociales del estrés). Dentro de esta conceptualización científica de la psicósomática, uno de los aspectos más interesantes y prometedores es el estudio de lo que he denominado “Mecanismos intermedios en psicósomática”, íntimamente imbricados unos con otros, pero que, para facilitar su estudio, se acostumbra a clasificar en neurofisiológicos, neuroendocrinos, inmunológicos y metabólicos (22,23). Las aportaciones del método epidemiológico tienen también interés para la formulación de hipótesis sobre los procesos psicopatogénicos en psicósomática, y han permitido, entre otros muchos hallazgos, la objetivación de la influencia de acontecimientos vitales y de la vulnerabilidad individual ante el estrés en la predisposición a enfermar.

3.-Patología Psicósomática Clínica. Ya nadie sostiene hoy en día la existencia de entidades específicas y netamente diferenciables, las “enfermedades psicósomáticas”, susceptibles de constituir para la patología psicósomática lo que las enfermedades renales o circulatorias, por ejemplo, representan para la patología médica. El “psicosoma” no es un órgano ni un sistema, sino un término abstracto aplicable a una manera integrada de funcionar, un proceso continuo en el que fenómenos biológicos son susceptibles de expresión psíquica, y viceversa. El concepto actual de patología psicósomática está íntimamente ligado al de multifactoriedad patogénica, así como a razonamientos que implican la jerarquización de factores etiológicos externos en su

juego interactivo con factores internos de vulnerabilidad individual (24). La teoría de la multicausalidad y el fracaso de los mecanismos de adaptación y defensa, con la consiguiente disregulación de los procesos homeostáticos y el aumento de la susceptibilidad a enfermar, ha sido establecida de manera convincente en numerosos estudios epidemiológicos sobre acontecimientos vitales (25). A diferencia de los factores externos de estrés, relativamente poco accesibles a la intervención médica, la identificación de marcadores psicológicos de vulnerabilidad individual ofrece la doble perspectiva de detección precoz de sujetos en riesgo y de intervenciones terapéuticas correctoras de esos factores de vulnerabilidad. Así, la psicoterapia autógena se ha mostrado eficaz como coadyuvante en cuadros que van desde el asma (26) hasta la epilepsia (27), actuando presumiblemente a través de mecanismo reductor de la reactividad al estrés.

Además de este aspecto inespecífico de detección y tratamiento de factores psicológicos de vulnerabilidad a enfermedades médicas, el campo de la patología psicosomática incluye los síndromes de conversión, la disregulación neurovegetativa, la patología médica funcional, y el amplio territorio que abarca desde los equivalentes depresivos hasta los trastornos de somatización, pasando por las más variadas formas de presentación pseudomédica de trastornos primariamente psiquiátricos (28).

III. La Psiquiatría de Enlace.

Hoy en día, es frecuente utilizar de manera intercambiable e incluso simultánea los términos “Consulta” y “Enlace”. Sin embargo, la Consulta Psiquiátrica Interdepartamental fue concebida en sus inicios como una intervención puntual más o menos esporádica, y se prefería “Psiquiatría de Enlace” para referirse a la participación integrada permanente del psiquiatra en el equipo terapéutico (29). Varios factores han venido potenciando el desarrollo de la psiquiatría de enlace como actividad diferenciada de la psiquiatría general: En primer lugar, repetidos estudios epidemiológicos han demostrada de manera consistente la altísima prevalencia de patología psiquiátrica en enfermos ingresados en Hospitales Generales, lo cual justifica la necesidad de programas permanentes específicos (12). Pero además, los problemas propios de la población atendida por el psiquiatra consultor revisten peculiaridades que requieren una formación especial. Por citar sólo algunos de estos problemas, mencionaremos el diagnóstico diferencial con los síntomas psíquicos propios de algunas patologías médicas; el uso de psicofármacos en pacientes con sistemas metabólicos comprometidos, o en tratamiento con sustancias de potencial interactivo; la detección precoz de las complicaciones psiquiátricas de los trastornos y tratamientos médicos; y la atención a las crisis y reacciones psicológicas ante la enfermedad y la hospitalización (30).

Otro importante elemento en la Psiquiatría de Enlace es la Clínica Psicosomática, entendida, como hemos descrito más arriba, como la detección e intervención sobre factores psicosociales que precipitan, complican o empeoran enfermedades médicas. En 1948 George Engel fundó en la Universidad de Rochester el

primer programa de Psiquiatría de Enlace, donde además de su actividad clínica y de investigación, desarrolló durante treinta años una importantísima actividad docente, dirigida tanto a médicos internistas como a psiquiatras. Las contribuciones de Engel y sus discípulos han sido importantísimas, y es una desgracia que sólo se le conozca por un pequeño artículo de reflexión tardía. Antes de citar “el método bio-psico-social de Engel”, recomiendo vivamente al estudioso la lectura atenta de su tratado de desarrollo psicológico (31), y, a ser posible, de algunos de sus trabajos básicos, como el caso clínico de Mónica, la monografía sobre “Fainting” y, por supuesto, la serie sobre “helplessness y hopelessness” que publicó con Schamale e Iker.

Siguiendo el modelo de Engel, pero ampliando las bases teóricasmás allá de los estrictos límites psicoanalíticos, en 1975 González de Rivera fundó en el Hospital General de Montreal una “PsychosomaticUnit”, con la que se completaban las funciones del “PsychiatricConsultationService” dirigido por SegeBikadorof (32,33).

Tabla 2: Funciones Clínicas en Psiquiatría de Enlace

1.- Consulta Psiquiátrica tradicional

2.- Unidad Psicósomática: Investigación y tratamiento de:

-Patología Funcional (colon irritable, cefalea, dolor precordial...)

-Manifestaciones fisiológicas de patología afectiva (fatiga, palpitaciones, síndrome de hiperventilación...)

-Condiciones en las que factores psicológicos juegan un papel predisponente, precipitante, mantenedor o agravador (obesidad, cardiopatía isquémica, hipertensión, asma, epilepsia temporal...)

-Ciertas condiciones quirúrgicas (candidatos a cirugía cosmética, predisposición a los accidentes, depresión postoperatoria...)

-Ciertas condiciones gineco-obstétricas (amenorrea psicógena, dispareunia y disorgasmia, infertilidad...)

Tabla 3: Modalidades Terapéuticas en la Unidad Psicosomática

Psicoterapia Breve de orientación dinámica

Psicoterapia Focal

Psicoterapia Autógena

Hipnoterapia

Retroalimentación biológica (“bio-feedback”)

Terapia cognitivo-conductual

Psicofarmacoterapia

Un moderno Servicio de Psiquiatría de Enlace debe ofrecer, junto a las actuaciones propias de la consulta psiquiátrica tradicional, -el reconocimiento, evaluación y tratamiento de trastornos psiquiátricos obvios y serios en pacientes médico-quirúrgicos-, otras funciones más propias de la unidad psicosomática, como la evaluación y tratamiento de patología funcional, manifestaciones fisiológicas de trastornos emocionales, rehabilitación y prevención de complicaciones médicas secundarias a hiperreactividad al estrés y conductas desadaptativas...

La atención a las enfermedades psicosomáticas clásicas (úlceras pépticas, hipertiroidismo, colitis ulcerosa, hipertensión esencial, artritis reumatoide, neurodermatitis y asma bronquial) cada vez ocupa menos tiempo en la moderna clínica psicosomática, probablemente porque los resultados obtenidos por los especialistas médicos resultan apropiadamente satisfactorios. No así con las diversas disfunciones y somatizaciones, en las que el enfoque médico-biológico resulta tan ineficaz y contraproducente que nuestra intervención se revela como claramente valiosa y necesaria, gracias, entre otras cosas, a la aplicación de nuevos enfoques psicoterapéuticos específicos (34,35).

La psiquiatría de enlace se enfrenta hoy con un interesante dilema: bien es verdad que para su desarrollo necesita, como toda la psiquiatría, integrarse en la actual corriente hacia la objetivación clínica y el tratamiento basado en la evidencia. Pero si se deja absorber por tendencias tecnificadoras y deshumanizantes, y su actuación se plantea como la mera aplicación de una psiquiatría general sobre una población de alta morbilidad psíquica, está condenada a perder toda la utilidad práctica que hizo necesaria su existencia en primer lugar. El filósofo estadounidense nacido en España Jorge Satayana hizo famosa su frase “Los pueblos que no conocen su historia están condenados a repetirla”. En nuestro caso, este sería un mal menor. Lo peor no es tener que repetir nuestra historia, lo peor es perderla, y con ella, nuestro futuro.

REFERENCIAS

- 1.- González de Rivera, J.L. y Moreau-Hennigs, D.: La consulta Psiquiátrica Interdepartamental en el Hospital General. Revista Española de Psicoterapia Analítica, 1975, 7: 35-44
- 2.-Schwab, J.J.: Handbook of Psychiatric Consultation. Appleton-Century-Crofts, New York, 1968
- 3.-Mendel W.M. y Solomon, P. (Eds.). The Psychiatric Consultation. Grune and Stratton, New York, 1968
- 4.-Lipowski, Z.J.: Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. I: General Principles. Psychosom. Med., 1967, 29:153-171
- 5.-Lipowski, Z.J.: Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. II: Clinical Aspects. Psychosom. Med. 1967, 29:201-224
- 6.-Lipowski, Z.J.: Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. III: Theoretical issues. Psychosom. Med., 1968, 30:395-421
- 7.-Barcia Salorio, D.: Asistencia psiquiátrica de un centro especializado en el marco de un hospital general. Reflexiones sobre nuestra experiencia personal durante el año 1967. Actas Luso-EspNeurol. Psiquiat, 1969, 28:10-29
- 8.-González de Rivera, J.L.: El papel del psiquiatra en el Hospital General. Comunicación al XII Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Valladolid, 1973.
- 9.-Gállego Meré, A.: Comunicación personal, 1973, 1998
- 10.-Schmale, A.H. y Iker, H.: Hopelessness as a predictor of cervical cancer. Soc. Sci. Med. 1971, 5:95-100
- 11.- González de Rivera, J.L., Manso, J.M. y Garcia-Pascual, M: Impacto de la consulta Psiquiátrica Interdepartamental en el Servicio de Urgencias Psiquiátricas de un Hospital General Universitario. Actas Luso-EspNeurol. Psiquiat. 1983, 11:44-45
- 12.- Lobo, A., Huyse, F.J., Herzog, T, Malt, U.F., Stein , B., Slaets, J., González de Rivera, J.L., Aibar, C., Bulbena, A.: Los nuevos estudios europeos y nacionales sobre los servicios de psicósomática y psiquiatría de enlace en el hospital general. Archivos de Neurobiología, 1997, Supl. 2:35-56.
- 13.- Garcia-Estrada, A., De las Cuevas, C., González de Rivera, J.L. y Henry, M.: Actitudes de los médicos no psiquiatras ante la enfermedad mental y la interconsulta psiquiátrica. Anales Psiquiatr. 1990, 6:167-170

- 14.-González de Rivera, J.L.: La orientación psicósomática en Medicina y la Consulta Psiquiátrica Interdepartamental en el Hospital General. Monografías del Servicio Científico Roche, Madrid 1983
- 15.-Deutsch, F.: On the mysterious elap from the mind to the body. International Universities Press, New York, 1959
- 16.-American Psychosomatic Society: Constitution and purpose. Psychosomatic Medicine, 1939, 5 (1):3-5
- 17.-Kaufman, M.R. y Margolin, S.G.: Theory and Practice of Psychosomatic Medicine in a General Hospital. Med. Clin. N. Amer. 1948, 32:611-622
- 18.-Karasu, T.B.: Psychotherapeutics in Medicine. Grune & Stratton, New York, 1978
- 19.-Barcia, D.: Los orígenes conceptuales de la Medicina Psicosomática. Psiquis, 1998
- 20.-Rof Carballo, J.: Patología Psicosomática. Paz Montalvo, Madrid, 1949
- 21.-López Ibor, J.J.: La angustia vital. Patología General Psicosomática. Editorial Paz Montalvo, Madrid, 1950. Pag. 455
- 22.-González de Rivera, J.L.: Psicosomática. Cap 32, en : JLG de Rivera, A. Vela y J. Arana (Eds.): Manual de Psiquiatría. Karpos, Madrid, 1980
- 23.-González de Rivera, J.L.: Medicina Psicosomática. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), Las Palmas, 1997
- 24.-González de Rivera, J.L., Rodríguez-Pulido, F. y Sierra, A.: El método epidemiológico en Salud Mental. Masson-Salvat, Barcelona, 1993
- 25.-González de Rivera, J.L.: Factores de Estrés y Enfermedad. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. 1991, 19:290-297
- 26.-Henry, M, González de Rivera, J.L., Gonzalez, I, Abreu, J: Improvement of respiratory function in chronic asthmatic patients with autogenic therapy. J. Psychosom. Res, 1993, 37:265-270
- 27.-González de Rivera, J.L., de Montigny, C, Remillard, G. y Andermann, F.: Autogenic Therapy of temporal lobe epilepsy. En "Therapy in Psychosomatic Medicine". F. Antonelli (Ed.) 1977, Pozzi, Roma. 40-47
- 28.- López Ibor, J.J.: Psiquiatría del Hospital General. Viejas y nuevas perspectivas. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. 1982, 10:99-110
- 29.-Billings, E.G.: The Psychiatric Liaison Department. Am. J. Psychiatr. 1966, 122:28-33
- 30.-González de Rivera, J.L.: Problemas psiquiátricos en el Hospital General. Psiquis, 1981, 204-211

- 31.-Engel, G.L.: Psychological Development in Health and Disease. WB Saunders, Philadelphia, 1962
- 32.-González de Rivera, J.L.: The psychosomatic Unit. Documentointerno, Department of Psychiatry, Montreal General Hospital, 1975
- 33.- González de Rivera, J.L.: Proyecto para una Unidad Psicósomática. Apéndice I, La Orientación Psicósomática en Medicina y la Consulta Psiquiátrica Interdepartamental en el Hospital General. Monografías del Servicio Científico Roche, Madrid, 1983, págs.. 49-60
- 34.-Gonzalez de Rivera, J.L.: La terapia de relajación en la consulta psiquiátrica interdepartamental. Psiquis, 1981, 2.33-36
- 35.-González de Rivera, J.L.: La Psicoterapia Multidimensional. Psiquis, 1990, 11:207-210