

La psiquiatría de enlace en el Hospital Central Militar.

El proceso de transición del modelo de interconsulta al de enlace*

Mayor MC José de Jesús Almanza Muñoz**, Dr. Jesús Antonio Orueta Alvarez, Tte. SNMC María del Rosario Argueta Montoya***, Cap. 1º Enf. Josefina Díaz Bahena****, Tte. Enf. Sofía Menéndez Montejo, Tte. Snd. Marcos Chávez Dueñas, Tte. Snd. Heriberto Medina Sánchez*****, Tte. Cor. MC Genaro Barajas Aréchiga*****

Hospital Central Militar. Ciudad de México.

RESUMEN. A partir del concepto de enlace psiquiátrico, se efectúa una revisión de 1,300 casos de interconsulta psiquiátrica como parte del proceso de transición hacia el modelo de enlace. Los resultados indican un ligero predominio del sexo femenino, un rango de edad de 2 a 94 años (DE: 19.7), con mayor frecuencia en el grupo de 21 a 30 años, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa al respecto. La principal sala de referencia es Medicina de Mujeres (9.3%), seguida de Ginecología (8.2%) y Neurología (7.9%). La depresión fue el principal motivo de referencia, encontrándose un 13.5% de casos en que tal motivación corresponde a problemática diversa con el equipo de salud. Médicamente la afección principal se documentó en padecimientos neurológicos (28.1%) y musculoesqueléticos (15.6%). El diagnóstico psiquiátrico predominante fue neurosis (23.4%), seguido de depresión (12.7%) y trastorno de personalidad (11.5%). Finalmente se efectúa una discusión en relación a lo reportado en la literatura y se plantean los retos actuales del psiquiatra de enlace así como líneas de investigación subsecuentes en este campo.

Palabras clave: psiquiatría, enlace, interconsulta.

La psiquiatría de enlace como disciplina generadora de conocimiento, retoma el viejo dilema mente-cuerpo mediante una aproximación cuya punta de lanza es la enseñanza y la investigación.

* Trabajo presentado en el "XIV Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana", en la Cd. de Puerto Vallarta, Jalisco, México, del 1º al 4 de Nov. de 1995.

** Médico Psiquiatra y Psicoterapeuta adscrito al Departamento de Psiquiatría del Hospital Central Militar, Cd. de México.

*** Residentes de 2º Año, Curso de Psiquiatría Dinámica, Escuela Militar de Graduados de Sanidad (EMGS), Hospital Central Militar, Cd. de México.

**** Jefa de Enfermeras, Sala de Psiquiatría de Mujeres, Hospital Central Militar.

***** Alumnos del Curso Técnico Especialista en Psiquiatría y Neurología, EMGS.

***** Jefe del Servicio de Psiquiatría, Hospital Central Militar.

Correspondencia:

Mayor MC José de J. Almanza Muñoz

Hospital Central Militar.

México DF. 11200

Tel. 557-3100 Ext. 1383

SUMMARY. Starting from the lieson concept, the present work studies 1300 cases of psychiatric consultation like part of a transition process for lieson (linking) in our service. The outcome has demonstrated a few predominance of women at an age range of 2 to 94 years (SD: 19.7), and major frequency in the 21 to 30 years group, without statistical difERENCE. The principal source of reference was Women Medicine (9.3%), Gynecology (8.2%) and Neurology (7.9%). Depression was the first reason for consultation. In a 13.5% of cases this reason was health team conflicts. A medical diagnosis was neurological (28.1%) and muscular (15.6%). Psychiatric disorder was neurosis (23.4%), followed by depression (12.7%) and diverse personality disorders (11.5%). Finally a comparison to the available literature is performed as well as the description of the current challenges for lieson in the fields of research in psychiatry.

Key words: psychiatry, linking, interconsultation

El presente trabajo describe los resultados preliminares del análisis de 1,300 casos de interconsultas psiquiátricas realizadas en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Central Militar, de 1989 a junio de 1993. Se realiza el análisis y comparación con los reportes encontrados en la literatura internacional. Finalmente se formulan algunas conclusiones derivadas de este reporte preliminar.

Este trabajo se formula como un estudio retrospectivo y correlacional que busca hacer la transición entre el viejo modelo de interconsulta y el de moderna aproximación que a través de la investigación busca consolidar la óptica científica de la psiquiatría actual.

La psiquiatría de consulta y enlace surgió en 1930, retomando el antiguo dilema mente-cuerpo y ya desde entonces plantea una visión integral del enfermo mental, alentando muy claramente una mayor interacción del psiquiatra con otros especialistas médicos se constituye como una disciplina cuya tarea es la aplicación teórico-práctica de los conocimientos y técnicas psiquiátricas a la asistencia de enfermos hospitalizados por causas no psiquiátricas.¹⁻³

Durante su desarrollo cursa primero por una fase en la que el trabajo está encaminado como la interconsulta tradicional,

viene luego una fase de organización, durante la cual ocurre una consolidación y mayor desarrollo, lo cual aunado a los esfuerzos de tipo formativo hace surgir operativamente la idea de "enlace".^{1,2}

Posteriormente sigue la fase conceptual, caracterizada por la formulación de conceptos teóricos y modelos de enlace, así como su aplicación en unidades de cuidados intensivos y en hemodiálisis, y su postulación como sub-especialidad que en tanto brinda asistencia, procura, enseñanza y genera conocimiento mediante la investigación.^{2,3}

Pincus (1983), describe los siguientes modelos aplicados por la psiquiatría en el ámbito de un hospital general:³ el de **interconsulta** que consiste en efectuar una valoración para establecer un diagnóstico, formular un pronóstico e indicar un tratamiento, cuando se trasciende y se incrementa la interacción del psiquiatra con otros especialistas médicos; surge el modelo de **enlace**, que incorpora aspectos de enseñanza e investigación.

Otras formas de interacción, aparecen al establecerse un enlace específico con determinada Unidad o Servicio, se estructura así, lo que se conoce como **punto psiquiátrico**, mediante una comunicación directa entre dicho servicio y un departamento de psiquiatría. En esa misma línea, el modelo **híbrido**, implica el trabajo de un equipo de salud mental en el entorno del cuidado primario a la salud, existiendo comunicación con un departamento de psiquiatría. O bien sin contacto, en lo que se conoce como un modelo de enlace **autónomo**.

Finalmente surge la **subespecialidad en psiquiatría de enlace** que se conforma por quienes realizan un curso formal que incluye una amplia revisión de aspectos teóricos y entrenamiento en los modelos señalados, con especial énfasis en la metodología de investigación.

Diversas comunicaciones científicas evidencian la importancia de la investigación en materia de psiquiatría de enlace, Barsky,⁴ señala el amplio rango de abordaje que atiende a los desordenes psiquiátricos en la práctica médica, Shear y cols, por su parte (1993),⁵ contribuyen a la generación de conocimientos teóricos, desde la clínica, al plantear un modelo psicodinámico para el trastorno de pánico y Taerk y Gram en 1994,⁶ abordan desde la teoría de las relaciones objetales, los aspectos psicodinámicos del síndrome de fatiga crónica.

En el contexto específico de la investigación en psiquiatría de hospital general, Sobel y cols. (1988),⁷ reporta un estudio realizado en dos hospitales generales Israelíes encontrando predominio de las mujeres sobre los hombres en razón de 1.5:1, en relación con la demanda de consulta psiquiátrica, la fuente de referencia principal fue el servicio de urgencias (47%), seguido de los de Medicina Interna (32.6%), Cirugía (6.5%) y Gineco-obstetricia (5.4%).

El motivo más frecuente fue la conducta suicida y amenaza suicida (36.0%), reacción emocional intensa (22.3%) y conducta disruptiva (20.0%), observándose en 1.4% de los casos la existencia de conflictos entre el paciente y el equipo asistencial como causa de revisión psiquiátrica.

Los diagnósticos psiquiátricos establecidos fueron: intento suicida (24.7%), depresión (14.9%), síndrome mental orgánico

(10.3%), trastorno de personalidad (8.6%), esquizofrenia (7.9%) y ansiedad (6.6%), mientras que el uso de alcohol y otras drogas observó el 1.5% de los diagnósticos. Los padecimientos físicos más frecuentemente reportados fueron neurológicos y cardiovasculares.⁷

La psiquiatría de enlace en el Hospital Central Militar. El Hospital Central Militar es una institución hospitalaria de tercer nivel de atención, localizada en la Ciudad de México, Distrito Federal, donde brinda atención a militares activos, retirados, derechohabientes de militar activo y retirado así como a civiles solventes. Cuenta prácticamente desde su fundación con un servicio de psiquiatría, que ha estado tradicionalmente ligado a la dinámica de la atención intra y extrahospitalaria.

Dicho servicio se estructura mediante dos salas de atención psiquiátrica intrahospitalaria, una de mujeres y otra de hombres, atención psiquiátrica de consulta externa y la atención de consultas psiquiátricas solicitadas por otros servicios del hospital. De esta manera, hasta el momento la modalidad de atención de las valoraciones realizadas a pacientes no psiquiátricos, se ha efectuado mediante el modelo de interconsulta (Pincus, 1983).³

Dicha labor asistencial se ha encontrado a cargo de un médico psiquiatra adscrito quien la efectúa en colaboración con personal residente de psiquiatría, llevándose a cabo un registro escrito, consignándose la información pertinente a datos generales del paciente, motivo de consulta, servicio de referencia y diagnóstico psiquiátrico efectuado.

De este modo la atención psiquiátrica para pacientes médicamente enfermos ha sido hasta el momento el modelo de "interconsulta", mismo que si bien ha permitido la satisfacción adecuada de la demanda asistencial, observa un desarrollo limitado en lo que a enseñanza e investigación se refiere.

El proceso de transición hacia el modelo de enlace. Esta investigación es avanzada del más alto nivel de la psiquiatría moderna, ejemplificada por los avances espectaculares que en las últimas décadas han permitido la substitución del asilo por el hospital psiquiátrico, la intervención y el tratamiento oportuno así como la expansión de la psicoterapia, todo lo cual contribuye a definir y consolidar la identidad del psiquiatra actual,⁸ como se hace evidente de acuerdo con Hackett, Strain, Pinkus y Barsky.^{1,4}

Dentro del proceso de transición, la perspectiva del enlace y la concepción del mismo son abordadas por Almanza y cols.⁹ en una publicación reciente que considera los conceptos de enlace y el desarrollo de la psicoterapia de grupo así como las posibilidades y limitaciones de su aplicación en el contexto de un hospital general como el nuestro.

Se enfatiza de este modo, la función del enlace como una conceptualización imprescindible para que la psiquiatría tradicional trascienda sus fronteras y se instaure el "enlace" como un intercomunicador entre las disciplinas de salud mental así como entre estas y otras especialidades médicas a nivel de hospital general.⁹ Conviene acotar que la implementación del enlace incluye sistemáticamente incrementar y definir actividades de enseñanza y de investigación.

El proceso de transición sólo es posible a partir de la adopción de conceptos que trasciendan a los anteriores y que den pie a la formulación de nuevos paradigmas, en ese sentido la interacción es fructífera, según acotan los reportes de Lippert,¹⁰ así como Fresco,¹¹ quien señala una línea evolutiva que inicia en la psiquiatría de enlace y termina en psico-oncología.

En ese sentido, la transición en nuestro medio se concretiza hasta el momento y ha dado lugar a comunicaciones científicas recientes en las que se establece la intercomunicación a que da lugar esta nueva formulación, en relación con la atención de enfermos renales crónicos mediante el trabajo de grupos en un marco de enlace.¹²

En este marco de transición, el presente trabajo se instituye como apertura a la investigación en psiquiatría de enlace, es decir en el contexto de la búsqueda del trabajo científico de la asistencia psiquiátrica de pacientes físicamente enfermos, para que desde esta óptica se potencie la generación de nuevos conocimientos y a la consolidación de la enseñanza.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio transversal, de tipo descriptivo retrospectivo, en el cual hemos efectuado una recopilación de los datos concernientes a los últimos 6 años, presentándose hoy los resultados correspondientes al periodo comprendido entre enero de 1989 y julio de 1993.

A partir de ello y tras el diseño de un código, se realizó la captación y posteriormente la captura electrónica de dicha información para su análisis mediante una hoja de cálculo Microsoft Excel 4.0 para Windows.

El análisis de la información consistió en describir las características de las interconsultas en el periodo señalado así como en efectuar una correlación entre las variables estudiadas. Finalmente se efectuó una comparación con lo reportado en la literatura internacional, básicamente desde el punto de vista cualitativo, en función de la poca uniformidad de los criterios existentes.

Resultados

Se presentan en esta comunicación los resultados preliminares del análisis de los datos correspondientes a la valoración psiquiátrica de pacientes físicamente enfermos del Hospital Central Militar, atendidos en psiquiatría de enlace,

Cuadro 1. Características sociodemográficas

Sexo	n = 1300	%
Masculino	628	48.3
Femenino	672	51.7

Edad	n = 1300	%
0 - 20	245	18.9
21 - 30	380	29.2
31 - 40	193	14.9
41 - 50	135	10.4
51 - 60	122	9.4
61 - 70	120	9.2
71 - 80	105	8

durante un periodo de cuatro años y medio (1989 a mediados de 1993), por motivos de salud mental y mediante el modelo de interconsulta.

El total de consultas realizadas en dicho periodo fue de 1,808, sin embargo, sólo 1,300 registros tuvieron los datos suficientes para hacer posible su análisis, por lo tanto a dicha cifra se remitió el mismo, de éste modo dicho análisis incluye el 71.90% de los datos, en esta comunicación preliminar, del periodo de tiempo señalado.

Características demográficas. Existió un ligero predominio del sexo femenino, con un total de 672 mujeres (51.7%), en comparación con 628 hombres (48.3%), ratio de 1.07:1, el promedio de edad fue de 38.1 años (Desv. Est. 19.7), según se muestra en el *cuadro 1*.

El rango de edad fue de 2 a 94 años. El grupo con mayor frecuencia de interconsulta fue el de 21 a 30 años, con 380 consultas (29.2%). No existió diferencia significativa en el predominio de consultas por sexo y grupo de edad ($r = 0.87171572$), según se muestra en el *cuadro 2*.

Sala de referencia. La sala de Medicina de Mujeres solicitó el 9.3% de las valoraciones realizadas, lo cual equivale a 121 consultas, seguida de Ginecología con 107 (8.2%), Neurología con 103 (7.9%), Ortopedia de Mujeres, 84 (6.4%), Medicina de Hombres con 77 consultas (5.9%), y finalizando con Cardiología de Mujeres, según se aprecia en el *cuadro 3*.

Motivo de referencia. En el 34% de los casos, éste no fue especificado según los registros, siendo la depresión el motivo de consulta en 179 casos, (13.7%). La tercera razón de consulta psiquiátrica fue la existencia de problemas con el equipo de salud, en 115 casos, (13.7%). El resto se enlistan en el *cuadro 4*.

Cuadro 2. Características de sexo por grupo de edad

Grupo de edad	0 a 20		21 a 30		31 a 40		41 a 50		51 a 60		61 a 70		71 +	
Sexo	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	152	62	203	53.42	91	47.1	50	37	43	35.2	44	36.6	45	42.8
Femenino	93	38	177	46.6	102	52.9	85	63	79	64.8	76	63.4	60	57.2
Total	245	100	380	100	193	100	135	100	122	100	120	100	105	1000

N = Número $r = 0.8717572$

Cuadro 3. Principales salas de referencia psiquiátrica

Sala	Frecuencia	%
Medicina de mujeres	121	9.3
Ginecología	107	8.2
Neurocirugía	103	7.9
Ortopedia de mujeres	84	6.4
Medicina de hombres	77	5.9
Inmunohematología	70	5.3
Cardiología de hombres	68	5.2
Ortopedia Norte	67	5.1
Cirugía de mujeres	65	5
Cardiología de mujeres	58	4.4

N = 1,300

Cuadro 4. Principales motivos de solicitud de interconsulta psiquiátrica

Motivo de referencia	Frecuencia	%
No especificado	452	34.7
Depresión	179	13.7
Problemas con el equipo de salud	115	8.8
Ansiedad	84	6.4
Trastorno posparto	69	5.3
Conducta extraña	55	4.2
Trastorno mental orgánico	46	3.5
Valoración diagnóstica	42	3.2
Antecedente psicótico	42	3.2
Evaluación preoperatoria	22	1.6

Nota: Los diagnósticos fueron enunciados de acuerdo a la CIE-9 y en base al protocolo de psiquiatría de enlace en proceso.

Cuadro 5. Diagnósticos médicos de acuerdo al aparato o sistema afectado

Diagnóstico médico	Frecuencia	%
Neurológico	366	28.1
Musculoesquelético	204	15.6
No especificado	199	15.3
Urogenital	168	12.9
Endocrinológico	99	7.6
Digestivo	84	6.4
Cardiovascular	75	5.7
Respiratorio	40	3
Hematológico	34	2.6
Dermatológico	25	1.9

N = 3,000

Diagnóstico médico. Los diagnósticos médicos se clasificaron de acuerdo al aparato o sistema afectado, encabezó la lista los padecimientos neurológicos en 366 casos (28.1%), seguidos de afecciones musculoesqueléticas, 204 casos (15.6%), no existió especificación en 199 casos (15.3%), encontrándose en cuarto lugar padecimientos urogenitales en 168 casos (12.9%). El *cuadro 5* detalla dicha información.

Diagnóstico psiquiátrico. Este se definió de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades que se utiliza institucionalmente para la realización de estadísticas de salud en el Hospital Central Militar, considerando categorías amplias. De ellas, la más frecuente fue neurosis con 305 casos (23.4%), seguidos de depresión 166 (12.7%), y trastornos de

Cuadro 6. Diagnóstico psiquiátrico establecido

Diagnóstico psiquiátrico	Frecuencia	%
No especificado	363	27.9
Trastornos neuróticos	305	23.4
Trastornos depresivos	166	12.7
Trastornos de personalidad	150	11.5
Psicosis afectivas	70	5.3
Psicosis orgánicas	29	2.2
Otras psicosis orgánicas	28	2.1
Psicosis orgánicas transitorias	26	2
Reacción de adaptación	20	1.5
Alteraciones corporales por factores mentales	19	1.4

Nota: Los diagnósticos se efectuaron de acuerdo a la CIE-9, clasificación utilizada oficialmente por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar.

personalidad, 150 casos (11.5%). Es importante señalar que en los registros no se especificó tal diagnóstico en 363 casos (27.9%). El *cuadro 6* ofrece detalles al respecto.

Discusión

La morbilidad psiquiátrica a nivel de un hospital general es un problema significativo, pues aproximadamente el 6% de todas las admisiones son vistas por psiquiatras de enlace.¹ El presente trabajo abre una línea de investigación de psiquiátrica de enlace en nuestro Hospital Central Militar y busca definir y rescatar los datos obtenidos a partir del trabajo previo, para inscribirlo dentro del nuevo concepto de atención psiquiátrica a pacientes físicamente enfermos.

La comparación con los datos de la literatura internacional se harán básicamente desde el punto de vista cualitativo, ya que aún a la fecha no existen criterios uniformes de investigación al respecto, aun cuando Hammer (1985)¹³ y Popkin (1985),¹⁴ señalan avances valiosos en relación a la aplicación de la computación a la psiquiatría de enlace, lo cual partiendo del diseño de bases de datos dinámicas, permitirán un manejo estadístico cada vez más riguroso.

En nuestro estudio el rango de edad más frecuente fue el de 21 a 30 años, lo cual es congruente con lo reportado por Sobel.⁷ El promedio de edad fue de 38.1 años en comparación con reportes que señalan 44 años,⁷ y 40 a 46 años.¹⁵⁻¹⁷

Por otro lado existió un ligero predominio de mujeres sobre hombres, sin embargo el radio encontrado fue menor del que reportan otros autores.¹⁷ Tal predominancia probablemente esté en relación al porcentaje significativo de atención que se brinda a derechohabientes de militar, quienes son en su mayoría del sexo femenino.

Los reportes respecto a la fuente de referencia están encabezados por Medicina Interna como el departamento que mayormente solicita consultas psiquiátricas.^{7,9,10} Ello es congruente con lo encontrado en nuestro estudio, en el cual la principal fuente de referencia está constituida por la Sala de Medicina de Mujeres (9.3%), asimismo si se engloba a Neurología, Medicina de Hombres, Inmunohematología y Cardiología, etc., el porcentaje se eleva hasta 40.2%.

Como principal motivo de referencia en nuestro estudio, encontramos la presencia de depresión, sin embargo lo que se ha reportado como predominante en otros estudios,^{7,17} es el intento de suicidio. Ha de considerarse aquí que dicha incongruencia es sólo aparente, pues en 1957, Robins,¹⁸ encontró que un 45% de sujetos con depresión recurrente cometían suicidio. Asimismo Dopart,¹⁹ reporta un 30% de frecuencia de depresión en suicidas. Es decir, la depresión incluye una proporción importante de intentos suicidas.

Por otro lado, conviene acotar, que, los pacientes que ingresan por un intento de suicidio lo hacen directamente a través del Servicio de Urgencias hacia la sala psiquiátrica, sin que se recurra a psiquiatría de enlace para ello, de tal modo que no está considerada aquí esa casuística.

Es importante considerar que uno de los principales motivos de referencia fue la existencia de problemas con el equipo de salud. Ello no se encontró en los datos revisados en la literatura. De modo que la precisión respecto a dicha problemática debe afinarse a fin de formular estrategias diversas que permitan en un momento dado optimizar la calidad de atención o detectar fallas diagnósticas, de manejo o bien de relación médico-paciente.

Hemos encontrado a la depresión (36.1%), como principal síndrome psiquiátrico, lo cual es congruente con lo aportado por Lipowski.¹⁵ Por otro lado los trastornos de personalidad, las psicosis afectivas y los trastornos de base orgánica siguen en frecuencia. En ello coincidimos con Sobel.⁷

En cuanto al diagnóstico físico, encontramos un predominio importante en cuanto a afecciones neurológicas y musculoesqueléticas. Probablemente ello esté en relación con la vecindad neuroanatómica por un lado o bien en función de la cronicidad de los padecimientos y de la limitación funcional que condicionan. De cualquier manera, dichos hallazgos evidencian la necesidad de incrementar los esfuerzos colaborativos en materia de investigación clínica.

Se concluye que el gran reto de la psiquiatría moderna es la consolidación científica merced a la investigación científica. En ese contexto, la psiquiatría de enlace como una subespecialidad joven de la psiquiatría se plantea como un terreno propicio para esta búsqueda y ofrece al mismo tiempo un reto particular, toda vez que la gran coexistencia de variables exigen del investigador de este campo de la consideración adecuada y apropiada de la interacción de las mismas.

Respecto a lo dicho antes, la literatura actual de enlace, evidencia la falta de criterios uniformes para el reporte de los casos de atención psiquiátrica a nivel de hospital general, aún cuando es preciso encomiar el esfuerzo que en materia de computación aplicada a la psiquiatría de hospital general realiza Hammer y cols. a fin de proveernos de bases de datos confiables y métodos estadísticos adecuados que permitan puentear el abismo entre la clínica y la práctica.¹³

Uno de los aspectos más valiosos de la investigación es la posibilidad de efectuar predicciones, en ese sentido, puede tras ese esfuerzo que significa este trabajo, aventurarse un perfil en el paciente que es enviado a valoración psiquiátrica por nuestro servicio de enlace, como sigue:

Probablemente se trate de una mujer o de un hombre, con edad cercana a los 30 años, proveniente de una de las salas del Servicio de Medicina Interna, con un diagnóstico probable de depresión aunado quizá a dificultades de relación con el equipo asistencial y probablemente con un padecimiento neurológico o musculoesquelético de base o asociado.

El objetivo final de estudios como el presente es incrementar el contacto de la psiquiatría con otros especialistas, definir cada vez más la interrelación entre los mismos y proveer así al enfermo de mejor atención clínica. Quizá la principal aportación del actual informe sea la necesidad imperiosa de optimizar nuestros registros e innovarlos a fin de lograr nuestros propósitos.

Finalmente el futuro de la psiquiatría de consulta y enlace, depende mucho de la habilidad de los psiquiatras para reunir los requerimientos de los tiempos presentes,²⁰ que finalmente giran en torno a conjugar trabajo clínico asistencial, investigación y consecuentemente enseñanza.

Referencias

1. Hackett TP, Cassem NH, Stern TA, Murray GB. Beginnings: Consultation Psychiatry in a General Hospital. En: Cassem NH. Handbook of General Hospital Psychiatry. Third Edition, Mosby Year Book. Boston Massachusetts, 1991:1-8.
2. Strain JJ, Zebulun T. Consultation Liasion Psychiatry, in: Comprehensive Text Book of Psychiatry, V Edition, Kaplan HI and Sadock BJ. Ed. Williams and Wilkins, Baltimore Maryland. 1989:1272-1279.
3. Pinkus HA, Strain JJ, Houpt JL, Gise LH. Models of mental health training in primary care. JAMA 1983;249(22):3065-3068.
4. Barsky AJ. A research agenda for outpatient consultation -Liasion Psychiatry. General Hospital Psychiatry. 1993;15:381-385.
5. Shear MK, Copper AM, Klerman GL, Bush FN, Shapiro T. A psychodynamic model of panic disorder. Am J Psychiatry. 1993;150(6):859-866.
6. Taerk G, Gram W. A psychodynamic view of the chronic fatigue syndrome. The role of objects relations in etiology and treatment. Gen Hosp Psychiatry 1994;16:319-325.
7. Sobel SN, Munitz H, Karp L. Psychiatric consultations in two israeli General Hospitals. General Hospital Psychiatry 1988;10:298-304.
8. De la Fuente R. Acerca de la identidad del psiquiatra. Salud Mental 1994;17:3(Sep):1-6.
9. Almanza MJJ, Hernández DM, Barajas AG. La psicoterapia de grupo y el concepto de enlace en el contexto hospitalario. Rev Sanid Milit Mex 1995;49(4)Jul-Ago:88-91.
10. Lippert GP, Conn D, Schogt B, Ickowicz A. Psychogeriatric consultation. General Hospital versus home for the aged. Gen Hosp Psychiatry. 1990;12(5):313-318.
11. Fresco R. From liason psychiatry to psycho-oncology. Ann Psychiatr 1991;6(4):227-236.
12. Almanza MJJ, Blum-Gordillo BB, Gordillo PG, Riestra CM, Altamirano MS. Psicoterapia de grupo con pacientes renales. Rev Sanid Milit Mex 1995;49(5)Sep-Oct:127-130.
13. Hammer JS, Hammond D, Strain JJ. Microcomputers and consultation psychiatry. Gen Hosp Psychiatry 1985;7:119-124.
14. Popkin MK, McKenzie JB, Callies AL. Data-based psychiatric consultation: Applying mainframe computer capability to consultation. Gen Hosp Psychiatry 1985;7:109-112.
15. Shevitz SA, Silbefarb PM, Lipowski ZJ. Psychiatric consultation in a General Hospital: A report of 1,000 referrals. Dis Nerv Syst 1976;37:295-300.
16. Anstee BH. The pattern of psychiatric referrals in a General Hospital. Br J Psychiatry 1972;120:631-634.
17. Hengelveld MW, Rooymans HGM, Vecht-Van Denebergh R. Psychiatry consultation in a Dutch University Hospital: A report on 1,814 referrals, compared with a literature review. Gen Hosp Psychiatry 1984;6:271-279.
18. Robins E, Murphy G, Wilkinson R. Some clinical considerations based on a study of 134 successful suicides. Am J Publ Health 1959;49:888.
19. Dorpart Ripley H. A study of suicide in the Seattle area. Compr Psych 1960;1:349.
20. Creed F. The future of liason psychiatry in the UK. Int Rev Psychiatry 1992;4(1):99-107.