

“Psicoterapia en Medicina Interna y Especialidades: Psicopatología y Psicoterapia”

Dr. Manuel Alvarez Romero
Medicina Interna
Centro Médico Psicopatológico de Sevilla

1. Conceptos básicos:

1.1. Psicoterapia.

En sentido amplio es toda actuación curativa mediante la actuación personal del terapeuta especialmente mediante la palabra.

En sentido estricto entendemos por Psicoterapia un procedimiento terapéutico concreto, reglado en sus objetivos, medios, límites, plazos e indicaciones. La esencia de la Psicoterapia es el descubrimiento de la verdad.

Habría que valorar con precisión la relación coste/beneficio y la contrastación de modalidades/indicaciones concretas.

La mejor Psicoterapia es la que genera expectativas y esperanzas en el paciente.

1.2. Medicina Interna.

Entendemos por Medicina Interna el ejercicio médico clínico que descarta la Cirugía y las Especialidades.

Medicina Interna/Atención Primaria: Incluye ésta el ejercicio primario de las especialidades clínicas (Cirugía menor, Otorrino, etc).

Medicina Interna/Medicina de Familia: Identificamos la Medicina de Familia con Atención Primaria considerando que la diferencia la marcan circunstancias burocráticas o temporales sin repercusión en la esencia de su naturaleza.

En un acertado artículo de “Medicina Clínica” el Prof. Eduardo Lissen, Catedrático de Medicina Interna aborda el tema con profundidad y claridad en las vertientes docente, asistencial e investigadora.

Especialidades Médicas y Quirúrgicas: Se integran aquí todas las restantes modalidades en el ejercicio de la Medicina. Será peculiar en un sentido de los dos posibles entre estas especialidades la Psiquiatría. Y en el otro extremo habríamos de situar a la Anatomopatología, la Bioquímica, etc.

1.3. Asistencia ambulatoria versus hospitalaria.

Aunque buena parte de lo en este trabajo tratamos es aplicable al paciente hospitalizado, nos limitaremos de modo directo a la práctica ambulatoria que es el medio en el que personalmente desarrollo mi trabajo profesional.

Las características diferenciales de ambas modalidades asistenciales a tener en cuenta para aplicar Psicoterapia serían:

- Relación paciente/familia
- Relación familia/médico
- Relación enfermo/enfermo (ambulatorio/hospitalizado)
- Relación consulta/tiempo
 - Cuándo (ubicación temporal)
 - Cuánto dura
 - Cómo se realiza

- Relación personal sanitario/paciente
- Información al paciente

Dentro de la Asistencia Ambulatoria consideraremos la privada/pública, medio rural/urbano, Centro del Salud, Ambulatorios, Centros de Diagnóstico, Oncológicos, etc.

1.4. Filosofía, Ideología, Psicoterapia.

En "Terapéutica del hombre" Rof Carballo cita a Allport: "Merced a las teorías que sobre la naturaleza humana profesan los psicólogos, tienen éstos en sus manos el poder de enaltecer o de rebajar esta naturaleza".(1)

En el prólogo de su libro "La historia clínica", recientemente reeditado, Laín Entralgo dice: "La historia clínica puede ser estudiada según dos criterios no fácilmente (como el vino y el vaso): Forma y contenido; en tanto documento genéricamente definible y como expresión verbal de un pensamiento patológico; o también cómo es y qué dice la historia clínica. Y no es fácil ese deslinde porque las estructuras interna y externa del relato patográfico dependen en no escasa medida del pensamiento patológico y del saber de quien los redactó... No es posible estudiar la estructura y el estilo de una historia clínica sin tener en cuenta el pensamiento nosognómico, nosotáxico y nosológico de su autor... Y por tanto sin ver o entrever la antropología que a todo ello sirve de tácito supuesto".

No es momento de clarificar o enumerar escuelas o tendencias psicoterapéuticas pero sí de detenernos para considerar que, aunque lo pretenda y procure, el psicoterapeuta no es neutro. Con su aprobación o desaprobación, con sus gestos y actitudes, con sus consideraciones y su transferencia encauzará, cual brisa suave o quizá como fuerte huracán, al paciente hacia uno u otro extremo de los posibles en toda decisión actitudinal o conductual.

Es curioso, novedoso y hasta divertido leer a Paul Watzlawick y demás autores de la famosa Escuela de Palo Alto al afirmar con claridad la actitud necesariamente intervencionista del psicoterapeuta.(2) y (3)

Y partimos del ético ejercicio profesional que sinceramente pretenda el bien para el paciente y no su utilización como cliente a secas. Es obvio que siendo objetivo el concepto de bien entitativo, la cuestión se oscurece cuando bajamos a la arena del día a día y de la consideración de las circunstancias concretas donde entran en juego valores y vivencias.

En Medicina Interna se destaca más que en otras parcelas médicas la necesidad de considerar al enfermo que nos consulta, siguiendo a Honorio Delgado, como paciente más que como cliente.

1.5. Psicoterapia y Psicopatología.

El paradigma psicopatológico conlleva la consideración antropológica del paciente como un ser personal y libre, implicando estas tres facetas:

- La relación bio-psico-social
- La interactividad o dinámica entre estos tres ámbitos
- La libertad personal que, más o menos condicionada por la enfermedad y

demás circunstancias, puede ser poderoso factor patógeno o saludable, según su adecuado o inadecuado ejercicio.

Para entender y ayudar a un paciente es preciso contar con su capacidad actual de libertad así como con los efectos acumulados -positivos o negativos- consecuencia de sus decisiones precedentes (4).

Hace unos años leímos un artículo sobre "Trastorno facticio" del Prof. Manuel Valdés y de la Dra. Esther Gómez, aparecido en "Medicina Clínica", en el que se recoge una interesante cita de Hipócrates bien clarificadora para nuestra tarea: "Es más importante saber qué

clase de persona tiene la enfermedad que qué clase de enfermedad tiene la persona". Aún más claro y desarrollado queda este concepto en sus publicaciones sobre Psicopatología.(5)

2. Diagnósticos clínicos, Comorbilidad general y psicopatológica.

Todo ejercicio clínico es y debe comprender un valor psicoterapéutico. La mera esperanza nacida del concertar una consulta médica ya lo es.

Contar con el diagnóstico clínico del paciente será un básico punto de apoyo para la asistencia psicoterapéutica. Y al respecto queremos señalar dos puntualizaciones:

2.1. En primer lugar la valoración de la posible comorbilidad que condicionará en buena medida el enfoque psicoterapéutico. En el ámbito de la Psicopatología será de ordinario muy elevada la comorbilidad de entidades propiamente médicas, como de éstas con procesos psicopatológicos, entrañando relación causa-efecto algunas veces y sólo coexistencia en otras.

Ejemplos frecuentes podrían ser:

- La depresión somatizada o atípica y sus consecuencias o el correlato clínico de la ansiedad para el supuesto de proceso único.
- La valoración de los trastornos de personalidad en la base previa de cualquier enfermedad, como ejemplo de procesos múltiples.

2.2. En segundo lugar enumeremos los principales grupos diagnósticos barajables en Medicina Interna en los que cabría la aplicación de la Psicoterapia como agente terapéutico:

- Síndromes depresivos, especialmente la depresión reactiva
- Síndromes ansiosos
- Trastornos por somatización
- Histeria
- Trastornos de personalidad
- Patología obsesiva
- Enfermos funcionales. Síndromes abigarrados y no catalogables
- Patología cardiocirculatoria
 - Taquicardias. Trastornos del ritmo, extrasistolias
 - Hipertensión Arterial
 - Patología coronaria
- Patología digestiva
 - Colon irritable
 - Vómitos
 - Disfagia
 - Úlcus
- Patología reumática
 - Reumatismos Psicógenos Fibromialgia
 - Artrosis
- Endocrinología y nutrición
 - Diabetes, Hipoglucemias
 - Patología tiroidea
 - Síndrome premenstrual
 - Menopausia
 - Obesidad
- Patología respiratoria
 - Asma

- Bronquitis crónica
- Procesos dependientes de otras especialidades
- Prúrito
- Fiebre de origen desconocido
- Síndrome de fatiga crónica
- Pacientes infecciosos: Sida, Hepatitis,...
- Síndrome vertiginoso
- Pacientes oncológicos
- Procesos urológicos
- Patología sexual

2.3. Tras esta larga enumeración hemos de definir quién realizará el abordaje farmacológico y psicoterapéutico de estos pacientes. Lógicamente dependerá de varios factores:

- Ámbito clínico
- Personalidad y preparación del médico
- Tipo de proceso

Y deseo destacar la eficaz labor terapéutica y social que puede y debe desarrollar -en el ámbito público y privado- un internista o especialista por una parte o bien un Psiquiatra o Psicólogo por otra, con una buena formación en Psicopatología. La seguridad y amplia perspectiva que aporta este bagaje cultural-profesional llevará a tratar esos pacientes-límite, tan abundantes, y que muchas veces son producto de la medicina superespecializada, burocratizada, masificada y poco explícita con el paciente.

De este modo el ahorro en tiempo, recursos diagnósticos (de tan elevado coste en la medicina actual), coste terapéutico y la mejor calidad de vida obtenida suponen una indudable aportación de la Medicina Psicopatológica al ejercicio de la Sanidad.

Sugiero un reto en el ámbito de la SEMP, basado en lo antes dicho, la demostración desde la investigación económico-sanitaria de que la Medicina Psicopatológica es barata, reduce costes. Es uno de los campos en los que hemos comenzado a trabajar en el ámbito de la SAMP, en base a lo mucho aportado en estos temas por el Prof. Luis Salvador Carulla (6).

3. Las demandas del paciente.

A la consulta acuden los pacientes con diversas demandas:

1. Demanda expresa o relatada
2. Demanda sentida o subjetiva
3. Demanda real u objetiva

Y corresponde al buen hacer del clínico, siendo ésta ya actividad psicoterapéutica, el saber profundizar en los diversos planos o niveles de conciencia, así como explicitar oportunamente estas diversas demandas del paciente.

No es banal el plantearse el orden de prioridades en la atención de esas demandas. En ocasiones no será posible satisfacer y resolver lo que primariamente se nos pide sin antes haber resuelto solicitudes veladas.

Tampoco es infrecuente que al resolver una cuestión concreta desaparecen simultáneamente otros requerimientos ni tan siquiera abordados.

Junto a esta reconversión de la demanda hay que plantearse:

- La situación del paciente
- Los recursos con que cuenta
- Los mecanismos compensadores adoptados consciente o inconscientemente

Y así definir el plan de actuación psicoterapéutica más conveniente (7).

4. Posibilidades de la oferta psicoterapéutica en Medicina Interna y Especialidades

4.1. En general:

Aunque toda la actuación médica entraña un efecto psicoterapéutico en sentido amplio procede distinguir entre:

- La información que aportemos al paciente y/o familia sobre su proceso, el pronóstico, medidas a adoptar, etc. Es de suma importancia hacerlo de modo positivo, con serenidad, realismo optimista y sentido amoroso.

- El proceso educativo está implícito en todo el quehacer médico. Pautas preventivas o correctoras de la disarmonía que la enfermedad implica son administradas en nuestras consultas. A veces se han de impartir de manera expresa y ordenada. Tal ocurre ante un paciente con hepatitis o insuficiencia coronaria cuando explicamos los factores de riesgo o las cautelas evitadoras del contagio.

- La Psicoterapia propiamente dicha entrañará una especificidad en su planteamiento tal como hemos visto.

En la nota preliminar del libro “La historia clínica” de Laín Entralgo se recoge:

“La psicoterapia en medicina interna comienza con el Encuentro, o mejor con el Pre-encuentro en el que se engloba lo que el paciente sabe del médico, cómo le llegó, la aproximación físico-local a su presencia, etc. Además del preciso momento del encuentro en que el gesto, el saludo, las palabras... juegan su papel es fundamental la Patografía, la historia clínica” (6).

Y siéndolo siempre lo es especialmente en dos grupos de enfermedades en los que no cabe decir: Si sé lo que tiene y cómo tratarlo y curarlo ¿A qué indagar y prodigar la relación médico-enfermo? Estos grupos son:

- La enfermedad crónica, la que aún no cuenta con un tratamiento resolutorio.
- Las neurosis, los pacientes con un componente neurótico (8).

4.2. Especificidad en el modelo psicoterapéutico aplicado.

De entre los numerosos modelos y estilos psicoterapéuticos algunos son adecuadamente aplicables en nuestro caso.

De ordinario la práctica concreta no implica una ortodoxia plena. Y no nos referimos a la peculiaridad que cada psicoterapeuta conlleva en su trabajo sino a la necesaria acomodación del procedimiento a las condiciones del médico, paciente, proceso y ámbito clínico.

Concretando, podemos describir las características fundamentales de cada modalidad o procedimiento psicoterapéutico. Así lo haremos a continuación.

4.2.1. Psicoterapia cognitiva. En pacientes de Hipertensión Arterial, Insuficiencia coronaria portadores del patrón A de Personalidad de Freeman. Hoy hablaríamos de la existencia de rasgos anancásticos o incluso de Trastorno de Personalidad en ese sentido.

Un síntoma o un signo mal valorado por el enfermo suele desencadenar un mecanismo de feed-back ansioso que agrava y complica el proceso. Aclarar el valor de un extrasístole, una taquicardia, una cifra tensional o una cifra de colesterol, transaminasas o VSC resultan reveladoras en un enfermo. No se trata de una mera información sino de una reestructuración cognitiva que requiere dedicación, pericia y autoridad.

4.2.2. Psicoterapia Conductista. Utilizar técnicas de Desensibilización o implosión sería el modelo a aplicar en pacientes hipocondríacos y somatizadores.

También en la erradicación de hábitos patógenos: dependencia tabáquica o alcohólica, obesidad, diabetes, etc.

En los cuadros fóbicos, con temor a la reacción medicamentosa adversa, a la hipoglucemia post-insulínica del diabético, etc. va muy bien.

Siempre que haya que instaurar o erradicar hábitos.

4.2.3. Psicoterapia de corte Psicoanalítico. Estaría indicada en los cuadros conversivos, muchas veces implicados con cuadros neurológicos como en la histeroepilepsia. También en las pequeñas disociaciones presentes en jóvenes, que de ordinario consultan por procesos atribuibles a organicidad visceral.

Con frecuencia resulta asequible la explicitación de traumas o situaciones conflictivas vividas en la infancia o adolescencia y nunca referidas. La descarga, la desculpabilización y la serenidad son a veces el objetivo logrado y no buscado en principio y a la vez resolutorio del proceso motivo de la consulta.

4.2.4. Psicoterapia trascendental. En el sentir de Rof Carballo y Javier del Amo, con la finalidad de ampliar el horizonte existencial y promover el “cambio” de actitud y el desarrollo psicósomático personal tiene especial aplicación en los síndromes depresivos y en los cuadros alexitímicos.

4.2.5. Logoterapia de Víctor Frankl. Infundiría sentido y voluntad de sentido en pacientes somatizadores, depresivos (especialmente con depresión reactiva), síndromes ansiosos, etc .

4.2.6 La Psicoterapia de apoyo en una o varias sesiones es resolutoria en multitud de actuaciones clínicas de Medicina Interna Ambulatoria que no serían resueltas -y quizá se enronizarían- si no se aplicase y eso contando con su sencillez y asequibilidad.

Conlleva el empatizar, escuchar, comprender, aclarar, animar y quizá dotar de sentido al proceso o situación del paciente.

4.2.7. Entrenamiento autógeno de Schultz. Está indicado en hipertensión arterial y trastornos del ritmo cardíaco, cefaleas, insomnio, patología tiroidea, dislipemia, cuadros ansiosos acompañados de manifestaciones vegetativas.

4.2.8. Relajación. Tiene amplia indicación. Mediante aplicación oral directa o mediante grabaciones. También utilizando métodos autoaplicados. En principio es complementaria de otros modelos (9).

4.3. Eclecticismo. Psicoterapia multidimensional.

Aplicando este contenido en la práctica personal, de antemano, encontré en una intervención del Prof. González de Rivera (recogida ya en una publicación previa) la denominación más adecuada: Psicoterapia Multidimensional (10).

5. Principios básicos más utilizados.

Como se desprende del capítulo anterior, en nuestro caso, la aplicación de un proceso psicoterapéutico típico resulta menos importante que la consideración de algunos principios básicos

que han demostrado una elevada eficacia curativa en largos años de aplicación en el ámbito de la Medicina Psicosomática. Tales son:

1. El paciente es un ser vivo, activo, capaz de colaborar en la reconstrucción de su homeostasis desestructurada a nivel biológico y psicológico. Y conviene implicarlo (10).

2. Hay que contar con la interacción bio-psico-social y estimular los factores más asequibles que con su compensación facilitarán la de los estamentos o sistemas restantes. Así será preciso comenzar resolviendo la ansiedad con fármacos o la disarmonía social con apoyo humano o el conflicto personal escuchando y quizá asintiendo o simplemente eliminando el cuadro somático (vómitos, mareos, dolor) con el tratamiento sintomático oportuno.

3. Es propio de la patología psicosomática la consideración de mecanismos fisiopatológicos de feed-back positivo o negativo, Es preciso descubrirlos para activarlos o frenarlos según su naturaleza y circunstancias (11).

6. Objetivos.

Ante una consulta en el ámbito de la Medicina Interna y Especialidades, en el que nos desenvolvemos, se ha de perseguir:

6.1. La salud integral, que incluye:

- El proceso motivante de la consulta.
- Los factores somáticos y psicológico-sociales que detectemos como patógenos.
- Cualquier otro proceso médico o quirúrgico que pueda ser orientado para su resolución o comprensión
- Considerar la oportunidad de abordaje de estos factores.

6.2. La eliminación de la ansiedad acompañante, en mayor o menor grado, mediante psicoterapia o farmacoterapia. Así se facilita el abordaje y la resolución terapéutica.

Cuando se comprende, asimila y admite el padecimiento presente, la ansiedad mengua y aquel reduce su intensidad. Esto es, con frecuencia, el origen de un feed-back positivo.

6.3. La consideración de los problemas asociados, capaces de generar o mantener la patología:

- Familia.
- Trabajo.
- Comunicación.
- Soledad, etc.

La variabilidad en importancia, coste personal o temporal y dificultad de resolución es muy dispar en la clínica. De ahí nuestra llamada de atención para actuar con una prudente valoración del coste/beneficio en cada caso.

6.4. Es de especial importancia especialmente en los casos recidivantes o encronizados la detección y abordaje de ideas sobrevaloradas por el enfermo.

Se trata de referencias obtenidas en una consulta previa y mal asimilada, de explicaciones aportadas por parientes o vecinos o recopiladas en radio-tv-prensa. Suelen tener un pequeño “fundamento in re” pero están sacadas de contexto o hipervaloradas. Otras veces son conflictos familiares, profesionales o sociales carentes de entidad objetiva pero no subjetiva. Al referirlos son objetivados adecuadamente descargando la presión que originaban. Su corrección puede conllevar la pronta resolución de numerosas patologías(12)

7. Transferencia-contratransferencia y Entrevista clínica.

Aplicando estos conceptos de origen psicoanalítico a la entrevista clínica podremos comprender mejor la dinámica curativa de nuestra actuación y potenciar los pasos o aspectos más oportunos en cada caso.

Analícemos algunos:

1. Captar la situación o “hacerse cargo” del problema del paciente es objetivo básico para poder infundir la confianza y seguridad que se nos demanda.

2. Empatizar o emitir/recibir en la misma “frecuencia” que el paciente, saber estimular su discurso sincero y profundo.

3. La eliminación de barreras o dificultades prácticas que impedirían la aceptación, aplicación del tratamiento forma parte de la psicoterapia en Medicina Interna Ambulatoria.

Gran atención merece el cumplimiento terapéutico como indicador de la autoridad-prestigio del médico y de su eficiencia psicoterapéutica.

No entraremos en la importancia de la sencillez y asequibilidad de las indicaciones dadas.

4. La continuidad en el seguimiento del paciente es, en buena medida, prueba de la confianza que imprime y de la esperanza que infunde.

La posibilidad de un contacto telefónico o epistolar es factor muy valorado por el paciente y de probada eficacia en la continuidad de la consulta y en el cumplimiento terapéutico.

5. Pensamos que en la práctica Psicosomática después del escuchar comprensivo es de lo más importante la exploración como elemento psicoterapéutico.

Se trata de una exploración clínica serena, dirigida, selectiva, calmadora de las ansias patológicas del enfermo expresadas en ciertos síntomas o signos (dolor, manchas, bultos, cenestesia anómala, deformación, etc.). La inspección, palpación, auscultación, toma de tensión arterial, etc., así como la realización de una oscilometría, ECG, pueden y deben ser medios terapéuticos.

6. Igual sucede con una analítica, radiografía, ecografía, adecuadamente indicados para proporcionarnos seguridad mediante la aportación positiva o negativa de datos.

7. Las indicaciones terapéuticas, farmacológicas o no, acompañadas de una oportuna explicación del porqué de su prescripción, de los efectos pretendidos o no deseados que pudieran aparecer, poseen también un efecto curativo.

8. Enlazando con lo anterior es momento de abordar los efectos placebo y nocebo de cualquier tratamiento.

Considerando el “Primum non nocere” y la pretendida estimulación de la “Vis curatrix” en todo proceso terapéutico hemos, pues, de aprovechar al máximo el efecto placebo y evitar el efecto nocebo, tanto de los fármacos y medidas indicadas como del propio actuar médico.

En Patología Psicosomática es especialmente importante este efecto psicoterapéutico.

9. La consideración de la familia del paciente se ha de valorar como:

- Fuente informativa.
- Medida de apoyo.
- Posibles factores patógenos a evitar.
- Elemento a informar puesto que es parte interesada en relación al enfermo.

8. Conclusiones.

1. El acto médico correctamente vivido es acción psicoterapéutica y más cuanto más personal y amorosamente sea realizada.

2. En la consulta ambulatoria del internista y demás especialistas se presenta una elevada casuística que precisa algo más que una psicoterapia genérica e inespecífica.

3. La psicoterapia de apoyo y la aplicación de principios básicos psicoterapéuticos, sacados de la experiencia e ilustración personal resultan ser las prácticas más frecuentemente realizadas.

4. Entre los internistas relacionados con la Medicina Psicosomática es frecuente el conocimiento y práctica de técnicas psicoterapéuticas específicas en el tratamiento de sus pacientes.

5. Lo mismo sucede en las restantes especialidades excluyendo la Psiquiatría; las más frecuentes son Aparato Digestivo, Cardiología, Ginecología, Dermatología y reumatología.

6. El adiestramiento en Psicoterapia Médica por parte del Internista, Especialistas y Médico de Familia o Asistencia Primaria aboca, sin duda, en una mayor eficiencia terapéutica, en una mejor calidad de vida del paciente, en un más satisfactorio ejercicio profesional y en un ahorro de recursos.

7. Pensamos que la SEMP, la SAMP y otras Sociedades Científicas similares son medio y cauce para la formación en Psicoterapia Médica de los médicos no Psiquiatras. Lógicamente éstos seguirán una preparación más extensa e intensa dirigida al abordaje de los casos más complejos. Los Psiquiatras son parte fundamental en la formación psicoterápica de los demás médicos tal como venimos hablando (13).

8. Sin entrar ahora en la problemática que comporta, es preciso trabajar y definir el papel del Psicólogo en la práctica y enseñanza de la Psicoterapia aunando razonablemente las posturas extremas que se puedan producir en un debate socio-profesional partidista y apasionado.

9. Todo lo expuesto es objeto de estudio e investigación en el ámbito de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomática, con la modestia propia de su reciente creación, mediante el desarrollo de Sesiones de formación permanente y de cursos monográficos dirigidos a colectivos profesionales sanitarios, ilusionados con un esperanzador resultado (14).

Bibliografía:

- 1) Rof Carballo, J. (1986) "Terapéutica del hombre". Desclée de Brouwer Bilbao
- 2) Nardote, G. Y Watzlawick, P. (2003), "Terapia Breve: filosofía y arte". Herder. Barcelona.
- 3) Watzlawick, P. Y otros (2003) "Cambio". Herder. Barcelona
- 4) Yepes Stork, R. y Araguren Echevarría, J. (1999), "Fragmentos de Antropología". Eunsa. Pamplona.
- 5) Valdes i Miyar, M. (2000), "Psicobiología de los síntomas Psicosomáticos". Masson
- 6) Salvador Carulla, L.. Encuentros en Psicosomática, 2005. Disponible en <http://www.psicosomaticaandaluza.org>
- 7) López Sánchez, J.M. (2004), "Mirando Personas". Lichtung. Granada.
- 8) Laín Entralgo, P. (1998) "La historia clínica". Tricastela.
- 9) Delgado Espada A., Blanco Casillas M. Y Álvarez Romero M. (en preparación). "Aprende a relajarte. Claves para afrontar el estrés". Almuzara. Córdoba.
- 10) González de Rivera J.L. (1998) "Psicoterapia multidimensional". Granada.
- 11) Álvarez Romero M. (2004). "¿Quieres ser feliz?". Arguval. Granada.
- 12) Álvarez Romero M. "Formación Psicosomática del postgrado: los encuentros interdisciplinares como experiencia positiva". XXXIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP) en Orense, 27 de noviembre de 1998. Artículo no publicado.