

Grupo Interamericano de
**Reflexión
Científica**



Clínica de patologías orgánicas.

(Caso Presentado en ateneo)

Buenos Aires, 2008

Lic. Graciela González Saldain

Egresada como Licenciada en Psicología en la Universidad John F.Kennedy (1989).

En el año 2005 obtiene el título de Especialista en Psicología Clínica por la Escuela de Graduados de la Universidad John F.Kennedy. Actualmente cursa el 2do.año del Profesorado Universitario de la Universidad J.F.Kennedy y la Especialidad en Administración y Evaluación del test de Rorschach en el Hospital Ramos Mejía.

Ex docente de la Universidad del Museo Social Argentino en la asignatura Historia de la Psicología.

Actualmente y desde el año 1990 es miembro del Cuerpo Docente del Departamento de Psicología Clínica de la Universidad John F.Kennedy en las

asignaturas Psicopatología I y II para alumnos que cursan la licenciatura en Psicología y Docente y Coordinadora de la materia Psicología Profunda y Psicopatología para alumnos que cursan la licenciatura en Servicio Social y Sociología.

Es miembro del Gabinete Asistencial desempeñándose en el Área Psicodiagnóstico y de Tratamiento en la Escuela de Graduados de la Universidad John F.Kennedy. Es Coordinadora y Supervisora del grupo de alumnos pertenecientes a las Prácticas Pre-Profesionales en el Área Psicodiagnóstico

-Ha participado en Congresos siendo:

Miembro Titular de las Primeras Jornadas sobre Concepción Triversitaria del Dr.Miguel Herrera Figueroa. Sociedad de Psicología y Psicopedagogía Clínica de la República Argentina. 28 de Mayo al 1 de Junio de 1993.

Grupo Interamericano de Reflexión Científica

Vocal Suplente de la Primer Comisión Directiva en las Primeras Jornadas Sobre “Neurosis Traumáticas”. Octubre 1990.

Miembro Titular del XVIII Congreso Argentino de Psiquiatría, APSA, Mar del Plata, Buenos Aires, Abril de 2002.

Miembro Asistente de la XX Jornada Académica sobre “Psicosis Disociativas”, Universidad Argentina John F.Kennedy, Departamento de Psicología Clínica.

Miembro Asistente del Congreso Internacional sobre “Trauma Psíquico y Estrés Traumático”. Teatro General San Martín. Junio 2002.

Miembro Titular del XIX Congreso Argentino de Psiquiatría, APSA, Mar del Plata, Buenos Aires, Abril de 2003.

Relatora, Mesa Redonda n.32, en el V Congreso Mundial de Estados Depresivos, Mendoza, Septiembre de 2003.

Miembro expositor del XX Congreso Argentino de Psiquiatría, en Mesa Redonda: “Desde la Teoría a la Práctica Clínica”.

Mar del Plata, Buenos Aires, Abril de 2004.

Miembro expositor del XX Congreso Argentino de Psiquiatría. “Desde la Psicología del Deporte hacia una axiología socio-integradora del desarrollo Humano”. Mar del Plata, Buenos Aires, Abril de 2004.

Miembro Asistente del XX Congreso Argentino de Psiquiatría, “Dos décadas Revolucionarias en el desarrollo de la Psiquiatría”. Mar del Plata, Buenos Aires, Abril de 2004.

Miembro Expositor del XXI Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA.

“Desafíos y Abordajes de Patologías Narcisistas”, Mar del Plata, Buenos Aires, Abril de 2005.

Ha ejercido la conducción y Producción del programa: “Más allá del Sol” como Lic. En Psicología, radio emisora: FM Wilde. (1999-2000)

- Su transición en la clínica en el Área Psicológica abarca:

Entrevistas – Psicodiagnósticos – Test Proyectivos – Test Psicométricos

Miembro del Gabinete Asistencial de la Universidad Argentina John F.Kennedy en el Área Psicodiagnóstico.

Psicoterapia Individual (niños, adolescentes, adultos)

Psicoterapia de Pareja y Familia: Trabajo con los pacientes y sus familias con el objetivo de facilitar y mejorar las redes comunicacionales entre los diferentes grupos políticos.

Trastornos de la Alimentación: Anorexia Nerviosa y Bulimia.

Trastornos de Ansiedad: Fobias. Trastornos de Pánico (T.P)

Trastorno Obsesivo Compulsivo (T.O.C)

Psicología del Deporte. Jugadores en alta competencia. Talleres para padres.

Adicciones (Drogadicción – Alcoholismo- Jugadores Compulsivos)

Orientación Vocacional.

Realizó investigaciones como Miembro Titular del (C.P.P.C). “Desórdenes en la alimentación en Anorexia Nerviosa y Bulimia”.

Investigación en el Área Psiquiátrica, Área Psicológica, Área de la tercera Edad, Área Pacientes Terminales, Área Trastorno de la Alimentación.

Abordaje del Jugador Compulsivo en un Encuadre Psicoanalítico.

Investigación acerca del concepto de “Limite”.

Es miembro del “Grupo Interamericano de Reflexión Científica”

Clínica de Patologías Clínicas

(Caso Presentado en ateneo)

El caso clínico presentado refiere a una paciente que presenta una enfermedad con características psicósomáticas observables en su aparato cutáneo, cuyo *síndrome lesional* es: *psoriasis*, presentando *urticaria* como *trastorno funcional*.



INTRODUCCIÓN:

Nos referimos a *síndrome lesional* cuando estamos en presencia de una verdadera enfermedad psicósomática. Cuando la represión emocional es continua, se estructura a la manera de rasgos de carácter y lesiona el órgano.

Predomina en esta paciente y como rasgo de carácter una represión emocional continua, utilizando siempre las mismas vías de facilitación, encontrándonos así con una verdadera enfermedad psicósomática, con síndrome funcional.

Vale destacar que dicha paciente no presenta conciencia de enfermedad psíquica. El síntoma no demanda como lo haría el síntoma neurótico. Su lenguaje es corporal y no ejerce como introducción a la palabra mediatizadora.

Desde la psiquiatría clásica se puede definir a la enfermedad psicósomática, como una patología psicogenética que presenta síntomas somáticos o fisiológicos capaces de provocar una alteración estructural somática.



DESARROLLO:

Nombre de la paciente: Norma

Edad: 39 años

Estado Civil: Casada

Ocupación: Empleada administrativa en auditoría odontológica desde hace 20 años.

Motivo de Consulta (manifiesto):

No lo puede precisar con claridad (sí lo hizo en la entrevista de admisión donde se consignó que tiene “conflictos no resueltos *en relación a su padre* y que en la actualidad son desplazados sobre su familia”).

La paciente refiere que se siente mal y dice: “**me hago demasiado bolsa y doy vuelta con todos los temas**” hago mal a los que están a mi alrededor, el nene, mi esposo... quisiera disfrutar...algo más sano...”

Surge en la (devolución) el motivo de consulta latente referido al malestar que le producen los mandatos parentales (respecto del orden, la perfección, la autoexigencia y la limpieza).

Material utilizado para el psicodiagnóstico:

Tres encuentros: Dos se utilizaron para la administración de: Gráficos Proyectivos: H.T.P., FK, FKP y un test proyectivo: T: R: O: Test de Relaciones Objetales / Phillipson; y un último encuentro para la devolución correspondiente.

Grupo familiar primario:

Padre (64 años) – constructor - : Su padre es descrito como mujeriego y calificado como “un degenerado y muy egoísta”. Respecto a su relación con él dice: “ahora me llevo” (implicando ello algo circunstancial) porque “antes era palabra santa, dice la paciente, hacía y deshacía, el era como yo (en lo de hacer y deshacer)”. Acota que hasta sus quince años lo veía como el gran padre y que él ocupaba el rol de madre. Agrega: “nos llevaba al médico, se dedicaba a nosotros mientras mamá estaba en el negocio”.

Dice: “él sabe hacer de todo, después me fui dando cuenta que no era tan así”.

Refiere que estando casado con su madre se puso de novio con una tía de ella (hermana de su madre) con quien fue a vivir durante tres años, luego estuvo en pareja con su suegra (abuela materna de ella).

Dice: “**tuve bronca y no la pude expresar**, esto se supo y se ocultó, destruyó a la familia”. Esta fue la causa por la que sus padres se separaron cuando la paciente tenía 15 años de edad – luego se juntarían y separarían varias veces por el mismo motivo.

Aparecen entonces unas crostas en su piel, la PSORIASIS comienza a invadir en todo su cuero cabelludo.

Es dable tener presente que esta información la vuelca en la entrevista de devolución, con mucha “bronca”, señalando con sensación de alivio: “lo tenía que decir”.

Dice: que en esa época su padre “estaba todo el día afuera “trabajando” (da a entender que estaba con otras mujeres).

El padre vive en la actualidad en la provincia de Santa Fe con la madre de la paciente que acota: “no se para que se fueron a Santa Fe a vivir juntos otra vez”.

Madre (62 años) – ex comerciante -: Refiere: es “depresiva y triste” por todo lo que sufrió en su vida con su padre (esposo). Además de “muy temerosa” luego del parto de un feto muerto años después que naciera ella. La describe como fría y dice: “nunca un cuento, nunca una caricia, reemplazaba el afecto con cosas, comida, juguetes, la relación era bastante fea en el sentido de distante, siempre trabajando”. Agrega que el único momento en que cumplía el rol materno era cuando ella o

su hermano se enfermaban “por eso nosotros vivíamos enfermos”.

Norma dice haber vivido “apestada” (así se refiere) hasta antes de casarse.

Tenía cistitis crónica que desapareció al irse de su casa paterna, estaba mal de los intestinos, (constipación que continuaba en ese momento), y problemas en la piel (soriasis). Acota: “oído, nariz y garganta era lo cotidiano”.

Con respecto a la soriasis refiere que se le manifestó a los quince años de edad cuando sus padres se separaron por primera vez, afectándole toda la cabeza (cuero cabelludo) y que luego se fue retirando sola en dos o tres años, reapareciendo nuevamente hace dos años (en la región tèmoro-parietal izquierda).

Dice que hace cuatro meses – que está en una “revolución interior” -.

Hermano (35 años): Vive en la provincia de San Juan, alejado de la familia de origen.

Grupo familiar nuclear: (esposo y un hijo de 5 años de edad):

Hijo: El niño sufre de **bronco espasmos** desde que nació (permite inferir un vínculo madre-hijo, disfuncional), con homeopatía mejora bastante (ella también está bajo el mismo tipo de tratamiento). Su hijo desde que nació tuvo numerosas complicaciones (bronquiolitis, operación de hernia inguinal).

Refiere que **el llanto de su hijo “le es indiferente”**, que no lo quiere escuchar que llore y que cuando lo hace le pega un chirlo en la cola (incluso lo hacía cuando era un bebé de cinco meses).

Norma dice: “escucho un llanto y me voy a lo extremo, a lo negativo, me molesta que llore, **la sangre me hierva** y le puedo llegar a pegar por pegar donde sea (se angustia), estallo donde sea y luego **me agarra remordimiento**” Refiere sentir “culpa” pero su comportamiento, tono de voz y matiz afectiva es discordante con lo que dice sentir (racionaliza) y siempre está sonriendo.

Esposo (45 años de edad): Es de origen humilde, comenta que a ella **nunca le faltó nada**, es técnico en traumatología y hace uno años habían puesto un negocio de ortopedia y quebraron, les fue muy mal y

tuvieron que “desprenderse de todo” y que aún continúan pagando deudas. Actualmente trabaja en otro lugar.

Con respecto al problema económico, dice que antes se pasaba discutiendo con su marido en presencia de su hijo, que esto lo afectó mucho lo cual derivó en dificultades de adaptación y agresividad extrema en la guardería que asistía. Por esto ellos debieron iniciar terapia de pareja durante dos meses.

Con relación a su infancia comenta que cuando tenía seis años de edad, en la escuela se aislaba, no podía hacer amigos, que debido a esto le realizan un EEG que diagnostica un principio de “disritmia cerebral”, por lo que la medicaron con Lotoquis (anticonvulsivante) hasta los 17 años de edad.

Señala con relación a la **limpieza y orden: “lo primero en mi casa es la limpieza**, la casa tiene que brillar, estar en orden. Aunque tenga la necesidad de ir al baño, primero limpio, **limpio como una máquina** y quiero que los demás hagan lo mismo, para recién después compartir mi tiempo con mi esposo y mi hijo...y **me da bronca** no poder compartir porque tengo ganas...**pero tengo la obligación...**”

“Limpio todos los días, varias veces al día...cuando puedo”. Dice que esta práctica le fue “transmitida” por su madre.

Respecto de su vida sexual dice que es buena cuando se predispone bien y está bien, y regular cuando no lo está. Agrega: “hubo un tiempo – este año – en que **no pasaba por mi cabeza**, o sea, que podía pasar un mes y no me iba ni me venía, pero luego de la conversación – hace algunos meses – algo cambió las cosas”.

Respecto de la comida dice que siente placer al comer y acota “yo como con los ojos”.

Además de los datos ya señalados en párrafos previos, surge como significativo que la paciente diga: **“soy mala para inventar historias, no tengo imaginación, soy mala para eso”**. Esto lo cuenta porque una amiga de ella que concurre al Gabinete, le comentó que le iban a hacer contar historias con unas láminas; (Esto aparece en el primer encuentro, quizá a modo defensivo, luego que se le informa en qué consistiría el psicodiagnóstico).

El no acudir cuando su hijo llora podría estar expresando una **dificultad en la simbolización, una dificultad para decodificar ese llanto.**

En varias oportunidades dice: **“no tengo amigos, me cuesta relacionarme con la gente... siempre le encuentro el pelo al huevo”**.

“Estoy como en una revolución, (lo comenta en referencia a los replanteos de su vida respecto de su forma de ser y ver el mundo), Yo reclamo pero no doy, es como que lo que yo hago está bien y me tienen que agradecer...hasta que un día dije esto no es normal”.

“Mi hijo es mi calco, **es exigente** y no quiero que sea así”.

“Yo me expreso a través de los pulmones y la piel “.

“Suelo enojarme y me pongo de mal humor (sonríe mucho), entonces mi esposo y mi hijo se van...”

En los relatos del TRO reitera la expresión **“me da la sensación”**. En este mismo test y -a pesar de la reiteración de la consigna – describe las láminas sin poder inventar historias y solo cuando se le insiste logra desarrollar algún final.

Con respecto al *Nivel Descriptivo* de esta paciente, su *aspecto conductual* es el siguiente:

Vestimenta acorde al nivel sociocultural, bien arreglada, femenina, con imagen de pulcritud. Su lenguaje corporal denota tensión y rigidez que no condice con la sonrisa constante que presenta la cual parece forzada.

El lenguaje verbal hasta antes del último encuentro fue cálido y amable, sin embargo en la devolución el mismo se torna agresivo cuando se refiere a su padre. Quizá su amabilidad y calidez sea una forma de defensa contra su agresividad, lo que nos estaría marcando una formación reactiva.

El lenguaje no verbal se manifiesta por movimientos lentos, cuidados, con gestos faciales, demostrando extrema amabilidad y educación.

Análisis de las producciones de la paciente:

Se trata de una paciente con comportamiento rígido y alto monto de agresividad contenida (esto se observa en FKP/ cerros), con déficit en la simbolización.

Los relatos del TRO son predominantemente descriptivos con **escasa capacidad para fantasear, bloqueo afectivo y racionalización.**

La rigidez se evidencia en forma recurrente en las producciones humanas (personas del H.T.P., FKA y FKP: (cuellos largos y delgados) denotando **control intelectual rígido de los impulsos.**

Respecto de sus relaciones objetales se advierte que en su familia de origen existe un vínculo hostil con el padre y con la madre.

Se observa *identificación* con la figura masculina por idealización de la misma (1er.dibujo de la persona H: T: P.).

Aparecen motivos de conflicto intrapsíquico donde la transmisión transgeneracional de “mandatos” sobre la limpieza, orden, perfección y exigencia surge como una de las causales de la compulsión al orden y limpieza (además de la autoexigencia) que padece la paciente y que también ha transmitido a su hijo.

En sus producciones gráficas y verbales manifiesta:

- Idealización del rol masculino, producto de una conflictiva intrapsíquica determinada por mandatos parentales (superyoicos) evidenciando fenómenos regresivos (anal sádicos) que se evidencian en la sintomatología compulsiva a la limpieza y el orden, así como en la constipación crónica que padece (¿temor a la castración y/o pérdida de amor paterno?).
- Predilección por el dinero, estricta administración del tiempo, destacándose la sintomatología psicósomática vinculada a la incapacidad de expresar su enojo (bronca e ira al decir de la paciente).

- Conducta defensiva: Represión (no cuando procesa como paciente psicósomática)
- Déficit para la fantasía.
- Inhibición afectiva y ansiedad.
- Déficit de simbolización e incapacidad para comprender / entender el significado del llanto de su hijo que no puede decodificar.
- Alexitimia.

Hipótesis Diagnóstica:

Neurosis Histérica con rasgos obsesivos.

Patología Psicósomática. (Patología Narcisista)



CONCLUSIÓN:

Entendemos por enfermo psicosomático:

Al individuo que tenga una determinada predisposición biológica ya sea dada por el ambiente, por su genética o por sus hábitos.

Con una personalidad vulnerable o un grado de estrés que sus mecanismos de defensa no puedan soportar.

- Alexitimia
- Pensamiento operatorio
- Conducta sobre adaptativa
- Depresión esencial.
- Desorganización progresiva.

“Alexitimia: (del griego a: sin; y lexis: palabra; thimus: ánimo o afectividad) significa carencia de palabras para expresar emociones. Esta carencia se traduce en la dificultad para describir estados afectivos, discriminar los distintos sentimientos y comprender las circunstancias emocionales de otras personas...”

Para Joyce Mc. Dougall, el trastorno psicosomático es la reacción al desamparo psíquico. Un sujeto somatiza cuando no puede elaborar circunstancias que sobrepasan su capacidad de resistencia.

Los trastornos psicosomáticos graves tienen su raíz en la primera infancia donde el bebé está incapacitado para representar psíquicamente lo que siente. La alexitimia evocaría a esta situación originaria.

Así cabría considerar a la parte alexitímica de la personalidad como una estructura psíquica infantil notablemente detenida en su desarrollo. Son personas que no están perturbadas psicóticamente, pero actúan como niños desamparados y no verbales, dependen de otros para comprender y hacer comprender sus experiencias emocionales.

Durante la infancia presentan una conducta disociada con respecto al cuerpo, esto se refleja luego en la adultez cuando habla de éste, refiriéndose a él como si fuera un objeto extraño, no de su propiedad y

que no le pertenece a él sino a su madre. Sus emociones son tratadas como ajenas.

“Estos pacientes no han formado una imagen corporal total, lo que se articula con la hipótesis de M Mahler acerca de que esta imagen se va construyendo en los estadios finales de la simbiosis, momento que hemos postulado como punto de fijación de esta patología”

Se ha observado, también, que los niños que viven en ambiente desfavorables, la mejoría clínica esta asociada con una mayor capacidad de afrontar situaciones conflictivas.

No se ha definido un perfil psicológico específico de los pacientes asmáticos, pero se aprecia que un gran número de niños con este problema presentan una necesidad exagerada de ser protegidos, desarrollando actitudes de dependencia frente a la madre, junto a un temor desproporcionado a separarse de la figura materna.

...”el pensamiento operatorio es un pensamiento consciente que no enlaza lo orgánico con la actividad fantasmática... es deficiente para manejar los criterios de temporalidad...”

Los pacientes en los que opera este tipo de pensamiento tienen la característica de permanecer en un nivel gestual...no demuestra la capacidad para postergar o inhibir propia del proceso secundario. La palabra, tiende a ser un medio para la descarga motriz.

Se observa una carencia funcional de la actividad fantasmática y onírica, es decir de la actividad de representación, y que es la causa de disfunciones psíquicas y somáticas

a) Una paralización arcaica de la evolución del proceso primario. (Por eso es patología narcisista)

b) Una modalidad particular del proceso secundario. (Pre-conciente pobre): disfuncional en el sentido: falla en el enlace de representaciones, por eso hay un déficit simbólico.

En relación al proceso primario existe en estos pacientes un amplio

fondo simbólico pero es inoperante, falla su valor funcional, pues no sirve como defensa eficaz o como sublimación de sus tensiones pulsionales.

Con respecto al proceso secundario. Este pensamiento operatorio se liga a las cosas, nunca a los productos de la imaginación o a las expresiones simbólicas. Estas personas descargan rápidamente tensiones a través de la palabra, observándose así una disminución de la capacidad de retención de la descarga motriz.

La *sobre adaptación* es un acomodamiento exagerado a la realidad externa.

Viven pendientes de la realidad externa, del afecto de los demás y del acuerdo o desacuerdo de los demás para con ellos, lo cual los lleva a nuevas sobre adaptaciones.

Está acentuado el proceso de búsqueda forzada de realizaciones positivas que evitenle dolor de la frustración. Los polos mente /cuerpo están disociados, la percepción del interior de su cuerpo es inadecuada. Estos reniegan de las percepciones que puedan significar heridas narcisistas.

Con respecto al caso clínico presentado y teniendo en cuenta la concepción nosográfica del funcionamiento del aparato psíquico refiero al *pensamiento operatorio* de dicha paciente y observo que desde el punto de vista económico de su aparato psíquico no logra tramitar los conflictos ligados a la castración y al complejo de Edipo. La elaboración y la metabolización se detiene en el cuerpo, por la pobreza preconciente, que no moviliza con permanencia las representaciones de este sistema a causa de un súper yo inoperante.

La *alexitimia* se ve claramente en su lenguaje que pareciera privado del deseo de comunicar, no dice nada.

Las representaciones y las palabras están cargadas de afecto, pero están privadas de connotación emocional. Estas palabras utilizadas con aparente libertad no la movilizan, porque se encuentra des-afectada por ellas.

Con respecto a la *Depresión Esencial*, vale decir que a diferencia de las depresiones neuróticas, carece de objeto y culpabilidad conciente. La herida narcisista y el sentimiento de desvalorización personal

desembocan en el cuerpo, y estamos nuevamente comprobando así una precariedad del trabajo mental.

La sintomatología depresiva en esta patología se define por la falta de representaciones, habiendo ausencias de mecanismos mentales, no hay contrapartida libidinal porque la desorganización y fragmentación sobrepasan lo que el aparato psíquico puede dominar, fenómeno comparable a la muerte psíquica.

Los sucesos traumáticos desorganizan los procesos psíquicos y dan cabida a la depresión esencial.

Con respecto al yo, es un yo que liga y se defiende de manera no suficiente, pobremente.

En el nivel preconciente, es donde se comprueban (reflejadas en la pérdida del interés por el pasado y el futuro) las fallas, ocasionando una ruptura con su propia historia...

El desarrollo normal en los seres humanos se dirige desde lo físico somático hacia lo mental. Cuando el proceso es a la inversa hablamos de una desorganización progresiva, o sea parte de lo mental y va hacia lo físico, es aquí donde se encuentra una relación con el pensamiento operatorio, la alexitimia y la depresión esencial.

Finalizando esta presentación agrego que cuanto más prolongada es esta desorganización progresiva, más grave y terminal es la enfermedad como sucede por ejemplo en el cáncer.

A partir de la entrevista de admisión surgen los siguientes datos:

La paciente llega a esta Institución por información de una compañera de trabajo que estudia psicología.

Motivo de Consulta: dice: “siento que tengo herramientas, armas pero no las sé organizar”.

Se observan a través de su discurso conflictos no resueltos en relación a sus padres que se despliegan en la actualidad sobre su familia.

Acota: “Estoy como si estuviera confundida, está todo desordenado”. “Hay pautas que me marcaron mis padres, ellos me auto exigieron siempre y yo me auto exijo”.

“Siento angustia con mi hijo, me produce ira. Con mi marido me pongo

dura, llevo 19 años de casada”.

“Cuando escucho mi nene llorar, lo escucho un rato pero después no lo soporto, él nació con fórceps.”

En esta entrevista de admisión surge el haber tenido disritmia cerebral a los 17 años, lo cual derivó en un apoyo psicológico y psicopedagógico. Posee estudios secundarios. Le gustan los deportes y estudiar psicopedagogía.

Con respecto a la actividad social: dice: “me doy fácilmente pero con dificultades para mantener los lazos”.

Clima Familiar: Conflictiva en el pasado que se traslada a la actualidad.

Dice: “No pude disfrutar el embarazo por lo económico”.

Cuando era chica realizó un tratamiento neurológico (a causa de la disritmia), acompañada por un tratamiento psicológico y psicopedagógico.

Descripción Semiológica:

Vestimenta: término medio.

Actividad psicomotora: normal

Conducta expresiva: pertinente

Signos de ansiedad: no presenta

Actitud del paciente durante la entrevista: Cooperativa. Comunicativa.

Atención: Término medio.

Juicio y Comprensión: Conservado.

Conciencia de enfermedad: Sí

Expectativas: “Espero modificar las pautas que he recibido de mi familia.

Impresiona como una Neurosis con rasgos histéricos y signos de agresividad.

**Realiza tratamiento en una Institución desde 12.08.03 a 30.03.04:
(seis meses)**

Cuando inicia el tratamiento dice esto de “tengo herramientas para salir adelante pero no se como usarlas”.

Aparece el tema de los engaños del padre a la madre.

Se trabaja la cuestión incestuosa familiar, motivo por el cual no podía llevar una vida plena.

Intenta replantearse la vida de otra manera, porque dice vivir mal.

En la mitad del tratamiento disminuye la soriasis, deja la medicación.

A la misma paciente le extrañó que mejorara su patología psicósomática.

Se vio el aquí y ahora teniendo en cuenta su pasado.

Sus relaciones sexuales con el marido eran ocasionales.

Estando de novia con el marido, lo deja y busca otro hombre. De uno de ellos se enamoró pero la engañaba.

Tuvo varios amantes, todos mujeriegos y que la hacían sufrir.

Con el marido no se sentía mujer pero sin él no era nada.

Por un lado al hijo lo abandonaba y por otro lo sobreprotegía. Se trabaja sobre esto y soluciona esta ambivalencia.

Comienza a fabricar ropa para vender en colegios, dice: “Intento ubicarme en esto y dejar la auditoria”, acontecimiento que denotaría comenzar con algunos cambios.



BIBLIOGRAFÍA:

- **Maladesky, A:** “La Transferencia desvitalizada: Transferencia en pacientes con estructuras psicosomáticas.
- **Lieberman, D y Coll:** “Sobre adaptación, trastornos sicosomáticos y estado temprano del desarrollo”.



Publicaciones del Grupo Interamericano de Reflexión Científica.

N° 1—*Los Caddies en Argentina. Situación, problemas, desarrollo, capacitación y escuela.*—
Dra. Carolina Leone y otros.

N° 2—*Capitalismo, globalización y espacio público*—
Lic. Carina Mas

N° 3- *Análisis de una Institución educativa privada de la Ciudad de Buenos Aires*—
Dra Elizabeth Baggini y Lic. Patricia Dau.

N° 4—*Habilidades manuales en los estudiantes que cursan ortodoncia*—
Dra. Elizabeth Baggini

N° 5- *Los caminos del poder político en educación*—
Lic. Liliana Cignoni

N° 6—*El estilo del fútbol argentino. ¿Cuál es la nuestra?* -
Lic. Eduardo Freddi

N° 7—*Clínica de patologías orgánicas.*
Lic. Graciela González Saldain

N° 8- *Hacia una aproximación a una clasificación de medio.*
Lic. Daniel do Campo Spada

N° 9- *Clínica de la Patología Borderline.*
Encuentro en la clínica con un paciente fronterizo
Lic. Graciela González Saldain