

FICHA CLÍNICA N° 12. LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS.



INTRODUCCIÓN

Actualmente, el tema de los Trastornos Psicosomáticos tiene una relevancia especial en el desarrollo de la Psicología Clínica, tanto por la frecuencia de las consultas en que se constata su presencia, como por el hecho de que a través del abordaje de éstos se han logrado importantes avances en el establecimiento de relaciones biunívocas entre los tradicionalmente disociados sustratos mente-cuerpo.

Así, pues, no parece un sin sentido afirmar que la arena en que se han generado los más importantes hallazgos acerca del funcionamiento unitario del organismo humano es justamente en el estudio y tratamiento de este tipo de trastornos en que “el cuerpo” es el que habla.

En términos generales se entiende por “psicosomática” -más que una disciplina diferenciada- a una perspectiva o concepción particular dentro de la medicina y la psicología. Esta perspectiva o “actitud” psicosomática enfatiza el observar y comprender los hechos en el acontecer global y unitario del organismo, en un intento por zanjar la disociación mente-cuerpo imperante en la determinación y concepción del objeto de estudio.

En esta primera parte presentaremos una breve reseña histórica de la perspectiva psicosomática para luego iniciar el abordaje al tema de los Trastornos Psicosomáticos.

RESEÑA HISTÓRICA

El siguiente es un extracto de la reseña histórica acerca de la Psicosomática presente en el “Tratado de Psiquiatría” de Freedman. Kaplan y Sadock (1982).

En los albores de la humanidad la enfermedad física, en general, y la mental en particular en sus formas más graves era resultado de una posesión corporal de un espíritu intencionalmente dañino. La enfermedad era conceptualizada como algo propio del ámbito espiritual que demandaba estrategias de intervención específicas, por esto tan pronto como el hombre poseyó los instrumentos suficientes para cortar la piedra (10.000 años antes de J.C), comenzó a abrir agujeros en el cráneo de las personas enfermas para que los malos espíritus saliesen. Las primeras intervenciones quirúrgicas tuvieron como procedimiento la trepanación, la que no siempre mataba a los pacientes. Esta, como cualquiera otra estrategia terapéutica con pretensiones de “cura” intentaba proporcionar al enfermo parte de su salud, a través de; poder de la sugestión y de alguna elemental modificación orgánica.

Los médicos-sacerdotes egipcios quienes pusieron nombre a muchas partes del cuerpo, inicialmente atribuyeron las causas de las enfermedades al influjo de los dioses, espíritus y/o los deseos malignos de los humanos, creando para ello tratamientos mágicos, algunos, y racionales, otros: ritos tribales, manuales y prescripciones de drogas.

Entre los babilonios y asirios, los sacerdotes por generaciones, también fueron desarrollando textos sobre cientos de drogas vegetales y minerales. No obstante, la última fuente de enfermedades eran los dioses, que enviaban el dolor como castigo de una transgresión moral en la forma del hechizo a alguna persona. Eran las deidades las que acarrearaban las enfermedades y eran ellas las que las curaban. De acuerdo con esto una

persona con dolores era; desgraciada y requería un examen de su alma y de sus pecados.

Posteriormente, los griegos aunque impresionados por la medicina egipcia desarrollaron una visión holística de la salud. Para ellos, el cuerpo y el espíritu constituían una unidad de interrelaciones. Como otros antecesores, el médico sacerdote Esculapio creía en la relación entre las fuerzas de la vida y el cuerpo e intentaba curar el cuerpo activando tales fuerzas.

Cien años antes que Hipócrates, Heráclito (535-475 a. de C.) había propuesto que el alma o fuerza vital no podía estar contenida en ningún órgano particular. Más tarde Lucrecio (anatomista 427 a. de C.), plantearía que la materia precede al psiquismo y que sería de lo que el mundo está hecho. Los seres humanos estarían hechos de una multitud de átomos y, cuando mueren, éstos vuelven al universo, de modo que cuando su conjunción se deshace, el ruido que producen (el psiquismo) deja de percibirse.

En esta dirección, Hipócrates fue el primero que plantear que la enfermedad se originaba en el interior del cuerpo y no era debida a espíritus sino a un desequilibrio de los líquidos corporales, planteando que la muerte era natural, y que no tenía que ver con los espíritus. Para él, este desequilibrio podía estar causado por un desorden del entorno del paciente, y enseñó a los médicos a tener en cuenta la dirección del viento, la pureza del agua y la estación del año antes de establecer un diagnóstico. Junto a ello observó también que el desequilibrio de los líquidos corporales podía deberse, por otro lado, a trastornos emocionales. Hipócrates comunicó que el miedo produce sudor y que la vergüenza acelera las pulsaciones y los latidos del corazón. Asclepiades, siglos después (siglo 1 a. de C.) planteó una teoría médica que partía del atomismo. En ésta, afirmó que el alma no se localizaba en parte alguna. pues era la convergencia de todas las percepciones. Los trastornos de las pasiones podían provocar enfermedades mentales, y el exceso de constricción o de relajación en el vacío existente entre cada átomo corporal causaba la enfermedad física.

En la Edad Media, aunque los trabajos de los griegos habían sido transmitidos a la Iglesia católica, la creencia fue que los poderes espirituales, demonios, brujas y pecados eran la causa de las enfermedades (500-1500) y la curación se transformó otra vez en una cuestión espiritual. El estatus del médico decayó y la magia volvió a aparecer hasta que con el Renacimiento, tras mil años de dominación religiosa, el interés en las causas y remedios naturales de las enfermedades reapareció. Esta Dominancia quedó reflejada en el estudio del cuerpo humano, que dividió sus investigaciones sobre las estructuras corporales y apenas se ocupó de las emociones.

Surge Descartes (1596-1650). quien inició los intentos de conocer la realidad renunciando a todas las creencias previas, para lo cual desestimó todo juicio apoyado en los sentidos, elevando el raciocinio a la máxima expresión del conocer. El dualismo cartesiano concedió a la materia más importancia de la concebida por el idealismo platónico, pero menos de la atribuido por los atomistas. Durante los siguientes siglos se le dio gran importancia a las ciencias como las matemáticas, química y física, que resultarían en campos fecundos para el desarrollo de la medicina. Morgagni (1682 a 1771) estudió los tejidos en las autopsias y mostró cómo un órgano alterado puede producir la enfermedad y la muerte.

Los conocimientos sobre el soma se multiplicaron, dándose origen a la medicina contemporánea. En este devenir el psiquismo fue desplazado del campo de estudio, hasta que sólo más tardíamente, se lo reincorporaría como objeto de estudio, pero desde una dimensión paralela a la de la medicina clásica.

LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

Desde la perspectiva semiológica, se entiende por “psicosomáticos” a una serie de trastornos de la salud que guardan características en común. Aunque existen distintos matices al delinear qué es lo que aúna a estos trastornos (matices determinados por sesgos fisiologicistas, psicologicistas, etc.), lo central es que se “...encuentra como unidad patológica, a la vez una expresión fisiológica y una expresión psicológica manifiestamente coordinadas” (Ey, Beruard y Brisset, 1971, p. 985).

En el D.S.M.-II (1 968) el Término “trastorno psicofisiológico autonómico y visceral” reemplazó al más frecuentemente usado “trastorno psicosomático”. perteneciente a la primera edición (1952) de este manual, planteándose que “Este grupo de trastornos se caracteriza por síntomas físicos que son provocados

por factores emocionales e implican a un solo sistema de órganos, generalmente sometido a inervación vegetativa. Los cambios fisiológicos son los mismos que acostumbran a acompañar a ciertos estados emocionales, pero en estos trastornos los cambios son más intensos y sostenidos. El individuo no puede mantener el control consciente de este estado emocional.” (Freedman, Kaplan y Sadock. 1989, p. 1795).

En el más reciente D.S.M-III-R (1992), el término que se utiliza para aludir a los trastornos psicósomáticos es el de “Trastornos Somatoformes”, que, siguiendo la política de “ateoricidad” de este manual, pretende agrupar a todos aquellos trastornos en que existen evidencias de alteraciones orgánicas que no responden a mecanismos fisiológicos conocidos y que están presumiblemente relacionados con un trastorno a nivel psicoafectivo:

“La sintomatología esencial de este grupo de trastornos consiste en síntomas físicos que sugieren una alteración somática (de ahí la palabra somatoforme) para los que no existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y en los que hay pruebas positivas o presunciones firmes de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos. A diferencia de los trastornos ficticios y de la simulación, en los trastornos somatoformes la producción de síntomas no se encuentra bajo control voluntario; es decir, el individuo no tiene la sensación de controlar la producción de los síntomas. Aunque los síntomas de los trastornos somatoformes son “físicos” los procesos fisiopatológicos específicos involucrados no son demostrables o comprensibles a través de los procedimientos de laboratorio y se conceptualizan más claramente utilizando construcciones psicológicas. Por esta razón, estas alteraciones se clasifican como trastornos mentales.” (p. 305).

En las siguientes líneas, nos interesa reseñar una caracterización del paciente psicósomático, además de revisar los tres principales ejes conceptuales -la alexitimia, el paciente sobreadaptado y el estrés desde los cuales se han abordado tales manifestaciones clínicas.

EL PACIENTE PSICOSOMÁTICO

Es importante abordar dentro de esta revisión lo que se denomina “el paciente psicósomático”. Esta denominación intenta abarcar el conocimiento recopilado en la práctica clínica con pacientes que presentan afecciones fisiológicas en los que se han individualizado patrones Caracterológicos o estructuras de personalidad relacionados con tales “somatizaciones” o manifestaciones psicósomáticas.

Al profundizar la comprensión de dichos pacientes, paulatinamente se ha hecho manifiesta la correlación entre determinados patrones de funcionamiento psíquico y las afecciones de orden fisiológico que presentan. En este sentido, Silvia Neborak (1989) afirma que tales pacientes “...no registran alertas orgánicas...” y que “...se descubre que pasaron por somatizaciones graves y que, clínicamente, por su estructura de personalidad, fueron masivamente negadas, que son sobrevivientes de episodios somáticos, que suelen ser diagnosticados posteriormente en algún chequeo de rutina, es decir son sobrevivientes sin saberlo” (p. 25).

Las explicaciones -desde el contexto clínico que dan cuenta del proceso de generación de dichos trastornos varían según el marco teórico de referencia, pero parece existir consenso en torno a tres ejes conceptuales: el concepto de “alexitimia” (Pierloot y Vinck, 1976), como patrón caracterológico predisponente; la caracterización más abarcativa del paciente “sobreadaptado” (Neborak, 1989); y el concepto de “estrés”, que alude a factores internos o externos desencadenantes.

1. Alexitimia

Etimológicamente, “alexitimia” significa falta o ausencia de lectura de las emociones. Este concepto fue descrito por primera vez por Marty y de M'Uzan en 1963 y alude a un funcionar caracterizado por pensamiento operatorio, ausencia de mundo fantásico, dificultad para la expresión apropiada de emociones, falta de capacidad para encontrar las palabras apropiadas para describir sentimientos, y percepciones estereotipadas de las otras (Pierloot y Vinck, 1977). El “pensamiento operatorio” se refiere a un tipo de pensamiento en que el contenido está dominado por los detalles de los eventos del mundo externo, despropósitos de significación personal (Nemiah, 1977).

Este patrón de funcionamiento psicológico se relaciona con una alteración de la normal concordancia entre procesos de tres niveles distinguibles: pensamiento/representación, percepción/expresión emocional y respuesta fisiológica. Tal alteración consistiría en una desconexión o anulación de la percepción y expresión de las emociones, y de la consiguiente representación simbólica. La percepción de la respuesta emocional está suprimida, no existe una representación simbólica que dé cuenta de las implicancias emocionales de determinados eventos, la respuesta fisiológica correlativa a la respuesta emocional persiste pero despojada de su componente emocional, por lo que la percepción de las señales de alerta o dolor ante hechos fisiopatológicos se encuentra disminuida o anulada.

Como consecuencia queda el hecho fisiológico -desprovisto de sus componentes emotivo y simbólico- como única señal sorda de la "afección" del organismo ante, determinadas circunstancias.

Gadini (1977), refiriéndose a este síndrome, relaciona la ausencia de simbolización característica de la alexitimia con la incapacidad para utilizar al mundo externo como receptáculo del propio mundo interno, y, a la vez, la incapacidad de relacionarse creativamente con el mundo externo, transformándolo a través de las propias atribuciones.

2. El Paciente Sobreadaptado

El paciente "sobreadaptado" es una caracterización de una constelación de rasgos de personalidad que se ha distinguido en pacientes que presentan patología psicosomática. Neborak (1989) y Liberman (citado por ésta) describen a estas personas en las que "... por circunstancias atinentes a su desarrollo ... las exigencias prematuras más una huida precoz hacia el mundo por medio de una forma especial de disociación cuerpo-mente, impiden un desarrollo gradual de los mecanismos de defensa". (p. 24).

Neborak, plantea que estamos ante personas que en un desarrollo marcado por la precocidad, se han saltado etapas, en una huida hacia la adultez (obviamente pseudoadultez). En este salto habrían quedado "huecos de simbolización" que representan el costo de tal "desarrollo apurado". Esta concepción explica el grado de adaptación aparente de tales pacientes, que, desde el punto de vista formal, parecen adecuarse muy bien a la realidad exterior (Liberman, con un dejo de ironía, afirma que "padecen de cordura"). La adaptación precoz pero sólo formal a las exigencias de la realidad ubica a estas personas, ante los ojos de los demás, como paradigmas de capacidad y eficiencia. Son personas, que se han sobredesarrollado en aspectos relativos a la adaptación a la realidad externa a costa de su propia realidad interna: sobresalen y son talentosos al operar con las reglas de la materialidad de los objetos, pero fracasan al ser confrontados con situaciones en que la adaptación implique percibir y responder a las reglas de relación con objetos humanos, con sus matices, cualidades y necesidades emocionales.

Esta sobreadaptación también se manifiesta en un Funcionamiento corporal (ciclos sueño-vigilia, apetito-saciedad, activación-reposo, menstrual, etc.) en el que sobresale una regularidad que inclusive puede llegar a la rigidez (personas que no se enferman, no se cansan, tienen ciclos menstruales de duración exacta, etc.). Tal regularidad sustentaría la sobresaliente capacidad y eficiencia laboral.

Se ha planteado que esta sobreadaptación externa a costa de la realidad interna se basa en un desarrollo predominante de los órganos perceptivos distales, principalmente visual y auditivo, por sobre la propiocepción y, particularmente, las es cenestésicas.

Neborak sostiene que detrás de este funcionamiento formalmente adecuado se encuentra el verdadero self del paciente, con simbolizaciones incompletas, que no lo capacitan para una plástica relación ni con la realidad psíquica ni con la externa. Esta autora afirma que al perderse la fachada sobreadaptada, aparece una persona desorganizada y en pánico carente de la capacidad de reconocer y nombrar sus emociones.

3. Estrés

Tanto Alexander como W.B. Cannon (en Freedman, Kaplan y Sadock, 1982), señalan que la alerta y la atención prolongada pueden producir trastornos fisiológicos y patología de órganos viscerales:

“Parece que hay cuatro tipos de reacción al estrés: la normal, en la que la alerta es seguida de una acción defensiva; la neurótico, en la que la alerta y la angustia son tan grandes que la defensa se transforma en -ineficaz la psicótica, en la que la alarma puede ser mal percibido e incluso ignorada, y la psicofisiológica, en la que fracasa la defensa psíquica y la alerta sobrecarga los sistemas somáticos, provocando cambios hísticos.” (p. 1795).

Pacheco y Castro (1989) -desde la perspectiva de la hipnosis naturalística- revisaron interesantes investigaciones que relacionan a los ritmos ultradianos con la patología psicosomática:

Los Ritmos Ultradianos fueron esbozados por Kleitman en los años 50 a través de su hipótesis de los Ciclos de Actividad-Descanso que dan cuenta de cambios en los niveles de actividad psicofisiológica. Estos ciclos consisten en oscilaciones periódicas -con una periodicidad de entre 90 y 120 minutos a lo largo del día- de procesos psicofisiológicos en los que estarían implicados el Sistema Parasimpático y el Hemisferio Cerebral Derecho.

Se adscribe a los ritmos ultradianos una función reguladora del organismo, modulando el funcionamiento de los Sistemas Endocrino y Autonómico. Se postula que cuando un sujeto es sobreexigido en tareas de rendimiento prolongado -estrés- se desincronizan o interrumpen sus ritmos ultradianos, lo que conformaría una precondition para el desarrollo de un cuadro psicosomático. Es así como sujetos que rechazan o no respetan sus ritmos ultradianos, por ignorancia de sus propias necesidades de descanso, determinan de esta manera el desarrollo de los procesos fisiológicos subyacentes a la patología psicosomática.

Estos tres ejes conceptuales: la alexitimia, el paciente sobreadaptado y el estrés, sirven en la actualidad para crear el marco comprensivo desde el cual se organizan un conjunto de categorías clínicas psicopatológicas, sintomáticas o sincrónicas, que constituyen los diagnósticos que usualmente utilizamos en el ámbito de lo terapéutico: asma bronquial, alopecia areata, diabetes, psoriasis, por citar algunos. Estas categorías serán el tema de nuestra tercera y última parte de los Trastornos Psicosomáticos.

Para finalizar esta revisión del tema “psicosomática”, se presentarán algunos de los principales cuadros clínicos que han motivado las elaboraciones conceptuales y técnicas revisadas en las dos secciones anteriores.

En relación al tema de las clasificaciones de los trastornos psicosomáticos, es importante revisar algunos criterios (Mc Dougall) que se ha planteado para considerar una patología como psicosomática. Según este autor, se deben cumplir las siguientes tres condiciones:

1. Existencia de una alteración fisiológica constatable en concomitancia con una alteración psicológica demostrable.
2. Que tal sintomatología constatada adquiriera sentido a la luz de la estructura de personalidad, los conflictos psíquicos medulares o la historia vital del sujeto (más que ser un hecho meramente fisiológico).
3. Que tales alteraciones sobrevengan bajo condiciones estresantes, tanto determinadas intrapsíquicamente como por circunstancias vitales reales.

A partir de estos criterios es dado proyectar la existencia de una gran cantidad y variedad de alteraciones que pueden ser consideradas como psicosomáticas.

Es así como, por ejemplo, en el Tratado de Psiquiatría de Freedman, Kaplan y Sadock (1982), se clasifican distintos Trastornos Psicofisiológicos según el sistema implicado (Gastrointestinales, Cardiovasculares, del Aparato Respiratorio, Endocrinos y Cutáneos), además de los siguientes cuadros clínicos: Obesidad, Anorexia Mental, Alergias, Artritis reumatoide, Dolor psicógeno y Cefaleas. En total, en este texto se describen alrededor de 40 alteraciones de orden psicosomático.

En otro texto, El Enfermo Psicosomático y su Medico Práctico de Luban-Plozza y Pöldinger (1986), se propone la siguiente clasificación: Afecciones de las vías aéreas, Afecciones cardiovasculares, Aspectos del comportamiento alimentario, Afecciones gastrointestinales, Afecciones del sistema endocrino, Aspectos alergológicos, Las dermatosis, Las cefaleas, El paciente de sueño intranquilo, Afecciones ginecológicas,

Afecciones de los aparatos de sostén (óseo y articulario) y locomoción (muscular), Síndromes psicovegetativos, Desarreglos psicovegetativos, Desarreglos funcionales de la sexualidad y Aspectos psicológicos y psicosomáticos en odontología. En este texto también se revisan aproximadamente 40 alteraciones psicosomáticas.

Cabe resaltar que las alteraciones descritas en ambos textos no son todas las mismas, ni los criterios de clasificación son iguales, como tampoco están descritas todas las alteraciones posibles de considerar como psicosomáticas.

En todo caso, a continuación describiremos algunos de los trastornos psicosomáticos más ampliamente reconocidos por su validez:

Asma Bronquial: se ha relacionado esta afección (French, Alexander y otros) con la inhibición del impulso a gritar o al llanto profundo en relación a llamar a la madre o dar cuenta de su ausencia. Se relaciona con “vínculos que asfixian”.

La angustia de separación generada en conflictos en torno a la dependencia oral inhibiría la producción de conductas comunicativas (gritar, llorar) basadas en la profundidad de la respiración, con su consiguiente merma en la capacidad de producir y descargar emociones profundas, como también en la carga energética general del organismo.

Artritis reumatoide: Se relacionaría (Johnson, Shapiro, Alexander) con tensiones crónicas en grupos musculares involucrados en la descarga de impulsos agresivos. La carga del grupo muscular, junto a la imposibilidad de descargar determinaría una inmovilización del segmento articulario involucrado. Este trastorno se asocia además con la tracción a nivel articulario generada por la realización de descargas motoras sin relación simbólica con el impulso que carga tal grupo muscular.

Hipertensión Esencial: Este trastorno tan frecuente se asocia a la coexistencia de tendencias contradictorias, en que por un lado existirían una activación del sistema cardiovascular y grupos musculares asociados a la producción de conductas agresivas autoafirmativas, y por otro lado, la necesidad de controlar e inhibir dichos impulsos por temor a perder el afecto de los otros. Lowen asocia la patología cardiovascular con traumas (descorazonado, vuelco del corazón, “corazón roto”) o inhibición de experiencias de amor profundo, en que las tensiones musculares están al servicio de evitar que el funcionamiento y ritmo del corazón estén determinados por el estado de la realización con el objeto de amor.

Migraña: Existe un relativo acuerdo del papel que juegan los disturbios vasomotores en las arterias craneales en este trastorno. La falta de riego sanguíneo asociada a tensiones a nivel del cuello y/o de otra musculatura profunda del cráneo, estaría al servicio de inhibir la producción de fantasías o pensamientos gatilladores o preparadores de respuestas vegetativas de descarga de impulsos. Se evitan ciertas ideas que harían “perder la cabeza”. Ciertas afecciones a la vista, relativas a deformaciones de la córnea por tensión muscular, se asocian a inhibir la expresión de estados emocionales (rabia, pena) en los ojos, como también a inhibir el ver, percatarse o recordar situaciones emocionalmente significativas.

Hipertiroidismo: Se ha relacionado este trastorno con la tendencia acentuada a la maduración precoz en ciertos organismos, como tendencia compensatoria de experiencias traumáticas surgidas en ámbitos de indefensión o inmadurez. La tendencia a la autosuficiencia es un movimiento defensivo. El posible nexo entre el nivel etológico antes esbozado y los mecanismos fisiológicos implicados en el hipertiroidismo todavía están por explicar.

Trastornos Dermatológicos: Se ha relacionado (Miller, Saul y Bernstein, Kepecs) el desarrollo de trastornos como la neurodermatitis, el eccema y la urticaria a alteraciones en la exudación que acompañan a la inhibición del llanto (existiría un proceso normal de exudación consustancial al llanto). También se ha relacionado ciertas alteraciones dermatológicas con el rascarse, como forma no consciente de descarga de erotización a nivel cutáneo.

Úlcera Péptica: Se ha relacionado este trastorno (Alexander) a la existencia de impulsos agresivo-orales por “devorar” en relación a la experimentación de hambre, lo que determinaría la secreción excesiva y/o a destiempo de jugos gástricos. Esta experiencia de hambre se generaría por una insatisfacción crónica de

necesidades de dependencia afectivas con un objeto materno temprano. La fusión hambre de alimentos y de afectos sería consustancial a un periodo temprano de indiferencia en la relación madre-hijo. Posteriormente esta hambre también se dirigiría hacia el mundo en la forma de una tendencia “devoradora” en el trabajo.

Aunque las anteriores descripciones contienen hipótesis validadas experimental y clínicamente, las certezas logradas siguen siendo menores que las interrogantes por dilucidar en el ámbito de la psicósomática.

Características del paciente psicósomático:

Alexitimia	El Paciente Sobreadaptado	Estrés
Algunos cuadros psicósomáticos típicos		
Trastornos Respiratorios	Disnea	Hiperventilación
Asma Bronquial		
Trastornos Endocrinos	Síndrome de Cushing	Hipopituitarismo
Hipertiroidismo	Diabetes Mellitus	Enfermedad de Adison
Hipotiroidismo	Hipoglucemia	
Trastornos Gastrointestinales	Anorexia Nerviosa	Colon Irritable
Úlcera Péptica	Obesidad	
Trastornos Alérgicos y Cutáneos	Dolor Psicógeno	Cefaleas
Alopecia Areata	Herpes	Lumbalgias
Artritis reumatoide	Psoriasis	
Migraña		
Trastornos Cardiovasculares	Arritmias Cardiacas	
Hipertensión Esencial	Insuficiencias Cardíacas	
Infarto de Miocardio y Angina de Pecho	Congestivas	

(Extraído de Archivos Indepsi. Publicado en Correo de Psicoterapia nº 15-16-17, año 1994-1995)

Volver a Fichas Clínicas

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.