



IUSAM

Instituto Universitario de Salud Mental
ASOCIACION PSICOANALITICA DE BUENOS AIRES

AUTORIZADA PROVISORIAMENTE POR DECRETO DEL PODER EJECUTIVO NACIONAL N° 32545, CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 64 INCISO C) DE LA LEY N° 24.521

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

DIRECTOR

DR. ALFREDO ORTIZ FRÁGOLA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

“CASO A: ¿TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD O NEUROSIS HISTÉRICA?”

ALUMNA

LIC. VIRGINIA MAZA

2017

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN	3
MATERIAL Y MÉTODOS	5
Método	5
Material clínico: “Caso A”	5
MARCO TEÓRICO	7
El Trastorno Limítrofe de la Personalidad.....	7
El Trastorno de la Personalidad Histriónica	12
El Trastorno de Conversión	13
La Histeria de Conversión	14
ARTICULACIÓN TEÓRICA DEL MATERIAL CLÍNICO	18
CONCLUSIONES	26
BIBLIOGRAFÍA.....	30

RESUMEN

En el presente trabajo se tomará un caso clínico, denominado Caso A, y se realizará una articulación teórica del mismo desde diversos autores, en particular aquellos estudiados durante la Especialización en Psicopatología y Salud Mental. El análisis del caso se hará desde el punto de vista psiquiátrico y desde el abordaje de la psicología psicodinámica. A partir de la sintomatología de la paciente, se abordará el caso tanto como una paciente fronteriza o como una Personalidad Histriónica desde el enfoque del DSM-V, o bien como una neurosis histérica con síntomas conversivos, tal como los conceptualiza el Psicoanálisis, y como los presenta el DSM V en el Trastorno por conversión. En las conclusiones se buscará alcanzar una comprensión de la problemática de la paciente tanto desde el modelo teórico del psicoanálisis como desde el psiquiátrico.

Palabras clave: Trastorno Límite de la Personalidad. Trastorno de la Personalidad Histriónica. Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales). Histeria. Síntomas conversivos.

INTRODUCCIÓN

En su trabajo “Reconsiderando la clasificación psicopatológica desde el punto de vista psicoanalítico relacional. Lo histérico/histriónico como modelo”¹, el Dr. Carlos Rodríguez Sutil y colaboradores, explican que en la actualidad existe una gran confusión y complejidad en la clasificación psicopatológica, lo cual da lugar a numerosos debates.

En particular respecto del concepto de histeria, opinan que se trata de un concepto esquivo que, en cierta manera se solapa con otro que está más de moda, aunque no es menos confuso: el “Trastorno Límite de la Personalidad”, así como con otros trastornos como la psicosis. Estos autores opinan que en la actualidad el concepto de histeria tiene una presentación multiforme, y que ha alcanzado cierto desprestigio debido al positivismo dominante, por lo que prácticamente se lo ha eliminado de los sistemas de clasificación oficiales.

1 Rodríguez Sutil C., Ávila A., Abello A., Aburto M., Castaño R., Espinosa S. & Liberman A., “Reconsiderando la clasificación psicopatológica desde el punto de vista psicoanalítico-relacional. Lo histérico-histriónico como modelo”. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2013; 33 (120), 693-711

Consideran que cuando se habla de “diagnóstico” respecto de la personalidad, no debe ser entendido tanto en el sentido de agrupación de signos y síntomas, sino como la valoración y descripción de las pautas complejas de comportamiento cuyo principal nivel de análisis es el de la relación interpersonal, como área principal de desadaptación en los “Trastornos de la Personalidad”.

Desde el mismo enfoque relacional de la personalidad, Mirapeix sostiene que: “... *es necesaria la comprensión de los trastornos de personalidad como trastornos de las relaciones interpersonales. El mejor laboratorio experimental para identificar, evaluar e intervenir en un trastorno de personalidad, es la relación interpersonal que se pone en juego con el paciente. Para poder comprender en toda su profundidad y repercusión esta visión interpersonal, no queda otro remedio que cambiar de una visión unipersonal del paciente, en la que el paciente es el portador de los síntomas y el terapeuta es el que los observa, y evolucionar a otra posición con una concepción bipersonal de la salud mental y de la comprensión del paciente con trastornos de personalidad. Desde esta concepción bipersonal, el terapeuta forma parte de la díada relacional paciente-terapeuta y es en esta díada relacional, donde se van a poner en juego muchas de las manifestaciones psicopatológicas y de las características del comportamiento del paciente con un trastorno de personalidad...*”

Sostienen Carlos Rogríguez Sutil y colaboradores, que la histeria en un sentido amplio, parece haber estallado en las clasificaciones actuales, y sus fragmentos se han desperdigado por todo el panorama nosográfico, en las diferentes versiones del DSM. Los autores opinan que en ese dar la espalda a un diagnóstico complejo no se logra un mayor avance en el conocimiento, aún cuando simplifique la labor diagnóstica.

Estos autores consideran que la sobresimplificación de los fenómenos de la salud mental, centrándose en meras agrupaciones de signos y síntomas, al servicio de descripciones más consistentes (fiabilidad) y de la posibilidad de evaluar los tratamientos desde el punto de vista empírico (validez), ha comprometido el objetivo de lograr una comprensión de la salud mental y de la psicopatología. Abonan, por el contrario, el enfoque del *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM), el cual le concede relevancia a la estructura de la personalidad como principal organizador de la persona y su trastorno en el contexto humano.

MATERIAL Y MÉTODO

Método

El método elegido es de la presentación de un caso clínico único, correspondiente a una paciente de 27 años, quien se encuentra en tratamiento en la actualidad, aunque se tomará en cuenta sólo el material aportado por la paciente en las primeras entrevistas. El objetivo de este análisis es la descripción de un trastorno psicológico, es cual se buscará conceptualizar desde el enfoque psiquiátrico (Trastorno límite de la personalidad / Trastorno de conversión/Trastorno de la Personalidad Histriónica) y desde el punto de vista psicoanalítico (Neurosis histérica con síntomas conversivos). A tal fin se tomarán en cuenta los aportes de distintos autores, incluyendo los estudiados durante la Especialización en Psicopatología y Salud Mental, y se buscará articularlos con el material clínico presentado.

Material Clínico: Caso “A”

La paciente, a quien llamaremos A, es una joven de 27 años, que consultó debido a la angustia que le ocasionaba una recidiva de cáncer de mama que le habían diagnosticado recientemente a su madre. Su estado anímico era de ansiedad, angustia e irritabilidad. Cuando no estaba enojada o muy ansiosa, solía caer en estados de abatimiento que describía como “aburrimiento”.

A. es hija única, y no fue reconocida por su padre, por lo que la madre la crió sola durante sus primeros 6 años, hasta que se casó con quien es su padre adoptivo. No conoce a su padre biológico y nunca tuvo contacto con él. Cree que si lo busca estaría traicionando a su madre, quien le dijo que si se acercaba a él las iba a matar a ambas.

La madre de la paciente fue abandonada por su propia madre siendo muy pequeña, y la crió su padre. Éste se hizo cargo de cubrir su manutención pero tenía poco contacto personal con la niña, quien estaba al cuidado de una tía-abuela. La relación amorosa con el padre biológico de A. fue clandestina, ya que éste se encontraba casado, y por esta razón es que se negó a reconocer a la niña y a mantener cualquier vínculo con ella.

Durante su primera infancia, A. sufrió varias situaciones de abuso sexual por parte de dos hombres allegados a su familia, que quedaban a su cuidado cuando su madre tenía que ausentarse. Recién a sus 18 años pudo confiarle a la madre esos abusos, lo que causó que ésta interrumpiera todo vínculo con sus familiares. En una oportunidad, alrededor de sus 9 años, también fue abusada por su padrastro, estando alcoholizado. Luego de ese episodio la madre decidió encerrar a A. en su dormitorio bajo llave durante las noches. Esa situación se prolongó hasta que la paciente se fue a vivir sola, cuando tenía 25 años.

A. necesita de la aprobación y el reconocimiento de su madre en cada aspecto de su vida, aunque pocas veces lo consigue. La madre suele descalificarla, y A. siente que nada de lo que logra es suficiente para satisfacerla. El departamento en el que vive es de la madre, quien se presenta sin previo aviso, para limpiar, ordenar y supervisar su manera de vivir.

Trabaja en una consultora internacional, y gana un buen sueldo, pero suele estar endeudada debido a los gastos excesivos que realiza de modo compulsivo. A. cambia frecuentemente de trabajo. Si bien al comienzo establece vínculos de simpatía con sus compañeros y de mucha cercanía con sus superiores, prontamente comienza a sentirse maltratada y las relaciones se deterioran.

Se considera una mujer sin atractivo y poco femenina. No usa pollera ni se maquilla, ya que si lo hace siente que está incitando a los hombres. Con su novio se muestra posesiva, celosa y demandante. En general accede a sus requerimientos para tener relaciones sexuales, aunque ella no las propicia. Está convencida de que tarde o temprano él se va a cansar y la va a dejar.

A sus 9 años comenzó a sufrir convulsiones, aunque todos los estudios médicos siempre dieron resultados normales. Al momento de consultar estaba medicada con ácido valproico (antiepiléptico y estabilizador del ánimo). También sufría de frecuentes migrañas. Durante el tratamiento, y ante el incremento de la angustia y la ansiedad, su psiquiatra la medicó con fluoxetina (antidepresivo del tipo IRSS) y alprazolam (ansiolítico), manteniendo también el ácido valproico.

En la primera entrevista con la paciente se observó la siguiente Semiología Psiquiátrica²:

- Campo de la Conciencia: Lúcida
- Orientación alopsíquica: Orientada en tiempo y espacio
- Orientación autopsíquica: Orientada, con conciencia de situación y de enfermedad.
- Actitud psíquica: Colaboradora en la entrevista
- Voluntad: Eubúlica
- Facies: Expresiva
- Atención: Euproséxica
- Pensamiento: Coherente, organizado, versátil. Leve taquipsiquia
- Juicio: Sin alteraciones
- Lenguaje: Verborrágica
- Afectividad: Timia displacentera. Disforia. Labilidad afectiva.
- Memoria: Eumnésica
- Sensopercepción: Sin alteraciones actuales
- Sueño: Hipersomnia
- Apetito: Sin alteraciones significativas.
- Otras alteraciones: Tabaquismo.

MARCO TEÓRICO

A continuación se caracterizarán los diferentes cuadros psicopatológicos en que podría quedar comprendido el caso clínico presentado, tanto desde el enfoque del DSM V como desde la psicología dinámica:

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

El presente caso cumple con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-V)³, respecto de la conceptualización de un Trastorno

2 Santos Gómez J.L. (2009); "Examen clínico de los pacientes psiquiátricos"; en Vallejo J.; Manual de Psiquiatría (pág. 151 - 162); Madrid; España; Palomo y Jiménez Arriero Editores.

3 Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-V). Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013

Mental: *“Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente”.*

Esta definición es puramente descriptiva, siguiendo un modelo neo-kraepeliniano, y multi-teórica. Contempla a los síntomas como signos, en el sentido de señal o índice de una disfunción que el paciente sufre⁴. La semiología psiquiátrica se basa en la observación empírica, que se materializa en una descripción objetiva y centrada en su objeto, el paciente, para llegar a un diagnóstico y a una nosografía.

Se puede conceptualizar este caso como un Trastorno Límite de la Personalidad (F-60.3). De acuerdo con el DSM-V, este trastorno se caracteriza como un:

“Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

- 1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)*
- 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.*
- 3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.*
- 4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni de automutilación que figuran en el Criterio 5.)*

⁴ Solimano A.; Manfredi de Poderoso C.; Cuestiones de Psiquiatría dinámica y Psicopatología Psicoanalítica; pág. 26; Buenos Aires; Editorial Polemos; 2015.

5. *Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.*
6. *Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).*
7. *Sensación crónica de vacío.*
8. *Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p.ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).*
9. *Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves”.*

Se puede definir la “personalidad”⁵ como una forma “*relativamente estable de pensar, sentir, comportarse y relacionarse con los otros*”. Si estos modos de pensar, sentir y actuar son desadaptativos y rígidos, conforman el “trastorno” de la personalidad.

Diagnóstico diferencial: La presencia de síntomas psicóticos breves en el TLP puede generar una confusión con la esquizofrenia o con un trastorno delirante⁶. Sin embargo, en el TLP los síntomas son breves, están vinculados a situaciones estresantes y presentan una resolución de los mismos sin ningún síntoma residual. Aunque comparta con el trastorno paranoide la suspicacia y desconfianza hacia los demás, se diferencia del primero por la presencia de conductas autolesivas y por las relaciones interpersonales muy difíciles e inestables.

El paciente límite, a diferencia del paciente con un trastorno histriónico de la personalidad, no presenta sentimientos de vacío crónico, y aunque comparten el temor a ser abandonados, el paciente con trastorno histriónico de la personalidad no presenta ninguna de las otras características de inestabilidad emocional, comportamientos impulsivos o sensación de vacío crónica. En cualquiera de los casos, algo que caracteriza al TLP es presentar una altísima comorbilidad con otros trastornos de la personalidad, en que el paciente con un trastorno a su vez es portador de distintos rasgos que le hacen merecedor para cumplir criterios diagnósticos de otros trastornos de la personalidad.

5 Rodríguez Sutil C., Ávila A., Abello A., Aburto M., Castaño R., Espinosa S. & Liberman A., “Reconsiderando la clasificación psicopatológica desde el punto de vista psicoanalítico-relacional. Lo histérico-histriónico como modelo”. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2013; 33 (120), 693-711

6 Mirapeix C. (2009); “Trastornos de la personalidad”; en Vallejo J.; Manual de Psiquiatría (pág. 425 - 448); Madrid; España; Palomo y Jiménez Arriero Editores.

Tratamiento: El tratamiento farmacológico del TLP se orienta al alivio de los diversos síntomas. La Asociación Americana de Psiquiatría (2001)⁷ propone ordenar el abordaje farmacológico siguiendo un esquema de tres dimensiones sintomáticas: 1) Síntomas afectivos. 2) Síntomas impulsivos 3) Síntomas cognitivos.

Síntomas afectivos: Los fármacos de primera elección son los antidepresivos del grupo de los IRSS (inhibidores de la recaptación de serotonina). Cuáles IRSS utilizar y en que dosis?: Fluoxetina -20 a 60mg/día. Sertralina -50 a 200mg/día. Paroxetina- 20 a 40mg/día. Citalopram- 20 a 40 m/día. Si al cabo de 12 semanas no se evalúa una respuesta eficaz, se puede cambiar por otro IRSS y se vuelve a esperar 12 semanas. Si aún así la respuesta es poco adecuada se puede potenciar utilizando estabilizadores del ánimo: Acido Valproico (500 a 1500mg), Litio, Carbamazepina (600 a 1200mg), Lamotrigina (100 a 200mg). El Ácido valproico es el que tiene mayor evidencia favorable.

Síntomas impulsivos: Los fármacos de primera elección son los IRSS. Si al cabo de 2 semanas no hay una respuesta eficaz se debe cambiar por otro fármaco del grupo IRSS y se vuelve a esperar 2 semanas. Cuando el comportamiento está severamente afectado y pone en riesgo al paciente, se debe agregar Antipsicóticos típicos o atípicos en dosis bajas. Típicos: Haloperidol 1 a 2 mg. Trifluoperazina 2 a 6 mg. Atípicos: Olanzapina 2,5 a 10mg. Risperidona 1 a 2 mg. En pacientes con autoagresiones o automutilaciones se han empleado antipsicóticos atípicos especialmente Clozapina 50 a 100mg día. Otra estrategia podría ser potenciar con estabilizadores del ánimo.

Síntomas cognitivos: Frente a la presencia de síntomas psicóticos, síntomas disociativos y conductas bizarras se lo trata con Antipsicóticos típicos o atípicos, preferentemente los atípicos. Olanzapina 5 a 20 mg. Risperidona 1 a 3 mg. El tiempo de evaluación es de 6 semanas, si la respuesta es insuficiente se irá aumentando la dosis. Si la respuesta es eficaz se mantiene la dosis durante 12 semanas y luego se retira. Los antipsicóticos deben usarse puntualmente ante los síntomas psicóticos o disociativos que ponen en riesgo al paciente o al tratamiento y luego retirarlos.

El punto de vista psicoanalítico: Laplanche y Pontalis⁸ señalan que el término “caso límite” no posee una significación nosográfica rigurosa, sino que presenta variaciones

7 APA Practice Guidelines – American Psychiatric Publishing, Inc DOI: 10.1176 / appi. books. 9780890423363.54853

8 Laplanche J.; Pontalis J.B.;(1996) Diccionario de Psicoanálisis; pág.49; Buenos Aires; Paidós.

que reflejan las propias incertidumbres existentes en este campo. Los autores consideran que esta expresión es utilizada generalmente para designar *“afecciones psicopatológicas situadas en el límite entre la neurosis y la psicosis”*. Dentro de ellas incluyen a las personalidades psicopáticas, perversas, delincuentes y a las neurosis de carácter. Asimismo, señalan que desde el punto de vista teórico, el psicoanálisis considera que los síntomas neuróticos cumplen una función defensiva frente a la irrupción de la psicosis.

El Lic. Juan Pablo Niño, en su artículo sobre la patología borderline⁹ explica la posición de André Green sobre esta patología (*“De locuras privadas”*, 1995). Niño señala que para Green, el funcionamiento psíquico de los pacientes fronterizos ha presentado una falla muy primitiva en el vínculo con la madre que afecta el desarrollo mental. Este modelo se asemeja al de Winnicott, para quien el medio ambiente del bebé debe ser facilitador, es decir, que debe ser la madre quien tenga la capacidad de comprender las necesidades y calmar las ansiedades del bebé.

Tanto Green como Winnicott, sitúan el conflicto de estos pacientes en el yo: en estos pacientes el mecanismo de defensa principal es la escisión. Dado que el medio ambiente resulta ser hostil, con el mecanismo de escisión se logra mantener a salvo al self, ya que estando replegada la libido objetal no es liberada en el mundo externo, sino que queda cristalizada en el yo conservando su estado narcisista.

Asimismo, otro aspecto característico en los pacientes fronterizos es el conflicto en el pensamiento, ya que no pueden distinguir con facilidad un adentro y un afuera, bueno de malo, es decir, que se encuentra afectada en cierta medida la capacidad de juicio de la realidad, aunque no de forma definitiva como ocurre en la psicosis. Es por ello que en el análisis la capacidad de pensar recae fundamentalmente en el analista, y es la transferencia y la contratransferencia las que operan para que permitir al paciente salir de la confusión y de la sensación de vacío y desamparo.

Green explica que para estos pacientes *“el encuadre y el analista no representan a la madre: son la madre”*. Será el analista quien logre llenar los “huecos psíquicos” que presentan los pacientes fronterizos, como producto de la falla temprana en la relación continente-contenido, los cuales son reeditados en el vínculo analítico.

⁹ Niño J.P.;(2015); “Borderline, una frontera dos posturas. Devenir: La formación analítica y el saber; Año 24; N° XXIV.

Trastorno de la Personalidad Histriónica (TPH)

El DSM V define al Trastorno de la Personalidad Histriónica (F 60.4) como un:

“Patrón dominante de emotividad excesiva y de búsqueda de atención, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

- 1. Se siente incómodo en situaciones en las que no es el centro de atención.*
- 2. La interacción con los demás se caracteriza con frecuencia por un comportamiento sexualmente seductor o provocativo inapropiado.*
- 3. Presenta cambios rápidos y expresión plana de las emociones.*
- 4. Utiliza constantemente el aspecto físico para atraer la atención.*
- 5. Tiene un estilo de hablar que se basa excesivamente en las impresiones y que carece de detalles.*
- 6. Muestra autodramatización, teatralidad y expresión exagerada de la emoción.*
- 7. Es sugestionable (es decir, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias).*
- 8. Considera que las relaciones son más estrechas de lo que son en realidad”.*

Mirapeix¹⁰ opina que los pacientes con este trastorno, presentan un patrón persistente de una excesiva tendencia a la teatralidad, con comportamientos superficiales, intensas reacciones emocionales, deseo de ser el centro de atención y manipulación de los demás. Tienen una visión de sí mismos como personas especiales, fascinantes, que merecen la atención de los demás. Tienden a ver a los demás como sujetos que pueden manipular para seducirles, conseguir que les admiren y que son sujetos a los que pueden embaucar con sus maniobras finas de seducción y manipulación interpersonal. En la entrevista se produce una clara diferencia de género en relación al entrevistador: el mismo género evoca competitividad, y diferente género comportamientos vinculados a la seducción.

10 Mirapeix C. (2009); “Trastornos de la personalidad”; en Vallejo J.; Manual de Psiquiatría (pág. 425 - 448); Madrid; España; Palomo y Jiménez Arriero Editores.

Diagnóstico diferencial: En el trastorno histriónico de la personalidad no suelen estar presentes los problemas vinculados a la identidad personal, a las conductas impulsivas, y la presencia de episodios psicóticos breves, que sí aparecen en el TLP. Un trastorno muy vinculado al trastorno histriónico de la personalidad es el trastorno de somatización, con una correlación muy alta reconocida en múltiples estudios desde hace años

Trastorno de conversión

El SDM-V caracteriza al Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales) de la siguiente manera:

- A. Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria.*
- B. Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas.*
- C. El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental.*
- D. El síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.*

Especificar el tipo de síntoma:

(F44.4) Con debilidad o parálisis

(F44.4) Con movimiento anómalo (p. ej., temblor, movimiento distónico, mioclonía, trastorno de la marcha)

(F44.4) Con síntomas de la deglución

(F44.4) Con síntoma del habla (p. ej., disfonía, mala articulación)

(F44.5) Con ataques o convulsiones

(F44.6) Con anestesia o pérdida sensitiva

(F44.6) Con síntoma sensitivo especial (p. ej., alteración visual, olfativa o auditiva)

(F44.7) Con síntomas mixtos

Se puede establecer una diferenciación entre la crisis epiléptica (CE) y las crisis convulsivas histéricas¹¹:

1. La CH nunca le da a la persona cuando está sola, por lo general sucede cuando está en compañía. En cambio, la CE da en cualquier momento, incluso puede dar cuando

11 Schnake, C. E. & Bennett, V. (2003, 26 de noviembre). Diagnóstico diferencial entre crisis epiléptica y crisis histérica. Revista PsicologíaCientífica.com, 5(11). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/epilepsia-histeria-diagnostico>

el individuo está dormido, despertándolo, en tanto que el histérico nunca tiene crisis mientras duerme. El histérico siempre trata de sacar ventaja de la crisis y siempre está consciente.

2. La CE se ajusta a crisis motoras, ausencias, ataques originados en el lóbulo temporal, etc. En cambio, la CH no se ajusta a estos patrones, son bizarras, no se parecen unas a otras, rara vez se muerden la lengua (se muerden a veces las mejillas por dentro).

3. La piel en la CE está cianótica o hay palidez extrema. En cambio en la CH no tiene alteraciones.

4. La incontinencia urinaria es común en la CE, no así en la CH.

5. El reflejo de la córnea está, por lo general, abolido en la CE; lo contrario ocurre en la CH.

6. El reflejo plantar en el enfermo inconsciente es a menudo extensor (casi como un Babinski); en el histérico siempre es flexor.

7. Por último, en el Electro-Encefalograma (EEG) siempre hay alguna alteración durante el ataque o inter-crisis epiléptico, situación que no se presenta en las CH.

8.- Las crisis epilépticas no se asocian a eventos de manipulación, a diferencia de las crisis histéricas.

La Histeria de conversión

En el DSM V, así como en los manuales diagnósticos que lo antecedieron, ha habido una supresión de toda referencia al psicoanálisis, por lo que no se encuentra el término neurosis, ni las categorías propias de la psicopatología psicoanalítica, tales como la histeria. Precisamente, desde el abordaje psicodinámico- psicoanalítico, este caso podría ser considerado una neurosis histérica, si bien grave teniendo en cuenta la tendencia a las actuaciones, con presencia de síntomas conversivos, tales como las migrañas y convulsiones, que se presentan en situaciones de estrés e incremento de la demanda emocional.

De acuerdo con Laplanche, la histeria ofrece cuadros clínicos muy variados. Una de las formas sintomatológicas mejor aisladas es la “histeria de conversión”, en la cual el conflicto psíquico se simboliza en los más diversos síntomas corporales, paroxísticos (ejemplo: crisis emocional con teatralidad) o duraderos (ejemplo: anestias, parálisis histéricas, sensación de bolo faríngeo, etc.). Explica el autor que la especificidad de la

histeria se busca en el predominio de cierto tipo de identificación, de ciertos mecanismos (especialmente la represión), y en el afloramiento del conflicto edípico, que se desarrolla principalmente en los registros libidinales fálico y oral¹².

Desde el punto de vista del Psicoanálisis, el síntoma es la expresión simbólica de un conflicto inconciente. Por lo tanto, requiere de una interpretación, porque no es una señal directa. Es una formación de compromiso entre un deseo y una defensa, lo cual explica la resistencia del síntoma, ya que es sostenido desde ambos lados¹³. Su significado, al igual que en las otras formaciones del Inconciente, es propio de cada sujeto.

El método psicoanalítico se basa en una entrevista en la que se pide al sujeto que asocie libremente, y es escuchado por el analista con atención libremente flotante. El psicoanalista no buscará ser un observador externo, como el psiquiatra, sino que va a centrar su observación en la relación que se establece, tomando en cuenta la transferencia y la contratransferencia.

El concepto de conflicto, entendido como la oposición en el sujeto de exigencias internas contrarias, supone la noción de Inconciente dinámico. Mientras que el enfoque médico-psiquiátrico del DSM V, se sustenta en la noción de déficit (del latín: faltar), de base constitucional y que remite a la idea de la unidad de la conciencia.

Como factor etiopatogénico, el déficit puede asociarse con la predisposición, genética o adquirida. En el Psicoanálisis el déficit se vincula con el factor constitucional, dentro del modelo de las Series Complementarias que propuso Freud¹⁴. Hay sin embargo una diferencia cualitativa, respecto del concepto psiquiátrico de déficit, ya que mientras éste supone un determinismo relativamente lineal, la mayoría de los autores psicoanalíticos consideran que el déficit se incluye en el conflicto psíquico, y de este modo se enfoca desde una concepción psicodinámica más compleja¹⁵.

Si se conceptualiza este caso como una histeria de conversión, encontramos que, como explican Laplanche y Pontalis¹⁶, en dicha entidad el conflicto psíquico se simboliza

12 Laplanche J.; Pontalis J.B.; (1996) Diccionario de Psicoanálisis; pág.171; Buenos Aires; Paidós.

13 Freud, S. (1916-17). 23ª Conferencia. Los caminos de la formación de síntoma; pág. 326; en Obras completas (1975). Tomo XVI. Buenos Aires. Amorrortu.

14 Freud, S. (1916-17). 23ª Conferencia. Los caminos de la formación de síntoma; pág. 330; en Obras completas (1975). Tomo XVI. Buenos Aires. Amorrortu.

15 Solimano A.; Manfredi de Poderoso C.; Cuestiones de Psiquiatría dinámica y Psicopatología Psicoanalítica; pág. 59; Buenos Aires; Editorial Polemos; 2015.

16 Laplanche J & Pontalis J., (1996); Diccionario de Psicoanálisis, págs.171; Buenos Aires; Paidós.

en diversos síntomas corporales, paroxísticos (por ejemplo, crisis emocional con teatralidad), o duraderos (ejemplo: anestесias, parálisis, etc.).

La conversión es un mecanismo de formación de síntomas¹⁷ que consiste en la trasposición de un conflicto psíquico, y una tentativa de resolución del mismo en síntomas somáticos, motores (por ejemplo, parálisis) o sensitivos (por ejemplo, anestесias o dolores localizados). El término *conversión* corresponde en Freud a una concepción económica: la energía libidinal desligada de la representación reprimida se transforma en energía de inervación somática. Pero lo que caracteriza los síntomas de conversión es su significación simbólica: esos síntomas expresan a través del cuerpo representaciones reprimidas, deformadas por los mecanismos de condensación y desplazamiento.

En su trabajo “Dostoievsky y el parricidio”¹⁸, Freud explica que la reacción epiléptica está al servicio de la neurosis, como síntoma de la histeria. Para Freud la crisis epiléptica sería un mecanismo orgánico para la descarga pulsional anormal (exceso pulsional). Explica que los antiguos médicos describían el coito como una pequeña epilepsia. Según Freud en Dostoievsky el eje de su neurosis sería el deseo parricida y su punición, una puja entre Yo y Súper Yo que se traduce en el síntoma histérico conversivo.

Juan Nasio¹⁹ señala que las manifestaciones somáticas de la histeria se caracterizan por ser casi siempre transitorias, no resultar de causas orgánicas, y porque su localización corporal no obedece a las leyes de la anatomía o la fisiología del cuerpo, sino que por el contrario, dependen de otra anatomía, fantasmática. El cuerpo del histérico padece de dividirse entre la parte genital, anestesiada y aquejada de inhibiciones sexuales, y todo el resto no genital del cuerpo, que se encuentra muy erotizada y sometida a excitaciones sexuales permanentes.

Nasio identifica tres estados del yo histérico, que se pueden observar en el análisis: un primer estado pasivo, en el que el yo se encuentra en constante espera de recibir del Otro la no-respuesta que frustra, y conduce a una perpetua insatisfacción; un segundo estado más bien activo de un yo histerizador, que transforma el espacio analítico en una realidad fantasmática de contenido sexual; y una tercera posición subjetiva caracterizada por la tristeza del yo que debe afrontar la única verdad de su ser: no saber si es un hombre o una mujer.

17Laplanche J & Pontalis J., (1996); Diccionario de Psicoanálisis, págs.85; Buenos Aires; Paidós.

18 Freud S.:(1928-1927) “Dostoievsky y el parricidio”; Obras completas.(1994); Tomo XXI; pág. 175;Buenos Aires; Amorrortu.

19 Nasio J.; (1991); El dolor de la histeria; Buenos Aires; Paidós.

Para Massud Khan²⁰, discípulo de Winnicott, el histérico busca “una solución sexual”. Explica que en ciertas personas se da un desarrollo sexual precoz, como modo prevalente de enfrentar las fallas ambientales que amenazan al self en desarrollo y que de este modo, disocian lo que Winnicott llamó “necesidades del yo”, que se oponen en su pensamiento a la idea de deseo o de “necesidades del ello”. El yo necesita reconocimiento y el ello satisfacción física, siendo la solución sexual o solución de seducción, la vía para lograr dicho reconocimiento a costa de la satisfacción física.

Dice Khan: *“Al final de sus relaciones los histéricos descubren, de la manera más triste e irónica, la verdadera necesidad negada por ellos al principio. Lo que busca el histérico mediante la solución sexual es esencialmente la facilitación de un funcionamiento inadecuado del yo. Esta disociación [...] crea otra situación desastrosa para él. [...] La rendición sexual al objeto conduce a la amenaza de aniquilación”.*

Este autor considera que en la experiencia sexual o de seducción es donde el histérico expresa la tendencia antisocial de la que hablaba Winnicott. Exige una respuesta del medio ambiente para vehiculizar la esperanza en una nueva oportunidad, de una experiencia con el otro que de alguna manera cure la disociación, al entrar en contacto con las necesidades del yo, descifrándolas. El lenguaje del cuerpo es necesario porque el trauma ocurrió antes de que las palabras adquirieran significado, o bien ha desorganizado la capacidad para el pensamiento verbal.

En una línea semejante, Ute Rupprecht-Schampera²¹, considera que la histeria se produce tras un fallo en la construcción de la relación triádica, por el fracaso de la función parental auxiliar: el padre no supone un apoyo suficiente para superar una relación hijo/a – madre excesivamente absorbente, dominada por el medio, la depresión o el odio.

Si la niña es capaz de movilizar el interés del padre, sin mayores experiencias traumáticas, sólo se desarrollará una personalidad histérica moderada o benigna. Pero si tras la aproximación sexualizada al padre se produce una gran desilusión o una retraumatización severa, recurrirá a medidas defensivas adicionales: represión, renegación, disociación y retracción infantil. La represión sirve en esos casos para expulsar de la conciencia los recuerdos de acontecimientos eróticos, incluso incestuosos, y los sentimientos asociados de vergüenza, culpa, rabia, etc. La renegación sirve para mantener la imagen

20 Khan M. (1991); *Locura y soledad*; Buenos Aires. Lugar Editorial.

21 Rodríguez Sutil C., Ávila A., Abello A., Aburto M., Castaño R., Espinosa S. & Liberman A., “Reconsiderando la clasificación psicopatológica desde el punto de vista psicoanalítico-relacional. Lo histérico-histriónico como modelo”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2013; 33 (120), Pág. 698.

idealizada del padre y para que pueda seguir cumpliendo la posible función de ayuda en la separación respecto de la madre.

La “regresión” al modo diádico es un fenómeno típico en los sujetos con estructura límite, según Ruprecht-Schampera. Ahora bien, si la relación triádica se da desde el origen, no se puede decir propiamente que haya una regresión sino un deterioro. El histérico, en la conversión, utiliza el cuerpo de forma temporal como objeto sustitutorio (del padre auxiliar). El enfermo psicósomático, en cambio, lo utiliza de forma permanente, sustituye al objeto primario. Consideramos, dicen Rodríguez Sutil y col., que esto explicaría que la conversión histérica más avanzada pueda llegar a ser una expresión simbólica del conflicto - el cuerpo “dice” una frase - mientras que la enfermedad psicósomática es “opaca”, se mueve en el espacio pre-simbólico.

ARTICULACIÓN TEÓRICA DEL MATERIAL CLÍNICO

Si bien en las primeras entrevistas, el caso de A. impresionaba como una neurosis histérica, descompensada por la crisis vital que estaba atravesando la paciente (la vida de su madre corría peligro debido a un cáncer recidivante), pronto se planteó la posibilidad de otra patología, el Trastorno Límite de la Personalidad, también conocido como pacientes borderline o fronterizos.

Solomon, Lang y Grotstein explican que este grupo de pacientes al principio parecen neuróticos, pero más adelante exhiben diferencias significativas en la estructura del carácter, la sintomatología y el curso clínico. Los pacientes borderline parecen estar “más enfermos”, su patología es mucho más primitiva y su curso terapéutico más tormentoso que lo que las impresiones diagnósticas originales habían previsto, dicen los autores.

A. presentaba serias dificultades en diversos aspectos de su vida. La única relación constante era con su madre, con altibajos significativos, incluso durante el curso de pocas horas: se necesitaban desesperadamente, y se agredían con la misma intensidad. No tenía amigas cercanas, ya que en general oscilaba entre peyorizar a sus amistades (*“son huecas, superficiales, hablan pavadas todo el tiempo”*), o envidiarlas (*“son lindas, les va bien en todo, conviven con sus novios”*).

La paciente no podía permanecer demasiado tiempo en sus trabajos, porque ante cualquier crítica u observación se sentía agredida y reaccionaba con desplantes furiosos (faltando reiteradamente, discutiendo en tono airado, llegando tarde sin motivo). Si bien fue una estudiante destacada durante el secundario, luego comenzó y abandonó varias carreras universitarias, dado que ninguna le despertaba el suficiente interés y cuanto más la presionaba su madre para que estudie, más rápidamente dejaba la carrera.

La madre de A. fue abandonada por su propia madre a poco de nacer, y la crió una tía-abuela paterna. No pudo ejercer como maestra porque *“asustaba a los chicos”*, por lo que trabajaba como vendedora. Durante los primeros seis años de vida de A., la dejaba al cuidado de diferentes familiares mientras ella estaba en el trabajo o en las noches en que salía a divertirse. Luego de casarse se dedicó a acompañar a su esposo a los distintos países a los que lo llevaba su profesión. Durante esas etapas A. los acompañaba, por lo que debía cambiar de colegio y hasta de idioma, y durante dos años, cuando ya era adolescente, se quedó en Buenos Aires bajo el cuidado de una amiga de la madre, mientras sus padres permanecieron en el exterior.

Cuando A. se frustra por alguna circunstancia adversa, en especial cuando siente que las personas a las que quiere se alejan de ella o no están tan disponibles como ella necesita, suele realizar compras compulsivas que la endeudan y le dificultan cumplir con sus obligaciones: en esos momentos la madre llega al rescate y cubre sus deudas, mientras le reprocha su poca responsabilidad.

Este cuadro clínico puede llevar a pensar que estamos ante una patología del déficit y no del conflicto. Como explica Killingmo, la patología basada en el déficit se caracteriza por las fallas intrasistémicas, como una estructura defectuosa del sí-mismo, la falta de constancia del objeto, la difusión de la identidad, la escisión y la falta de capacidad para relacionarse emocionalmente con los objetos, es decir, que la propia evolución de la estructura del yo se haya dañada.

Siguiendo el modelo de desarrollo temprano de Winnicott, reseñado por Horacio García²², este autor afirma que *“el bebé... no existe”*, refiriéndose a la imposibilidad de aislarlo de la figura maternante. El bebé no es una unidad psíquica indiferenciada, y no resulta dueño de su psiquismo incipiente. Winnicott considera que, frente a las necesida-

22 García H.; “Teorías del Desarrollo. Cómo se presentan los trastornos del desarrollo en la psicopatología y en el tratamiento” (ficha de clase)

des del bebé, es el objeto maternante quien cumple las funciones de sostén (*holding*), manipuleo (*handling*) y presentación del objeto (*object presentation*). Estas necesidades del self son continuas, mientras que los instintos asaltan al bebé periódicamente.

Winnicott denomina “madre medio ambiente” a la función de la madre que satisface las necesidades elementales del bebé, y “madre objeto de la pulsión” a la función materna que da cuenta de los deseos instintivos. La “madre suficientemente buena”, es habitualmente sensible, vulnerable, resistente, pero también sabe de su odio, el que no niega, relacionado con su responsabilidad frente a la total dependencia del bebé. Estas características maternas se dan en un estado que Winnicott denomina “preocupación maternal primaria”, a la que denomina una “enfermedad esquizoide normal”, debido al aumento de la introspección y al centramiento en el embarazo de la madre. En esta primera etapa se da lo que Winnicott denomina “Dependencia absoluta o Doble dependencia”, en la que el bebé depende de su medio maternante sin conciencia alguna de que esto esté ocurriendo.

Esta función materna permitirá ilusionar al bebé, a fin de que pueda tener la vivencia de omnipotencia de haber creado el objeto, en la medida en va necesítándolo (“fenómeno de la ilusión”). Con el tiempo, la función de la madre también permitirá que esta omnipotencia absoluta se vaya relativizando, tornándose en omnipotencia de manipulación de los objetos. El bebé crea el objeto y lo desecha cuando no lo necesita (“lo ama cruelmente”). En este amor primitivo está el origen de la agresión, que al principio será no intencional.

Progresivamente se irán integrando la madre-medio ambiente y la madre-objeto de la pulsión, y aparecerá la inquietud como una nueva sensación del bebé. En la etapa de Dependencia relativa el bebé logra una conciencia creciente de que depende de un objeto externo. El niño alcanza la posición depresiva (como la entendía Melanie Klein). En este momento el bebé podrá registrar su anterior agresión no intencional hacia el objeto, que ya es no-yo, y en consecuencia se sentirá responsable por ella: comienzan los sentimientos de culpa y las necesidades reparatorias. Aparece la experiencia de que hay objetos externos sobre los que no se puede ejercer el poder de aniquilación mediante la agresión intencional: un objeto será externo porque puede resistir la destructividad intencional.

Después del episodio de agresión intencional, el niño usualmente tiene un “gesto espontáneo reparatorio”, el cual si la madre lo acepta, pierde su carácter atemorizante, y permite seguir experimentando con montos crecientes de agresión. Pero si la madre no acepta el gesto reparatorio, la culpa queda sin salida, y esto da lugar a dos posibilidades: o una inhibición generalizada, ante las situaciones de excitación por amor u odio, con empobrecimiento de la personalidad, o bien el desarrollo de una personalidad dependiente, que no puede separarse del objeto porque necesita controlar que no lo ha destruido, y de quien depende su autoestima

En la etapa de Dependencia Relativa, el bebé creará su primera posesión no-yo, el “objeto transicional”, que tiene realidad material y permitirá ir diferenciando el self de aquello que lo rodea. El bebé comienza a desplegar su creatividad, primero en el juego y luego en todos los objetos de la cultura, con el desarrollo de la capacidad de simbolización. A la última etapa Winnicott la denomina del camino “hacia la Autonomía”, cuando se han logrado una serie de coincidencias exitosas que permiten el desarrollo de una persona completa, al haber sido cubiertas todas sus necesidades.

En el caso de los pacientes fronterizos como A., Paineira explica que el desarrollo se ha dado de una manera diferente a la descrita, por lo que habrá un self verdadero oculto, y un falso self predominante, que pasará por verdadero a los ojos del observador. En el paciente borderline se hallará un “falso self facetado”, conformado por múltiples fragmentos que se ponen en juego con independencia uno del otro, alternando su actualización según en cuál de ellos esté centrado el foco de la conciencia en ese momento.

Esa estructura es el resultado de la introyección masiva del medio ambiente materno patológico (imprevisible y contradictorio), como una defensa extrema que permite conjurar la angustia inimaginable generada por el derrumbe que provoca la ruptura precoz del vínculo de la madre con su hijo. Se configura así un falso self caótico, como resultado de la introyección de un medio materno loco y enloquecedor, caótico y generador de caos. Los pacientes fronterizos, dice Winnicott, prefieren vivir en un caos generado por ellos, en lugar de vivir pasivamente en un caos que los trasciende, conservando así la falsa creencia en su omnipotencia.

La madre del borderline, es una madre caótica que establece profundos vínculos de identificación primaria con su hijo bajo el efecto de sus propias necesidades, y que

luego los interrumpe bruscamente dejándolo caer. Este corte abrupto e inesperado crea un desgarró que el sujeto deberá suturar mediante defensas extremas, aunque luego la madre vuelve a conectarse y así destruye lo que el niño precariamente construyó, repitiéndose el ciclo.

La madre de A. presenta esas características: es una mujer inestable, que ya antes de nacer su hija, excluyó todo otro vínculo y se la apropió, bajo una modalidad que oscilaba entre la presencia excesiva y las ausencias prolongadas. No hubo un padre, ni biológico (al que dotó de las características de un monstruo rechazante y amenazador), ni tampoco adoptivo (también peligroso, por su condición de alcohólico y abusador, y del que habría de mantenerla aislada, bajo llave). Desde su nacimiento, la paciente fue nombrada con cuidadoso narcisismo: sus iniciales serían las mismas que las de su madre. Y a lo largo de su crianza la madre alternó entre el cuidado más sofocante, y etapas de profundo desapego, durante las que A. quedaba al cuidado de parientes más o menos lejanos, y en las que se dieron situaciones de abuso sexual, no vistas ni denunciadas.

Como ocurre con los pacientes fronterizos, en A. se dio un déficit de adaptación y de sostén del medio maternante, junto con un incremento de las exigencias, lo cual conmueve al sujeto y genera la fragmentación del self. La defensa ante esta fragmentación es la formación del falso self. En el caso de A., las facetas más habituales de ese falso self, son la de la “niñita desvalida” y la de la “niñita caprichosa”. En todas las situaciones y ambientes en los que transita su vida, A. busca ser amparada, cuidada, y mimada, y si esto no ocurre en la medida y velocidad que ella espera, estalla en rabia, frustración y enojo. Luego, apela como consuelo a dos modalidades: o se aísla en su casa, durmiendo en su cuarto con las puertas y ventanas cerradas (modalidad que asemeja a una regresión hacia el útero materno, y que remeda el encierro al que la sometió su madre para protegerla del padrastro abusador), o compra compulsivamente para gratificarse (así como la cubría de regalos su madre cada vez que regresaba de un viaje).

Las expectativas respecto de los demás son excesivas, y aunque cree que da todo de sí, nunca se siente retribuida en la misma medida de su entrega, por lo que las relaciones suelen tener un inicio de gran intensidad, pero pronto caen y llega la decepción más absoluta: *“nadie me quiere, no le importo a nadie; lo único que tengo en mi vida es a mi mamá”*. La madre, por su parte, confirma esta idea, alternando entre la presencia simbió-

tica, o la distancia rechazante (“no hacés nada bien; sos una irresponsable; mirá la facha con la que andás”).

Estos patrones de acercamiento-alejamiento se reiteran en su tratamiento, ya que alterna entre etapas en las que falta a las sesiones o llega con mucha demora, con otras en las que pide anticipar los encuentros, o bien ante la inminencia de las vacaciones de la terapeuta, se siente abandonada, confirmando así que “no le importa a nadie”.

Como señala Pinceira, las imitaciones de estructura neurótica predominan en los momentos calmos, en que las exigencias son moderadas y el sostén que les proporciona el medio es suficiente, pero desaparece cuando se rompe el equilibrio y el paciente enfrenta la angustia psicótica, que activa otros núcleos de su falso self, con una organización más primitiva. Basta una frustración, una cierta desatención, para que se fragmente la débil estructura de su falso self.

Rosenfeld explica que, en los pacientes borderline, la madre ha presentado una inhabilidad para responder a las proyecciones del bebé, lo cual no sólo es experimentado por el bebé como rechazo, sino que también crea un sentimiento de culpa intenso y primitivo, porque el niño necesita un cierto espacio en la mente de su madre para sentirse totalmente reconocido por ella y para experimentar interés en la vida.

El bebé perceptivo y sensible tiende a sentirse responsable, dice Rosenfeld, por ser un peso para su madre, que no puede proveerle lo que él necesita, lo cual aumenta su desvalimiento. Los sentimientos agresivos, entonces, tienen a llenar la mente del niño, creando confusión entre amor y odio. La falta respuesta y de espacio en la mente de la madre, es lo que parece crear el sentimiento de culpa primitivo y los tempranos sentimientos de confusión. Debido a esto, luego del enojo y la angustia que le generó el “abandono” de su terapeuta, en el momento del reencuentro tras las vacaciones, A. le hizo saber que *“yo a vos nunca te voy a abandonar”*.

Respecto de los tres estados del yo histérico que teoriza Nasio, en A. encontramos el Yo Insatisfecho, representado tanto en el vínculo con su madre como con su novio. La paciente buscaba esforzadamente la aprobación de su madre, al tiempo que encontraba el modo de generar su decepción y rechazo (por ejemplo, iniciando y abandonando sucesivas carreras universitarias).

Su madre era la representación del deseo materno estragante del que habla Lacan²³: *“Es estar dentro de la boca de un cocodrilo, eso es la madre. No se sabe qué mosca puede llegar a picarle de repente y va y cierra la boca. Eso es el deseo de la madre.”*

Según el relato materno, A. había sido el fruto de una relación clandestina con un hombre casado, que se negó a reconocer y a vincularse con su hija. No conocía casi ningún otro dato sobre él, y creció convencida de que si lo buscaba iba a tomar represalias contra ambas.

Quedó entonces fagocitada por esa madre que la encerraba para que no fuera abusada, pero que no excluía al padrastro del hogar ya que dependían económicamente de él. Una madre para la que cualquier logro es insuficiente, que la descalifica, y que al mismo tiempo la cela y busca activamente aislarla de todo otro vínculo. Ese Otro monstruoso, prepotente, pero a la vez frágil, corroída por un cáncer recidivante.

El novio, por su parte es un joven atractivo y centrado en sus propias necesidades, que no da respuesta a ninguna de sus demandas: no quiere convivir con ella, ni casarse, ni tener hijos. A. había insistido largamente para que aceptara iniciar una relación, y a lo largo de los años él siempre se dejó querer sin dar demasiadas muestras de reciprocidad. La paciente decía: *“él es pleno, y eso me da mucha rabia... pero me gusta”*. La permanente insatisfacción en sus vínculos más importantes le garantizaba a la paciente mantener alejado el peligro de vivir la satisfacción de un goce máximo que pusiera en riesgo su existencia como sujeto.

Respecto del Yo Histerizador, que sexualiza lo que no es sexual, en donde hay una pseudogenitalidad más cercana a lo masturbatorio infantil que a una verdadera relación sexual, se observa en A. una inhibición de lo sexual muy marcada que la lleva a eludir los encuentros íntimos con su novio, y sentirse muy intimidada por las miradas de los otros hombres, las cuales juzga como lascivas y por lo tanto, amenazadoras. Sin embargo, en una sesión luego de dos años de tratamiento, comentó que en una fiesta con compañeros de trabajo, uno de ellos que hasta ese momento le resultaba indiferente, se acercó y le tocó un hombro: ese mínimo roce fue el desencadenante de una pasión que la llevó a involucrarse sentimentalmente con él, luego de abandonar a su novio. Es posible que ese gesto la remitiera a las escenas de su infancia, en que ella dormía junto a su abusador, y éste la despertaba tocándole el hombro.

23 Lacan, J. (1992); Sem XVII, El reverso del Psicoanálisis; pág.118; Buenos Aires; Paidós.

Se trataba de un superior jerárquico dentro de la empresa, un hombre diez años mayor, que vivía en pareja y tenía tres hijos. Cuando lo elogiaba decía que era “*un buen padre*”, que cuidaba y se preocupaba por el bienestar de sus hijos. No obstante, a semejanza de la fallida historia de amor de sus padres, este hombre no estaba interesado en dejar a su esposa, y las relaciones sexuales si bien fogosas, no culminaban con orgasmos que la pudieran satisfacer.

Por último, respecto del Yo Tristeza, Nasio explica que el histérico puede identificarse con el hombre, con la mujer, e incluso con el punto de fractura de una pareja. A. suele decir que no quiere “*ser la segunda*”, y sin embargo continúa sosteniendo la relación con ese hombre casado que no la elige, así como su padre biológico no eligió a su madre, y como ésta eligió a su padrastro alcohólico antes que al bienestar de A. Y también como su ex novio se elegía a sí mismo y evadía comprometerse con ella.

El histérico siempre elige el rol del excluido, ni el del hombre ni el de mujer, sino el del tercero que crea el conflicto o que lo resuelve. A. vive oscilando entre la tristeza y el vacío. Suele decir: “*A mí me gusta el drama. Cuando todo está tranquilo, cuando no hay drama, me bajoneo o me aburro*”.

Como neurótica, A. debe rechazar los impulsos edípicos, a cambio de poseer una determinada identidad²⁴, producto de una serie de imágenes y actos previos que ocurrieron en su vida de relación con su madre, y con sus padres, el biológico que ésta le construyó, y el adoptivo, de quien la mantuvo aislada para preservarla, así como para excluirla.

Esa identidad, como explica Rotemberg, es incierta porque desde el Inconciente los impulsos amenazan con resurgir, y porque depende de los reaseguros que a lo largo de la vida le proveen los sucedáneos paternos. Pero no es precaria, ya que cuenta con los mecanismos defensivos que construyen el carácter propio del sujeto.

Así, A. tiene su manera neurótica de defenderse contra el goce inconsciente y peligroso: alternando entre las convulsiones que remedan el paroxismo de los orgasmos, los cuales no alcanza en sus relaciones sexuales, y el dramatismo de ser la segunda, la no elegida, la tercera excluida del triángulo edípico.

24 Rotemberg H., (2004); Estructuras psicopatológicas y subjetividad; pág.32; Buenos Aires; Nueva Editorial Universitaria.

CONCLUSIONES

En la literatura clínica actual se considera que la patología límite es un síndrome clínico bien diferenciado – el trastorno límite de la personalidad (TLP) –, sin embargo, la realidad no es tan simple, pues el concepto de “límite” o “borderline” conlleva importantes problemas de definición. Estos problemas proceden, en parte, de la naturaleza cambiante del trastorno – sólo comparable quizá en su variabilidad con la personalidad histérica – como ejemplifica de manera paradigmática su “estable inestabilidad”.

Frente al debate de si lo borderline es una estructura o un modo de funcionamiento, Rodríguez Sutil y colaboradores se inclinan por la segunda opción. Consideran que también es posible entender las estructuras como modos de funcionamiento, en la medida que se acepte la idea de que su frontera es difusa, por lo que se puede pasar con mayor o menor facilidad de una a otra. Dicho de otro modo, los individuos (y los grupos) tienen a su disposición una serie de patrones de comportamiento que pueden variar dependiendo de las circunstancias.

Lo “límite” se nos muestra así como una dimensión de gravedad en cualquier trastorno de la personalidad, aunque suponga una estructura neurótica. El término “límite”, cuando es utilizado por clínicos psicoanalíticos para denotar el nivel de severidad, tiene un sentido diferente de cómo se lo usa en el DSM, en el que sólo un tipo de organización límite (la manifestación más histriónica y dramática de este nivel de severidad) recibe el diagnóstico de TLP.

Otto Kernberg²⁵ distingue organizaciones neuróticas de organizaciones límite, dividiendo las segundas, a su vez, en más severas y menos severas, o de nivel bajo y nivel alto. Así diferencia la personalidad histérica, de nivel neurótico, de la Personalidad Histriónica (TPH), de nivel límite alto. Aunque advierte que el clínico encontrará pacientes que presentan niveles intermedios de psicopatología, de modo que los “tipos puros” pueden considerarse extremos de un continuo, con la posibilidad de formas intermedias.

Destaca en estos pacientes una marcada tendencia a la idealización. Esta tendencia se apoya en la escisión, ya que consiste en la tendencia a verse a sí mismo y a los otros según categorías morales de “totalmente bueno” o “totalmente malo”, es decir, de modo irrealmente positivo (como santos, héroes, o salvadores), o irrealmente negativo (como odiosos villanos y abusadores), o de ambos modos en un estilo oscilatorio.

25 Kernberg O. Trastornos Graves de la Personalidad. México: El Manual Moderno, 1987

Una de las capacidades que definen al ser humano es la de tener en cuenta los estados mentales tanto propios como de los demás a la hora de comprender y predecir la conducta. El comprender y anticipar correctamente las expectativas e ideas de los demás es mucho más importante que apreciar las circunstancias físicas y los aspectos mecánicos de la interacción humana, de los que parecía ocuparse el conductismo radical.

Sin embargo, cuando se producen abusos por parte de los padres, en opinión de Peter Fonagy, citado por Rodríguez Sutil y col.²⁶, se debilita la teoría de la mente en el hijo y se favorece la aparición de la patología límite. Para el hijo deja de ser algo seguro el pensar sobre los deseos, porque esto supone observar los deseos del progenitor de hacerle daño.

Así se inhibe la representación secundaria de los hechos mentales – representarse las ideas del otro - lo que aporta ciertos beneficios para el individuo, pues le permite dar un rodeo frente un dolor mental intolerable. El niño busca confortarse en una fusión regresiva con el objeto, con un ‘progenitor rescatador’, en la fantasía. El abandono de la representación secundaria es, por tanto, una medida defensiva, aunque extrema.

El diagnóstico de “límite” podría no ser más que una dimensión de inestabilidad o severidad, con el significado que confiere Kernberg a la “organización límite” de trastorno grave de la personalidad, a caballo entre las neurosis y las psicosis. La personalidad confusa de algunos sistemas, equivalente de la personalidad límite, se caracteriza por una gran desorganización impulsiva y confusión de sentimientos. Fuera de eso, nos encontramos con una total ausencia de rasgos llamativos, con un torpor psicológico general.

Las sensaciones de futilidad e irrealdad que Winnicott atribuye al falso self, es propia también de estos sujetos. Ahora bien, esta sensación de ‘futilidad’ es una actitud de indolencia que el histérico también puede adoptar en su múltiple representación de papeles.

A partir de estos límites difusos en el TLP, Rodríguez Sutil y col. sugieren que la histeria quizás nunca ha desaparecido, o bien, que se la redescubre en forma de Trastorno Límite de la Personalidad. Los autores han elaborado un cuadro comparativo entre TLP y personalidad histriónica (PH), en el que resumen los rasgos que habitualmente se le atribuyen a ambos trastornos:

26 Rodríguez Sutil C., Ávila A., Abello A., Aburto M., Castaño R., Espinosa S. & Liberman A., “Reconsiderando la clasificación psicopatológica desde el punto de vista psicoanalítico-relacional. Lo histérico-histriónico como modelo”. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2013

Cuadro 1.
Comparación entre el trastorno límite de la personalidad (TLP) y la personalidad histriónica (PH)

TLP	PH
1. impulsividad 2. relaciones intensas pero inestables 3. enfado intenso e inadecuado 4. trastorno de la identidad 5. inestabilidad afectiva 6. esfuerzos frenéticos para evitar el abandono 7. amenazas de suicidio 8. sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento	1. busca ser el centro de atención 2. <i>sexualmente seductor o provocador</i> 3. expresión emocional superficial y rápidamente cambiante 4. <i>utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo</i> 5. autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional 6. Sugestionable

Con letra negrita los autores destacan aquellos rasgos que se podrían atribuir a uno y otro cuadro: TLP: [1, 2, 3, 5 y 6]; PH: [1, 3, 5 y 6]. Ahora bien, los trastornos de la identidad y los sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento del límite no son imposibles de hallar en sujetos histéricos alterados o “deprimidos”, mientras que las amenazas de suicidio o automutilaciones son más exclusivas del TLP respecto de estas últimas, porque amenazas de suicidio como forma de manejo ambiental son frecuentes en histéricos graves.

Frente a eso, han puesto los dos rasgos que les parecen más exclusivos de la PH (sexualmente seductor o provocador y la utilización permanente del aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo), con lo que quieren decir que si se presenta un paciente con comportamiento límite pero, al mismo tiempo, aparece seductor y provocador y utiliza su aspecto físico para llamar la atención, probablemente se trate de un histérico grave. Finalmente, consideran que el rasgo del TLP representado por los sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento, es bastante difícil de valorar y no es infrecuente en el histriónico que se queja del escaso interés de su vida. Por lo demás, los trastornos de la identidad del TLP son frecuentes en PH graves.

En A. habitualmente se presentan las siguientes características propias del TLP: impulsividad, relaciones intensas pero inestables, enojo intenso e inadecuado, inestabilidad afectiva, esfuerzos frenéticos para evitar el abandono y sentimientos crónicos para evitar el abandono. No ha realizado intentos ni amenazas concretas de suicidio, aunque sí comentarios respecto de su cansancio y hartazgo de vivir.

Respecto de la Personalidad Histriónica, los rasgos presentes en la paciente son: que en general busca ser el centro de atención, su expresión emocional es superficial y rápidamente cambiante, es teatral, dramática y exagerada en su expresión emocional, y

altamente sugestionable. No adopta una actitud seductora ni provocadora, y no intenta llamar la atención sobre sí misma apelando a la utilización de su aspecto físico.

Finalmente, en relación a los síntomas conversivos, consistentes principalmente en convulsiones, la paciente encuadra en el Trastorno de Conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales), con ataques o convulsiones (F – 44.5). Esos episodios convulsivos suelen ocurrirle en compañía de otros (aunque no en la totalidad de los casos), no presenta alteraciones en el EEG, no pierde el control de los esfínteres, ni ocurren durante el sueño. En general, la paciente suele obtener beneficios secundarios de estas crisis, ya que concita la atención e indulgencia de su madre, su novio y en su trabajo.

Considerando que los ataques convulsivos comenzaron a sus nueve años, luego de haber sido abusada en reiteradas ocasiones por miembros de su familia y también por su padre adoptivo, podrían ser compatibles con una forma de descarga que le permite liberar la tensión sexual oportunamente reprimida, es decir, serían descargas orgásmicas simbólicas.

Es decir que a estas convulsiones no-epilépticas las podríamos hipotetizar como síntomas conversivos, ya que podrían ser entendidas como una escenificación simbólica de aquellos episodios en los que siendo niña era sometida durante la noche, estando ella dormida, a manoseos por parte de sus abusadores. Estas situaciones le generaban simultáneamente miedo y rechazo, así como también excitación sexual, la cual era ya entonces vivida con culpa.

En el momento en que la paciente A. inició su proceso terapéutico, se encontraba atravesando una etapa de gran inestabilidad y exigencia emocional, debido a la situación de peligro vital en que se hallaba su madre, la cual es el principal vínculo en su vida. A lo largo del tiempo se pudo confirmar que en situaciones de estrés acentuado, la paciente tiende a desplazarse desde el cuadro predominante de histeria grave, hacia modalidades que la asemejan a un Trastorno Límite de la Personalidad, lo cual condice con los mencionados límites difusos entre el Trastorno Límite de la Personalidad y la Histeria.

Bibliografía

- APA Practice Guidelines – American Psychiatric Publishing, Inc DOI: 10.1176 / appi. books. 9780890423363.54853
- Freud, S. (1916-17). 22^a Conferencia. Algunas perspectivas sobre el desarrollo y la regresión. Etiología; pág. 315; en Obras completas (1975). Tomo XVI. Buenos Aires. Amorrortu.
- Freud, S. (1916-17). 23^a Conferencia. Los caminos de la formación de síntoma; pág. 326; en Obras completas (1975). Tomo XVI. Buenos Aires. Amorrortu.
- García H.; “Teorías del Desarrollo. Cómo se presentan los trastornos del desarrollo en la psicopatología y en el tratamiento”. (ficha de clase)
- Kernberg O. (1987) Trastornos Graves de la Personalidad. México; El Manual Moderno.
- Khan M. (1991); Locura y soledad; Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Killingmo B. (1991); “Conflicto y Déficit: Implicancias para la Técnica”; En *Libro Anual del Psicoanálisis*
- Lacan, J. (1992); Sem XVII, *El reverso del Psicoanálisis*; Buenos Aires; Paidós.
- Laplanche J & Pontalis J., (1996); Diccionario de Psicoanálisis; Buenos Aires; Paidós.
- Laplanche J.; Pontalis J.B.; (1996); Diccionario de Psicoanálisis; Buenos Aires; Paidós.
- Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-V). Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington,VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013

- Mirapeix C. (2009); "Trastornos de la personalidad"; en Vallejo J.; Manual de Psiquiatría (pág. 425 - 448); Madrid; España; Palomo y Jiménez Arriero Editores.
- Nasio J.; (1991); El dolor de la histeria; Buenos Aires; Paidós.
- Niño J.P.;(2015); "Borderline, una frontera dos posturas. Devenir: La formación analítica y el saber; Año 24; N° XXIV.
- Paineira A. (1997); "Análisis estructural de la patología fronteriza"; *Clínica Psicoanalítica a partir de la Obra de D. Winnicott*; Cap. XIX; Editorial Lumen; Buenos Aires.
- Rodríguez Sutil C., Ávila A., Abello A., Aburto M., Castaño R., Espinosa S. & Liberman A., "*Reconsiderando la clasificación psicopatológica desde el punto de vista psicoanalítico-relacional. Lo histérico-histriónico como modelo*". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2013; 33 (120), 693-711
- Rosenfeld H.; "Psicosis de transferencia en pacientes borderline". Ficha Apdeba.
- Rotemberg H., (2004); Estructuras psicopatológicas y subjetividad; Buenos Aires; Nueva Editorial Universitaria.
- Santos Gómez J.L. (2009); "*Examen clínico de los pacientes psiquiátricos*"; en Vallejo J.; Manual de Psiquiatría (pág. 151 - 162); Madrid; España; Palomo y Jiménez Arriero Editores.
- Schnake, C. E. & Bennett, V. (2003, 26 de noviembre). Diagnóstico diferencial entre crisis epiléptica y crisis histérica. Revista PsicologíaCientífica.com, 5(11). Disponible en:<http://www.psicologiacientifica.com/epilepsia-histeria-diagnostico>
- Solimano A.; Manfredi de Poderoso C.; Cuestiones de Psiquiatría dinámica y Psicopatología Psicoanalítica; Buenos Aires; Editorial Polemos; 2015.
- Solomon M, Lang J. & Grotstein J. (1992); "Impresiones Clínicas sobre el paciente borderline"; en *El paciente borderline: Conceptos emergentes en diagnosis, psicodinámica y tratamiento*; Ed. Catari; Buenos Aires.