

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGIA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN

PSICOPATOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS

UNA LECTURA DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD DESDE EL

PSICOANÁLISIS

CAPITULO DE LIBRO

ANDREA FRANCISCA GRANDA TELLO

DR. IVÁN SANDOVAL CARRIÓN

QUITO, 2024

INTRODUCCIÓN

La intención de responder una interrogante personal que se relaciona con el trastorno límite de la personalidad y la lectura posible desde la teoría psicoanalítica responde el motivo de este trabajo de investigación. El mencionado trastorno se encuentra dentro del sistema de clasificación de las enfermedades y está incluido en el campo de los trastornos mentales.

Según Sadock et.al. (2011) la prevalencia del diagnóstico de TLP se aproxima “al 2 % de la población, al 10 % de los pacientes ambulatorios, al 20 % de los pacientes ingresados y del 30 % al 60 % de los pacientes con trastornos de la personalidad” (p. 345) es decir, que puede ser uno de los más frecuentes dentro de los trastornos de personalidad y tiene presencia en el ámbito hospitalario. Además, los autores mencionan que se presenta mayoritariamente en mujeres.

Actualmente, Gutiérrez (2023) menciona que del 56% de los pacientes que son atendidos en los servicios de urgencias por intentos autolíticos tienen un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. En este sentido, los resultados estadísticos sostienen la impresión de los profesionales de la salud mental sobre la mayor presencia de los trastornos de la personalidad en la práctica clínica actual. Lo cual se podría relacionar con la influencia de otros factores, como los sociales, económicos y generacionales, respondiendo al paradigma de la inmediatez, la mercantilización de los servicios y el avance de la tecnología.

La alta prevalencia de este trastorno en el campo psiquiátrico y psicológico impulsan a los profesionales de la salud mental a la construcción de argumentos sobre posibles lecturas desde las distintas corrientes psicológicas sobre el TLP. Por este motivo, el interés de la presente investigación gira en torno al estudio del sujeto del inconsciente

(límitrofe) quien presenta manifestaciones clínicas que son leídas e interpretadas desde la psiquiatría bajo el diagnóstico del trastorno de la personalidad límite.

La experiencia en la práctica clínica psiquiátrica con pacientes psiquiátricos, particularmente los diagnosticados con TLP, viabiliza la pregunta que dirige a esta investigación; ¿Cuál sería la articulación conceptual posible desde el psicoanálisis con la psiquiatría que percibe a algunos sujetos como TLP? Esta interrogante impulsa a realizar una lectura de los criterios diagnósticos para este trastorno, ya que “el principal problema que nos parece plantearse ante ese tipo de sintomatología consiste en interrogarse si se trata de neurosis o psicosis.” (Maleval J. , 1996, p. 82). Es decir, que los síntomas que se detallan como criterios diagnósticos para el TLP se podrían relacionar con elementos conceptuales que se propone desde el psicoanálisis.

Asimismo, para responder a la pregunta planteada se propone analizar desde una perspectiva psicoanalítica las manifestaciones sintomáticas que presenta un sujeto que desde la psiquiatría es TLP. En este camino se busca realizar un recorrido histórico desde la psiquiatría abordando la conceptualización de la histeria y sus manifestaciones. En continuación se pretende articular conceptos y nociones desde el psicoanálisis, en los que se podría pensar a las manifestaciones clínicas de la histeria u otras estructuras, y considerar a la estructuración subjetiva como un eje para este escrito. Y finalmente buscar una aproximación a la noción de posición subjetiva en el psicoanálisis, el sujeto que presenta sintomatología que es leída desde la psiquiatría como TLP.

Esta explicación desde la psiquiatría permitirá realizar una lectura en contraste con una articulación de conceptos psicoanalíticos. Es decir, que los criterios diagnósticos que son descritos desde la psiquiatría se podrían sustentar desde una teoría del sujeto, y

de esta forma aproximar a la hipótesis de su relación con la posición subjetiva ante la estructura del lenguaje. Los conceptos psicoanalíticos que se revisarán corresponden a la represión, la castración, el Nombre-del-Padre, su recusación y la estructura, tomados con la intención de generar una articulación y por lo tanto un diálogo con la psiquiatría. Es decir, al encontrarse en distintas lógicas estas dos prácticas clínicas se plantea realizar un análisis que permita construir un intercambio y sustentar estos criterios psiquiátricos con una articulación de conceptos psicoanalíticos.

MARCO TEÓRICO

1. Trastorno De Personalidad Tipo Límite

El TLP se encuentra catalogado dentro de los manuales de clasificación diagnóstica, actualmente se usan el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales DSM-5 y en el manual de la Clasificación internacional de enfermedades en la 11.^a versión CIE-11. En ambos como un capítulo o apartado específico para los trastornos de personalidad. Para este trabajo se tomará la clasificación del DSM-5.

Se considera que para reflexionar sobre los trastornos de personalidad es conveniente hacer una breve revisión sobre lo que la teoría de la personalidad postula en relación con este concepto de la psicología.

1.1. La Personalidad, desde la psicología

Desde los inicios de la psicología, uno de los temas que ha sido ampliamente estudiado por los diversos marcos teóricos es la personalidad. Según Feist et al. (2014) esta palabra viene del latín que quiere decir persona, lo que significa máscara, indicando al material que usaban los actores griegos para presentar o proyectar un papel o una apariencia falsa, sin embargo no se considera como una definición que abarque todas las

consideraciones que la personalidad posee en las concepciones teóricas. Además, los autores mencionan que no existe una definición única sobre este tema ya que cada corriente o teoría ha abordado a la personalidad en base a las conjeturas teóricas propias de cada enfoque clínico.

Gordon Allport (1974) fue un psicólogo estadounidense pionero en el estudio de la personalidad que describe definiciones de la personalidad elaboradas por otros autores y en la elaboración de una definición propia. En esta concibe a la personalidad como “la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente” (p. 65) y reconoce a este enunciado como una síntesis de la psicología contemporánea.

A continuación, el autor argumentará cada componente de esta definición, y explica que la personalidad se caracteriza por ser dinámica, ya que se la considera como algo que se encuentra en constante cambio, “que es motivacional y que se autorregula” (p.65). Luego, menciona que los hábitos, los sentimientos y las actitudes entrarían en una teoría de rasgos que cuando se agrupan conforman un sistema. Mientras que, el carácter de los sistemas psicofísicos expresa la dificultad en asumir a la personalidad como una conjugación exclusivamente mental o neural. Estos sistemas que componen a la personalidad son “tendencias determinantes” (p.67) y que cuando son movilizadas por los estímulos externos generan actos de ajuste. Lo que permite que los rasgos sean observables y únicos al reconocer que cada persona es particular en el tiempo, espacio y cualidad. Asimismo, adquiere importancia la adaptación al ambiente porque influye en los ajustes que la persona tenga que hacer a nivel conductual frente a los cambios del mundo físico y el imaginario, es decir, requiere dominio más que una adaptación pasiva.

En este sentido, desde la psicología y la teoría de la personalidad se entiende a esta como una organización que es dinámica, y que cada individuo posee. Además, de verse conformado por conjuntos de rasgos que determinan las actitudes y conductas para lograr adaptarse a los ambientes de una forma única y activa.

Pero, entonces, es pertinente preguntar por aquellas personas que presentan dificultades para generar los ajustes con el objetivo de la adaptación ambiental activa. Para Allport (1974) es importante mencionar que es posible pensar que existe un proceso correlativo de desorganización y que pueden convertirse en aquellas personalidades que se valoran como anormales. Es decir, que en la organización dinámica particular hay algún rasgo que dificulta a la regulación en el medio. Así, que bajo esta perspectiva, la noción de normalidad y anormalidad delimitan el campo de la personalidad, es decir, se puede relacionar con lo sano y lo enfermo, el *pathos* o la patología.

De este modo, es pertinente hacer un breve repaso sobre la historia de la enfermedad relacionada con lo mental, en la que la personalidad u otros constructos psicológicos han sido descritos desde la perspectiva de la normalidad y salud en contraste con la anormalidad y la enfermedad.

1.2 Recorrido conceptual desde la psiquiatría

El propósito de este apartado es el de hilar distintas concepciones sobre la enfermedad mental que han surgido en otras etapas de historia humana y que pueden relacionarse con las manifestaciones clínicas actuales. Es decir, ubicar cómo se describió la presencia de signos o síntomas relacionado con lo mental que se han

presentado en otros periodos de la historia humana, haciendo hincapié en los acontecimientos relacionados al descubrimiento y desarrollo de la histeria.

Para esto, el punto de partida se remonta a la cultura egipcia retomada por Charles Melman (1988), quien realiza un recorrido histórico sobre la histeria; en este ejercicio reconoce la atención que recibieron las alteraciones somáticas en los pariros egipcios, el más antiguo data desde hace aproximadamente el año 1900 a.C. Para ellos la etiología de varias manifestaciones sintomáticas se debía a una enfermedad del útero, que por alguna debilidad extrema se trasladaba a otros lugares en el interior del cuerpo y alteraba el funcionamiento de otros órganos. Es decir, en las civilizaciones antiguas ya se interrogaban sobre el origen de las enfermedades que no evidenciaban algún arranque orgánico. Asimismo, el autor reconocerá que en la época de los clásicos médicos griegos en su intento de responder la incógnita sobre los síntomas somáticos, “Hipócrates introduce en el aforismo 35 el calificativo de histérico para especificar un trastorno ligado al útero que por su etiología da el nombre a la enfermedad” (p. 48), entonces, la expresión histeria fue reconocida dentro del campo de las ciencias, y explicaría lo somático. En esta vía, según el autor, Hipócrates postuló la teoría de los humores como una respuesta ante la pregunta por la organización y funcionamiento del cuerpo, esto relacionándolo a la etiología de algunas enfermedades que se asociaban a los rasgos de personalidad a través del temperamento. Es decir, para las antiguas civilizaciones las expresiones del cuerpo que no tienen un origen orgánico se denominaban histéricos y una vertiente que se relacionaba con ello era la personalidad. De esta forma se abre el campo para seguir desarrollando las investigaciones que se encontraban en torno a la medicina, la enfermedad, la mente y la histeria, entre otros.

Con posterioridad a los postulados en las civilizaciones antiguas continúa el estudio de la medicina y sus especializaciones, en las que la psiquiatría empieza a surgir. Aguirre (2023) cita a Jean Garrabé, quien señala que el lenguaje que organiza a la psiquiatría tiene orígenes poco claros, por lo que puede pensarse en la fusión entre palabras de la medicina con las de la filosofía que dan lugar a neologismos que soportan “las descripciones médicas, siendo creaciones totalmente artificiales, desde la misma palabra psiquiatría o psicopatología, psicosis, paranoia...” (p. 68) Es decir, los problemas relacionados a lo mental presentaban una relación con el campo filosófico por la relación con las interrogantes sobre el malestar humano, y en este anudamiento dio paso a la conceptualización de los algunos términos que actualmente se encuentran en los manuales de diagnóstico. Mientras que, otros han sido reemplazada por nomenclaturas actuales.

La distinción entre lo sano y lo enfermo con relación al paradigma de lo normal y anormal fue un momento crucial en la psiquiatría. Los inicios de investigación relacionada al ámbito de la medicina, según Aguirre (2020), tienen su origen en siglo XVIII y surgen con la finalidad de ganar mayor territorio en una época en la que el dogma religioso era el discurso predominante, por lo que la locura estaba concebida con la influencia de la doctrina religiosa y ésta establecía el curso del trato que recibían las personas consideradas locas. En este sentido, la autora plantea que con el impulso hacia el pensamiento racional, “aparece un desconocimiento y asombro por lo irracional, que generó rechazos a las manifestaciones de la locura, y esto tendría relación con que los sanatorios sean espacios de maltrato, hacinamiento y encadenamiento” (p. 70). Es decir, que la propuesta de tratamiento ante las manifestaciones de locura se acompañaba de condiciones inhumanas. En esta vía, la autora recoge dos aportes que Pinel realizó a este

periodo, el primero es la reforma a los tratamientos mencionados en los hospitales que se relaciona con el segundo, que es la implantación de un tratamiento moral. Así pues, se empezó a humanizar los procedimientos, lo que permitió el incremento a las investigaciones, la teorización y la formulación de nuevas hipótesis.

En lo que sigue, se pensará como el segundo periodo de la historia de la psiquiatría y ello surge a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX: "... este tiempo... fue fecundo para la medicina psiquiátrica, dio lugar a que un anatómico patólogo como Charcot fundara la neurología y fuera capaz de describir la mayoría de enfermedades neurológicas que conocemos hasta nuestros días" (Aguirre, 2020, p. 86). Los estudios con mayor rigurosidad tenían como objetivo la descripción de algunas enfermedades mentales y otras enfermedades relacionadas con la histeria. Esto es coherente con el paradigma de la descripción y la observación de lo objetivo, justamente, en el proceso de reunir algunos signos y síntomas que constituyen alguna enfermedad.

Aguirre (2020) explica que Sigmund Freud llegará como un joven médico de los nervios en búsqueda del doctor Charcot, en un momento en que el debate médico se centraba en la lesión, la que se catalogaba como anatómica cerebral. En contraste con una alteración de tipo funcional, en la que el cambio se encontraría en las funciones mentales y no necesariamente en el daño orgánico. En este sentido, hay que reconocer que Charcot estaba desarrollando investigaciones alrededor de las manifestaciones histéricas, para lo que postuló un "método muy cuidadoso del diagnóstico diferencial, de separar las enfermedades con lesión orgánica y las sintomatologías tangibles en el cuerpo" (p. 79). Es decir, se postula dos tipos de enfermedades mentales, las que responden a lesiones y las que son respuestas somáticas. Además, por este motivo acoge al traumatismo como una categoría que se encuentra entre lo orgánico y lo psíquico y

para lo que propone a la hipnosis como un método terapéutico. De esta forma, surgen nuevas formas de tratamientos e investigación orientada por la interrogación de lo anormal que se manifestaba en lo subjetivo.

En esta vía, Aguirre (2023) propone que el estudio de la histeria y la historia de la psiquiatría se relacionan porque la concepción de la histeria, con distintas nominaciones y características, ha atravesado la historia de la humanidad haciendo borde entre la salud y la enfermedad. Dicho de otra manera, las manifestaciones sintomáticas de la histeria se han hecho presente en distintas épocas y en diferentes civilizaciones, pero el encuentro con ella desde una perspectiva que dio lugar a la palabra permitió el surgimiento de la teoría psicoanalítica y con ella un cambio de paradigma.

Belloch y Fernández (2013) reconocen a Bonet quien en el siglo XVII “revisó a fondo la idea de que existía un síndrome caracterizado por la covariación entre estados de ánimo erráticos e impulsivos” (p. 88). Posterior a esto, los autores mencionan que Schacht y Herschel aumentaron a la descripción elaborada por Bonet “la idea de que esos estados de ánimo mantenían una regularidad periódica y cíclica” y este postulado formó parte los criterios que conformaban las alteraciones de la personalidad.

Asimismo, según los autores, fue Jules Falret quien destacó las características de lo que se denominó *folie hystérique*: notable volatilidad emocional, impulsividad, espíritu contradictorio, y tendencia a la discusión. Para estos pacientes, “el amor se convierte en odio, la simpatía en desprecio, el deseo en repulsión, en una rápida sucesión de uno a otro” (p. 28). Entonces, se iba detallando la configuración de las manifestaciones anormales que se relacionaban con las emociones, la personalidad o lo subjetivo.

Asimismo, Charcot cita a Binet quien reconoce que en las pacientes histéricas se puede manifestar cierta tendencia a las “alteraciones de la personalidad, al desdoblamiento, o

incluso, a la fragmentación de la unidad denominada el yo” (Aguirre, 2023, p. 79).

En este sentido, la lógica científica, que ha valorado la observación y la objetividad, motivó a que las investigaciones se enfoquen en la creación de manuales diagnósticos, que recojan y señalen y distingan las principales manifestaciones de las patologías mentales encabezando la lista por el DSM III, en el que se incluían términos como histeria o psicosis para designar categorías. Asimismo, la psicología o el psicoanálisis han contribuido con aportes teóricos para abordar los trastornos mentales.

En esta vía, el tercer momento para la psiquiatría sería la invención de los psicofármacos que se da a mediados del siglo XX. La industria farmacéutica logró sintetizar fórmulas químicas capaces de regular las sustancias químicas cerebrales, permitiendo ofrecer un tratamiento basado en la farmacología. Por lo que, los trastornos mentales podrían tratarse con medicación, evitando el uso de los métodos históricos basados en la contención física.

Como se puede evidenciar, el TLP tiene un origen impreciso y es difícil establecer con exactitud el momento en el que fue conceptualizado. Pero, el estudio de la histeria ha tenido un papel fundamental históricamente ya que la descripción de ésta y sus manifestaciones se han adaptado con relación al avance tecnológico y teórico de acuerdo con la época y la ubicación geográfica. Además, de permitir el debate sobre la sintomatología y sus manifestaciones que, aunque bajo distintos nombres, convergen en similitudes.

En este sentido, hay que considerar que algunos aportes filosóficos, en relación con las épocas, también buscan acercarse a las interrogaciones relacionadas con el malestar subjetivo o humano. Por esto, se podría considerar el trabajo entre la medicina (como la

práctica quirúrgica) que se sirve de las ciencias y parte de lo objetivo, con el psicoanálisis que se encarga del aspecto subjetivo, si se quiere, de lo simbólico.

1.3 Personalidades trastornadas o Trastorno de la personalidad

Como se desarrolló anteriormente con el breve recuento histórico del campo psi, tanto la psicología como la psiquiatría han anudado sus argumentos, de tal forma que cada uno plantea una lectura desde su campo. La personalidad que conceptualiza Allport (1974) desde la psicología, puede tener otra lectura desde la psiquiatría, en tanto sea una manifestación de la alteración, o lo patológico. La lógica en la que se encuentra el campo de la psiquiatría es heredada de la psiquiatría clásica y por lo tanto de la medicina. Así que, es conveniente partir de la noción de trastorno ligado a la enfermedad.

En este sentido, el psiquiatra y psicoanalista Henri Ey (1980) expresa que la semiología en psiquiatría se relaciona con el registro minucioso de los signos que constituyen los diferentes escenarios clínicos como los trastornos mentales. Además, permiten un diagnóstico y pronóstico, lo cual es particularmente complejo de transmitir, enseñar o exponer. Sin embargo, según el autor es importante tener en cuenta que ésta no puede ser totalmente objetiva, al describir la conducta, pero tampoco puede ser puramente subjetiva en el análisis introspectivo sobre las experiencias de los sujetos. Es decir, que para el campo que aborda la psique humana es importante anudar una perspectiva que observa las manifestaciones clínicas en conjunción con un enfoque que dé lugar a la palabra y por lo tanto, un valor a la misma.

A su vez, Sandoval (2020) explica que un síndrome sería el conjunto de signos y síntomas, pero “su paso a la categoría de enfermedad viene dado por el hallazgo de una

causalidad orgánica precisa, descrita y universal para todos los sujetos en los que se ha encontrado ese síndrome” (p. 17). Es decir, tras determinar la causa o etiología de cierta agrupación de signos y síntomas se puede denominar enfermedad. No obstante, en la psiquiatría no parece cumplirse a cabalidad con esta consigna. Lo que da pie a la interrogación por las alteraciones que tienen manifestaciones sintomáticas y que carecen de una causalidad orgánica determinada y específica.

Para esto, la psiquiatría oficial ha denominado a las antes llamadas “enfermedades mentales” como trastornos mentales, y los califica como síndromes, lo cual “supone la tácita aceptación de que no ha podido establecerse con precisión una causalidad orgánica para cada uno de los cuadros clínicos” (Sandoval, 2020. p. 17). Esto es, justamente los casos con los que los psicólogos y psiquiatras se encuentran en la práctica clínica cotidiana.

En este sentido, Sandoval (2020) plantea que la concepción de la expresión “trastorno” tiene su origen en el vocablo *disorder* que deriva del inglés, el cual es promovido por la American Psychiatric Association y es aceptado y usado por todos los psiquiatras y psicólogos con la finalidad de sustituir por el significante “enfermedad”. De esta forma, el DSM-5 (2014) define al “trastorno mental” como: “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...” (p. 5). Se puede entender que un trastorno mental se caracteriza por la presencia de expresiones sintomáticas significativas que irrumpen y afectan en los distintos ámbitos de la vida de un sujeto.

Por lo tanto, vale la pena preguntarse por los trastornos de personalidad, es decir, si la noción de personalidad como un sistema de rasgos que permiten la constante adaptación al medio, en algunos sujetos ésta se constituye de manera en que se convierte en la fuente del malestar subjetivo, puesto que genera una dificultad en la capacidad de adecuarse a los cambios y al medio.

Para Ey (1980), el sistema de la personalidad, el YO, “en tanto que dueño de su carácter, autor de su personaje, artesano de su mundo y sujeto de su conocimiento” (p. 108), es una definición que propone que este Yo, similar a la personalidad, implica una forma particular de relacionarse con el mundo y los otros. Una persona podría presentar alteraciones que pueden apreciarse de forma diacrónica, o alteraciones expresadas de manera sincrónica. Esta distinción podría indicar si la afectación se relaciona con un modo particular de personalidad que se manifiesta a lo largo de la vida, en contraste con la respuesta ante algún evento específico o temporal. Para esto, el autor explica entonces que en el proceso, la personalidad se constituye como una máscara, la que puede estar “profundamente trastornada” (p.110), y que al operar en el sujeto puede generar angustia. La solución que encuentra este sujeto sería una compensación de los imaginarios, que comprende la patología de un Yo “que no alcanza a resolver el conflicto interno de su identificación y perturbe las relaciones del yo con los otros” (p. 110). En este sentido, uno de los principales problemas que supone una personalidad anormal es la angustia que surge ante la propia identidad y se expresa en la dificultad de las relaciones interpersonales.

Con respecto a esto, Ey (1980) propone que el Yo neurótico utiliza mecanismos de defensa revelando una debilidad interna, la cual se relaciona con la anomalía y ello da paso a la formación sintomática. Es decir, el sistema del Yo indica un desequilibrio

afectivo significativo que se origina en el desarrollo del psiquismo. Además, se encuentra caracterizado por elementos de extrañeza, de disarmonía, que hacen pensar que estos sujetos están bordeando con la locura. El autor vincula la alteración del Yo con la configuración del sujeto con relación a sus figuras de identificación, ya sean padres o cuidadores principales, y que se esto se prolonga en el curso del desarrollo, por lo que, la alteración se manifiesta principalmente en las relaciones consigo mismo y con los otros. Además de manifestar síntomas relacionados con sentimientos de culpa, frustración o vergüenza, deseo de castigo, problemas con la identidad, etc.

Para estos sujetos, en los que las relaciones con los otros son la manifestación de una alteración, Ey (1980) considera que en algunos casos la angustia y los mecanismos de defensa ante esa angustia se muestran a partir de una organización que devela tres escenarios factibles, por ejemplo: la fobia en la que angustia se traslada a un objeto que produce pánico, la obsesión en la que se generan estrategias de conductas de prohibiciones, rituales y tabú. Y por último, la estructura histérica en la que la angustia se traslada al campo de lo somático, en la cual “el sujeto, incapaz de asumir la verdad de su personaje, utiliza todos los medios de expresión somática para representar a sí mismo y a los demás la comedia de una formación artificial de síntomas” (p. 111). A lo cual agrega los componentes superficiales de esta sintomatología, como la exageración, la teatralidad, las ficciones, el refugio en las enfermedades. El autor aclara que la semiología detallada en estos párrafos “no cesa de desplazar y de disfrazar su angustia en comportamientos o sentimientos caprichosos como las búsquedas estéticas, subordinación y ciertas tendencias en las elecciones de la vida cotidiana, gusto por el escándalo, simulaciones, mentiras, etc” (p. 112). En otras palabras, la sintomatología que se ha relacionado con la estructura histérica puede relacionarse con las alteraciones

de la personalidad en tanto es un modo de desenvolverse con el medio interior y exterior. Es decir, los rasgos que conforman el sistema que permite la adaptación al medio puede ser la manifestación de un conflicto que se asocia a la presencia de la angustia y los mecanismos para afrontarla.

En este sentido, si la personalidad es tomada como patológica, el tipo de personalidad límite para Amparo Belloch et al. (2010) es una categoría sospechosa para la psiquiatría oficial, ya que considera como uno de los problemas el uso del adjetivo “límite”; esto ha sido tradicionalmente equivalente a decir que un sujeto limítrofe se sitúa en cuatro posibles escenarios, de los cuales se tomarán los dos primeros; “a) en la frontera entre dos psicopatologías diferentes, asumiendo síntomas de ambas, pero configurando una entidad nosológica nueva y distinta; b) en el punto medio de un continuo normalidad-psicopatología limitando con cada uno de ambos extremos” (p. 88). Es decir, que los sujetos con una personalidad límite, aludiendo a su nombre, se encontrarían bordeando el límite entre dos estructuras opuestas (neurosis – psicosis) pero que, finalmente constituye una estructura inédita, y que tiende hacia los extremos del espectro normal-anormal.

Es a partir de estas lecturas que, la concepción del trastorno de la personalidad permite entablar un diálogo entre la psicología, el psicoanálisis y la psiquiatría. Es decir, el diálogo promueve el encuentro de los puntos de conexión entre cada una de las lecturas posibles sobre la personalidad, la estructura y lo patológico. Ahora bien, lo patológico adopta el discurso descriptivo de síntomas que surge en la psiquiatría para emplear un diagnóstico, buscar un tratamiento y pensar en el pronóstico, alineándose a la lógica médica, es decir, un paradigma que determina cómo se constituyen los

trastornos, buscar una cura, y se basa en conceptos de normal y anormal o enfermedad y salud.

1.4 Características clínicas y criterios diagnósticos del TLP

En el DSM- 5 (2014) se ha otorgado un capítulo a este trastorno bajo el nombre de **Trastornos de la Personalidad** en el cual hay una partición creando tres diferentes grupos; el Grupo A, en el que se encuentran al trastorno de personalidad paranoide, esquizoide, y esquizotípica. El Grupo B, que se conforma por los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista. Y por último el Grupo C, en el cual están los trastornos de la personalidad evasiva, dependiente y obsesivo - compulsiva. Es importante mencionar que existe una distinción con la personalidad patológica que es debido a otra afección médica y por lo tanto cumple con otros criterios para el diagnóstico.

De esto, se podría decir que, por un lado, el primer grupo reúne los criterios que describen la sintomatología considerada en el trastorno de personalidad y se incluyen manifestaciones clasificadas como psicóticas de las cuales deben cumplir con al menos 4 o 5 ítems de una lista de 7 o 9 criterios determinados para cada tipo de personalidad. De esta forma se encuentran síntomas que son: la presencia de ideas delirantes, la desconfianza intensa frente a los otros, el aplanamiento afectivo o abulia, y las distorsiones cognitivas o comportamiento excéntrico.

Por otro lado, en los grupos B y C, los criterios detallados requieren mayor rigurosidad para lograr una diferenciación diagnóstica, al igual que cumplir con la sintomatología correspondiente para un trastorno de personalidad; se adjuntan 4 o 5 ítems de una lista de 7 o 9 criterios específicos para cada tipo de personalidad en los que

se encuentran manifestaciones relacionadas al incumplimiento de las normas sociales, impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas, cambios rápidos de las emociones, entre otros. Según el DSM 5 los criterios diagnósticos para el TLP son:

Trastorno de la personalidad límite

301.83

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.)
 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.
-

Elaborado por: Andrea Granda. Tomado de DSM-5

Para Belloch y Fernández (2013) la inestabilidad y la ambivalencia caracterizan a los TLP en prácticamente todos los aspectos de sus vidas. Como consecuencia de la intromisión continua de estos dos elementos en la vida cotidiana del sujeto, se evidencia la presencia de “actitudes cambiantes o emociones carentes de control, comportamiento caprichoso... impulsivas, impredecibles, y explosivas... pueden sentirse como si estuvieran continuamente al borde de un desastre... Provocan rechazo por parte de los demás. El abatimiento, la depresión y los comportamientos auto-destructivos son frecuentes” (p.89). Se puede pensar que estas manifestaciones descritas se relacionan con las expresiones sintomáticas que presentaban las pacientes de la época en que se impulsaba el estudio de la histeria. De este modo, la forma particular de relacionarse con uno mismo, con los demás y la adaptación a los cambios del medio se anudan con los fracasos y las rupturas de todo tipo: familiares, laborales, escolares, que se repiten una y otra vez a lo largo de sus vidas.

Hacer este recorrido con relación a los criterios diagnósticos actuales permite la interrogación sobre la concepción de los denominados trastornos de la personalidad y el origen de estos. Para esto, Braunstein (2013) en su texto *Clasificar en psiquiatría* (2010), menciona que los así conocidos “*personality disorders* que son desórdenes, un término técnico "útil" para designar las variaciones humanas en la manera de ser y de ordenarse con respecto a la vida social, el más discutible e inquietante de todos los ítems diagnósticos incluidos en la clasificación” (p. 73). Es una propuesta para repensar a este trastorno, revisarlo y discutirlo. Por lo que, se podría leerlo desde una perspectiva psicoanalítica y plantear que los criterios diagnósticos que se exponen a modo de *check list* para los trastornos de personalidad se relacionan con una posición subjetiva, con la

manera que los sujetos encuentran para vérselas y relacionarse con el Otro, la ley, los otros, con su malestar y su particular forma de posicionarse en la estructura del lenguaje, conceptos que se abordarán a continuación.

2. Aproximaciones al TLP desde el psicoanálisis

En los apartados anteriores se desarrolló la concepción de la personalidad desde la psicología y desde la psiquiatría, en la que cada una va trazando su propia vía pero coexisten en un mismo campo, el de lo subjetivo y lo patológico. Aguirre (2023) considera que, justamente, estos dos territorios; el psicoanálisis y la psiquiatría comparten la escucha como la vía para el trabajo con los sujetos. Esto da cuenta de la capacidad que ambas prácticas tienen para realizar un trabajo interdisciplinario, ya que, en el ámbito clínico hacen uso de la palabra de los sujetos para aproximarse a su sufrimiento. Además, la autora a lo largo de su texto permite orientar sobre “los efectos de su conjunción en beneficio de una clínica que considere al sujeto como su epicentro” (p. 19). Es decir, que la propuesta de un diálogo entre estas dos praxis es pertinente y oportuno, porque permite anudar los puntos de conexión entre ambas, con la finalidad de trabajar en conjunto sobre las interrogaciones que genera la clínica actual, un trabajo que debe partir desde la ética.

Ahora bien, si llevamos la atención al territorio desde el cual se realiza esta lectura, el psicoanálisis, se abordarán algunos conceptos como la estructura, el Nombre-del-Padre y la castración, que argumentarán la noción de sujeto y qué posición tiene ante la estructura del lenguaje. Es decir, de qué forma un sujeto tiene que vérselas con la castración y la falta. Asimismo, se abordará el síntoma como manifestación de lo inconsciente y si es que podría ser leído desde la psiquiatría bajo la nominación de los criterios diagnósticos.

A propósito de la conceptualización de la estructura, es apropiado abordarla desde la propuesta innovadora de Lacan que, según Torres (2014), correlaciona la estructura del lenguaje con la estructuración clínica; es decir, que lo que se lee en los planteamientos Freudianos como el Edipo y la castración serán explicados con postulados que se relacionan con la lingüística como la articulación con la teoría de Jakobson en relación con la metáfora y metonimia.

2.1 La represión como diferenciación de estructura clínica

En el transcurso de la enseñanza de Jacques Lacan, se pueden diferenciar dos momentos con respecto a la estructura. En la primera se pone en juego el concepto del Nombre-del-Padre para posibilitar una diferencia entre la neurosis y la psicosis. Pero, en la última parte de su enseñanza considera que “la neurosis y psicosis son diferentes modos de gozar del viviente que habla y por eso se trata de inclasificables” (Torres, 2014, p. 19). Esta lectura se realizará a partir de la primera enseñanza que se fundamenta con bases del estructuralismo y determina una distinción entre *negación* y *forclusión*. Para Torres (2014), la represión sería un concepto que da cuenta de una diferencia entre la neurosis y psicosis, por lo que lo reprimido es “lo desconocido para el sujeto una vez que ha sido afirmado primordialmente, ha hecho *bejahung*. Algo es afirmado primordialmente pero es una afirmación de lo simbólico que puede fallar” (p. 19). En efecto, la relación al deseo a través de la negación da cuenta de una posición neurótica y la relación con la forclusión sería la de una posición psicótica, es decir, las vías en las que se manifiesta la represión son diferentes. Para la psicosis, Lacan (1999) plantea el concepto de forclusión, *verwerfung*, que remite hacia un fallo de la represión, “se trata del rechazo, de la expulsión, de un significante primordial a las tinieblas exteriores, significante que a partir de entonces faltará en ese nivel” (p. 217). En este

sentido, para Torres (2014) es una falla porque puede suceder que el sujeto rehúse el acceso al mundo simbólico, puesto que al no haber una afirmación primordial no ha quedado inscrito en él el registro de la terceridad, puesto que es importante la inscripción para que posteriormente en esta huella recaiga la represión, y esto que se encuentra reprimido pueda retornar a través de las formaciones del inconsciente.

Lacan (1999) precisa que la diferenciación entre ambos mecanismos es fundamental para la estructuración, explica que este proceso es parte de una exigencia para que la simbolización pueda tener un inicio. Por lo que, sí es posible que pueda producirse una afirmación primordial, también puede ocasionarse lo contrario, es decir, una *verwerfung*, que tendrá consecuencias clínicas. En este sentido, la *verwerfung*, para el autor, se trata de “un proceso de exclusión de un interior primitivo, que no es el interior del cuerpo, sino el interior de un primer cuerpo significativo” (p. 217). Es decir, la represión opera cuando existe la afirmación inicial en el interior, por el contrario, en el rechazo o exclusión no se posibilita la represión. Lo cual nos permite tener un acercamiento a una de las diferencias estructurales primordiales que expresan la distinción entre los modos de vérselas con la represión. Marcar la distinción entre las estructuras es importante, por lo que la represión será el mecanismo para la neurosis, la forclusión será el mecanismo para la psicosis, y la desmentida para la perversión. Concebir a las estructuras de esta forma da paso a abrir la interrogante sobre la posición de un sujeto limítrofe que se encuentra bordeando entre éstas.

2.2 El Otro y el Nombre-del-Padre

Lacan (1957) plantea al Nombre-del-Padre como un elemento que da paso a la diferenciación entre la estructura de la neurosis y la psicosis, menciona que “es un término que subsiste en el nivel del significante, que en el Otro, en cuanto sede de la ley

representa al Otro. Es el significante que apoya la ley, que promulga la ley” (p. 150). La ley sería el significante que da lugar a la entrada hacia una posición subjetiva en la estructura del lenguaje, al tener como soporte al falo simbólico y ya no al deseo de la madre, su fantasma. En efecto, en lo que se formula se podría pensar que el significante del Nombre-del-Padre tiene su lugar en el Otro en tanto sea representante de ley, como un lugar que la proclame.

A su vez, Ch. Melman (2011) para introducirnos en la dimensión del Otro, desarrolla una exposición sobre el real, que no es un concepto sino un lugar. Para esto utiliza el planteamiento de *compacidad*, el cual explica que los números reales alcanzan una sucesión infinita pero que es calculable. Es decir, el resultado de una operación matemática puede desarrollar una serie de números decimales tan extensa como se pueda. Por lo tanto, la sucesión de números reales sería homogénea a la sucesión de significantes, que si bien no son idénticas no se pueden cerrar. En este sentido del real podría decirse que esa sucesión de significantes sería infinita, pero que nunca se cierra, y “cuyo sentido permanecerá para siempre enigmático porque está orientado por un imposible” (p. 123). Teniendo en cuenta este bosquejo, la aproximación al Otro, con mayúsculas, permitiría entenderlo como un *partenaire* para cada uno, que es de gran importancia, y en este sentido, primaria en las relaciones con los semejantes -los otros, con minúscula-, y que da cuenta de una sucesión de significantes. Es decir que “pasamos más tiempo en el diálogo con el gran Otro, que en su última instancia solo se caracteriza por una falla” (p. 123). Además éste se vuelve consistente a través de la mirada o la voz.

La dimensión del Otro se hará presente en el grafo del deseo, donde Lacan puntúa algunas coordenadas de referencia. Maleval (2000) explica que “los dos pisos del grafo

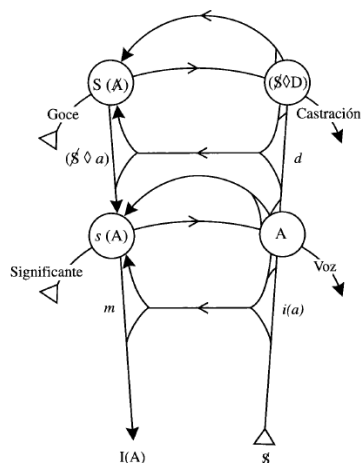
llevan a distinguir dos modalidades del Otro. En el nivel inferior no está tachado, todavía puede erigirse como garante de la verdad del mensaje” (p. 90). Es decir, el Otro opera en función del código o significantes que se encuentra a nivel del lenguaje.

Esto lo explica Torres (2014) que relaciona a la estructura del Otro con la estructura del significante “porque el significante viene del Otro... nos permite entender que hay otro que es el Otro del código, el tesoro de los significantes que incide sobre el sujeto y lo constituye como tal, mortificado por los efectos del lenguaje...” (p. 14). De este modo, esta primera modalidad del Otro, sin barrar, está compuesto por los significantes que posteriormente el sujeto recortará para constituirse; además, advierte del nivel estructural relacionado con los conceptos de la lingüística: metáfora y metonimia.

Con respecto a la segunda modalidad del Otro, se piensa en medida que el sujeto “sigue siendo concebido como el significante del Otro de la ley inserto en el Otro del significante, es posible situar la metáfora paterna en el piso inferior del grafo del deseo” (Maleval. , 2000, p. 89). En otras palabras, el Otro que representa a la ley se encuentra en el Otro de los significantes, lo que permite, justamente, dar cuenta del ejercicio de la función paterna. Según Lacan citado en Maleval (2000), el sujeto podrá constituirse en su división “sustrayéndose del lugar del Otro. Así, el sujeto, “por deber a la vez contarse [...] y no llenar [allí] otra función que la de la falta” (p. 91). En el sujeto se instaura la falta, que viene a descompletar esencialmente al Otro, que deviene con la tachadura con la que está marcada en el plano superior: A/ (A barrado).

En esta vía, el grafo del deseo presenta dos modalidades del Otro, el primero en tanto el tesoro de los significantes y el segundo que deviene como un representante de la ley, pero que se encuentra agujereado, es decir, en falta. Con relación al segundo, “el hecho de que haya una barra en el Otro, marca de su incompletud, produce una ruptura

decisiva en la forma de entender el Nombre-del-Padre... el garante de la consistencia de la palabra del sujeto” (Maleval, 2000, p. 94). Dicho de otra manera, la tachadura en este agente de la ley garantiza que la palabra le es inherente, y se permite una articulación de lo simbólico con lo real.



Nota. Adaptado de *Grafo del deseo*, de Lacan (1957).

Según Maleval (2000), diferenciar las modalidades del Otro, da paso a la suposición de que “la relación del sujeto con el Otro ya no se puede describir como una relación recíproca, sino como una relación que se engendra por entero de un proceso de hiancia” (p. 88). El término *hiancia* se aproxima a la noción del agujero, por lo que, justamente, la relación con el Otro está determinada por la operación del Otro en tanto lugar de la ley, que se encuentra incompleto, barrado, lo que permite instaurar en el sujeto el agujero, la tachadura, la incompletud.

Lacan (1957) explica que la posición del Nombre-del-Padre tiene relación con la metáfora paterna, dice “la calificación del padre como procreador, es un asunto que se sitúa en el nivel simbólico... es una necesidad de la cadena significante.” (p. 187). Esto daría el carácter decisivo en tanto instituirá -si es aceptado- al sujeto en el orden de lo

simbólico. Asimismo, menciona que el padre sería el significante que representa la existencia de la ley como un lugar en la cadena significante, “está en una posición metafórica si y sólo si la madre lo convierte en aquel que con su presencia sanciona la existencia del lugar de la ley” (p. 202). Precisamente, en este sentido opera el Otro como agente de la ley barrado, el del piso superior del grafo del deseo, en una posición metafórica, en la que introduce la castración teniendo como efecto la incompletud y la tachadura, es decir un sujeto en falta, por lo tanto da cuenta de una estructura neurótica.

Con respecto a la posición ante la estructura del lenguaje, según Torres (2014) podría decirse que el efecto de la intervención del Nombre-del-Padre para la neurosis, reemplazará al Deseo de la madre y permite que exista una significación fálica para el sujeto, la cual es la metáfora paterna. Esto posibilita que la castración pueda ser “simbolizada, inscripta, afirmada. Ha hecho *Bejahung* aunque no pueda ser reconocida como tal y retorne como las formaciones del inconsciente” (p. 34). En esta vía, la represión se convierte en el modo de asumir la castración en forma de negación, el sujeto se constituye en la pérdida.

De otro modo, para la psicosis, al no haber sido inscripto en el orden de lo simbólico, lo que fue rechazado retorna por la vía de lo real. Además, “lo que le ocurre al psicótico es que tiene acceso al Otro como lugar del lenguaje pero está forcluído el significante del Otro como lugar de la ley” (Torres M. , 2014, p. 17). Es decir, es por esto, que la psicosis está en el orden del lenguaje pero esta fuera del lugar del habla o del discurso, ya que no tuvo acceso al Otro como barrado.

En efecto, para la constitución del sujeto que afirma la castración, necesariamente se pierde algo de él, por esto, el sujeto se encuentra dividido y mortificado por la estructura del lenguaje y la palabra del Otro, es decir, en las dos modalidades del Otro. “El sujeto,

de alguna manera, está mortificado, está herido por lo que podríamos llamar “el flechazo del significante”, por la palabra del Otro que lo marca” (Torres M. , 2014, p. 14). De esta forma se entiende que la castración opera a nivel del Otro como representante de la ley, y al mismo tiempo opera la relación con el Otro del lenguaje a nivel de hiancia, de agujero.

Lacan innova de una forma ingeniosa y oportuna el grafo del deseo en el que se puede apreciar el lugar del Otro en las dos dimensiones y cómo esto se manifiesta en la posición del sujeto ante la estructura del lenguaje. Además, permite entender la relación de la castración y el Edipo, así como, el Nombre-del-Padre, en la operación para que el sujeto pueda devenir en un sujeto en falta, y por lo tanto, se instaure lo simbólico.

2.3 Negación, forclusión, ¿recusación?

Si un sujeto se constituye a partir de la incorporación del significante del Nombre-del-Padre como un sujeto que se encuentra en falta, se estructura en una posición neurótica y por lo tanto la forma de vérselas con la castración es a través de la negación. Mientras que, cuando no hay una afirmación primera y por lo tanto el significante primordial es forcluído da cuenta de una psicosis, es decir, su mecanismo es la forclusión, el rechazo. Por último, se podría pensar que la perversión, sería un momento de una posición en la estructura del lenguaje, en la que se otorga prioridad a la objetalización, tiene más peso que la subjetivación, y su mecanismo es la desmentida.

La castración se podría graficar por la sustitución del deseo de la madre por el Nombre-del-Padre, el cual es un momento lógico que parte tras una represión primordial, que es la sustracción de un significante, el significante primordial. Es entonces cuando se instala el Nombre-del-Padre, con la operación del falo simbólico, y

por lo que se ha llevado a cabo la castración. Se puede entender también como una manera de introducir una dialéctica entre el Deseo de la madre y el Nombre-del-Padre.

Sin embargo, conforme avanzó la enseñanza de Lacan y las contribuciones de otros autores, vale reconocer que no solo existe un Nombre-del-Padre, sino que son Los Nombre-del-Padre, es decir, hay una apertura para concebirlo en plural. Y en esta vía, vale la pena interrogarse por la dificultad que puede presentar la instauración de este lugar y que se puede relacionar con los sujetos, que desde la psiquiatría, se encuentran en una posición límite o *border*. Para lo cual es pertinente pensarlo con el límite del falo simbólico, es decir, el goce fálico, que constituye una frontera entre una dimensión y otra.

En este sentido, y bajo la forma de hipótesis con respecto a los sujetos limítrofes, se plantea a la *recusación* como otra solución o una nueva forma de afrontar la castración. Es decir, a diferencia de la negación, la foreclusión o la desmentida, la recusación que fue desarrollada por Marcel Czermak (2016) se podría leer como una modalidad distinta a las ya mencionadas.

La recusación es un término tomado del campo jurídico. La RAE, Diccionario panhispánico del español jurídico (2024), propone tres acepciones; la primera indica que es una “solicitud de que se aparte de la tramitación de un asunto a una autoridad o funcionario público, jurado, árbitro o perito, por existir una causa legal para ello”, mientras que la segunda, se caracteriza por ser un “procedimiento que se sigue para apartar a un juez o magistrado de una causa por razones de falta de independencia previstas en las leyes”, finalmente declara que es un “incidente procesal que se interpone por sospecha de falta de imparcialidad de un juez”. Es decir, sería un proceso

que da cuenta de una objeción, inhabilitación o un cuestionamiento hacia un *juez* por supuesta parcialidad.

Marcel Czermak (2016) en su texto “Sobre la amnesia de la identidad o la recusación del Nombre del Padre”¹ desarrolla varios argumentos que dan cuenta de la recusación como una forma de vérselas con la castración, además expone dos casos en los que se observan manifestaciones sintomáticas que se relacionan con la amnesia de identidad. Para esto, el autor plantea que el sujeto amnésico muestra en su síntoma la recusación de aquello de lo que sería su cargo, y por esto la represión, que se encuentra localizada, pierde su lugar y ya no es responsable de nada y en este ejercicio, le solicita al Otro que demuestre su valor. Es decir, es una posición en la que el sujeto recusa, refuta, descalifica al Otro, lo invalida. Lo que tiene como efecto es no asumirse como sujeto en falta y por lo tanto no responsabilizarse de sí. Además, agrega el autor, será desafiante ante la incidencia misma del significante del Nombre-del-Padre.

En esta vía, Czermak (2016) expone el primer caso sobre una amnesia de identidad en la que un sujeto que había olvidado por completo su identidad, llega al hospital carente de angustia. Esta aparente contradicción despierta el interés en el psiquiatra, lo que relaciona con la histeria, “como una respuesta ordinaria de la bella indiferencia, es decir, lo que para Charcot sería una posición miope” (p. 124). Además, describe que este sujeto mantenía una posición de sospechosa reserva hacia el interlocutor, lo que limitaba en cierto sentido las conversaciones, posteriormente, sin mayor explicación la amnesia desaparece. El autor relaciona esta sintomatología con la historia de este paciente, en la que se pone del lado de la madre como consecuencia de que su padre sea

¹ Traducción del idioma original *Sur l'amnésie d'identité ou de la récusation du Nom-du-Père* (Czermak, 2016).

violento y celoso, es decir, una posición de desafío a su padre. Se podría decir que la recusación sería una forma de lidiar con la castración, pero que esto arroja luz sobre la estructura, es decir, debe haber una inscripción en lo simbólico.

La dimensión de la angustia tiene relevancia para Czermak (2016) porque surge cuando estos sujetos tienen que comprometerse o responsabilizarse por sí mismos y sus conductas, porque rechazan lo que implica y transmite la función paterna, aunque ellos tampoco estén en condiciones de asumirla. El segundo caso que propone el autor es el de una amnesia de *dirección*, en la cual la sintomatología implica ataques de ansiedad e intentos de suicidio, que se desencadenan cuando el sujeto encuentra dificultades para asumir su identidad. Es importante mencionar que el autor considera que estas posiciones no son psicóticas ya que ponen en entredicho la función simbólica que el nombre suple, pero al atacarlo no consiguen destruirlo, y en el proceso arrastran su patronímico al olvido. Además, se plantea entender al nombre como portador de la función simbólica del padre ya que, el patronímico no es únicamente el apellido, sino que da cuenta del linaje, el legado, la transmisión del Nombre-del-Padre. Mientras que, el nombre es lo que da la identidad al sujeto, es el único significante que se significa a sí mismo y que está en juego con lo simbólico.

Considerar a la recusación como una manera de afrontar la falta podría explicar que en una estructura que previamente tuvo una inscripción en lo simbólico, pero que ya sea con una posición de bella indiferencia o con sintomatología de TLP no sería un rechazo banal al Nombre-de-Padre, tampoco sería una forclusión, ni una desmentida, aunque con esta última sería fácil confundirse. Sino que la recusación implica una objeción a este lugar de la función paterna, una constante descalificación del Otro en tanto garante de la ley para “no tener nada que ver” ni asumir una posición.

2.4 La estructura de la Histeria

Tras revisar algunos aspectos de los trastornos de la personalidad y su recorrido histórico, se puede analizar la relación que los criterios diagnósticos del TLP apuntan con similitud a las expresiones sintomáticas de la histeria. Lo que permite la apertura a dos ejes fundamentales para elaborar, que son: la estructuración de la histeria y el síntoma como una formación del inconsciente.

En el desarrollo de investigaciones realizadas con respecto al TLP, según Belloch (2010) se han hallado estudios que concluyen con la presencia de tasas incrementadas de experiencias traumáticas infantiles, que van desde el abuso sexual, físico, o psicológico, hasta el abandono paterno o materno, o cualquier otra circunstancia vital. Asimismo, para Sadock et al. (2011), entre los elementos que relacionan con la etiología de este trastorno menciona que se encuentran presentes los antecedentes de abuso físico y sexual o la experiencia de abandono.

Por este motivo, es pertinente pensar si existe alguna relación entre las experiencias traumáticas sexuales en la infancia y la teoría sobre la etiología de la histeria que propone Freud, en la que da cuenta de la construcción de un mito infantil, una historia fantaseada o una historia a descifrar.

Freud (1896/1991), en su texto “La Herencia y la etiología de las neurosis”, se interroga por la posibilidad de pensar que una experiencia sexual precoz pueda convertirse en el origen de una alteración psíquica persistente como la histeria. El autor menciona que “por ser infantil el sujeto, la irritación sexual precoz produce un efecto nulo o escaso en su momento, pero se conserva su huella psíquica” (p. 153); sin embargo, no es sino en un segundo tiempo, un tiempo posterior, cuando en la pubertad

“se desarrolla la reactividad de los órganos sexuales que de una manera u otra habrá de despertar esta huella psíquica inconsciente” (p. 153). Asimismo, el autor agrega que debido al cambio en la pubertad, “el recuerdo desplegará un poder que le faltó totalmente al acontecimiento mismo; el recuerdo obrará como si fuera un acontecimiento actual. Hay, por así decir, acción póstuma (*posthume*) de un trauma sexual”. (p. 153). En este sentido, un trauma sexual adquiere, de cierta forma, su condición traumática en un segundo momento, en el que se significa el acontecimiento inicial como traumático.

La forma en la que Freud logró acercarse a la etiología de la histeria fue a través de la aplicación del método del psicoanálisis, que lo atribuía al procedimiento de exploración de Breuer con el cual, según Freud (1896/1991) se busca los síntomas histéricos hasta su etiología, que parece que se encuentra en algún momento relacionado con la vida sexual del sujeto, el cual podría producir una respuesta emocional penosa. Por medio de esto, el psicólogo podía vincular las manifestaciones sintomáticas con los pensamientos despertados hasta llegar a un momento del que parte el proceso patológico. El autor agrega que todos los casos que sometió al análisis compartían en el fondo la misma acción de un agente al que es preciso aceptar como causa específica de la histeria.

Asimismo, Freud (1896/1991) señala que se trata de un recuerdo que se refiere a la vida sexual, pero que ofrece dos caracteres de la mayor importancia, el primero sería un acontecimiento del cual el sujeto ha guardado el recuerdo inconsciente y que es una experiencia precoz de relaciones sexuales con irritación efectiva de las partes genitales. De este modo, este es resultante de un abuso sexual practicado por otra persona, y el periodo de la vida que encierra este acontecimiento es la niñez temprana hasta los ocho

a diez años, es decir antes de que el niño llegue a la madurez sexual. En otras palabras, “la experiencia sexual pasiva antes de la pubertad: tal es, pues, la etiología específica de la histeria” (p. 151). Es decir, la configuración de la histeria tiene rasgos generales, sin embargo, cada caso es particular. En este camino, Freud (1950 [1895]/1992) en el texto del “Proyecto de Psicología”, postula que la génesis de la compulsión histérica se relaciona con la afectación que produce la represión en unas representaciones que evocan afectos displacenteros, los que provienen de la vida sexual. Además se pone como ejemplo el caso de Emma, una joven que presenta una fobia que impide que acuda a tiendas sola, esto porque en una segunda escena toma el carácter traumático de un primer momento en el que fueron tocados sus genitales cuando acudió a una pastelería. Por lo que, se explica que la segunda escena tiene el valor traumático significando a la primera.

Lacan, citado en Torres (2014), menciona que de la estructura histérica deviene un sujeto que es especialmente sensible a la palabra del Otro, por lo que fácilmente puede caer en la sugestión y puede ser seducido fácilmente. Lo que se relaciona con la operación del gran Otro en la estructuración subjetiva. Además, menciona la autora que en la histeria se trata del deseo y la histeria mantiene el deseo insatisfecho para sostener con vida el deseo del Otro.

En este apartado es pertinente mencionar la propuesta de Jean Claude Maleval (1996) sobre las locuras histéricas. Para esto desarrolla el caso de una joven paciente que presenta manifestaciones asociadas a la estructura histérica, de tal forma que “la violencia de la transferencia, las alucinaciones, el afloramiento del inconsciente, las tendencias a pasar al acto” (p.18) lo llevan a leer el caso como el de una histeria. Posteriormente, se apoya en la articulación de los elementos del discurso de la histeria

para dar cuenta de la posición de esta mujer ante la estructura del lenguaje, como por ejemplo que dirige su discurso al S1 a quien ubica en posición del amo, las expresiones del S2 y la insatisfacción del deseo. Desarrolla con mayor precisión algunos de los síntomas de la paciente para pensar que “no se encuentra en presencia del vacío de la forclusión del Nombre-del-Padre, lo que la llevaría a tratar de colmar el abismo, sino que, a la inversa, encuentra de pronto lo pleno, lo colmado... la falta de la falta” (p.23). Es decir, que no se trata de una forclusión, por lo que no se encontraría en el registro de la psicosis. En esta vía, el autor diferencia a la psicosis disociativa de la locura histérica poniendo como punto de partida a la composición delirante, en la que la primera se relaciona con la forclusión del Nombre-del-Padre y una deformación metonímica, mientras que en la segunda se consigue interpretar metaforizaciones que se asocian al sujeto y a una temática edípica. Por lo tanto, hay que diferenciar la proyección delirante de las locuras histéricas. En este caso, “los elementos constitutivos de la proyección delirante no están forcluidos, sino que son significantes reprimidos que retornan en la realidad” (p.32). En otras palabras, las locuras histéricas se enfrentan a otro tipo de rechazo del Nombre-del-Padre, un rechazo que no es igual al de la forclusión y por lo tanto, se relaciona con otro tipo de mecanismo para lidiar ante la castración.

Las locuras histéricas se pueden manifestar con la presencia de delirios de índole histérica, y Maleval (1996) analiza el desarrollo de la producción delirante de este tipo, en el que menciona que una manera de ilustrarlo sería por medio de una “imagen del doble proyectada en el lugar del Otro. La falta se hace de pronto representable y se encarna en una imagen de la omnipotencia, del destino, a la cual el sujeto fascinado se entrega, pero no sin odio” (p.45). Es decir, que se instaura una relación con la imagen

especular en la que el sujeto queda tan prendido que dificulta la remisión a un tercero, y se sostiene en una relación dual.

Si bien la histeria no tiene una etiología particular, el encuentro con la sexualidad puede ser uno de los elementos que se pone en juego al momento del complejo de Edipo en Freud. No es coincidencia que los autores, en su intento de buscar los orígenes del desarrollo del TLP apunten a una situación de trauma sexual infantil. Es decir, que las experiencias traumáticas relacionadas a lo sexual y las operaciones posteriores concebidas desde el psicoanálisis pueden ser un nudo en relación con las manifestaciones sintomáticas del TLP desde la psiquiatría. Asimismo, la noción de las locuras histéricas, da cuenta de la forma en la que el malestar subjetivo de un sujeto en la posición histérica puede manifestarse con síntomas que bordean la locura.

2.5 El síntoma como formación del inconsciente

En la estructura clínica neurótica, por el mecanismo de la represión se conceptualiza al síntoma como una formación del inconsciente, por lo que sería el “fenómeno subjetivo que, para el psicoanálisis, constituye no el signo de una enfermedad sino la expresión de un conflicto inconsciente” (Chemama, 1996, p. 413). Es decir que el síntoma guarda nexos con la situación traumática que se encuentra reprimida. En la histeria, el evento traumático genera un afecto que se dirige a una parte del cuerpo, el afecto es la representación que se reprime.

Chemama (1996), en el Diccionario de Psicoanálisis realiza una breve construcción del concepto de síntoma mencionando los postulados de Freud y posteriormente de Lacan, por lo que parte del inicio de la elaboración conceptual como una conmemoración del trauma, así que, la definición del síntoma se relaciona con la

manifestación del cumplimiento de un deseo. En este sentido, el síntoma como producción del inconsciente se relaciona con el retorno de la represión de una satisfacción sexual. El autor cita a Lacan para explicar que un síntoma no mostraría necesariamente un “disfuncionamiento orgánico, como lo es normalmente para el médico y su saber médico: *Viene de lo Real, es lo Real*” (p. 413). Es decir, que un síntoma como formación del inconsciente se relaciona con la represión y viene porque un afecto no se exteriorizó en el momento que fue producido.

En esta vía, Melman (1988) menciona que el real que se relaciona con el síntoma sería el cuerpo propiamente dicho, al cual hay que satisfacer y no se puede huir, pero que se rige a las percepciones propias de esta estructura, es decir la insatisfacción. El breve recorrido por un concepto complejo como el del síntoma da paso a la interrogación por el anudamiento de los síntomas leídos como criterios diagnósticos y el síntoma leído como una formación del inconsciente. O sea, la pregunta por las manifestaciones sintomáticas de los pacientes TLP determina que ellas podrían ser consideradas como los síntomas leídos desde el psicoanálisis.

En este sentido, es conveniente abordar el tema del *acting out* y el *pasaje al acto*, con el propósito de anudarlos a ciertas manifestaciones clínicas del TLP como los recurrentes intentos autolíticos. Por un lado, el *acting out* es “una conducta sostenida por un sujeto y que se da a descifrar al otro a quien se dirige” (Chemama, 1996, p. 3); puede ser tomado como una formación del inconsciente y como una conducta del sujeto, posible de análisis o interpretación, es decir, un hecho que reemplaza a la palabra, en lugar de decir se hace acto que está dirigido a otro. Por otro lado, el *pasaje al acto*, “no se dirige a nadie y no espera ninguna interpretación” (Chemama, 1996, p. 5), en otras palabras, es la irrupción súbita a través de un acto crudo que ocurre tras el encuentro

con lo real, por lo que no se considera formación del inconsciente. Usualmente ligado con la psicosis pero no es exclusivo de ésta. El pasaje al acto es causado en el momento en que se “confronta con el develamiento intempestivo del objeto *a* que es para el Otro” (Chemama, 1996, p. 5) y sucede cuando se ha vuelto imposible cualquier tipo de simbolización. Es decir, se expulsa obsequiándose a Otro, un lugar vacío de significante, como si ese Otro se personificara de forma imaginaria y pueda gozar de su muerte. La distinción entre el acting out y el pasaje al acto permite ubicar la relación de cada uno de estos con el Otro, ya sea como un llamado o como una solución ante el encuentro con lo real sin la posibilidad de simbolizarlo.

Asimismo, entender al acting out como una conducta dirigida al Otro posibilita una forma de leerlo en conjunto con dos de los criterios diagnósticos del TLP que se enuncian como la impulsividad en áreas potencialmente autolesivas y el comportamiento recurrente de suicidio o automutilación; en este sentido, es pertinente la propuesta de leer las manifestaciones clínicas mencionadas como expresiones de un llamado al Otro. Sin embargo, son conductas que al ser repetitivas, fácilmente podrían convertirse en un pasaje al acto y por lo tanto ningún intento autolítico debe ser subestimado.

3 Discusión

La investigación busca la sustentación teórica para abordar el TLP desde el psicoanálisis ya que es un tema controversial que tiene un desarrollo histórico, pero que, actualmente, la impresión clínica de los profesionales de la salud mental apunta a una mayor presencia de este diagnóstico en la práctica clínica. Determinar su origen es impreciso y poco claro, sin embargo, han existido registros de la presencia de síntomas que han inquietado a los referentes de la psiquiatría clásica. Es decir, aparentemente, sus

manifestaciones han estado presente a lo largo de la historia pero bajo distintas denominaciones.

En este sentido, el vocablo “límite” se entendería como una posición de borde entre la neurosis y la psicosis, es decir, que se conceptualizó como un estado limítrofe entre ambas estructuras. Sadock et al. (2011) caracteriza al TLP por la inestabilidad en los afectos, en la imagen de sí mismos, en la conducta y en las relaciones con otros, además de la impulsividad y la presencia de la sensación de vacío.

Según la psicología, la personalidad sería una organización de rasgos que cada sujeto tiene frente a las condiciones de la vida cotidiana, que determina las conductas y las actitudes permitiendo ajustar la capacidad para adaptarse a los cambios. Es por esto que el enfoque de la psicología puede generar parámetros que consideran cierta normalidad, en contraste con una desorganización que puede expresar los valores que serían descritos como anormales. Esta concepción se relaciona con la práctica psiquiátrica, en la que se pone sobre la mesa la dicotomía sobre el bienestar, lo sano versus el malestar y la enfermedad. Dentro del cual se considera que la personalidad puede ser catalogada como parte de lo sano o de lo trastornado, como por ejemplo la personalidad límite. No obstante, para el psicoanálisis el interés está centrado en entender el borde, la frontera estructural en la que el sujeto se encuentra y cómo esto influye con el mecanismo para responder ante la falta y la angustia.

Con posterioridad al recorrido teórico desde algunas conceptualizaciones psicoanalíticas se mencionarán tres puntos fundamentales para tener una aproximación a la posición de los sujetos limítrofes. En primer lugar, desde la teoría lacaniana, se podría decir que la instauración de la castración sería un momento inconsciente decisivo

en el momento que un sujeto pueda devenir como tal. Este proceso ubica como el punto de partida a la represión primordial, que da paso a la sustracción de un significante primordial. En este movimiento, opera la función del padre y el falo simbólicos, posibilitando la incorporación del Nombre-del-Padre a través de la metáfora paterna. Es decir, que el Deseo de la Madre ha sido dialectizado con el Nombre-del-Padre. Asimismo, la operación del Otro como agente de la ley que introduce la castración tiene como efecto la incompletud, es decir, produce un sujeto en falta.

La forma de organizar la estructura se relaciona intrínsecamente con la castración, por lo que el Nombre-del-Padre sería un diferenciador de las posiciones clínicas ante la estructura del lenguaje. En este sentido, la represión y su inscripción darían lugar a la neurosis, mientras que la forclusión da cuenta de una psicosis. La primera da cuenta de lo desconocido para el sujeto, para que posteriormente pueda retornar a través de las formaciones del inconsciente. La segunda es el rechazo al mundo de lo simbólico, por lo que lo que retorna será desde lo real como las alucinaciones en los pacientes psicóticos.

Torres (2014) menciona que la clínica que tiene como base al Nombre-del-Padre se puede tomar como una lógica de dos, por lo que la represión da lugar a la diferenciación, y la perversión queda de lado de la neurosis, ya que la posición de la perversión se organiza por la desmentida de la castración, es decir, hay una inscripción del Nombre-del-Padre pero el sujeto decide desmentirla.

Ahora bien, para los sujetos limítrofes se podría pensar que la posición subjetiva ante la estructura del lenguaje se relaciona con mayor coherencia con una neurosis porque los síntomas principales (desde el DSM) no son manifestaciones de los elementos relacionados a la psicosis. Sadock et.al (2011) señalan que para un diagnóstico

diferencial con un trastorno psicótico debemos considerar la persistencia en la anomalía con respecto al sentido de la realidad, es decir, que no se observa una presencia significativa de manifestaciones psicóticas. Sin embargo, la posición se encuentra bordeando entre ambas estructuras, de tal forma que algunos teóricos perciben una relación con la falta pero que circunvala con la locura, como las locuras histéricas.

Continuando por esta vía, considerando que estructuración subjetiva se relaciona con mecanismos de la neurosis, valdría la pena preguntarse por la articulación que organiza esta estructura. Es decir, la represión y la negación no serían las únicas maneras de vérselas frente a la castración, la falta y la angustia. Por lo tanto, Czermak pone en juego un nuevo significante relacionado con esto que es el de la *recusación*, el vocablo tomado desde el campo jurídico en el que una de las partes de un juicio expresa la inhabilitación de un juez por alguna implicación o interés del juez y por lo tanto se le impide otorgar una sentencia. Es decir, que sería una forma de rechazo banal o una objeción al lugar de la función paterna, no en el mismo registro de la forclusión, tampoco en el orden de la desmentida. Pero, que podría plantearse como la desestimación de un sujeto hacía el Otro, el Otro como garante de la ley, es decir un desprecio de la función simbólica del Nombre-del-Padre, que tiene como efecto una dificultad para asumir la responsabilidad subjetiva por estar en una constante recusación ante los garantes de la ley.

De esta forma, algunos sujetos -no todos- podrían estar atravesados por la castración, es decir, hay una incorporación de Nombre-del-Padre, una operación de la metáfora paterna pero la manera en la que puede vérselas con esto es a través de la recusación, en la que la imposibilidad de asumir la falta, asumirse como sujeto en falta o de hacerse cargo, se ve atravesada por una posición de recusar al Otro, en la modalidad de otro

garante de la ley, ya sea el padre, una autoridad, la ley, etc. Es decir, en el momento en el que un sujeto debe asumir su posición subjetiva, la recusación da paso a la manifestación sintomática.

A su vez, la estructuración que estaría del lado de la neurosis se relaciona con las histerias graves, por la similitud de los síntomas que se han manifestado en pacientes histéricos a lo largo de la historia. Es más, varios de los síntomas descritos en los manuales de clasificación se relacionan con la sintomatología de la histeria para la psiquiatría descriptiva. No obstante, a pesar de encontrar semejanzas entre ambas manifestaciones sintomáticas sería pertinente sugerir que la producción sintomática en los criterios diagnósticos del TLP no sería necesariamente equivalente al síntoma como una formación del inconsciente.

Es importante mencionar que dentro del trabajo clínico es necesario que los psicoanalistas y psiquiatras puedan encontrar los puntos en los que puedan encontrarse, con el objetivo de generar un diálogo o un intercambio en función de un trabajo interdisciplinario. La experiencia de la práctica clínica da cuenta de que este tipo de anudamiento es fundamental para el abordaje de los pacientes que manifiestan su malestar. Los psicólogos y psicoanalistas podrían reconocer el efecto de la medicación en lo real del cuerpo, mientras que los psiquiatras podrían escuchar las nociones relacionadas a la teoría del sujeto del inconsciente, buscando una conjunción en el trabajo que cada profesional tenga con el paciente, ya sea la estabilización sintomática con la medicina o un cambio simbólico en posición ante la estructura del lenguaje.

4 Conclusiones

Para concluir, es importante mencionar que para confeccionar la hipótesis que ha guiado este trabajo, se ha recurrido a la conceptualización histórica sobre la histeria y la sintomatología relacionada a ésta, desde la psiquiatría y la psicología. Asimismo, se ha logrado anudar la presentación sintomática de la histeria en relación con los criterios diagnósticos del TLP. Con el objetivo de articular entre la psiquiatría y el psicoanálisis las nociones que permiten leer este trastorno, teniendo como un eje a la estructuración subjetiva.

En este sentido, es válido pensar que algunos sujetos limítrofes manifiestan una estructura histérica que bordea con la locura, y que ante la castración y la falta usan a la recusación como un mecanismo. Es decir, esto da cuenta de la relación con el Otro en tanto es el tesoro de los significantes pero también como un Otro que es garante de la ley, al que un sujeto desestima constantemente y lo inhabilita del lugar, lo que tiene efectos en la operación de la metáfora paterna, y el no ser considerada la forclusión como una salida. Pero, es preciso marcar la importancia de plantear un nuevo mecanismo para lidiar con la castración como lo es la recusación, ya que esto permite ampliar la perspectiva de que un sujeto que recusa tiene una relación particular con el A/ (el Otro barrado), por lo tanto con los Otros que ocupan el lugar del garante de la ley, ya sea un padre, una autoridad, etc. y que da paso a la configuración sintomática.

Cabe recalcar que en la teoría lacaniana se abrirá a la noción de que existe un plural del Nombre-del-Padre que da cuenta de movimientos subjetivos, particulares y únicos, que surgen por las distintas salidas y suplencias que se relaciona a los nombres-del-padre, lo que implican que no se trata de todo o nada, sino que, en este caso, un sujeto limítrofe se encuentra en el borde y establece una relación particular con el Otro a través de la recusación. Es decir, aquello que se explica desde los enunciados que plantea la

teoría de la personalidad sobre la psicopatología asociada al TLP, el psicoanálisis propondrá que se trataría de un sostenimiento significativo particular que cada sujeto elabora para lidiar con la castración, la falta y lo que da paso a la manifestación sintomática.

La sintomatología de los sujetos con TLP es problemática, ya que la presencia de la inestabilidad de los afectos es extrema, discurren muy rápido del amor al odio, la impulsividad intensa, la dificultad de la relación con los otros, la tendencia al acting out y evidenciar que todos los aspectos de su cotidianidad se ven interrumpidos. Dan paso a repensar estas manifestaciones que antiguamente se presentaban bajo otras nominaciones como la histeria grave. Es decir, Charcot tuvo la motivación para desarrollar algunas hipótesis con respecto a esto y posteriormente Freud generó una teoría que surge en el encuentro con estas pacientes. Por lo que, convendría sugerir que las expresiones sintomáticas son similares pero la nomenclatura para referirnos es diferente, varía de acuerdo con el contexto social, geográfico y generacional, entre otros.

5 Recomendaciones

Tras la búsqueda de un anudamiento posible entre la psiquiatría y el psicoanálisis es importante sugerir que se sostenga este tipo de vinculación entre dos campos que sus contribuciones mutuas son fructíferas en el ámbito del trabajo *psi*, no son excluyentes, sino por el contrario, pueden tener un diálogo en virtud de los sujetos sufrientes.

Asimismo, se invita a los profesionales de la salud mental, del campo *psi*, que busquen un trabajo interdisciplinario ya que la experiencia demuestra que su labor

conjunta tiene en el epicentro a un sujeto con su malestar, reconociendo las vertientes como lo relacionado a lo biológico y a lo simbólico.

Finalmente, es importante mencionar que la investigación realizada es un intento de aproximación a este diálogo entre la psiquiatría y el psicoanálisis con relación al TLP, pero el camino queda por disponible para continuar con la producción teórica, para contribuir al intercambio que estas prácticas pueden hacer para nutrirse mutuamente.

Bibliografía

- Aguirre, M. (2020). De la camisa de fuerza al hecho clínico. En I. Sandoval , G. Ramírez , M. A. Dupret , M. I. Durango , M. Aguirre , V. Pinos, . . . D. Moscoso , *Psicopatología, psicoanálisis y psiquiatría* (págs. 83-101). Quito : Centro de Publicaciones PUCE.
- Aguirre, M. (2023). *Literatura, psiquiatría, psicoanálisis* . Quito.
- Allport, G. (1974). *Psicología de la personalidad* . Buenos Aires : Paidós.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (1 ed.). Madrid : Editorial Médica Panamericana.
- Belloch Fuster, A., & Fernández - Álvarez , H. (2010). *Tratado de Trastornos de la personalidad* . España: Síntesis, S.A.
- Braunstein , N. (2010). *Clasificar en psiquiatría*. México: Siglo XXI.
- Chemama, R. (1996). *Diccionario del Psicoanálisis* . Buenos Aires : Amorrortu .
- Czermak, M. (2016). *Patronymies Considérations cliniques sur les psychoses*. France: érès.
- Española, R. A. (2023). *Diccionario Panhispánico del español jurídico*. Recuperado el 02 de febrero de 2024, de recusación: <https://dpej.rae.es/lema/recusaci%C3%B3n>
- Ey, H., Bernard, P., & Brisset, C. (1980). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Toray-Masson, S.A.
- Feist, J., Feist, G., & Roberts, T.-A. (2014). *Teorías de la personalidad* (octava edición ed.). México: McGraw-Hill/interamericana Editores, S.A DE C.V.
- Freud, S. (1893-1899). La herencia y la etiología de las neurosis. En S. Freud, *Primeras publicaciones Psicoanalíticas* (Vol. III, págs. 139-156). Buenos Aires: Amorrortu .
- Freud, S. (1950 [1895]). Proyecto de Psicología . En S. Freud, *Publicaciones Prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en vida de Freud* (págs. 323-427). Buenos Aires : Amorrortu.

- Gautam , G., Walter, C., & Brendan Kelly . (2022). *Algoritmos en psiquiatría para atención primaria* . Quito: Gea consultoría editorial S.L.
- Gutierrez, I. M. (Diciembre de 2023). *NPunto*(69), 39-59. Recuperado el 28 de febrero de 2024, de Psicoterapia en el trastorno límite de la personalidad:
<https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/658ebb81cba02art3.pdf>
- Lacan, J. (1957). *El seminario 5: Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1999). *Seminario 3, Las psicosis* . Buenos Aires: Paidós .
- Maleval , J. (1996). *Locuras histéricas y psicosis disociativas* . Buenos Aires: Paidós .
- Maleval, J.-C. (2000). *La forclusión del nombre del padre* . Buenos Aires : Paidós .
- Melman, C. (1988). *Nuevos estudios sobre la Histeria*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC.
- Melman, C. (2011). El real no es concepto, es un lugar . En C. Melman, *Problemas planteados al psicoanálisis* (págs. 121-137). Buenos Aires: Paidós .
- OPS . (1995). Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (F60–F69). En OPS, *Clasificación estadística internacionales de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Washington, D.C.: Publicación Científica No. 554.
- OPS. (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión*. Obtenido de 06 Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo:
<https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f941859884>
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *CIE- 10* (Vol. 3). Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). *Kaplan & Sadock Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica* (5° edición ed.). Barcelona: Wolters Kluwer.
- Sandoval Carrión , I. (2020). Para una clínica psicológica. En I. Sandoval Carrión , G. Ramírez , M. Dupret, M. Durango , M. Aguirre , V. Pinos, . . . D. Moscoso, *Psicopatología, Psicoanálisis y Psiquiatría* (págs. 9-31). Quito: Centro de publicaciones PUCE.
- Torres, M. (2014). *Clínica de las neurosis*. Buenos Aires: grama.

