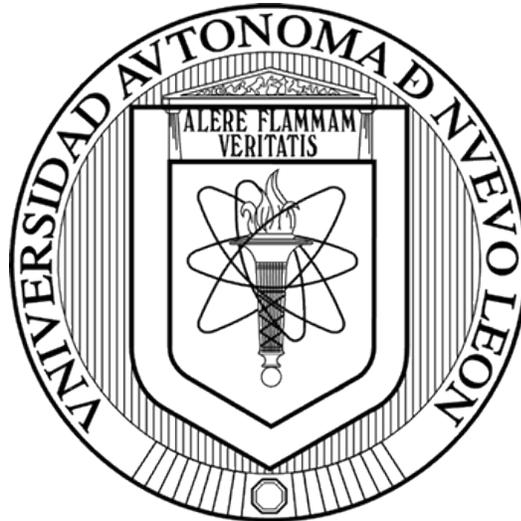


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA PSICOANALITICA**



**EL DOBLE FUNCIONAMIENTO PSÍQUICO Y SU ENTRAMADO EN LA
EPILEPSIA FARMACORRESISTENTE**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA PSICOANALITICA**

**PRESENTA:
MTRO. CARLOS ANDRÉS MESA GARZA**

MONTERREY, N.L. 19 JUNIO 2019.



UANL®

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FaPsi

FACULTAD DE PSICOLOGÍA®

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

La presente tesis titulada **“El doble funcionamiento psíquico y su entramado en la epilepsia farmacorresistente”** presentada por Mtro. Carlos Andrés Mesa Garza ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dra. Blanca Idalia Montoya Flores
Directora de tesis

Dr. Manuel Guadalupe Muñiz García
Revisor de tesis

Dra. Leticia Ancer Elizondo
Revisora de tesis

Dra. Edith Gerarldina Pompa Guajardo
Revisora de tesis

Dra. Martha Leticia Cabello Garza
Revisora de tesis

MONTERREY, N.L., 19 JUNIO 2019.

DEDICATORIA

A mis pacientes, que me han permitido entablar juntos una travesía maravillosa que nos ha permitido conocernos más.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis no hubiese sido posible sin el apoyo de numerosas personas, que se merecen mi mas profunda gratitud y agradecimientos; sepan todos que forman parte ya de un espacio en mi mente y en mi corazon.

A mi directora de tesis Dra. Blanca Montoya, quien siempre estuvo ahí para apoyarme, leerme, sugerirme, contenerme y aportar con su conocimiento a la creacion de esta tesis, aun y despues de su jubilacion.

A mis maestros y revisores: Dr. Manuel Muñiz, Dra. Leticia Ancer, Dra. Edith Pompa, por sus valiosos aportes y consejos tanto en las clases y los coloquios, como en las revisiones. Dicen que el tiempo es oro y ustedes me regalaron oro.

A mi revisora externa Dra. Martha Leticia Cabello, por aceptar ser parte de este proyecto, por su tiempo para la revision de mi tesis y por sus valiosos aportes a la misma.

A mis compañeros con quienes comparti el arduo y sinuoso camino de la construccion de una tesis doctoral y con quienes la catarsis fue fundamental.

A mi familia y mis amigos quienes siempre han confiado en mi y me han motivado a seguir adelante.

RESUMEN

La presente investigación analiza, a través del método psicoanalítico, un estudio de caso de forma teórico-clínica, acerca de una paciente que presenta un cuadro epiléptico bifocal fármacorresistente, detectable en el encefalograma, alternado con pseudocrisis epilépticas (histeroepilepsia) lo que lo lleva a cuestionarse, por un lado, sobre el alto porcentaje (30%) de pacientes epilépticos farmacorresistentes y su relación con los trastornos psicósomáticos; así como sobre la combinación en un mismo paciente de dos niveles de funcionamiento psíquico: uno narcisista no neurótico (las epilepsias como un trastorno psicósomático) y un funcionamiento neurótico histérico conversivo (las pseudocrisis).

Para esta investigación de tipo cualitativo, se utilizó como enfoque la metodología psicoanalítica, por ser la propia para el estudio del sujeto del inconsciente, bajo el tipo de investigación clínica basado en Bleger, (1971) a través de un estudio de caso único, utilizando como instrumento el dispositivo analítico.

Se ha encontrado que existe un doble funcionamiento psíquico en la paciente analizada, donde las pseudocrisis corresponden al funcionamiento neurótico mientras que las crisis reales se encuentran relacionadas con el funcionamiento narcisista no neurótico. Existe una coexistencia de ambos inconscientes donde, en el caso presentado, no existe hegemonía económica en

ninguno de los dos funcionamientos, lo que sugiere que los estados no mentalizados (no representados psíquicamente) propios del funcionamiento narcisista no neurótico, contribuyen, interactúan y fluctúan en momentos con los conflictos intrapsíquicos, producto del funcionamiento neurótico. Por otra parte, el trauma temprano en la relación infante-madre, así como una relación fusional-simbiotizante y sus correspondientes ansiedades de separación podrían estar relacionadas con las causas ambientales que producirían los ataques epilépticos.

Palabras clave: *Epilepsia, Doble funcionamiento psíquico, Psicósomática, Trastornos narcisistas no neuróticos, Histeroepilepsia.*

ÍNDICE

CAPÍTULO I	9
INTRODUCCIÓN	9
1.2. ANTECEDENTES	14
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
1.4. JUSTIFICACIÓN	23
1.5. OBJETIVO GENERAL	26
1.5.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
CAPÍTULO II	27
MARCO TEORICO	27
2.1 LA EPILEPSIA: ESTADO ACTUAL. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN	27
2.2 LA EPILEPSIA FÁRMACORRESISTENTE	32
2.3 ALGUNAS APORTACIONES DESDE EL PSICOANÁLISIS A LA COMPRENSIÓN DE LA EPILEPSIA.	33
2.4 LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA	36
2.5 FREUD: HISTERIA CONVERSIVA Y NEUROSIS ACTUAL	39
2.5.1. LA CORRIENTE INSPIRADA EN LA HISTERIA CONVERSIVA	41
2.5.2. LA CORRIENTE INSPIRADA EN LAS NEUROSIS ACTUALES	44
2.6. APORTACIONES DESDE LA PSIQUIATRÍA A LO PSICOSOMÁTICO	46
2.7. EL FUNCIONAMIENTO PSÍQUICO	48
2.7.1. LA PRIMERA Y SEGUNDA TÓPICAS FREUDIANAS.	49
2.7.2. LA TERCERA TÓPICA	55
2.8 LA TEORÍA DEL TRAUMA EN PSICOANÁLISIS.	61
2.8.1 EL TRAUMA: LOS APORTES TEÓRICOS DE FERENCZI.	62
2.8.2 EL TRAUMA: LOS APORTES TEÓRICOS DE WINNICOTT.	64
2.8.3 EL TRAUMA: LOS APORTES TEÓRICOS DE GREEN	66
CAPÍTULO III	67
MÉTODO	67
3.1. DISEÑO	67
3.2. PARTICIPANTES	69
3.3. INSTRUMENTOS	70
3.4. PROCEDIMIENTO	72
3.5. ÉTICA	73

CAPÍTULO IV	74
RESULTADOS	74
4.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO FICHA DESCRIPTIVA.....	74
4.2. HISTORIA CLÍNICA	74
4.3 EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO	79
4.4 LA CONSTRUCCION DEL CASO, ALGUNOS ASPECTOS A RESALTAR.	81
4.4.1. LA RELACIÓN DE LA MADRE CON SUS HIJAS: El trauma primario, los duelos no elaborados de los objetos de identifiacion y el inconsciente escindido.....	81
4.4.2. EL PADRE AUSENTE: La rivalidad edipica y el inconsciente reprimido.	83
4.4.3. LA SOMBRA DE LA SOLEDAD: Lo segregado escindido retorna como la polaridad de la perdida-intrusion.....	84
4.4.4. LOS MENSAJES DEL AURA: El interjuego de los dos funcionamientos en las crisis como produccion sintomatica.	84
4.4.5. LAS VACACIONES Y SU ANGUSTIA DE SEPARACIÓN: La repeticion trasnferencial y las producciones intermedias.	85
4.4.6. PSEUDOCRISIS Y CRISIS REALE: La coexistencia sin hegemonia de ambos funcionamientos psicicos.....	86
CAPÍTULO V	88
DISCUSIONES Y CONCLUSIONES	88
5.1. DISCUSIONES.....	88
5.2. CONCLUSIONES	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La historia de la medicina ha oscilado entre dos posturas opuestas desde la antigua Grecia, una enfocada en el estudio mecánico de la lesión anatomofisiológica y otra holística y dinámica que incluye la historia del sujeto y su personalidad (Otero & Rodado, 2004). Por su parte, el efecto de lo psíquico en lo corporal ha sido un tema central en la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis y por su puesto han sido numerosas las investigaciones al respecto que han tratado de dar luz sobre la etiología, curso y tratamiento de dichas afecciones de forma general.

Particularmente en la teoría psicoanalítica, el estudio de las afecciones físicas por causas psíquicas ha estado presente desde sus albores. Si bien es cierto que Freud no hizo referencia explícita al campo de lo psicosomático y por ende no formuló una hipótesis con respecto a dichos trastornos, también es cierto que Freud siempre tomo en cuenta la estrecha relación psique – soma y la utilizó para comprender a sus pacientes. Prueba de ello es el concepto freudiano de “trieb” (pulsión) que reviste justamente este interjuego unificador de lo biológico y lo psíquico y que va más allá del “instinkt” (instinto) meramente corporal fisiológico (Freud, 1905). Aún más allá, sus hipótesis sobre la histeria conversiva han sido medulares en la comprensión de las afecciones psicosomáticas, para diversos analistas, principalmente de corte kleiniano (Chiozza, 1976).

El surgimiento del psicoanálisis se da precisamente en esa intersección entre psique y soma que es la histeria conversiva. Freud apuntó su interés y su investigación hacia un discurso ignorado por el saber médico. Donde la medicina tradicional mecanicista no encontraba explicación y por lo tanto ignoraba y abandonaba a su suerte a las pacientes histéricas, es donde el psicoanálisis encontró un discurso sorprendente que le permitió a Freud descubrir la dinámica inconsciente de la mente y su efecto sobre el cuerpo.

Es cierto que si rastreamos el termino psicossomático encontramos su primer uso, según Maergetts (1950) en 1818 cuando Johann Heirroth, un psiquiatra alemán, lo utilizó para caracterizar al insomnio como producto de angustias emocionales, sin embargo no se le usó de manera formal en el ámbito médico sino hasta el siglo XX, cuando el psicoanálisis había dado un cuerpo teórico que permitía dar soporte a la medicina psicossomática. Específicamente dos psicoanalistas Deutsch (1922) y Dunbar (1935) marcaron una base firme para la consolidación de dicho concepto.

La tendencia actual, en el área de la salud en general, es hacia una aproximación a la comprensión integrativa de la enfermedad, es decir, a una comprensión que da peso tanto a la parte orgánica, como a la parte psicológica y social. Encontramos a manera de ejemplo el modelo biopsicosocial de Engel (1977) quien postula que en todos los fenómenos referentes a la salud influyen factores biológicos, psicológicos y sociales y de este modo realiza una crítica muy certera a la medicina mecánica, sin excluirla. Otro de los esfuerzos integrativos

recientes, lo encontramos en el neuropsicoanálisis de Solms (2011) quien hace una crítica del uso exclusivamente psicológico para la comprensión del ser humano y reabre el debate sobre la relación mente – cerebro y la importancia de una conceptualización que comprenda las bases biológicas y psicológicas y no solo una de ellas, basados en las nuevas tecnologías y conocimientos que las neurociencias abren para la comprensión del funcionamiento tanto a nivel mental como cerebral.

Mención especial merece, en el área de la biología, la ciencia epigenética, misma que ha revolucionado la medicina y la psiquiatría, si bien es cierto que Waddington (1942) definió la epigenética como la conversación entre la información genética y el ambiente, esta definición quedó relegada con los descubrimientos de Watson & Crick (1953) quienes describieron la estructura de doble hélice del ADN reconociendo a éste como el material genético hereditario y dando base a lo que se ha denominado el Dogma Central de la Biología Molecular (DCBM) mismo que dio lugar a la Teoría Genética Molecular, que considera capaz de explicar completamente la Teoría Genética clásica. No fue sino hasta las actuales investigaciones de Kriaucionis & Heintz (2009) en el laboratorio de biología molecular de Rockefeller University en New York, que se determinó que las diferencias en las expresiones hereditarias entre los seres vivos, se generan en alguna medida en los mecanismos de regulación dinámica que controlan la expresión de los genes, en lugar de originarse en los genes mismos, es decir, la epigenética es la ciencia encargada del estudio de la forma en la que determinados factores ambientales y estilos de vida, pueden

determinar la activación o desactivación, de determinados genes. Trascendiendo de esta forma el debate de naturaleza vs crianza, para pasar a un modelo integrativo de naturaleza y crianza, como la forma más precisa de comprender las enfermedades.

En esta misma línea la creación de una metadisciplina la Psicoimmunoneuroendocrinología (PINE) es un claro ejemplo más de la nueva visión integrativa de salud, multidisciplinaria y atendiendo a todos los factores que se anudan para la expresión y desarrollo de una enfermedad.

Esta tendencia actual nos invita a repensar las enfermedades y a dar su respectiva importancia a los procesos psíquicos que están en juego en cada una de ellas, y no solo en las enfermedades clásicamente reconocidas como psicósomáticas (dermatitis, úlceras, síndrome de intestino irritable, acné, asma, etc.) sino extender el espectro a todas y cada una de ellas, especialmente aquellas donde los fármacos y el saber médico no han dado los resultados esperados, como lo es el caso de la epilepsia.

La epilepsia ha sido una enfermedad que ha estado en el centro de la atención de los seres humanos desde su aparición por sus síntomas extravagantes; primero fue relacionada con poderes divinos y/o diabólicos, para después pasar al terreno de las enfermedades mentales y solo tras el fracaso de la psiquiatría, transitó al terreno de la neurología, donde hasta el día hoy se mantiene, no sin serias dudas sobre su alto porcentaje de pacientes refractarios

al tratamiento farmacológico, a pesar de los grandes avances en el diagnóstico preciso, gracias a los nuevos recursos tecnológicos como lo son los electroencefalogramas y las resonancias magnéticas.

Las causas de la epilepsia se consideran diversas, y en por lo menos la mitad de los casos, no será posible encontrar la procedencia o circunstancia desencadenante. La comisión internacional de la liga internacional contra la epilepsia (ILAE) modificó en el 2010 la forma de clasificar la epilepsia y aborda el tema dando importancia a factores genéticos y ambientales, aunque para estos últimos no hay conocimiento suficiente para apoyar una influencia ambiental específica.

El psicoanálisis, por su parte, no ha sido ajeno al estudio sobre la epilepsia, desde Freud (1928) en su famoso trabajo sobre Dostoyevski, pasando por Ferenczi (1929) hasta Pichón Riviere (1944), por mencionar algunos de los clásicos, han mostrado un constante interés en la comprensión dinámica, etiológica y terapéutica de dicha enfermedad. Recientemente se ha pensado a los pacientes psicósomáticos como sujetos que se encuentran en un funcionamiento narcisista no neurótico (Aisemberg, 2001), donde el trauma y los duelos congelados (Aisemberg, 2005; Eckell, 1997, 2005) así como las fallas en la función parental (Kernberg, 1993; Kohut, 1990; Millon, 1981) juegan un papel fundamental, por lo que integrar los nuevos conocimientos sobre psicósomática se torna fundamental.

1.2. ANTECEDENTES

En los últimos años la tendencia en las investigaciones sobre la epilepsia ha girado en torno a encontrar métodos diagnósticos más precisos y a la creación de nuevos fármacos anticomiciales. Esto es así debido a que las investigaciones son impulsadas desde el campo de la neurología, misma que, como ya se ha mencionado arriba, asumió la responsabilidad de su investigación y tratamiento después de que la epilepsia tuviera un paso infructífero por el campo de la psiquiatría.

Gran parte de las más recientes investigaciones sobre la epilepsia siguen enfocadas en la solución farmacológica (Sivakumaran & Maguire, 2016) y en los efectos de la cirugía, como método alternativo para epilepsias farmacorresistentes (Sánchez-Álvarez & Altuzarra-Corral, 2001)

Cuando las investigaciones llegan a salir de este reducido espacio, normalmente se centran en los aspectos psicosociales que son producto de la epilepsia, entiéndase, discriminación, falta de oportunidades laborales, prejuicios, situación económica de la familia, etc. (DeFelipe-Oroquieta, 2002) o en los aspectos relacionados al entorno familiar, pero como producto de tener a un miembro enfermo, es decir, el sistema familiar después de la enfermedad (Alarcón, 2004) o incluso llegan a abordar la comorbilidad psiquiátrica, pero nuevamente como producto de la enfermedad y sus vicisitudes, es decir, los

problemas psiquiátricos como producto y no como causa o en relación bidireccional con la epilepsia (Amor & Vallejo, 2001).

Las investigaciones han girado en torno a estos temas por una pretensión de la medicina moderna, que se viene arrastrando desde el renacimiento, la pretensión de que toda patología puede ser explicada en términos físicoquímicos, excluyendo así los factores psíquicos en el determinismo de las afecciones orgánicas; sin embargo, poco a poco esta idea ha comenzado a cambiar, y las tendencias más actuales, incluso desde la misma neurología, han empezado a prestar atención de los factores psíquicos, si bien no como causa de la enfermedad, por lo menos como precipitantes de las crisis (van Campen, et al, 2015). Por otro lado, se han empezado a abordar la relación de la depresión, los aspectos psicológicos, psiquiátricos y neuropsicológicos como precipitantes de la epilepsia (Burneo, Mayor & Quijano, 2005; Campos-Castelló & CamposSoler, 2004; DeFelipe-Oroquieta, 2002; Martínez-Pérez, González-Goizueta & Mauri-Llerda, 2002; Salinas, 2010).

Si abordamos la enfermedad de una forma holística, como propone la medicina psicosomática, podemos ampliar y enriquecer enormemente el espectro de la investigación sobre las causas de la epilepsia. Si algo nos ha demostrado el psicoanálisis son las repercusiones a nivel orgánico que se generan por causas psíquicas (Freud, 1885) y la importancia de la relación madre-hijo para el desarrollo psíquico y físico del infante (Bowlby, 1951, 1988, 1998; Spitz, 1965; Winnicot, 1994,1998) Así como las consecuencias a nivel

orgánico, de las fallas de las figuras paternas, especialmente la madre, en el cuidado y sostén de su hijo, lo que afecta sus procesos de simbolización, impidiéndole elaborar psíquicamente ciertos aspectos que a consecuencia de esta falla se transpolan al cuerpo (Bion, 1926; Lacan, 1970; Liberman, 1986; Marty, 1991; Mc Dougall, 1991; Winnicott, 1949; 1960).

La literatura psicoanalítica sobre la relación de los factores psicológicos en la epilepsia es vasta (Colás, 2001; Fenichel, 1945; Ferenczi, 1929; Freud, 1928; Greenson, 1944; Hendrick, 1940; Menninger, 1926; Pichon Riviere, 1944; Reich, 1931).

El mismo Freud (1928) destinó su trabajo titulado: “Dostoievski y el parricidio” para profundizar sobre el tema. La conclusión de Freud fue que es posible diferenciar una epilepsia orgánica de una afectiva, la última sería nombrada como “histeroepilepsia” que Freud consideraba una histeria grave y que la entendía desde la lógica edípica a través de la óptica de tótem y tabú, en la figura del parricidio.

Dentro del aura del ataque es vivenciado un momento de beatitud suprema, que muy bien puede haber fijado el triunfo y la liberación por la noticia de la muerte, a lo que siguió en el acto el castigo tanto más cruel. “Una sucesión así de triunfo y duelo, festividad y duelo, la hemos colegido también entre los hermanos de la horda primordial que asesinaron al padre”. (Freud, 1928, p. 183 y 184)

Freud dejó sobre la mesa varios puntos importantes en torno a su estudio sobre la epilepsia, el primero de ellos que la crisis epiléptica está a disposición de la neurosis de manera que las tensiones pueden ser descargadas somáticamente cuando no se pueden dominar psíquicamente, por otro lado la importancia de los impulsos agresivos y de muerte así como la satisfacción pasivo masoquista (Greenson, 1944).

Por otro lado, Ferenczi (1929) pone el énfasis en la aversión o impaciencia de la madre lo que llevaba a los infantes a la voluntad de morir, destacando así el papel de la pulsión de muerte.

Igualmente para Pichon-Riviere (1943), el ataque epiléptico es una conversión somática de carácter pregenital; para él el problema gira en torno a la agresividad como pulsión y a la forma en que esta busca expresión.

En una línea un tanto distinta, Fenichel (1945) en su célebre libro *teoría psicoanalítica de las neurosis*, dedica un apéndice del capítulo XIII destinado a las órgano-neurosis, para la comprensión de la epilepsia, en donde destaca que el síndrome parece depender e incluso ser detonado por factores psicológicos, considerando a los ataques epilépticos, como una forma de cortocircuito en el soma de lo que no se pudo tramitar psíquicamente.

Por otra parte Fenichel considera que existe una personalidad epiléptica, que clínicamente sería identificable porque presentan:

a) Una orientación general muy narcisista, un yo arcaico y dispuesto siempre a sustituir las relaciones objetales por identificaciones;

b) Pulsiones destructivas y sádicas muy intensas, que habían sido reprimidas durante largo tiempo y que encuentran en el ataque una descarga explosiva. La represión de las pulsiones destructivas es debida a un intenso temor al castigo.

Más recientemente Colás Sanjuan (2001), considera a la epilepsia como una conflictiva fusional y narcisista de los niños en su relación con sus madres, quienes fueron incapaces de sostenerlos narcisísticamente, para el autor también son importantes las fantasías agresivas y de muerte, vistas desde una perspectiva pregenital.

Es importante resaltar que todos los autores adjudican una importancia trascendental a los impulsos agresivos y de muerte en los pacientes epilépticos, así como la tendencia a enfocarse en los aspectos narcisistas y pregenitales.

Si nos enfocamos ahora en los estudios actuales sobre metapsicología (empujados desde la clínica) en psicoanálisis, encontramos que el psicoanálisis contemporáneo se ha centrado considerablemente en el estudio de lo que Aisemberg (2007) teoriza como los dos tipos de repetición: la benigna y la demoniaca.

Este último campo de la repetición está ligado a Tánatos, a la ansiedad por el desamparo, a los traumas tempranos o pre-psíquicos, que no transformados en estructuras psíquicas mantienen las huellas sensoriales primitivas, escindidas, el inconsciente absoluto. Dichas huellas, al ser investidas, entran en escena y son el objeto de la exploración de las extensiones del psicoanálisis o son el psicoanálisis contemporáneo como prefiero denominarlo.

Nuestro desafío actual es la exploración de las puestas en escena de las marcas de la memoria amnésica, como la denomina André Green, "...de lo que nunca fue consciente, del inconsciente propiamente dicho o genuino, con sus raíces en el soma, del *ello* de la segunda tópica, como lo dibuja Freud en la Conferencia 31 en 1933." (Aisemberg, 2007, p.310).

Lo que le lleva a concluir que "La somatosis remite a otro funcionamiento psíquico, no-neurótico, que coexiste con el funcionamiento psiconeurótico." (2007, p.310).

De igual forma Zukerfeld (1999) al hablar de la tercera tópica, considera que "El aparato psíquico tendría dos modos de funcionamiento inevitablemente coexistentes sin relación transaccional y con una doble dinámica: "vertical" característica de la lógica de la represión y "horizontal" propia de la escisión, que entendemos como tercera tópica." Por lo tanto, Zukerfeld sostiene la idea de un inconsciente reprimido, producto de la "estructura edípica conflictiva (EEC)", coexistiendo con un inconsciente escindido, producto de lo irrepresentable, donde existen huellas activables pero no evocables que serían producto de las vivencias traumáticas y que tendrían que ver con una "estructura narcisista nirvanica (ENN)".

Las distintas escuelas del psicoanálisis han dado cuenta de este cambio, encontramos por ejemplo el viraje que dio Lacan, quien en sus primeras enseñanzas, parte de la lingüística de Saussure y Jakobson para llegar a la conclusión de que el inconsciente está estructurado como un lenguaje, dando así primacía al orden del registro simbólico, para pasar en sus últimas enseñanzas a definir “el parletre”, que es el cuerpo que goza, diferenciando así al síntoma del sinthome y por lo tanto al inconsciente real del inconsciente transferencial.

Modificando entonces el sentido de la interpretación, misma que se dirige al síntoma y el sentido es la verdad, a diferencia de cuando se analiza el parletre, el cuerpo hablante, el cuerpo que goza (Miller, 2016, 2017).

Otros autores que han trabajado en este mismo sentido son Winnicott (1949) la escisión psique-soma, Green (1994), lo negativo, Auglanier (1977), el proceso originario, el pictograma, Mc Dougall (1991) el teatro de lo imposible.

1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como ya se ha mencionado, las investigaciones actuales sobre la epilepsia se encuentran lideradas desde el campo de la neurología, donde las exploraciones e indagaciones se limitan, en su mayor parte, al campo de la farmacología (Sivakumaran & Maguire, 2016). Sin embargo, investigaciones recientes, impulsadas incluso desde la propia neurología, han empezado a destacar la relación entre ciertos factores psicológicos y las crisis epilépticas (Burneo, Mayor & Quijano, 2005; Campos Castelló & Campos-Soler, 2004; DeFelipe-Oroquieta, 2002; Martínez-Pérez, González-Goizueta & Mauri-Llerda, 2002; Salinas, 2010).

Cada vez es más frecuente que los neurólogos refieran a sus pacientes epilépticos refractarios a psiquiatras, psicólogos y psicoterapeutas, sin embargo estos mismos profesionales asumen la epilepsia como una enfermedad netamente cerebral y por lo tanto solo suele trabajarse con la comorbilidad (en el caso de la psiquiatría) o con los cambios funcionales provocados por la epilepsia y la medicación antiepiléptica o la detección de las llamadas pseudocrisis (en el caso de la neuropsicología). La investigación de la etiología, curso y dinámica de la epilepsia ha sido abandonada por el campo psi y la mayoría de sus estudios se remiten a tiempos bastante remotos.

El arribo de estos pacientes a los consultorios del mundo psi, nos obliga repensar a la epilepsia desde un campo distinto y es aquí donde la propuesta del

autor de esta tesis, marca la necesidad de integrar los nuevos conocimientos que desde la teoría y la clínica psicoanalítica han aportado importantes autores al estudio sobre la psicopatología, tales como Mc Dougall (1991), Marty (1992), Aulagnier (1991), Sami-Ali (1974), así como los recientes e importantes descubrimientos metapsicológicos sobre el funcionamiento psíquico que se han efectuado en los últimos años con autores como Green (19??), Aisemberg (2001,2005) y Zukerfeld (2001) al estudio particular de la epilepsia.

Lo que hace surgir la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe un doble funcionamiento psíquico en la epilepsia fármacorresistente?.

Asimismo con el desarrollo de la presente investigación surgieron algunas cuestionamientos más específicos ¿Las pseudocrisis estarían relacionadas con el funcionamiento neurótico? Mientras que ¿las crisis detectables en el encefalograma estarían relacionadas con el funcionamiento narcisista no neurótico? Es decir, ¿La coexistencia sin hegemonía de uno de los inconscientes estaría en relación con la farmacorresistencia en la epilepsia? ¿Podríamos encontrar en el psiquismo del infante los factores ambientales hasta ahora desconocidos en la etiología de la epilepsia?.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Hablar de la historia de la epilepsia es equiparable a dialogar sobre la historia del ser humano mismo. En cada etapa de la historia del hombre es posible encontrar escritos que hacen referencia a dicho trastorno, desde los jeroglíficos egipcios, pasando por la biblia, el tora y el talmud, hasta la antigua Grecia y la actualidad, no hay época que escape al intento de curar esta extravagante sintomatología convulsiva.

A pesar de que la epilepsia ha acompañado al ser humano en su historia y que este se ha abocado a su tratamiento desde muy diversas maneras (exorcismos, dietas, fármacos, cirugías) en la actualidad la epilepsia es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública por su magnitud y trascendencia (OPS; OMS; ILAE & IBE, 2016). Y no es para menos ya que la epilepsia es uno de los trastornos neurológicos más frecuentes en el mundo, calculándose que afecta a 50 millones de personas, de las cuales 5 millones estarían en el continente americano, aunque se estima que en América Latina y el Caribe (ALyC) más del 50% de quienes padecen este trastorno, no se encuentran bajo ningún tipo de atención médica (OMS, 2013).

Por su parte se estima que entre el 7 y el 8% de la población mexicana se encuentra diagnosticada con algún trastorno neurológico y el 28% de los pacientes neurológicos que acuden a consultar al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) lo hacen por epilepsia, según datos del propio

INNN la prevalencia de la epilepsia en la población mexicana se calcula entre el 1-2% (OPS; OMS; ILAE & IBE, 2016).

Sin lugar a dudas dichas estadísticas dimensionan la magnitud y trascendencia de la epilepsia como problema de salud pública en el presente, a pesar de los esfuerzos de la OMS, mismos que incluso se han enfocado mayormente en ALyC, ya que estudios recientes (OMS,2013) revelan que existe una mayor prevalencia en países en vías de desarrollo, en comparación con los países desarrollados.

Dentro de los esfuerzos por contrarrestar los efectos nocivos de dicho trastorno, México creó en octubre de 1984 el Programa Prioritario de Epilepsia de México (PPE) con el objetivo de generar acciones para una mejor comprensión y atención de los problemas que presentan las personas con epilepsia así como sus familias (OPS; OMS; ILAE & IBE, 2016).

Sin embargo la epilepsia sigue siendo una enfermedad con una alta incidencia en la población 6,4 por cada 1,000 (Arroyo, 2000) y según un estudio reciente (2012) realizado en población mexicana y publicado en la revista Neurología afirma que:

En la actualidad, a pesar del advenimiento de nuevos fármacos antiepilépticos, la frecuencia de epilepsia resistente al tratamiento no se ha modificado y fluctúa entre el 20 y el 30%. La evidencia científica previa establece que sólo el 11% de los pacientes que no responden al primer FAE (prescripción

adecuada y tolerada) alcanzará la libertad de crisis en el seguimiento a largo plazo. Ya se sabe que los pacientes con epilepsia farmacorresistente tienen mayor riesgo de morbimortalidad, discapacidad y disfunción psicosocial, además de una calidad de vida insatisfactoria y notoria comorbilidad psiquiátrica; todos estos factores tienen un fuerte impacto social, económico y familiar (Martínez-Juárez, et al, 2012, p. 162).

El alto porcentaje en el fracaso de la farmacología antiepiléptica, a pesar de los enormes avances tecnológicos, así como el fuerte impacto en la vida del sujeto enfermo y su familia, son sin lugar a dudas un llamado a enfocar el tratamiento desde una perspectiva radicalmente diferente.

La neurología ha llegado incluso a revalorar la importancia de un correcto diagnóstico que diferencie las crisis “reales” de las llamadas crisis “psicógenas”, sin embargo la presencia de ambas en un solo sujeto, representa, de por sí, un reto diagnóstico y una paradoja importante a considerar, aun así, esta diferenciación diagnóstica representaría solo el 25% de los casos refractarios (Arroyo, 2000) por lo que un tratamiento alternativo al ofrecido desde la neurología se presume imprescindible y donde, sin lugar a dudas, el cuerpo teórico del psicoanálisis ofrece una alternativa para la comprensión etiológica, dinámica y de tratamiento para la epilepsia.

1.5. OBJETIVO GENERAL

Analizar el doble funcionamiento psíquico de la paciente y su relación con las crisis epilépticas farmacorresistentes.

1.5.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar los factores psíquicos implicados en las pseudocrisis de la paciente y su relación con el inconsciente reprimido.
- Analizar los factores psíquicos implicados en las crisis detectables en el electroencefalograma (EEG) de la paciente y su relación con el inconsciente escindido.
- Analizar los distintos niveles de funcionamiento psíquico en la paciente y su prevalencia en la economía psíquica.
- Analizar la relación de coexistencia, de ambos inconscientes, en los factores psíquicos implicados en las pseudocrisis y en las crisis detectables en el EEG.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1 LA EPILEPSIA: ESTADO ACTUAL. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Hablar de la historia de la epilepsia es equiparable a conversar sobre la historia del ser humano mismo. En cada etapa de la historia del hombre es posible encontrar escritos que hacen referencia a dicho trastorno, desde los jeroglíficos egipcios, pasando por la biblia, el tora y el talmud, hasta la antigua Grecia y la actualidad, no hay época que escape al intento de curar esta extravagante sintomatología convulsiva.

Hoy podemos definir las crisis convulsivas como una súbita descarga anormal de la actividad eléctrica del cerebro que produce síntomas sensoriales, sensitivos, motores con o sin pérdida de conciencia de breve duración (Dichter, 1994; Zarranz, 2000). A su vez podemos definir la epilepsia como “una condición crónica, recurrente, caracterizada por la aparición de dos o más crisis no provocadas” (Acevedo, et al, 2007). Más aun hoy se cuenta con tecnología capaz de diagnosticar de manera mucho más precisa dicha condición, sin embargo, en el terreno de su comprensión etiológica y tratamiento aún persisten numerosas incógnitas y deficiencias.

A pesar de que la epilepsia ha acompañado al ser humano en su historia y que este se ha abocado a su tratamiento desde muy diversas maneras

(exorcismos, dietas, fármacos, cirugías) en la actualidad la epilepsia es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública por su magnitud y trascendencia (OPS; OMS; ILAE & IBE, 2016). Y no es para menos ya que la epilepsia es uno de los trastornos neurológicos más frecuentes en el mundo, calculándose que afecta a 50 millones de personas, de las cuales 5 millones estarían en el continente americano, aunque se estima que en América Latina y el Caribe (ALyC) más del 50% de quienes padecen este trastorno, no se encuentran bajo ningún tipo de atención médica (OMS, 2013).

Por su parte se estima que entre el 7 y el 8% de la población mexicana se encuentra diagnosticada con algún trastorno neurológico y el 28% de los pacientes neurológicos que acuden a consultar al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) lo hacen por epilepsia, según datos del propio INNN la prevalencia de la epilepsia en la población mexicana se calcula entre el 1-2% (OPS; OMS; ILAE & IBE, 2016).

Sin lugar a dudas dichas estadísticas dimensionan la magnitud y trascendencia de la epilepsia como problema de salud pública en el presente, a pesar de los esfuerzos de la OMS, mismos que incluso se han enfocado mayormente en ALyC, ya que estudios recientes (OMS, 2013) revelan que existe una mayor prevalencia en países en vías de desarrollo, en comparación con los países desarrollados. Dentro de los esfuerzos por contrarrestar los efectos nocivos de dicho trastorno, México instituyó, en octubre de 1984, el Programa Prioritario de Epilepsia de México (PPE) con el objetivo de generar acciones para

una mejor comprensión y atención de los problemas que presentan las personas con epilepsia así como sus familias (OPS; OMS; ILAE & IBE, 2016).

En la actualidad, la epilepsia, se considera como hemos dicho arriba, un trastorno neurológico. La neurología asumió la responsabilidad de su investigación y tratamiento después de que la epilepsia tuviera un paso infructífero por el campo de la psiquiatría.

Las causas de la epilepsia se consideran diversas y en por lo menos la mitad de los casos, no será posible encontrar la causa. La comisión internacional de la liga internacional contra la epilepsia (ILAE) ha realizado una clasificación de la epilepsia, que en el año 2010 ha modificado, la antigua clasificación estaría dada de la siguiente forma:

- **Epilepsia Sintomática.** Es aquella que es secundaria a una lesión cerebral específica, cisticercosis, tumor, malformación arteriovenosa o traumatismo craneoencefálico entre otros problemas.
- **Epilepsia Idiopática.** Es la que se ha diagnosticado pero cuya causa no ha podido ser identificada ya que la persona aparentemente no presenta ningún problema neurológico. Suelen tener un factor hereditario.
- **Epilepsia Criptogénica.** Es la que está bien definida como enfermedad, pero en la que no se ha logrado determinar una causa, a pesar de que hay evidencia de daño estructural. Es decir, se supone la causa pero no se puede demostrar.

La nueva terminología propuesta (ILAE, 2010) es la siguiente:

- **Genética:** El concepto de epilepsia genética es que la epilepsia es, hasta donde se sabe, el resultado directo de un defecto genético que se conoce o se supone que existe, en el que las crisis son el síntoma fundamental de la alteración. El conocimiento sobre las contribuciones genéticas puede derivarse de estudios de genética molecular que se hayan replicado bien e incluso hayan llegado a ser la base de pruebas diagnósticas (por ejemplo SCN1A y síndrome de Dravet), o la evidencia del papel esencial del componente genético puede venir de estudios familiares apropiadamente diseñados. El hecho de que se determine como genética la naturaleza fundamental de la alteración no excluye la posibilidad de que factores ambientales (fuera del individuo) puedan contribuir a la expresión de la enfermedad. En el momento actual, no hay prácticamente ningún conocimiento para apoyar influencias ambientales específicas como causas de o factores contribuyentes a estas formas de epilepsia.

- **“Estructural/metabólica”:** Conceptualmente, hay una condición o enfermedad estructural o metabólica que, en estudios apropiadamente diseñados, se ha demostrado que se asocia con un riesgo significativamente mayor de desarrollar epilepsia. Las lesiones estructurales por supuesto incluyen trastornos adquiridos como accidente cerebrovascular, traumatismos e infecciones. También pueden ser de origen genético (por ejemplo esclerosis tuberosa, muchas malformaciones del desarrollo cortical); sin embargo, tal y

como lo entendemos hoy, hay una alteración diferente que se interpone entre el defecto genético y la epilepsia.

- **“Causa desconocida”**: Desconocida tiene la intención de ser neutral y designar el hecho de que la naturaleza de la causa subyacente es desconocida todavía; puede tener en su núcleo un defecto fundamentalmente genético o puede ser la consecuencia de una alteración diferente y todavía no reconocida.

Como podemos ver el factor idiopático se mantiene a pesar de los grandes avances en las neurociencias, salvo en los casos en los que la epilepsia es secundaria, en los demás la etiología se mantiene desconocida.

Es de subrayar el hecho de que la epilepsia ha sido y es una incógnita, a la par de que se ha mantenido, desde hace siglos, el influjo de la ideología sobre nuestra concepción de la epilepsia como en ninguna otra enfermedad. (Brailowsky, 2008).

En la mayoría de los casos las crisis epilépticas son precedidas por un momento breve, que permite predecir la inminente crisis, el “aura”. El término proviene de la escucha de Galeno (349 a.c) sobre uno de sus pacientes que describía una sensación que iniciaba en la pierna y subía, dicha sensación fue descrita como “una brisa fría” (aura proviene del griego y se traduce como brisa).

Existen distintos tipos de auras, las motoras, como el ejemplo previo, autonómicas, sensoriales y psicológicas. (Brailowsky, 2008).

2.2 LA EPILEPSIA FÁRMACORRESISTENTE

Aproximadamente el 20% de todos los pacientes epilépticos son farmacorresistentes (Sander, 2002). La farmacorresistencia supone un importante problema para el paciente, que incluye persistencia de las crisis y morbilidad derivada de la epilepsia y de la medicación, aislamiento social, desempleo y disminución de la calidad de vida (Herranz et al., 1997; Arroyo et al., 2002), así como un importante costo sanitario que se deriva del uso de nuevos y múltiples medicamentos y de una mayor necesidad de atención médica (Argumosa y Herranz, 2000 y 2001; Sisodiya et al, 2002).

Antes de definir un caso de farmacorresistencia, deben considerarse otros factores que pueden llevarnos a engaño: El incumplimiento terapéutico, o el respeto inconstante de las tomas puede llevar al neurólogo a considerar erróneamente que ha llegado a dosis altas de FAE. No siempre es posible detectarlo, pues no disponemos de forma sistemática de niveles séricos de varios FAE (Gilman et al., 1994). Las crisis cerebrales no epilépticas y las crisis psicógenas nos pueden llevar a error, más aún si consideramos que alrededor del 10 % de los pacientes epilépticos también presentan estas últimas (Desai et al., 1982).

Se consideran farmacorresistentes y por tanto, candidatos de cirugía: Si fallan 2 antiepilépticos de primera línea en monoterapia (Kwan y Brodie, 2002).

2.3 ALGUNAS APORTACIONES DESDE EL PSICOANÁLISIS A LA COMPRENSIÓN DE LA EPILEPSIA.

La literatura psicoanalítica sobre la relación de los factores psicológicos en la epilepsia es constante en la historia del psicoanálisis, aunque escasa, especialmente en la actualidad. (Colás, 2001; Fenichel, 1945; Ferenczi, 1929; Freud, 1928; Greenson, 1944; Hendrick, 1940; Menninger, 1926; Pichón Riviere, 1944; Reich, 1931.)

El mismo Sigmund Freud destinó su trabajo titulado: Dostoievski y el parricidio (1928) para profundizar sobre el tema. La conclusión de Freud es que es posible diferenciar una epilepsia orgánica de una afectiva, la última sería nombrada como “histeroepilepsia” que Freud consideraba una histeria grave y que la entendía desde la lógica edípica a través de la óptica de tótem y tabú, en la figura del parricidio.

Dentro del aura del ataque es vivenciado un momento de beatitud suprema, que muy bien puede haber fijado el triunfo y la liberación por la noticia de la muerte, a lo que siguió en el acto el castigo tanto más cruel. Una sucesión así de triunfo y duelo, festividad y duelo, la hemos colegido también entre los

hermanos de la horda primordial que asesinaron al padre. (Freud, 1928, p. 183-184).

Freud dejó sobre la mesa varios puntos importantes en torno a su estudio sobre la epilepsia, el primero de ellos es que la crisis epiléptica está a disposición de la neurosis de manera que las tensiones pueden ser descargadas somáticamente cuando no se pueden dominar psíquicamente, por otro lado la importancia de los impulsos agresivos y de muerte así como la satisfacción pasivo masoquista (Greenson, 1944).

Ferenczi (1929) pone el énfasis en la aversión o impaciencia de la madre lo que llevaba a los infantes a la voluntad de morir, destacando así el papel de la pulsión de muerte.

Para Pichón Riviere (1943), el ataque epiléptico es una conversión somática de carácter pregenital, para él el problema gira en torno a la agresividad como pulsión y a la forma en que esta busca expresión.

Fenichel (1945) en su célebre libro *teoría psicoanalítica de las neurosis*, dedica un apéndice del capítulo XIII destinado a las órgano-neurosis, para la comprensión de la epilepsia, en donde destaca que el síndrome parece depender e incluso ser detonado por factores psicológicos, considerando a los ataques epilépticos, como una forma de cortocircuito en el soma de lo que no se pudo tramitar psíquicamente.

Por otra parte Fenichel considera que existe una personalidad epiléptica, que clínicamente sería identificable porque presentan:

A. Una orientación general muy narcisista, un yo arcaico y dispuesto siempre a sustituir las relaciones objetales por identificaciones;

B. Pulsiones destructivas y sádicas muy intensas, que habían sido reprimidas durante largo tiempo y que encuentran en el ataque una descarga explosiva. La represión de las pulsiones destructivas es debida a un intenso temor al castigo.

Más recientemente Colás Sanjuan (2001) considera a la epilepsia como una conflictiva fusional y narcisista de los niños en su relación con sus madres, quienes fueron incapaces de sostenerlos narcisísticamente, para el autor también son importantes las fantasías agresivas y de muerte, vistas desde una perspectiva pregenital.

Es importante resaltar que todos los autores adjudican una importancia trascendental a los impulsos agresivos y de muerte en los pacientes epilépticos, así como la tendencia enfocarse en los aspectos narcisistas y pregenitales.

2.4 LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA

Según Maergetts (1950) el origen del término psicossomático se remonta a 1818 cuando Johann Heirroth, un psiquiatra alemán, lo utilizó para caracterizar al insomnio como producto de angustias emocionales, aunque no se le usó de manera formal en el ámbito médico sino hasta el siglo XX.

Sin embargo desde sus orígenes la medicina se ha debatido entre dos posturas contrapuestas, por un lado la visualización de la enfermedad como producto de una mera falla anatomofisiológica y por el otro como una reacción de la persona completa, es decir, incluyendo en la etiología al sujeto en todo su sentido, circunscribiendo su temperamento y su historia a la dinámica de la enfermedad. Ambas posturas se han disputado el centro de la investigación desde la antigua Grecia (Otero & Rodado, 2004) aunque no fue sino hasta 1922 que se introdujo formalmente el término de medicina psicossomática por Félix Deutsch, seguido de la obra de Dunbar (1935) "emotions and bodily changes", marcando ambos, de esta forma, una base firme para la consolidación del concepto.

Así pues, podemos afirmar que la medicina psicossomática es una disciplina joven, con algunas décadas de existencia, aunque el debate sobre los factores psicógenos en las enfermedades ha estado presente desde muy atrás en la historia general de la medicina (Ackerknecht, 2004) y en constante conflicto con la medicina mecánica.

Piaggio y Fischer (1978) dicen en su artículo *titulado las epilepsias, ¿enfermedades psicosomáticas?* Que:

Parecía un ideal de la medicina poder llegar a anular por completo lo denominado funcional, incluyéndolo dentro de lo orgánico. Con el transcurso de los años ocurrió el fenómeno contrario. En la actualidad, la medicina psíquica ha vuelto a retomar ampliamente todos sus fueros. Tanto es así que hoy la medicina psíquica amenaza seriamente todo el territorio de la medicina orgánica, para colocar esta última en un papel de subordinación parecida al que tiene el primer lugarteniente de un poderoso monarca. El psiquismo sería el monarca y el organismo su lugarteniente, no sólo en aspectos de la vida normal, sino también en lo que se refiere a enfermedades (p.82).

En los últimos tiempos han surgido visiones más integrativas, es decir, que dan su peso tanto a la parte orgánica, como a la parte psicológica y social, como el modelo biopsicosocial de Engel (1977) quien pensaba que en todos los fenómenos referentes a la salud influían factores biológicos, psicológicos y sociales y de este modo realizaba una crítica muy certera a la medicina mecánica, sin excluirla. Otro de los esfuerzos integrativos recientes, lo encontramos en el neuropsicoanálisis de Solms (2011), quien hace una crítica del uso exclusivamente psicológico para la comprensión del ser humano y reabre el debate sobre la relación mente – cerebro y la importancia de una conceptualización que comprenda las bases biológicas y psicológicas y no solo

una de ellas, basados en las nuevas tecnologías y conocimientos que las neurociencias abren para la comprensión del funcionamiento tanto a nivel mental como cerebral.

En los antecedentes a la concepción formal de la medicina psicosomática encontramos en el siglo XIX los trabajos de Sigmund Freud, quien a través de sus estudios sobre la histeria (1895) descubre la dinámica inconsciente en la mente de los sujetos y funda la teoría psicoanalítica, en donde los momentos biográficos del paciente pasan a primer plano y dan cuenta de los factores psicológicos en las afecciones corporales, ya sea a nivel de las psiconeurosis o de las neurosis actuales (estas últimas estarían más cerca de lo que hoy conocemos como psicosomático).

Dos países, Estados Unidos y Francia, se convertirían pronto en cuna de la medicina psicosomática. En Estados Unidos, la llamada escuela de Chicago, representada principalmente por Franz Alexander, quien tomando los perfiles elaborados por Dunbar, elaboró una constelación psicodinámica característica de las afecciones psicosomáticas (Ackerknecht, 2004). Sifneos, quien pertenece a esta misma escuela, introdujo el término alexitimia, con el cual describió la dificultad de los pacientes psicosomáticos para expresar verbalmente sus emociones.

Por su parte en Francia, un grupo de psicoanalistas, entre los que se encontraban: M'Uzan, C. David, M. Fain, entre otros y era encabezado por P.

Marty, establecerían las bases de la llamada escuela psicosomática de Paris, donde se realizaron importantes estudios y se elaboró una teoría sobre la organización psicosomática.

En la actualidad las aportaciones de Joyce Mc. Dougall (1991), Unlik (2000), Aisemberg (2005) y André Green (1986), han sumado importantes conceptos para la comprensión de dichas afecciones.

2.5 FREUD: HISTERIA CONVERSIVA Y NEUROSIS ACTUAL

Se ha mencionado ya que Freud no hablo directamente sobre el fenómeno psicosomático pero sin lugar a dudas su obra es inspiradora y punto de inicio de posteriores teorizaciones sobre el tema, y esto es así porque Freud destacó la interrelación que existe entre los factores psíquicos y biológicos.

Ya en “*estudios sobre la histeria*” (1895) Freud afirmaba que: “la suma de excitación no destinada a entrar en asociación psíquica halla, tanto más, la vía falsa hacia una inervación corporal”. En *Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos* Freud (1893) destaca la importancia de un evento en la biografía del sujeto, como producto de la histeria, marcando así el enlace del síntoma histérico con lo simbólico, dejando claro que hay una trasposición de lo psíquico en lo biológico por medio del mecanismo de defensa de conversión. Freud (1893) dice:

Hemos descubierto que en el histérico, simplemente, hay unas impresiones que no se despojaron de afecto y cuyo recuerdo ha permanecido vívido. Así llegamos a la conclusión de que estos recuerdos devenidos patógenos ocupan en el histérico una posición excepcional frente al desgaste, y la observación muestra que todas las ocasiones que han devenido causas de fenómenos histéricos son unos traumas psíquicos que no fueron abreaccionados por completo, no fueron por completo tramitados. Podemos decir entonces que el histérico padece de traumas psíquicos incompletamente abreaccionados. (p.35).

En la actualidad existen dos corrientes que basándose en los postulados freudianos tratan de explicar los síntomas psicósomáticos, por un lado, quienes utilizan la teoría de la conversión histérica para comprender y aplicarla a la psicósomática, como Groddeck (1923) y Chiozza (1976) y por el otro lado quienes basándose en el concepto freudiano del “spaltung” ven en el mecanismo de la disociación y en las conceptualizaciones de Freud sobre las neurosis actuales, el punto de anclaje para la comprensión de los síntomas somáticos, como Winnicott (1966) y Mc Dougall (1991).

Esto marca una diferencia importante en la forma de abordar el fenómeno psicósomático ya que en las neurosis actuales, existe una diferencia esencial con respecto de las psiconeurosis, mismas que marcara claramente Freud (1912) en Contribuciones para un debate sobre el onanismo donde dice:

Lo esencial de mis doctrinas sobre las neurosis actuales, esas doctrinas que formulé en su momento y hoy defiendo, estriba en la tesis, fundada en el experimento, de que sus síntomas no se pueden descomponer analíticamente como los psiconeuróticos. O sea que la constipación, el dolor de cabeza, la fatiga de los llamados «neurasténicos» no consienten su reconducción histórica o simbólica a vivencias eficientes, no se los puede comprender como unos compromisos de mociones pulsionales contrapuestas, al revés de lo que ocurre con los síntomas psiconeuróticos (que llegado el caso pueden parecer de idéntica naturaleza). (p. 258).

Esta diferencia entre las psiconeurosis y las neurosis actuales es la que funda la existencia de dos corrientes, inspiradas desde Freud, en la forma de interpretar los síntomas psicosomáticos.

2.5.1. LA CORRIENTE INSPIRADA EN LA HISTERIA CONVERSIVA

Para quienes utilizan el modelo de la conversión histérica, los fenómenos psicosomáticos tendrían una significación inconsciente que haría referencia a algún simbolismo que es expresado a través del cuerpo. Analistas de la escuela kleiniana, serían quienes más se abocan a esta concepción.

Chiozza (1976) dice que: “la elección del órgano a través del cual se expresa simbólicamente un determinado trastorno, se rige por los mismos principios que determinan la elección de cualquier otra representación”. (p.51)

Groddeck (1923) es sin lugar a dudas el precursor de esta corriente y uno de los más radicales en esta interpretación de lo psicosomático, y tomando de anclaje la conversión histeria, la vuelve el arquetipo de toda afección corporal.

En su famosa obra titulada “el libro del ello” Groddeck dice:

Lo llamativo en una embarazada es el vientre. ¿Qué opina usted de mi afirmación anterior de que también en el hombre hay que interpretar el abultamiento del vientre como signo de embarazo? Por supuesto que el hombre no tiene de hecho una criatura en su vientre. Pero su Ello se procura un vientre voluminoso comiendo, bebiendo, etcétera, por cuanto desea estar embarazado y, como consecuencia, acaba creyéndolo. Hay embarazos simbólicos. Tienen su origen en el inconsciente y pueden durar más o menos, pero desaparecen irremisiblemente en el momento en que se descubre el sentido simbólico de estos procesos inconscientes.

Esto no es nada fácil, pero se dan casos en que resulta, por ejemplo, cuando la causa del abultamiento del vientre es el aire, o tratándose de dolores como los del parto, localizados en la región lumbar, el vientre o la cabeza. En efecto, el Ello es tan particular que no tiene en cuenta las adquisiciones de la ciencia anatómico-fisiológica, sino que, de manera autosuficiente, reproduce el antiguo mito de Atenea naciendo de la cabeza de Zeus. Y yo soy lo suficientemente extravagante como para suponer que este mito, lo mismo que otros, es un producto del poder del inconsciente. La expresión estar preñado

de ideas tiene que tener unas raíces muy profundas en la psique humana y ser especialmente importante para el hombre, que ha hecho de ella un mito. (...) ¿Puedo provocarla a usted todavía un poco con afirmaciones aventuradas? ¿Me permite decirle que incluso síntomas secundarios, como son gravidez, náuseas, dolor de muelas, pueden tener, a veces, una base simbólica? ¿Qué hemorragias de toda suerte, ante todo, como es natural, las de la matriz cuando vienen a destiempo, pero también las de la nariz, ano, pulmones, están relacionadas con imágenes puerperales? ¿O que las famosas lombrices del intestino recto, que a más de uno molestan durante toda su vida, tienen, en más ocasiones de lo que estamos inclinados a creer, su origen en la asociación lombriz-niño, y que la molestia desaparece desde el momento en que se priva al verme del alimento que le ofrece el simbólico deseo? (p. 48 y 49).

En esta cita se puede ver el carácter simbólico que Groddeck le adjudica a una serie de enfermedades, desde la obesidad y la colitis, pasando por dolores de cabeza y sangrados de nariz, hasta hemorroides y lombrices intestinales. Línea que siguen quienes se suman a esta corriente.

2.5.2. LA CORRIENTE INSPIRADA EN LAS NEUROSIS ACTUALES

Por el otro lado se encuentran quienes tomando la diferenciación que realiza Freud entre psiconeurosis y neurosis actuales, entienden la enfermedad psicósomática como la expresión del inconsciente que nunca fue consciente, que no logró traducirse en pulsión y que hacen cortocircuito al soma. (Aisemberg, 2009) Se trata pues de una incapacidad en la simbolización y de un funcionamiento no psiconeurótico.

Son muchos más los autores que se encuentran en esta corriente, toda la escuela de Chicago y la de Paris, se inscriben en esta línea de pensamiento, sin embargo, para los fines del presente trabajo se expondrán, solo algunos autores emblemáticos, que dan cuenta de la visión de esta corriente.

Marty (1992) en su libro “psicósomática del adulto” dice que:

Las afecciones mencionadas [hace referencia a las migrañas, gastritis, colitis] no responden a las reglas de las histerias de conversión. De ninguna manera son objeto de erotizaciones. Generalmente no aportan soluciones a conflictos internos. No están sino apenas sostenidas por representaciones. No tienen significación simbólica. Proceden de mecanismos distintos de la represión: los de las desorganizaciones psíquicas o supresión de las representaciones, por ejemplo. Finalmente, su naturaleza generalmente es compleja desde el punto de vista funcional. Por lo tanto. Las considero solamente parientes lejanos de las conversiones histéricas (p. 72 y 73).

Ya no se trata aquí de simbolismo expresados a través del cuerpo, sino de tensiones emocionales, generalmente causadas por traumas, que hacen cortocircuito con el soma.

Esta idea lleva a la creación de los perfiles psicósomáticos, que realizaron especialmente Alexander y Dunbar, que Otero y Rodado (2004) expresaron muy atinadamente en su artículo “el enfoque psicoanalítico de la patología psicósomática” donde afirman que:

Alexander distingue las afecciones causadas por una hiperactividad del sistema nervioso simpático (sistema implicado en las relaciones motrices de lucha o huida) y aquellas motivadas por una hiperactividad del sistema parasimpático (implicado en estados de reposo motor y de asimilación energética). Esta clasificación se corresponde con dos categorías de conflicto psicológico (la tendencia hostil agresiva y la búsqueda de dependencia); ejemplo de la primera sería la hipertensión y el hipertiroidismo y, de la segunda, la úlcera gastroduodenal y el asma. La disfunción aparece cuando las emociones no pueden expresarse normalmente y la energía permanece encerrada dentro del organismo de forma crónica. (párr. 45)

La hipótesis de la tendencia hostil y la búsqueda de dependencia, permanece en la teoría contemporánea de las afecciones psicósomáticas, como parte de la dinámica de dichos sujetos.

Existe más o menos un consenso en el que la mayoría de los autores independientemente de su corriente teórica, como Mc Dougall, Liberman, Nasio,

Winnicott, Marty, Alexander, etc., que consideran que tres aspectos son fundamentales en los pacientes psicósomáticos: la simbiosis, la simbolización y el narcisismo.

2.6. APORTACIONES DESDE LA PSIQUIATRÍA A LO PSICOSOMÁTICO

La psiquiatría presenta un aporte desde lo descriptivo fenomenológico, en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM – IV) destina un apartado para los “trastornos somatomorfos” en los que se incluyen los siguientes trastornos:

1. Trastorno de somatización
2. Trastorno somatomorfo indiferenciado
3. Trastorno de conversión
4. Trastorno por dolor
5. Hipocondría
6. Trastorno dismórfico corporal
7. Trastorno somatomorfo no especificado

Los cuales se agrupan por considerarlos con características comunes, según el DSM IV dice:

La característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (de ahí el término somatomorfo) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de

una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia).

Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. A diferencia de lo que ocurre en los trastornos facticios y en la simulación, los síntomas físicos no son intencionados (p. ej., bajo control voluntario).

Los trastornos somatomorfos se diferencian de los factores psicológicos que afectan el estado físico por la ***ausencia de una enfermedad médica diagnosticable*** [el resaltado es nuestro] que pueda explicar por completo todos los síntomas físicos. La agrupación de estos trastornos en un único grupo está basada más en la utilidad (p. ej., la necesidad de excluir enfermedades médicas ocultas o etiologías inducidas por sustancias) que en las hipótesis sobre etiologías o mecanismos compartidos. Estos trastornos se observan con bastante frecuencia en los centros hospitalarios. (p. 457).

Se puede ver que la visión médico-psiquiátrica está enfocada en lo que estaría, en la mayoría de los casos, dentro de la categoría de síntomas histéricos, y no en la lesión de órgano propiamente dicha y su relación con lo mental.

2.7. EL FUNCIONAMIENTO PSÍQUICO

Freud (1900) pretendía “hacer comprensible la complicación del funcionamiento psíquico descomponiendo este funcionamiento y asignando cada función particular a las diversas partes del aparato”. Para comprender a que se refería Freud con “aparato psíquico” este lo comparo con los aparatos ópticos, los sistemas psíquicos corresponderían a los puntos virtuales del aparato, situados entre dos lentes, más que a sus piezas materiales.

Laplanche y Pontalís (1968) definen tópica como una “teoría o punto de vista que supone una diferenciación del aparato psíquico en cierto número de sistemas dotados de características o funciones diferentes y dispuestos en un determinado orden entre sí, lo que permite considerarlos metafóricamente como lugares psíquicos de los que es posible dar una representación espacial figurada”.

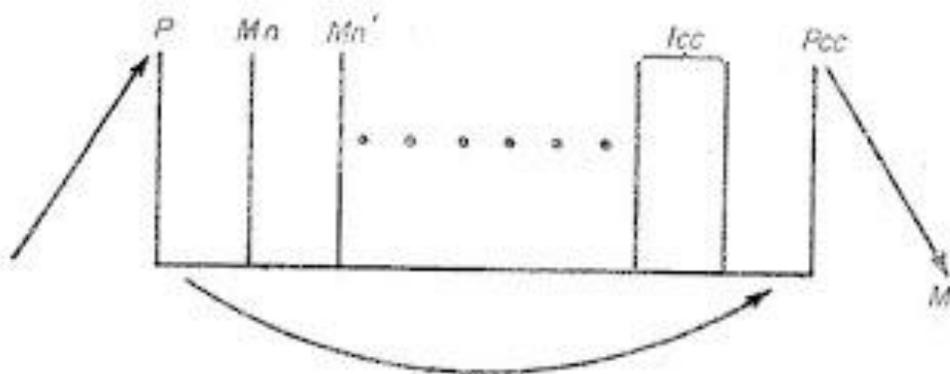
Se habla típicamente de dos tópicas feudianas, mismas que desarrollara Freud (1900, 1923) a partir de los descubrimientos que él mismo realizaba en la clínica con sus pacientes.

2.7.1. LA PRIMERA Y SEGUNDA TÓPICAS FREUDIANAS.

2.7.1.1 La primera tópica

El primer desarrollo para la comprensión y descripción del funcionamiento del aparato psíquico se sitúa en el período de las construcciones metapsicológicas que realizó Freud en el período comprendido entre 1900 y 1915. Las conceptualizaciones más importantes las podemos encontrar principalmente en dos documentos: primero en la carta 52 de Freud a Fliess y después en el capítulo VII del célebre libro de Freud: la interpretación de los sueños.

En ellos podemos encontrar la primera descripción metapsicológica freudiana sobre el aparato psíquico que podríamos resumir con el llamado esquema del peine, desarrollado por Freud



(figura 1)

En esta sencilla figura, Freud esquematiza la complejidad de un aparato psíquico que inicia en el polo de la Percepción (P) y concluye en el polo de la Motricidad (M) a través de las barreras de la represión, a través de las huellas mnémicas (Mn), el Inconsciente (ICC) y el Preconsciente (Pcc) para terminar, el acto (motricidad, palabra) consciente, es decir: en la consciencia.

El eje fundamental que intenta explicarnos Freud bajo dicho esquema es el de que

Nuestra cotidiana experiencia personal nos muestra ocurrencias cuyo origen desconocemos y resultados de procesos mentales cuya elaboración ignoramos. Todos éstos actos conscientes resultarán faltos de sentido y coherencia si mantenemos la teoría de que la totalidad de nuestros actos psíquicos ha de sernos dada a conocer por nuestra consciencia y, en cambio, quedarán ordenados dentro de un conjunto coherente e inteligible si interpolamos entre ellos los actos inconscientes deducidos. (ibíd.)

Es decir la existencia del Inconsciente y su dinámica, representada en actos progresivos y regresivos, instaurada bajo la lógica de la represión, que

En sentido tópico (...) dentro del marco de su primera teoría del aparato psíquico; está constituido por contenidos reprimidos, a los que ha sido rehusado el acceso al sistema preconsciente-consciente* por la acción de la represión* (represión originaria* y represión con posterioridad*).

Los caracteres esenciales del inconsciente como sistema (o *lcs*) pueden resumirse del siguiente modo:

a) sus «contenidos» son «representantes»* de las pulsiones;

b) estos contenidos están regidos por los mecanismos específicos del proceso primario*, especialmente la condensación* y el desplazamiento*;

c) fuertemente catectizados de energía pulsional, buscan retomar a la conciencia y a la acción (retomo de lo reprimido*); pero sólo pueden encontrar acceso al sistema Pcs-Cs en la formación de compromiso*, después de haber sido sometidos a las deformaciones de la censura*;

d) son especialmente los deseos infantiles los que experimentan una fijación* en el inconsciente. (Laplanche y Pontalis, 1968, p. 193)

Por su parte la conciencia sería esa “cualidad momentánea que caracteriza las percepciones externas e internas dentro del conjunto de los fenómenos psíquicos.” (Laplanche y Pontalis, 1968, p. 71) y que topicamente se sitúa en la periferia del aparato psíquico, recibiendo a la vez las informaciones del mundo exterior y las provenientes del interior, a saber, las sensaciones pertenecientes a la serie placer-displacer y las reviviscencias mnémicas. Con frecuencia Freud relaciona la función percepción-conciencia con el sistema preconscious, que entonces recibe el nombre de sistema preconscious-consciente (*Pcs-Cs*).

De esta manera podemos encontrar como bajo la primera tópica queda definido el aparato psíquico como esa relación intersistémica entre lo inconsciente, lo preconscious y lo consciente, que se encontrarían ordenados bajo la lógica de la represión.

2.7.1.2 La segunda tópica

Conforme Freud continuó con sus descubrimientos, encontró ciertos elementos que le llevaron, no a abandonar su primera representación del funcionamiento psíquico, sino más bien a complejizarla y completarla.

Si en la primera tópica, el aparato psíquico estaba definido por las tres instancias: inconsciente, preconscious, consciente, cada uno con sus características inherentes; ahora Freud (1923) agregaría tres elementos que entrarían en escena: El Yo, el Ello y el Super yo.



(Figura 2)

Los tres elementos que ahora entran en juego traerán cambios importantes en la manera de entender el aparato psíquico. En la primera tópica la palabra inconsciente es utilizada básicamente como adjetivo ya que éste califica los contenidos propios de dicho sistema, mientras que en la segunda tópica la palabra adviene como adjetivo, es decir, el inconsciente no es ya aquí lo propio de una instancia particular, sino que califica ahora a una parte del Yo y del Superyo y a el Ello, como tal. En esta segunda tópica, el Ello viene a asumir,

lo que en la primera tónica se representaría por el sistema inconsciente; mientras que la diferenciación entre el preconscious y el inconsciente, ya no es una distinción intersistémica, pero si se mantiene una distinción, ahora en el orden intrasistémico. (Laplanche & Pontalis, 1968).

Se conoce pues a la segunda tónica como el modelo estructural, ya que lo que va a definir a esta nueva concepción metapsicológica son las tres estructuras mentales:

El ello constituye el polo pulsional de la personalidad; sus contenidos, expresión psíquica de las pulsiones, son inconscientes, en parte hereditarios e innatos, en parte reprimidos y adquiridos. Desde el punto de vista económico, el ello es para Freud el reservorio primario de la energía psíquica; desde el punto de vista dinámico, entra en conflicto con el yo y el superyó. (Laplanche & Pontalis, 1968)

El Yo. Contrariamente al Ello, que representa el enigmático universo de las pasiones, el Yo es la instancia del aparato psíquico que encarna el mundo de la razón y la reflexión. Desde el punto de vista *tópico*, el yo se encuentra en una relación de dependencia, tanto respecto a las reivindicaciones del ello como a los imperativos del superyó y a las exigencias de la realidad. Aunque se presenta como mediador, encargado de los intereses de la totalidad de la persona, su autonomía es puramente relativa. Desde el punto de vista *dinámico*, el yo representa eminentemente, en el conflicto neurótico, el polo defensivo de la

personalidad; pone en marcha una serie de mecanismos de defensa, motivados por la percepción de un afecto displacentero (señal de angustia). (Freud, 1923)

Por último encontramos al Superyo la instancia del aparato psíquico en la que se ubican las prescripciones e ideales culturales de los pueblos y de la humanidad en general. Se trata de una estructura global que implica tres importantes funciones: la autoobservación, la conciencia moral y la formación de ideales. Su actuación es comparable a la de un juez o censor, reclamando en todo momento para sí la atención, el sacrificio y la sumisión del yo individual.

Un factor importante a recalcar en este cambio fue señalado por Basabe (1979), quien hace notar que los cambios metapsicológicos fueron impulsados, por algunos hallazgos procedentes de la clínica psicoanalítica, como, por ejemplo, los mecanismos inconscientes de defensa. Así como por la realidad del narcisismo, que, descubriendo la importancia de las identificaciones en la constitución de la personalidad y revelando la posibilidad real de “una auto-inversión libidinal, obliga a un replanteamiento de la sistemática estructural y relacional del aparato mental” (p. 49). Justamente una de las razones, que después llevaron a Zuckerfeld a plantear la tercera tópica son los hallazgos freudianos que no fueron representados en ninguna de sus topicas como se verá en el siguiente apartado 2.7.2.

2.7.2. LA TERCERA TÓPICA

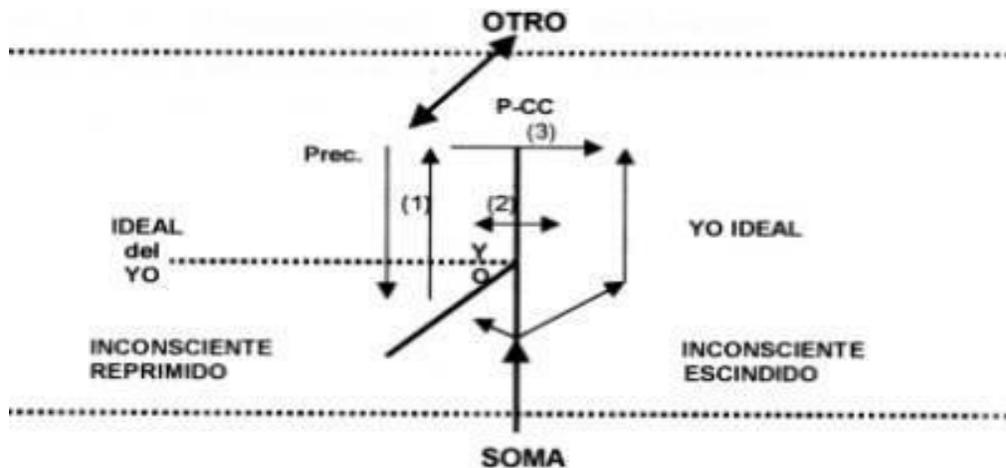
Se concibe por tercera tópica al modelo del aparato psíquico, entendido como la construcción del psiquismo entre soma y otro, caracterizado por la introducción en la segunda tópica freudiana de la escisión como mecanismo universal y estructurante que permite la coexistencia universal de dos grandes modos de funcionamiento (Zuckerfeld y Zuckerfeld, 1999; 2001).

Zuckerfeld (1990; 1996) presenta sus formulaciones acerca de la tercera tópica, en el VII Simposio de la AEAPG de 1990 y en Ámsterdam en el XXXIII Congreso Internacional de Psicoanálisis, IPA en 1996. Como vemos en la definición arriba expresada para Zuckerfeld lo que caracteriza a la tercera tópica es la función estructurante del mecanismo de escisión, es decir, la escisión más allá de como mecanismo de defensa. Para Zuckerfeld (2001).

“Esta *Spaltung* es representada tópicamente (véase figura 1) como barra vertical perpendicular a la barra horizontal que desde la segunda tópica representa a la represión y junto con ella ordena el encuentro entre dos exigencias de trabajo, una de carácter biológico y otra de orden intersubjetivo. Desde el punto de vista económico se diferencian: a) los mecanismos de carga y descarga que corresponden a huellas activables pero no evocables, correspondientes a las magnitudes no procesables de efecto traumático originadas en las dos fuentes citadas, b) las cargas que por ligadura serán captadas por la representación de cosa y la de palabra descritas por Freud.

Desde el punto de vista dinámico se describen en este modelo tres dinamismos: 1) el de la represión y sus procesos de investidura y desinvestidura, progresivos y regresivos propios del conflicto (movimiento “vertical”), 2) el de la escisión que determina predominios en P-CC de procesos o descargas (movimiento de vaivén horizontal o barrido), 3) el de la vinculación que pone en relación los procesos (a) con las descargas (b), constituyendo *procesos terciarios*. * Desde el punto de vista tópico se describe un espacio de producción intersubjetiva con sus diferenciaciones e instancias constituyendo una estructura edípica conflictiva donde se encuentra el ideal del yo, y otro espacio donde se asienta el yo ideal como parte de una estructura narcisista nirvánica.

De esta manera, el aparato psíquico final del año 1933 pasa a ser un modo –también universal- de funcionamiento psíquico que coexiste con otro que corresponde a lo *inconsciente escindido*. Esta última noción constituye el núcleo duro de la tercera tópica”.



(Figura 3)

La escisión como mecanismo estructurante nos llevaría a hablar de dos grandes tipos de inconsciente que Zuckerfeld (1990) denomina inconsciente reprimido, al inconsciente “clásico” freudiano, producto de la represión e inconsciente escindido, el inconsciente de lo irrepresentable.

En la historia del psicoanálisis han habido numerosas menciones a lo que entendemos como inconsciente escindido y sus producciones. Ya en Freud, en el “núcleo actual” de las psiconeurosis y en “la obsesión de repetición [que] reproduce sucesos del pasado que [...] no entran en la zona de los impulsos eróticos reprimidos”, y posteriormente los elementos y pantalla beta como aglomeración no integrada y el “terror sin nombre” en Bion, el terror al derrumbe como signo-huella que no pudo simbolizarse en Winnicott, lo Real como fuera del lenguaje e inadmisibles a la simbolización en Lacan, lo originario y el pictograma en Aulagnier, el teatro de lo imposible y la histeria arcaica en McDougall, la escisión esencial en De M'Uzan, los dinamismos paralelos en Marty, lo no representable en Missenard, lo ignoto e incognoscible en Rosolato, lo arcaico y la negatividad radical en Kaës, el inconsciente ante-represión de Rousillon, la delegación de lo no figurable en Botella, la idea de lo “prepsíquico”, el trabajo de lo negativo y los desarrollos sobre la escisión en Green, el lugar del doble inmortal en Aragonés, el inconsciente originario y las memorias procedimentales en Bleichmar.

Esta lista no pretende ser exhaustiva ni estricta pero alude a las diversas consideraciones en la literatura psicoanalítica acerca de lo que está funcionando en un orden no representacional. En este sentido creemos que el término “escindido” es el que mejor da

cuenta de nuestra conceptualización por tres motivos: a) jerarquiza el mecanismo de escisión como separación originaria, global y persistente; b) enfatiza su dimensión estructural, que a nuestro modo de ver sigue en la trayectoria freudiana el mismo recorrido de la represión que primero fue una defensa histérica y luego un mecanismo universal; c) lo desvincula de cualquier énfasis en lo infantil o en lo patológico, ya que se trata de un sistema constitutivo y permanente.” (Zuckerfeld y Zuckerfeld, 2001).

Por su parte, El término *tercera tópica* como tal fue utilizado por Green (1975), Marucco (1978,1980,1998), Raggio (1989) y Merea (1984,1994, 2003), por autores winnicottianos (v.g. Accioly Lins, 1994) y aquellos vinculados con la psicósomática (v.g. Rappoport de Aisemberg, 2001).

Como se ha dicho al inicio del presente apartado, Freud desarrolló sus dos tópicos, basado en los descubrimientos clínicos de su práctica, sin embargo, algunas de las observaciones y descripciones que realizó el propio Freud no encontraron un espacio dentro de su metapsicología, es decir, no fueron integradas en ninguna de las dos tópicos.

Conviene tener en cuenta que previamente al desarrollo de la primera tópica existen algunos indicadores clínicos que provienen de las neurosis actuales que no adquieren estatus metapsicológico, como las psiconeurosis de defensa que se explican perfectamente con las categorías de este primer modelo. Existen además en la obra freudiana numerosos avances teóricos, entre la presentación de la primera y la segunda tópica, y con posterioridad a esta última, que no tuvieron una integración coherente en los modelos, como los conceptos de doble elección objetal y la dinámica del Ideal, los

fenómenos vinculados con el doble y lo siniestro y, fundamentalmente, la noción de escisión del yo. Esta última noción, desarrollada en un trabajo inconcluso de 1938 y en el *Compendio de psicoanálisis* (1938), es diferente de otras *Spaltungen* freudianas y posfreudianas. Obsérvese incluso que el aparato psíquico que Freud describe en 1933, no da cuenta del fetichismo presentado en 1927, y que el concepto de escisión del yo que lo caracteriza no tiene cabida en el modelo final integrativo de 1933. (Zuckerfeld, 2001)

Las implicaciones de la tercera tópica son diversas a nivel metapsicológico, por lo que para poder comprender su alcance, fundamentos y corolarios Zuckerfeld (1991) lo sustenta en cuatro conceptos fundamentales.

a) La noción de **heterogeneidad del inconsciente**: existen varios funcionamientos u operatorias con características diferentes de modo que no es posible hablar de *un* inconsciente homogéneo. En este sentido, la noción de modularidad (Bleichmar, 2001) ejemplifica bien lo antedicho.

b) La noción de **coexistencia**: los distintos funcionamientos se dan simultáneamente y las producciones finales incluyen siempre aspectos variables de los mismos.

c) La noción de **correspondencia**: los funcionamientos que se describen intentan estar acordes con las investigaciones sobre las memorias y las emociones y con los desarrollos de las disciplinas de la subjetividad.

d) La noción de **recursividad**: los funcionamientos se describen de acuerdo con el paradigma de la complejidad, donde se cuestionan los determinismos lineales causa-efecto.

Como vemos la tercera tónica posee un pilar fundamental: la heterogeneidad del inconsciente, lo que nos permite hablar, a grosso modo, de un doble funcionamiento psíquico, lo que, en palabras del mismo Zuckerfeld (2004) podría parecer reduccionista, “Sin embargo, a partir de establecer dos grandes “géneros” se alude a la coexistencia de muchas “familias” de procesos y a una cantidad innumerable de “especies” producto de la combinatoria de esas “familias”. Esto quiere decir que una determinada manifestación clínica de un sujeto en un contexto histórico y ambiental determinado (“especie”) es parte de “familias” (formaciones clínicas, rasgos subjetivos, sistemas motivacionales) que por definición comparten predomios variables o cristalizados de los dos modos (“géneros”) de funcionamiento psíquico.”

En resumen, la tercera tónica es una nueva propuesta metapsicológica, que busca integrar conceptos fundamentales freudianos, que no fueron integradas en ninguna de las propuestas metapsicológicas de Freud y no encontraron un espacio en ninguna de sus dos tónicas, a la par, dicha propuesta surge de la clínica y se ofrece como un “modelo teórico que permita articular la metapsicología y la clínica psicoanalítica tanto con los avances de las neurociencias como con los desarrollos de las disciplinas de la subjetividad” (Zuckerfeld, 2001).

2.8 LA TEORÍA DEL TRAUMA EN PSICOANÁLISIS.

La teoría del trauma tiene un largo desarrollo en la teoría psicoanalítica, el propio Freud (1895) se encargó de ella desde el inicio, y fue realizando modificaciones constantes a lo largo que formulaba su teoría sobre las psiconeurosis, dicho proceso de construcción teórica le llevó a realizar diversos cambios en la forma de entender el trauma. (1897, 1915, 1920, 1926) Llevándolo primero de la reducción de su importancia, por la primacía de las fantasías y la seducción a retomar su importancia en las llamadas neurosis de accidentes y más especialmente en las neurosis de guerra, donde la compulsión a la repetición toman importancia.

“El conjunto de fenómenos clínicos en los que Freud ve actuar esta compulsión, pone en evidencia que el principio de placer, para poder funcionar, exige que se cumplan determinadas condiciones, que son abolidas por la acción del traumatismo, en la medida en que éste no es una simple perturbación de la economía libidinal, sino que viene a menazar más radicalmente la integridad del sujeto” (Laplanche & Pontalis, 1968, p.451)

Es en estas últimas concepciones de Freud, en las que retomamos la importancia del trauma para la constitución del sujeto psíquico y su malestar.

El desarrollo de la teoría del trauma en psicoanálisis ha proseguido por diversos autores posfreudianos, de los cuales abordaremos brevemente a tres

de ellos (Ferenczi, Winnicott y Green) que son fundamentales para lo comprensión de la visión del trauma que aborda el presente trabajo.

2.8.1 EL TRAUMA: LOS APORTES TEÓRICOS DE FERENCZI.

Uno de los principales aspectos a resaltar en la teoría del trauma que desarrollo Ferenczi a lo largo de su trabajo, es que los eventos traumáticos pueden interrumpir el desarrollo de las presentaciones mentales (Ferenczi, 1949). Lo que este autor notó prontamente es que algunos eventos traumáticos no tendrían nada que ver con la represión, quedarían fuera de su lógica, ya que se produce una escisión en la personalidad.

“La reacción que da lugar al trauma es la ruptura con la realidad, lo que resulta en la autodestrucción de la conciencia. Se produce una interrupción del pensamiento y la percepción, paralizando las funciones de la psique, y las impresiones en cuestión no se registran, incluso a nivel inconsciente. En consecuencia, no habrá forma de recordar lo que sucedió. El aparato psíquico no almacena ninguna de estas impresiones traumáticas. El resultado es una "división en la personalidad", que los ubica pretraumáticamente, negando que haya sucedido algo, y la actitud del adulto que finge que no ha sucedido nada obliga al sujeto a olvidar, evitando cualquier posibilidad de trabajar. Y posibilitando la desmentida. Como no se ha registrado nada, de modo que no haya posibilidad de recordar o de adherir material a la conciencia, lo que está involucrado no tiene nada que ver con la represión. (Peláez, 2009, p. 1220)

La consecuencia de esto es la incapacidad de recordar: el no registro, es decir la inexistencia de la huella mnémica del evento traumático y por lo tanto quedando en un registro que no es del orden de la represión.

Esto generalmente implica un trauma sufrido en la primera infancia, que nunca se ha experimentado conscientemente y, por lo tanto, no se puede recordar. Presenta el trauma como una conmoción cerebral, produciendo una división en la personalidad. Para ilustrar esta división, utiliza una serie completa de imágenes: separación de una parte muerta, asesinada por la violencia del choque, lo que permite al resto vivir una vida normal, pero falta parte de la personalidad y fuera de alcance, como una especie de quiste dentro de la personalidad; o divisiones múltiples bajo el efecto de choques repetidos que pueden ir tan lejos como la atomización: los fragmentos de personalidad para presentar un área de superficie más grande al choque. (Dupont, 1998, p.235)

Vemos que el factor de la primera infancia y lo que nunca ha sido experimentado conscientemente, está involucrado en la teoría del trauma de Ferenczi resaltando así la importancia de un abordaje distinto.

En lo que respecta a la primera infancia Ferenczi (1985) considera que “los niños víctimas de la pasión del adulto (sexual y/o agresiva) o de su rechazo ponen en marcha un proceso de disociación,” es de resaltar como Ferenczi incluye el rechazo como un evento traumático de la primera infancia, la no investidura sería un factor donde puede originarse el trauma cuando los sujetos han detectado los signos conscientes o inconscientes de aversión o impaciencia

de parte de los padres, generando en ellos una fuerte tendencia a enfermar somaticamente. (Ferenczi, 1929)

En lo que respecta al abordaje con estos pacientes Ferenczi (1985) pensaba que los efectos de lo traumático, solo podrian alcanzarse en el análisis a través del revivir, ya que la escisión evita que estos puedan ser pensados y por ende no hay acceso a los mismos por via de los elementos clásicos del análisis para su elaboración.

2.8.2 EL TRAUMA: LOS APORTES TEÓRICOS DE WINNICOTT.

Winnicott va a acercarse a su teorizacion sobre los eventos traumaticos en la primera infancia de una forma muy similar a la de Ferenczi, de igual manera piensa que los eventos traumaticos que ocurren en los momentos mas tempranos del desarrollo del sujeto no quedan registrados como experiencia, sino que estas quedaran congeladas, a la espera de un evento que posibilite su reedicion. (Nemirovsky, 2005).

Para Winnicott lo traumático estará relacionado con sus ideas sobre la “linea de desarrollo” que va de la dependencia absoluta del objeto maternante, hasta la relativa independencia, por lo que las fallas ambientales, producidas por el objeto maternante, que sean intensas y cronicas, ya sea por ausencia, intrusion o abuso, devendran en la interrupcion del desarrollo, es decir, las fallas

ambientales del objeto maternante serian fallas potencialmente traumaticas.
(ibíd.)

Encontramos igualmente similitudes con Ferenczi en cuanto al quehacer del analista en el consultorio, ya que si el evento traumatico no puede ser rememorado por el paciente este entonces

tiene necesidad de recordar su locura original, pero ocurre que ésta corresponde a una etapa muy temprana, antes de que se hubieran organizado en el yo, los procesos intelectuales capaces de abstraer las experiencias catalogadas y presentarlas a la memoria conciente para su uso. La locura, sólo puede ser recordada reviviéndola (...) la finalidad del paciente es enloquecer dentro del encuadre analítico, que es lo más próximo al recordar. (...) el derrumbe temido ya se produjo. Lo que se conoce como la enfermedad (actual) del paciente, es un sistema de defensas organizado, en relación con ese derrumbe pasado. (Winnicott, 1965a, p.xx)

Pero este revivir de la locura por parte del paciente, requiere de dos factores fundamentales e indispensables, el primero de ellos es que el analista debe encontrarse lo suficientemente analizado para que se encuentre en una actitud que posibilite la revivencia sin que ésta resulte retraumática, la segunda es que esta actitud y comportamiento del analista deben permitir al paciente encontrar un ambiente de "holding" que posibilite la confianza del paciente en su analista y que este acepte esta transferencia de carácter fusional. El analista tendrá que fallar en algun momento y es ahí donde a diferencia del evento traumático, el encuadre analítico y la actitud del analista darán al paciente la

oportunidad de vivir - revivir, el trauma original y solo en este momento es que se generarán las condiciones propicias para la edición de estructuras psicicas, que hasta ese momento se habian mantenido congeladas (Nemirovsky, 1999).

2.8.3 EL TRAUMA: LOS APORTES TEÓRICOS DE GREEN

Si bien Green no realizó una teorización sobre el concepto de trauma, si lo enlazó con algunos otros factores importantes en su obra, particularmente con la pulsión de muerte, que para Green es desobjetalizante, tiende al cero (principio de nirvana) y es manifestación de la agresividad. Otros de los conceptos fundamentales de Green, que se articulan con su visión del trauma son: el trabajo de lo negativo, el narcisismo y la importancia del objeto en la constitución del Yo.

Estas conceptualizaciones llevan a Green a pensar el trauma como algo que no ocurrió a causa de una ausencia de respuesta de parte de la madre/objeto (Green, 1994) es el trauma negativo, donde lo que existe es el no-objeto.

Articulando este concepto del trauma negativo con el narcisismo de muerte Green (1986) conceptualiza la investidura negativa la “existencia de una estructura narcisista negativa, caracterizada por la valorización de un estado de no ser”

Por último Green vinculará esta conceptualización con el conflicto pérdida-intrusión, que sería una cualidad más importante que lo bueno-malo del objeto.

CAPÍTULO III

MÉTODO

La presente investigación analiza en profundidad el funcionamiento psíquico en una paciente que presenta tanto pseudocrisis como crisis epilépticas detectables en el electroencefalograma, teniendo como objetivos identificar los distintos niveles de funcionamiento psíquico y su prevalencia en la economía psíquica así como analizar la relación de coexistencia sin hegemonía de dos funcionamientos psíquicos en la paciente; a través del análisis del discurso y de la transferencia de la paciente en las sesiones analíticas, interpretando así sus percepciones, su cosmovisión del mundo, sus patrones relacionales, síntomas, carácter, mecanismos de defensa, afectos, fortalezas y debilidades yoicas, lapsus, sueños y su dinamismo mental, es decir, su mundo subjetivo intrapsíquico e interpersonal.

3.1. DISEÑO

Para abordar el tema del doble funcionamiento psíquico y su entramado en la epilepsia fármacorresistente se utilizó como enfoque la metodología psicoanalítica, por ser la propia para el estudio del sujeto del inconsciente. Bajo el tipo de investigación clínica (Bleger, 1971) a través de un estudio de caso único.

Freud (1922, p.2661) definió al psicoanálisis como:

“un método para la investigación de procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías, un método terapéutico de perturbaciones basado en tal investigación, y una serie de conocimientos psicológicos así adquiridos, que van constituyendo paulatinamente una nueva disciplina científica”.

Partiendo de esta definición establecemos que el psicoanálisis posee su propia epistemología y su propia metodología para el estudio de procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías en donde ni la metodología cualitativa, ni la metodología cuantitativa/positivista alcanzan para investigar, explorar y concluir, sobre dichos procesos. Ya que no estamos trabajando solo con el discurso consciente del sujeto y mucho menos con hechos observables y medibles, sino que trabajamos con la relación paciente – terapeuta como método para la cognición del inconsciente: lo sabido no pensado (Bollas, 1987), lo que se actúa en lugar de conocerse, lo que desconocemos de nosotros mismos.

Como menciona Sánchez Domínguez (2016, p.1) citando a Lacan, Miller y Freud el psicoanálisis se encuentra en el terreno de la investigación “en donde se encuentra”:

“Lacan (1964), señaló que en el ámbito de la investigación existen dos dominios perfectamente deslindables: el dominio de donde se busca y el dominio de donde se encuentra (Miller, 2011), el psicoanálisis se ubica en los terrenos del *encuentro* con un saber que no se sabe, es decir, con algo que pertenece para un sujeto sometido a análisis al orden de lo reprimido (Freud, 1915)”.

Es justamente en este orden desde donde esta investigación parte, del encuentro con un saber que no se sabe para el sujeto, donde su proceso racional-consciente tiene un límite para su expresión, y por ende, donde el análisis del discurso clásico de la metodología cualitativa resulta insuficiente.

Por otro lado, al ser nuestra unidad de análisis una persona, se torna indispensable y necesario analizarla en su totalidad, como ser, sumergiéndonos en la profundidad de su realidad psíquica. In crustándonos en terrenos de lo incuantificable, pero donde como dice Castoriadis (1992) “lo que no se deja calcular, se deja, sin embargo, pensar”.

Situándonos así en lo que Zukerfeld (2009) llamaría el terreno de la sorpresa freudiana, “donde como señala Ahumada (2006) tenemos ciertas creencias “[...] hasta que una sorpresa rompe el hábito”.

3.2. PARTICIPANTES

Se trata de un caso único, por resultar un caso paradigmático, para el estudio del funcionamiento psíquico. La participante es una mujer joven, que para efectos prácticos será llamada “Teresa”, que inicia tratamiento psicoanalítico a la edad de 21 años, referida por el neurólogo con un diagnóstico de una lesión cerebral en el lóbulo temporal que genera crisis epilépticas, así como

pseudocrisis epilépticas que no corresponden con la lesión y no figuran en el EEG.

3.3. INSTRUMENTOS

Para la realización de este estudio se optó por el estudio de caso único, instrumento clásico de las investigaciones de corte psicoanalítico. Ya que en la indagación e investigación de los fenómenos psíquicos, la construcción de caso resulta fundamental en la metodología psicoanalítica y en la cualitativa por que resalta un par de aspectos fundamentales en este tipo de investigación, como menciona Martínez Rodríguez (2011):

“Dos aspectos importantes en el estudio de casos son: uno, que no parte de hipótesis ni de concepciones preestablecidas, sino que se generan conforme se recolectan y analizan los datos; dos, que intenta integrar teoría y práctica, ya que se elige un caso o casos significativos que permitan desde la realidad elaborar una teoría o teorías” (p.31).

Correspondiendo por lo tanto al procedimiento de la presente investigación y a los objetivos de la misma, que a partir de un solo caso paradigmático permite que desde la realidad del sujeto se elabore una teoría para la comprensión tanto de la epilepsia como del funcionamiento mental de los seres humanos, como clásicamente se ha hecho desde el psicoanálisis.

Los estudios de caso paradigmáticos, según Flyvbjerg (2003) son casos que exhiben de modo ejemplar o prototípico ciertas características o atributos de un grupo, de una población o de una sociedad. Se distinguen de los casos típicos porque no se limitan a compartir determinados rasgos o características con otros casos de la misma clase, sino que los exhiben en forma resaltada y como en relieve. Se presentan, por lo tanto, como verdaderos paradigmas de cierto universo de casos.

Por lo tanto, esta metodología (psicoanalítica) e instrumento (estudio de caso único paradigmático) nos permiten hacer una “generalización analítica”, como afirma Yin (2003) esta generalización, a partir de un estudio de caso, nos permite la expansión a otros casos de un teoría o de un modelo que ha permitido analizar exitosamente un caso concreto. Es decir, se trata de generalizar teorías y no de enumerar frecuencias, lo que se generaliza es el modelo teórico que ha conducido exitosamente a esos resultados y que se supone conducirán a resultados análogos, que no idénticos en otros casos.

Esto es justamente lo que se ha venido realizando en la investigación psicoanalítica a través de sus estudios de caso, desde Freud, donde a través de esta vía se gana un saber psíquico del orden de lo singular que posibilita otorgar a un hecho cualquiera una dimensión subjetiva y a través de ello ir descubriendo, desarrollando, elaborando y reconstruyendo aspectos y vicisitudes de la subjetividad humana (De la Mora, 2005). Es decir que desde lo singular nos permite aportar a lo general a través de construcciones metapsicológicas.

Es así como Freud (1905) con el “Caso Dora” teoriza la transferencia y sus vicisitudes, después (1909) con el caso del “hombre de las ratas” teoriza sobre las neurosis obsesivas, continua su trabajo en (1918) con “el hombre de los lobos” profundiza sobre la transferencia, la neurosis infantil, las obsesiones y la homosexualidad. Freud no ha sido el único que ha utilizado este método, Klein (1961) en su relato del psicoanálisis de un niño, hace lo propio con “Richard” para ampliar la teoría en su particularidad de análisis de niños y Lacan (1932) con su tesis de la psicosis paranoica y su relación con la personal, se basa en el “caso Aime” para teorizar sobre las psicosis, la lista de estudios de caso que nos han permitido hacer generalizaciones analíticas es enorme y muestran la importancia de este tipos de estudios en psicología.

De igual manera, es transcendental mencionar la importancia de los estudios de caso único y su actual uso (que además sigue en aumento) tanto en áreas legales como en el tratamiento clínico (Vasilachis et al, 2006).

3.4. PROCEDIMIENTO

Se realizó el tratamiento psicoanalítico de la paciente durante 3 años con una frecuencia de 3 sesiones semanales, una vez interrumpido el tratamiento, se recurre a la operacionalización de las variables que aportan los nuevos conocimientos en psicósomática y los nuevos constructos metapsicológicos sobre el funcionamiento de la mente, para ahora volver a la

viñeta clínica y reconstruir a partir del discurso plasmado a la comparación de dicho discurso con las variables operacionalizadas, para de esta forma comprender y enlazar los factores psíquicos presentes en las crisis y pseudocrisis a la par que se desdoblaron aportes teóricos metapsicológicos para la comprensión del funcionamiento mental.

3.5. ÉTICA

Se obtuvo el consentimiento informado de la participante, siguiendo las recomendaciones sobre ética en investigación en seres humanos establecidos en la declaración de Helsinki por la Asociación Médica Mundial (2013) y tomando en cuenta las recomendaciones hechas por la Sociedad Mexicana de Psicología (2010), especificando que la confidencialidad y la identidad de la participante sería respetada, las entrevistas y sesiones, quedarían siempre bajo resguardo del investigador. Con fines de cuidar la identidad de los participantes y conservar el secreto profesional se utilizaron nombres ficticios y de esta manera proteger su confidencialidad.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO FICHA DESCRIPTIVA

- **Nombre:** “Teresa”
- **Edad:** 21 años.
- **Sexo:** Femenino.
- **Lugar de nacimiento:** Estado del sur de México.
- **Religión:** Católica.
- **Escolaridad:** Licenciatura.
- **Referida por:** Neurólogo.

4.2. HISTORIA CLÍNICA

Teresa acude a psicoterapia recomendada por un compañero. Cuando llega a la consulta acababa de abandonar un “psicoanálisis” en el que estuvo por alrededor de 5 meses, mismo que abandonó por sentir que habían invadido su espacio, (como se pudo ver sesiones más adelante) ya que el terapeuta recibía en ocasiones a los padres de la paciente en su consulta para tratar temas sobre la forma de relacionarse con su hija y con intenciones de recomendar tratamiento para la mamá de la paciente.

Refiere como motivo de consulta que sus médicos le han comentado que tiene una depresión y “problemas de conversión epiléptica”. Al momento de iniciar

las entrevistas la paciente sostenía a la par consultas con el neurólogo, (quien la refirió con el psiquiatra por considerar que, a pesar de que existe una lesión cerebral, “las crisis” actuales son en su mayoría “convulsivas”) el psiquiatra y una psicoterapeuta familiar. A los dos últimos los abandonó poco después de iniciado el tratamiento conmigo. Al primero argumentando que estaba sobre medicada y esto le estaba ocasionando que le salieran moretones, que aparentemente confirmó la dermatóloga como causa de los mismos, además de que se sentía muy dopada y con muchos “efectos secundarios” que ella adjudicaba a los medicamentos; a la segunda la abandonó ya que sentía que con ella estaba “tres contra uno”, es decir, Teresa sentía que la psicoterapeuta se había aliado con la hermana y la mamá y la atacaba durante las sesiones de terapia familiar.

Teresa es una joven de 21 años, estudiante del último semestre de psicología. Originaria de un estado del sur del país, es la menor de un matrimonio con dos hijas. Su madre ha estado ausente emocionalmente desde que Teresa nació. Teresa creció en la casa de los abuelos maternos, donde vivió junto con su madre y su hermana hasta los 8 años aproximadamente, sin embargo, estaba a cargo de su niñera y no recuerda casi nada sobre esta etapa de su vida, salvo que quería mucho a sus abuelos y a su niñera.

Los recuerdos respecto a su madre se reducen a que ella trabajaba y se iba de la casa y “llegaba cansada y se encerraba”, recuerda que ella corría a abrazarla y la madre no correspondía el abrazo, por el contrario, Teresa afirma

que no puede olvidar esa cara de su mamá, “como de odio”. Ya de adolescente, Teresa se entera que su mamá enfermó de cáncer cuando ella tenía alrededor de 6 años y esto le lleva a generar una hipótesis sobre el fuerte lazo entre su mamá y su hermana, quien “al ser 3 años mayor pudo hacerse cargo de mi mamá, y ella la vio como la fuerte y quien la apoyó”

El padre de Teresa ha estado ausente físicamente durante prácticamente toda la vida de la paciente, por cuestiones laborales, sin embargo, ella lo siente como su aliado en la familia y mantiene una constante comunicación vía celular con él, aunque cuando Teresa siente que el papá toma lado por su mamá en las discusiones entre Teresa y ella, le reclama “el que se meta” pues “él nunca ha estado ahí”. El padre de Teresa cambia constantemente de residencia por su trabajo y solo vivió con su familia por un periodo breve de 4 años, (cuando la paciente tenía 8 y hasta los 12 años) tras renunciar a su trabajo y establecer un negocio en la ciudad natal de Teresa, luego de fracasar el negocio y por la necesidad de los medicamentos de la esposa, el padre vuelve a trabajar en su empleo anterior y vuelve a cambiar de residencia. Durante estos cuatro años, la mamá de Teresa volvió a enfermar de cáncer y este fue el motivo por el cual el señor afirma retomó su trabajo anterior, ya que los medicamentos los cubre el SGMM.

La relación entre los padres de Teresa nunca ha sido buena. Antes de su nacimiento, su padre estaba envuelto en severos problemas de alcoholismo, lo que le traía constantes problemas con su esposa. El divorcio es un tema que ha

estado en el ambiente de manera constante. Teresa recuerda una ocasión en la que tras discutir muy fuerte, el papá iba a golpear a su mamá y ella se interpuso para evitarlo, recuerda también que su hermana y ella estaban del lado de su mamá, que se habló del divorcio y que ellas querían estar con su mamá, sin embargo no recuerda que edad tenía, solo que estaba muy chica. La abuela le comentó a la paciente, que cuando ella estaba recién nacida, sus papas se separaron por algún momento, pero que después el papá volvió pidiendo perdón, por lo que Teresa piensa que su papá es muy “explosivo” en la relación con su mamá.

El padre de Teresa afirma que al verla a ella recién nacida decidió dejar de tomar, se enroló en alcohólicos anónimos y dejó de hacerlo al poco tiempo de nacida.

Por otro lado Teresa tiene una relación conflictiva con su hermana, quien es tres años mayor, y piensa que las crisis de Teresa son “puras chiflaciones para llamar la atención”. Por su parte Teresa piensa que su hermana le puede tener envidia, y la considera falsa y manipuladora.

En la familia existe una fantasía compartida, en la que llegará el día en que el papá deje su trabajo actual (o se jubile) y se venga a vivir a Monterrey con ellas, en una casa que van a mandar a construir, donde van a vivir todos juntos y “van a ser muy felices”. El diseño de la casa lo hicieron entre todos e incluye, paradójicamente, “una puerta que comunica el cuarto de las hermanas”.

Teresa vivió la muerte de su abuela materna muy de cerca, recuerda que cuando ella tenía alrededor de 7 años quería irse a dormir y le pedía a su mamá que fuera a acostarse con ella, como la mamá no quería, la abuela se fue a acostar con ella, después solo recuerda que su mamá y su tía estaban gritando, agitando y estrujando a su abuela para que despertara y la abuela no respondía, recuerda que la mamá empezó a llorar inconsolablemente y le dijo que se fuera del cuarto, “sentía que me estaba regañando, que yo había hecho algo mal” dice Teresa.

La vida de Teresa se encuentra marcada por varios hechos que ella misma considera traumáticos, el primero de ellos es no haber crecido con su papá; después la enfermedad de la mamá y el rechazo que ella sentía que su mamá le hacía y le hace; el “evidente” favoritismo de la mamá para con su hermana; la muerte de su abuela materna, y un juego sexual con su primo, del que se siente muy culpable; así como un aborto que tuvo la mamá.

Los síntomas de Teresa son múltiples y variados, además de la evidente depresión y de las “pseudocrisis” y las crisis epilépticas “reales”, Teresa ha presentado episodios breves de autoagresión, (cortándose con vidrios en las piernas) ideación suicida, despersonalizaciones, sensación de estar soñando, episodios breves de anorexia, frigidez y ejercicio autodestructivo.

4.3 EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO

Las vicisitudes del tratamiento están marcadas por algunos cortes, durante los primeros tres meses la característica esencial del tratamiento estaba, como es de esperarse, centrada en la creación y el fortalecimiento de la alianza terapéutica. Era evidente la sobrecarga emocional con la que Teresa llegó al tratamiento, tenía una enorme necesidad de hablar, de ser escuchada, de descargar por alguna otra vía, que no fuera más un acto (una crisis epiléptica, un corte, una pelea) le propuse de inicio vernos dos veces por semana, a lo que la paciente se negó argumentando dificultades en el tiempo, sin embargo fue posible aumentar a dos frecuencias semanales, después de un mes y a partir del tercer mes se acordó un contrato de tres veces por semana, cara a cara.

Las dificultades para establecer la alianza terapéutica se definieron a través del problema en la autoestima de la paciente y sus rasgos masoquistas, por lo que todos mis intentos de aliarme con ella, eran interpretados de forma inconsciente por la paciente como una tontería de mi parte, es decir, la paciente respondía a mi acercamiento devaluándome por aceptarla, por el contrario, si no mostraba apoyo la paciente lo interpretaba como una alianza con su familia, donde el problema “es ella”. La interpretación de esta dinámica fue lo que permitió el acercamiento con la paciente.

Por otra parte, al año de iniciado el tratamiento, sobrevino un cambio generado por una rectificación subjetiva de la paciente, quien empezó a aceptar

que tanto sus crisis, como diversos síntomas (como la sensación de estar soñando) pueden estar causadas por “aspectos emocionales” y no por causas fisiológicas o efectos secundarios de los medicamentos.

Las dificultades a lo largo del tratamiento fueron numerosas, la primera de ellas giró en torno al uso inconsciente que Teresa hacía del tratamiento, empleándolo como una forma de reclamarle a sus padres y colocarse en una postura victimizante.

Por otro lado se encuentran los constantes intentos de la familia por invadir el tratamiento de Teresa, tratando de que yo rompa la confidencialidad y tome lado por ellos, como una forma de boicotear el tratamiento de Teresa, de invadir su espacio y de arrastrarme en la patología familiar.

Por último la reacción terapéutica negativa se presentó como una constante durante el primer semestre del segundo año del tratamiento, donde cada pequeño avance venía seguido de una fuerte recaída.

A pesar de estas dificultades Teresa ha respondido muy bien al tratamiento, ha encontrado un espacio donde puede ser ella, donde no se siente juzgada ni criticada, donde ha podido descargar a través del habla lo que antes descargaba en actos. El número de sesiones le ha permitido sobrepasar el mero relato del quehacer diario, y ha permitido que pueda empezar a mirar hacia adentro de ella misma. La comprensión de la dinámica de sus crisis y avisos se

ha visto reflejada en un mayor control y una disminución parcial de las mismas. La contención y holding del tratamiento le han permitido empezar a digerir sus propias emociones, ha podido empezar a comprenderlas y simbolizarlas, es decir, hay un aumento en su vida fantasmática.

4.4 LA CONSTRUCCION DEL CASO, ALGUNOS ASPECTOS A RESALTAR.

Durante todo el tratamiento se trabajó con la construcción y elaboración de varios aspectos que se consideraron claves y que para fines de la estructuración de este trabajo se han dividido en subtemas que remarcan la importancia de dichos aspectos.

4.4.1. LA RELACIÓN DE LA MADRE CON SUS HIJAS: El trauma primario, los duelos no elaborados de los objetos de identificación y el inconsciente escindido.

En la familia materna de Teresa varios miembros han padecido cáncer (la abuela, una tía, la propia madre en dos ocasiones) sin embargo, la enfermedad se maneja como un tema tabú, por lo menos en lo que respecta a Teresa, ni la mamá, ni la abuela, le contaban sobre las enfermedades o las muertes de familiares o dudas que ella tenía sobre ciertos aspectos de su propia historia.

Lo que resulta evidente, es que la mamá de Teresa es incapaz de hablar sobre su cáncer, y aun a pedido expreso de la paciente, la mamá encuentra siempre la forma de evadir el tema y cuando no lo hace, es indudable la desorganización que le provoca, al igual que al hablar sobre la muerte de su propia madre.

La mamá de Teresa se ha mostrado muy agresiva con la paciente, constantemente la devalúa y la exhibe con el resto de los familiares e incluso con los amigos de Teresa. Frases como: “te vas a quedar sola”, “nadie te va a querer”, “estas mal Teresa”, “lo dice porque te quieren sacar dinero” (en referencia a un halago del entrenador de baloncesto de la paciente y al propio tratamiento) “ya saben cómo es Teresa, no hace nada”, son constantes en la vida de Teresa.

Por otro lado la madre de Teresa hace constantes invitaciones a que se “una a ellas”, le dice que: “tienes que cambiar y ser como nosotras, estamos aquí solas y solo nos tenemos a nosotras” dice la mamá de Teresa en referencia a la ausencia del padre y a su concepción de que “los amigos no existen” por lo que “solo queda la familia”.

Constantemente le reclama el que no trabaje, pero cuando Teresa esta por conseguir algún trabajo, empieza a devaluar el posible nuevo empleo “como vas a ir hasta allá” “pagan muy poquito”, etc.

Por otra parte, la hija mayor, quien si trabaja, mantiene una relación simbiótica con la madre, mensajando y hablando por teléfono constantemente mientras ella está en el trabajo y durmiendo en el mismo cuarto y en la misma cama con la mamá. Los fines de semana suelen pasarlo juntas y dependiendo del momento, incluyen o no a Teresa en sus actividades del fin de semana.

El único momento en el que Teresa siente cercana a su mamá, es después de una convulsión o durante crisis de ausencia, donde la mamá se muestra asustada y le pasa la imagen de la virgen de Guadalupe o agua bendita por el cuerpo.

4.4.2. EL PADRE AUSENTE: La rivalidad edípica y el inconsciente reprimido.

El papá de Teresa ha llegado a expresar que se siente “entre la espada y la pared” y “no saber a quién creerle” pues todos los días recibe mensajes de su esposa y de su hija con versiones distintas sobre las peleas. Lo que lo lleva en muchas ocasiones a dejar que ellas se las arreglen solas, sin intervenir ante el llamado de ninguna de las dos.

La culpa que invade al señor y su distanciamiento físico impidió que se involucrará en la crianza de sus hijas y que pudiera ejercer su rol paterno de castración de la relación simbiótica de la madre con sus hijas.

En muchas ocasiones pareciera que la relación que tiene con su esposa, es más bien de una tercera hija a quien debe hacer entrar en razón.

4.4.3. LA SOMBRA DE LA SOLEDAD: Lo segregado escindido retorna como la polaridad de la perdida-intrusion.

Los temas de unidad familiar y soledad rondan constantemente en la familia, pareciera que la pregunta gira entorno a ¿Quién se va a quedar solo? ¿Teresa? ¿la mamá? ¿el papá? ¿O van a lograr la unidad fusional deseada?

Ambos padres han intentado contactarme, la madre lo hizo llamando a la clínica y solicitando hablar conmigo, lo que me comunicó la secretaria y a lo que no accedí, considerando las circunstancias del tratamiento. Lo que se acordó, previa autorización de la paciente, fue que la secretaria pudiera, a solicitud de la madre, confirmar la asistencia o no de Teresa a la sesión.

Por su parte, el padre consiguió mi número celular y se comunicó directamente conmigo, se trabajó en hacerle saber la confidencialidad del tratamiento y que Teresa sería notificada de esa llamada.

4.4.4. LOS MENSAJES DEL AURA: El interjuego de los dos funcionamientos en las crisis como producción sintomática.

Un síntoma en particular saltó a la escena central del tratamiento, durante los momentos previos a una crisis, cuando Teresa empezaba a desconocer el

lugar en el que se encontraba y empezaba a sentir miedo, acto seguido comenzaba a maldecir, “chingada madre” aparecía como la maldición que inauguraba su ira.

Este es un claro ejemplo del modo en que la mente opera a través del doble funcionamiento psíquico. Nuestro aparato psíquico puede operar bajo el predominio de la represión o de la escisión o puede, de igual forma, hacer que ambos mecanismos se interrelacionen generando distintos niveles de representación mental del material, y contribuyendo ambos a la producción de síntomas, como es el caso de los mensajes del aura de Teresa.

4.4.5. LAS VACACIONES Y SU ANGUSTIA DE SEPARACIÓN: La repetición transferencial y las producciones intermedias.

Teresa inició su tratamiento a mediados del segundo semestre del año, para diciembre, es decir, con aproximadamente tres meses de tratamiento, había que tomar dos semanas de vacaciones, como estipulaba la clínica. Teresa empezó a sentir una gran angustia y decía “no sé si voy a poder, no sé si voy a aguantar dos semanas, que voy a hacer si todo se pone mal, no creo poder aguantar”.

Esta intensa angustia de separación se repitió durante cada periodo vacacional, incluso cuando era ella quien tomaba vacaciones y no yo. El detonante actual, es decir, la separación del analista, hace surgir un elemento del

trauma primario, que ha llegado a ser representado simbólicamente, lo que le permite verbalizarlo, sin embargo, no se puede hacer una conexión con el evento traumático primario que permanece aun totalmente desvinculado y fuera del radar del paciente. Esto es lo que he nombrado una producción intermedia.

4.4.6. PSEUDOCRISIS Y CRISIS REALE: La coexistencia sin hegemonía de ambos funcionamientos psíquicos.

Es importante recalcar, que durante los constantes estudios que se le realizaron a la paciente, fue posible, según palabras del neurólogo, detectar una lesión cerebral en el lóbulo temporal y lateral de la paciente, lo que le provocaba las convulsiones y de igual forma fue posible detectar pseudocrisis durante los estudios.

Una vez iniciado el tratamiento conmigo, se suspendió todo medicamento psiquiátrico (antidepresivos, ansiolíticos y somníferos) y se mantuvieron durante todo el tratamiento los fármacos anticomiciales.

Al inicio del tratamiento Teresa pensaba en sus crisis como algo ajeno a sus producciones psicológicas, algo con lo que debía aprender a vivir y contra lo que no podía hacer nada, más que tomar el medicamento. No existía un espacio mental para la comprensión de su enfermedad, las crisis pertenecían al campo del cuerpo y por lo tanto algo a tratar con el neurólogo y la farmacología, sin relación ni conexión con ningún aspecto de su vida. Las crisis “simplemente

pasan” no hay detonantes mas que los clasicamente conocidos: las luces intermitentes. Lo psicologico queda silenciado, para centrarse solo en lo organico. La escision psique-soma se ha instaurado, el funcionamiento narcisista no neurotico establece su logica.

Esto no impedia a Teresa sentir un sufrimiento psicológico; malestares diversos: insatisfaccion, desamparo, odio, abandono, culpa, incluso desde las primeras sesiones Teresa trajo sueños al tratamiento, pero se encontraba totalmente fuera de lo que tuviera que ver con sus crisis epilepticas. Incluso dudaba del diagnostico del neurologo de que se encontraba deprimida y de que tambien presentara pseudocrisis. Esto es su funcionamiento neurotico, donde la logica edipico-conflictiva queda instaurada y la represion cumple su funcion.

Durante la evolucion del tratamiento fue posible encontrar momentos en que las pseudocrisis disminuian, provocando un aumento en las crisis reales y a la inversa. Esta dinamica nos permite entender que ambas formas de descarga se encuentran de alguna manera interrelacionadas.

CAPÍTULO V

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

5.1. DISCUSIONES

“todo lo reprimido tiene que permanecer inconsciente, pero (...) lo reprimido no recubre todo lo inconsciente”
(Freud, 1915, p. 161).

En los pacientes con trastornos somáticos es común encontrar en algún momento del tratamiento o incluso desde un inicio un funcionamiento psiconeurótico, que convive con el funcionamiento no-neurótico (Aisemberg, 2005, 2007, 2008), hecho que resulta evidente en el caso de Teresa, en la combinación de las crisis reales y las pseudocrisis que presenta. Es decir, a la par de la existencia de un funcionamiento neurótico expresado de forma histórica a través de las pseudocrisis, convive en la misma paciente un funcionamiento narcisista no-neurótico expresado por medio de las crisis epilépticas reales, mismas que como Freud (1894, 1895) señalara, están relacionadas con la cantidad de excitación somática que no se ha podido transformar en pulsión, que no tienen un registro psíquico y que hace cortocircuito al soma. La falta significativa de la castración, patognomónica de las psiconeurosis, es diferente de la falta de representaciones resultante del vacío psíquico, sin embargo ambas pueden convivir en un mismo sujeto, como en una Piedra de Rossetta, el cuerpo puede expresarse de distintas maneras y es trabajo del terapeuta comprender el sentido de las distintas formas de expresión, que nos hablan de distintas formas de funcionamiento (Fischbein, 2006).

Ya Freud (1895) nos había advertido del doble funcionamiento psíquico, al hablar de las neurosis mixtas, donde “las neurosis rara vez se presentan en estado puro: este hecho ha sido ampliamente reconocido por la clínica psicoanalítica. Así, por ejemplo, se insiste en la existencia de rasgos histéricos en la raíz de toda neurosis obsesiva y de un núcleo actual en toda psiconeurosis. Los llamados, desde Freud, *casos-límites*, como afecciones en las que intervienen simultáneamente componentes neuróticos y psicóticos, atestiguan también la imbricación de las estructuras psicopatológicas... la noción de neurosis mixta... implica la posibilidad en un caso clínico complejo, de determinar la parte que corresponde a cierta estructura o mecanismo” (Laplanche & Pontalis, 1996, p.249).

En el caso de Teresa es posible reconocer el funcionamiento psiconeurotico, relacionado con el inconsciente reprimido (Aisemberg, 2008) en las pseudocrisis histeroepilepticas relacionadas con la conflictiva edípica, y los fuertes sentimientos de culpa, por el deseo de la muerte de la madre, deseo que se vio “realizado” en la muerte de la abuela materna, de la cual Teresa se culpa “si no se hubiera ido a dormir conmigo, no hubiera pasado”.

Sin embargo, el tratamiento avanzaba y yo mantenía un sentimiento de insatisfacción con respecto a los éxitos obtenidos del tratamiento, por más que se analizaba la conflictiva edípica y todo lo que le rodea, las crisis no cedían, incluso llegó a generarse un aumento en las crisis reales, según los registros del

neurólogo, quien reconocía por su parte, la disminución de las pseudocrisis, por lo que optó por un procedimiento quirúrgico: un estimulador del nervio vago, para controlar las crisis reales.

Saltaba una pregunta, ¿Por qué la disminución de las pseudocrisis generó un aumento en las crisis reales? Y sobre todo ¿Por qué surgía en mí un sentimiento de insatisfacción sobre los logros del tratamiento.

Una vez realizada la operación las crisis continuaron con una disminución parcial no significativa, incluso varias de las crisis eran catalogadas como pseudocrisis, la viscosidad del síntoma era evidente y entender el sentimiento de insatisfacción, la profunda viscosidad y la relación entre el descenso de las pseudocrisis y el aumento de las crisis reales se tornaba fundamental.

A partir de esto empecé a clarificar, que aunque los síntomas neuróticos clásicos estaban presentes, no eran lo principal de la conflictiva de la paciente, a lo sumo presentaban un valor secundario y en primer plano se encontraba la problemática narcisista, donde “el sentimiento de impotencia es nítido. Impotencia para salir de una situación de conflicto; impotencia para amar, para sacar partido de las propias capacidades, para aumentar sus conquistas o, cuando esto se consigue, insatisfacción profunda con el resultado” (Green, 1986, p.214) tal como le ocurría a Teresa en su vida y contratransferencialmente a mí en la situación terapéutica.

Pude entonces detectar una *depresión de transferencia*, tal cual como la describe Green (1986) donde lo que se revela es la repetición de una depresión infantil. Depresión que normalmente no es detectada por el entorno, pero que no impide que las relaciones de objeto que realiza el sujeto se tornen sumamente conflictivas.

Este nuevo entendimiento me llevaba a un nuevo terreno, el predominio del funcionamiento no-neurótico o narcisista, relacionado con el trauma, que ante la imposibilidad de ser representable para el psiquismo, descarga el exceso de energía a través del soma (Eckell, 2005) y con “duelos no procesados de ellos mismos o de sus objetos de identificación” (Eckell, comunicación personal, 04 de junio 2015).

Las crisis reales aparecían entonces como una repetición de un exceso que desborda al aparato psíquico y se descarga en el soma, producto de un trauma temprano; el trabajo de construcción, en el tratamiento, nos permitió entender que dicho trauma estaba dado por la repentina desinversión que la madre hizo de su hija, por los duelos no procesados de ella (de la madre de Teresa), motivada por los conflictos de la madre con su esposo que los llevo a una separación en los primeros meses después del nacimiento de Teresa, lo que dejó en un estado depresivo a la madre. Esta dinámica descrita por Green (1986) como el complejo de la madre muerta, donde lo que existe es un duelo/angustia blanca, producto de la amenaza del abandono y de sentimientos de vacío. La difícil relación de Teresa con su madre, es producto de un odio

secundario, consecuencia y no causa de esta angustia blanca, que traduce la pérdida experimentada en el nivel del narcisismo.

Esto me ha llevado a concordar con la hipótesis de Colás (2001), quien piensa “al cerebro como un órgano soporte de funciones mentales, que necesita ser investido y sostenido narcisísticamente por el otro, la madre; y cuyo fracaso en ese reconocimiento puede dar lugar a crisis epilépticas, muy cercanas a crisis psicóticas, existiendo ansiedades pregenitales relacionadas a la muerte, tanto propia como de otros y que son percibidas tan peligrosas que necesita descargarlas en el cuerpo” (p.149).

La madre de Teresa fue incapaz de digerir y metabolizar las necesidades emocionales y físicas de su hija (Bion, 1962) la desinvistió y por ende la dejó a la deriva, sin un entorno contenedor que diera sentido a sus angustias, lo que como dice Dolto (1984), este déficit termina por ser expresado corporalmente.

5.2. CONCLUSIONES

1. Existe en Teresa un doble funcionamiento psíquico, por un lado un funcionamiento neurótico, reflejado en las pseudocrisis epilépticas y por el otro un funcionamiento narcisista no-neurótico evidenciado, principalmente, en su patología somática.

2. Las pseudocrisis de Teresa residen en su conflictiva edípica, la rivalidad con su madre, deseos incestuosos e intensos sentimientos de culpa.

3. Las crisis epilépticas, donde la descarga es comprobable, estarían en relación con el funcionamiento narcisista, donde el trauma temprano y los duelos congelados de los objetos de identificación generaron un cortocircuito en el soma.

4. A partir de esto podemos concluir que la epilepsia es una enfermedad psicósomática, producto en ocasiones de una histeria muy grave, en otras de traumas tempranos y en un tercer caso, producto de una combinación de ambos factores, como es el caso de Teresa.

5. De esto se desprende que existen distintos idiomas en los que el cuerpo habla, como en una Piedra de Rossetta, coexisten en su expresión distintos idiomas y la comprensión de uno de estos nos ayuda a entender al otro y viceversa.

6. Existe una bi-direccionalidad entre la depresión y la epilepsia.

7. La depresión de los epilépticos es producto de la identificación con una “madre muerta” que aún vive.

8. Al ser la epilepsia una enfermedad psicósomática, una parte del sufrimiento psíquico queda en primera instancia silenciado, para centrar la atención solo en lo orgánico.

9. Sin embargo, al no existir hegemonía económica en ninguno de los dos funcionamientos psíquicos, ni en el funcionamiento narcisista (que nos presentaría pacientes alexitimicos clásicos) ni en el funcionamiento neurótico (que nos presentaría el conflicto edípico clásico) permite a estos pacientes presentar de entrada un cierto nivel de vida fantasmática, que se imbrinca, en ciertos momentos, con la energía libre producto del trauma temprano, generando producciones intermedias.

10. Estas producciones intermedias, junto a la transferencia y la contratransferencia, son las que permitirán al terapeuta construir la historia faltante.

11. Es tarea del terapeuta sostener al paciente y ayudarlo a digerir y metabolizar sus necesidades emocionales y físicas, para que este pueda poco a poco comprenderlas y tolerarlas.

12. En lo que respecta al trauma temprano es tarea del terapeuta escuchar y estar atento a su contratransferencia, lo que le permitirá construir los vacíos en la historia, tal cual como Freud (1937) recomendaba en su trabajo de construcciones en psicoanálisis.

13. La tarea del terapeuta, una vez incrementadas las capacidades yoicas del paciente epiléptico, será devolver a la vida a esa parte del paciente identificada con la madre muerta, para después llevar al paciente a transitar por el camino de la separación-individuación

REFERENCIAS

Ackerknecht, E. (2004) Historia de la medicina psicosomática, *Revista de Humanidades*, 2: 180-193

Aisemberg, E.R. (2001): Revisión crítica de las teorías y los abordajes de los estados psicosomáticos, *Revista de Psicoanálisis*, LVIII, 2.

Asociación médica mundial. (1964, Revisión 2013). Declaración de Helsinki.

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.
Finlandia/Revisión Fortaleza, Brasil: AMM

Aisemberg, E.R. (2005): Trauma, pulsión y somatosis, *Revista de Psicoanálisis*, LXII, 2.

Aisemberg, E.R. (2007): Repetición, transferencia y somatosis, *Revista de Psicoanálisis*, LXIV, 2.

Aisemberg, E.R. (2008): La sombra de la herencia en el psicoanálisis contemporáneo, *Revista de Psicoanálisis*, LXV, 1.

Aisemberg, E.R. (2009): Abordaje clínico al paciente somático, *Congreso IPA de Chicago*.

Alarcón, A. (2004). Impacto de la epilepsia en la familia. *Revista Chilena de Epilepsia*, 5(1), 30-39.

Amor, A., & Vallejo, J. (2001). Comorbilidad psiquiátrica en la epilepsia. *Psiquiatría biológica*, 8(6)

Argumosa, A., & Herranz, J. L. (2001). La repercusión económica de las enfermedades crónicas: El coste de la epilepsia infantil en el año 2000. *Bol Pediatr*, 41, 23-29

Arroyo, S. (2000). Evaluación de la epilepsia fármacorresistente, *Revista Neurol*, 30(9)

Aulagnier, P. (1977). La violencia de la interpretación. *Buenos Aires: Amorrortu*.

- Aulagnier, P. (1991) *Cuerpo, historia, interpretación*, Buenos Aires: Paidós.
- Basabe, J. (1979). *Principios de personología dinámica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bion, W. R. (1962) *Aprendiendo de la experiencia*. Argentina: Paidós.
- Bollas, C. (1987). *La sombra del objeto: psicoanálisis de lo sabido no pensado*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
- Brailowsky, S. (2008) *La epilepsia: enfermedad del cuerpo y la mente*, recuperado de: http://www.posgrado.unam.mx/publicaciones/ant_omnia/24/03.pdf
- Burneo, J. G., Mayor, L. C., & Quijano, C. A. (2005). *Psiquiatría y epilepsia*. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 68(1-2), 83-92.
- Campos-Castelló, J., & Campos-Soler, S. (2004). *Neuropsicología y epilepsia*. *Rev Neurol*, 39(2), 166-177.
- Castoriadis, C. (1992). *El psicoanálisis, proyecto y elucidación*.
- Chiozza, L. (1976) *Cuerpo, afecto y lenguaje. Psicoanálisis y enfermedad somática*. Argentina: Paidós
- Colás, J. (2001) *Acercamiento psicoanalítico a la epilepsia infantil*, *Rev. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 31(32), 141-171.
- Creswell, J. (2005). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Upper Saddle River: Pearson Education.
- De Felipe-Oroquieta, J. (2002). *Aspectos psicológicos en la epilepsia*. *Revista de Neurología*, 34(9), 856-860

Desai, B. T., Porter, R. J., & Penry, J. K. (1982). Psychogenic seizures: a study of 42 attacks in six patients, with intensive monitoring. *Archives of Neurology*, 39(4), 202-209.

Deutsch, F. (1922) El campo de la psicoterapia en la medicina interna.

Dichter, M. A. (1994). Emerging insights into mechanisms of epilepsy: implications for new antiepileptic drug development. *Epilepsia*, 35, S51-S57.

Dolto, F. (1984) *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.

Dunbar, H. (1935) Emotions and bodily changes, *New York: Columbia University Press*

Eckell, I.M. (1997) La analizabilidad en un paciente psicosomático. Del cuerpo sufriente al cuerpo erógeno. *Presentado en el 40º Congreso Internacional de Psicoanálisis, Barcelona. Rev. de psicoanálisis LV, 3, 1998.*

Eckell, I.M. (2005) Destinos del trauma, *Presentado en el 44º Congreso Internacional de Psicoanálisis, Rio de Janeiro, 2005. Rev. de Psicoanálisis, LXII, 2.*

Engel, G. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-136.

Flyvbjerg, B. (2003). *Making Social Science Matter*. Cambridge: Cambridge University Press.

Freud, S. (1893) *Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos, Obras completas*. Vol. VII, Buenos Aires: Amorrortu Ed.

Freud, S. (1894) Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia", *Obras completas*. Vol. III, Buenos Aires: Amorrortu Ed.

Freud, S. (1895) *Estudios sobre la histeria, Obras completas*. Vol. II, Buenos Aires: Amorrortu Ed.

Freud, S. (1900) *La interpretación de los sueños*, Obras completas. Vol. V, Buenos Aires: Amorrortu Ed.

Freud, S. (1905) *Tres ensayos para un teoría sexual*, Obras completas. Vol. VII, Buenos Aires: Amorrortu Ed.

Freud, S. (1912) *Contribuciones para un debate sobre el onanismo*, Obras completas. Vol. XII, Buenos Aires: Amorrortu Ed.

Freud, S. (1928) *Dostoyevski y el parricidio*, Obras completas. Vol. XXI, Buenos Aires: Amorrortu Ed.

Freud, S. (1937) *Construcciones en el análisis*, Obras completas. Vol. XXIII, Buenos Aires: Amorrortu Ed.

Fenichel, O. (1945) *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Argentina: Paidós.

Ferenczi, S. (1929) *El niño no deseado y su pulsión de muerte*, Psicanálise IV, SP, Ed. Martins Fontes, 1989

Fischbein, J. (2006) *La clínica psicoanalítica y las enfermedades somáticas*, *Revista de Psicoanálisis APdeBA - Vol. XXII , 1*

Gilman, J. T., Duchowny, M., Jayakar, P., & Resnick, T. J. (1994). Medical intractability in children evaluated for epilepsy surgery. *Neurology*, 44(7), 1341-1341.

Green, A. (1986) *Narcisismo de vida y narcisismo de muerte*, Argentina: Paidós.

Greenson, R.R. (1944). On Genuine Epilepsy. *Psychoanal. Q.*, 13:139-159

Groddeck, G. (1923) *El libro del ello*, Madrid: Taurus.

Hendrick, I. (1940) *Psychoanalytic Observations on the Aura of Two Cases with Convulsions*. *Psychosomatic Med.*, II.

Hernández Sampieri, R. (2010). Metodología de la investigación. México: McGrawHill.

Herranz, J. L., García-Arranz, P., Caviedes, B., & Arteaga, R. (1997). Epilepsia rebelde: concepto, factores de riesgo y alternativas terapéuticas. *Rev Neurol*, 25(Supl 4), S439-S445.

Kriaucionis, S., & Heintz, N. (2009). The nuclear DNA base 5 hydroxymethylcytosine is present in Purkinje neurons and the brain. *Science*, 324(5929), 929-930.

Kwan, P., & Brodie, M. J. (2002). Refractory epilepsy: a progressive, intractable but preventable condition?. *Seizure*, 11(2), 77-84.

Laplanche, J. & Pontalis, J. (1996) Diccionario de psicoanálisis. Argentina: Paidós.

Liberman, D y col. (1986) *Del cuerpo al símbolo*. Buenos Aires: Trieb

Maergetts, E. L (1950) The early history of the word psychosomatic. Canadian Medical Association Journal, 63, 402-404. American Psychiatric

Martínez-Juárez, I.E., López-Zapata, R., Gómez-Arias, B., Bravo-Armenta, E., Romero-Ocampo, L., Estévez-Cruz, Z., Hernández-De la Cruz, G., & Morán-Molina, S. (2012). Epilepsia farmacorresistente: uso de la nueva definición y factores de riesgo relacionados. Estudio en población mexicana de un centro de tercer nivel. *Rev. Neurol*, 54 (3), 159-166.

Martínez, M. (2004). *La Investigación cualitativa etnográfica en educación*. Manual teórico práctico. México: Trillas

Martínez-Pérez, B., González-Goizueta, E., & Mauri-Llerda, J. A. (2002). Depression and epilepsy. *Revista de neurología*, 35(6), 580-586.

Martínez Rodríguez, J. (2011). Métodos de investigación cualitativa. *Revista de investigación Silogismo*, 1(08).

Marucco, N. (1978). Narcisismo, escisión del yo y edipo: una introducción a manera de epilogo.

Marucco, N. C. (1999). Cura analítica y transferencia: de la represión a la desmentida

Marucco, N. (2007). Entre el recuerdo y el destino: la repetición. *Revista de Psicoanálisis*, 63 (4).

Marty, P. (1992). La psicósomática del adulto. Buenos Aires Ed. Amorrortu.

Mc. Dougall, J. (1991) *Teatro del Cuerpo*. Madrid: Yébenes

Melchor Aguilar, J. & Martínez Revilla, A. (2002). *Los sistemas de investigación en México*. Red Cinta de Moebio. 14. p.180-189.

Millon, T. (1981). Disorders of Personality DSMIII: Axis II. U.S.A.: John Wiley & Sons, Inc.

Morin, E., Ciurana, E. y Motta, R. (2006). Educar en la era planetaria. España: Gedisa

Nasio, J.D. (1996) Los gritos del cuerpo. Buenos Aires: Paidós.

Nemirovsky, C. (1999) "Edición-reedición: reflexiones a partir de los aportes de D. W. Winnicott a la comprensión y tratamiento de las psicosis y otras patologías graves". Rev. de Psicoanálisis Aperturas, www.aperturas.org, número 3.

Nemirovsky, C. (2005). Lo traumático a partir de la perspectiva de Winnicott y hacia el pensamiento intersubjetivo en El concepto de trauma según diferentes autores psicoanalíticos. *Psicoanálisis APdeBA. Volúmen XXVII-No ½*, 181-259.

Otero, J. & Rodado, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicósomática. *Rev. Aperturas psicoanalíticas* 16.

Piaggio, M. y Fischer, H. (1978) Las epilepsias, ¿enfermedades psicósomáticas?, CEA, Bs. As.

Pichon Riviere, E. (1944) Los dinamismos de la epilepsia, *Revista Argentina de psicoanálisis*, 1(3).

Ruedas, M., Ríos, M., & Nieves, F. (2009). Epistemología de la investigación cualitativa. *Educere*, 13(46), 627-635.

Salinas, J. (2010). Depresión y Epilepsia ¿Una bi-direccionalidad. *Revista Chilena de Epilepsia*, 10(2).

Sami-Ali (1974) *El espacio imaginario*, Buenos Aires: Amorroutu

Sánchez-Álvarez, J. C., & Altuzarra-Corral, A. (2001). Cirugía de la epilepsia. *Revista de neurología*, 33(4), 353-368.

Sander, J. W. (2003). The epidemiology of epilepsy revisited. *Current opinion in neurology*, 16(2), 165-170.

Sisodiya, S. M., Lin, W. R., Harding, B. N., Squier, M. V., & Thom, M. (2002). Drug resistance in epilepsy: expression of drug resistance proteins in common causes of refractory epilepsy. *Brain*, 125(1), 22-31.

Sivakumaran, S., & Maguire, J. (2016). Bumetanide reduces seizure progression and the development of pharmacoresistant status epilepticus. *Epilepsia*, 57(2), 222-232.

Sociedad mexicana de psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. México: trillas

Solms, M., & Turnbull, O. H. (2011). What is neuropsychoanalysis?. *Neuropsychoanalysis*, 13(2), 133-145.

Unlik, J. (2000) Revision critica de la teoría psicósomática de Pierre Marty. *Revista aperturas psicoanalíticas V*.

- Van Campen, J. S., Jansen, F. E., Pet, M. A., Otte, W. M., Hillegers, M. H., Joels, M., & Braun, K. P. (2015). Relation between stress-precipitated seizures and the stress response in childhood epilepsy. *Brain*, 138(8), 2234-2248.
- Vasilachis de Gialdino, I., Ameigeiras, A., Chernobilsky, L., Giménez, V., Mallimaci, F., Mendizabal, N., Neiman, G., Quaranta, G., Soneira, J. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. España: Gedisa.
- Waddington, C.H. (1942). *The epigenotype. Endeavour*; 1: 18-20.
- Watson, J. D., & Crick, F. (1953). A structure for deoxyribose nucleic acid.
- Winnicott, D. (1949). La mente y su relación con el psiquesoma en Pediatría y psicoanálisis. Laia Barcelona. 1978
- Winnicott, D. (1960). Deformación del Ego en términos de un Ser verdadero y Falso en: El proceso de maduración del niño. Laia Barcelona 1979
- Winnicott, D. (1965a). Psicología de la locura. Exploraciones Psicoanalíticas I, Paidós, 1991.
- Winnicott, D. (1981). *Preocupación maternal primaria*. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia (Orig. 1956)
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods: Vol. 5*. Applied social research methods series. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zarranz, J. J. (2000). Epilepsias. *Farreras, Rothman; Medicina Interna*;
- Zukerfeld, R. (1999). Psicoanálisis actual: tercera tópica, vulnerabilidad y contexto social. *Aperturas psicoanalíticas*, 2
- Zukerfeld, R. (2004). Inconscientes, memorias y tópicos, *Revista Aperturas Psicoanalíticas*, 7.
- Zukerfeld, R. (2009). La noción de muestra en investigación en psicoanálisis. *Subjetividad y procesos cognitivos*. 13. p. 247-262.
- Zukerfeld, R. (1996) Acto Bulímico, Cuerpo y Tercera Tópica. Paidós, Buenos Aires, 1996

Zukerfeld,R & Zonis Zukerfeld,R. (1999). Psicoanálisis, Tercera tónica y vulnerabilidad somática, Lugar, Buenos Aires, 1999.

Zukerfeld,R & Zonis Zukerfeld,R. (2001) Tercera Tónica, sostén vincular y vulnerabilidad, 42° Congreso Internacional de Psicoanálisis, IPA, Niza, Julio 2001