

# Limites y bordes del sujeto en psicoanálisis.

## *Limits and edges of the subject in psychoanalysis.*

Rodrigo Bilbao Ramírez.

Psicoanalista E.L.P. Doctor Universidad Complutense de Madrid. Psicólogo Clínico.

**Resumen:** El presente artículo aborda el problema de lo Borderline en psicoanálisis a partir de las concepciones de límite, sujeto y estructuras clínicas. Revisando diferentes enfoques del concepto de borde y límite, se pretende revisar desde la orientación lacaniana algunos alcances del problema, las diferentes formas de entender lo borderline y sus implicaciones en la subjetividad. Por último, se esbozan contrastes en Freud y Lacan respecto al tema desarrollado.

**Palabras clave:** Borderline, Limite, Sujeto, Psicoanálisis.

**Abstract:** This article addresses the problem of Borderline in psychoanalysis based on the conceptions of limit, subject and clinical structures. Reviewing different approaches of the concept of border and limit, the aim is to review from the Lacanian orientation some scope of the problem, the different ways of understanding the borderline and its implications on subjectivity. Finally, contrasts are outlined in Freud and Lacan regarding the developed theme.

**Keywords:** Borderline, Limit, Subjet, Psychoanalysis.

## Introducción

Trabajar en la clínica de lo *borderline* en todas sus nomenclaturas (estados límite, borderline, estructura limítrofe, etc.) supone una complejidad inicial, en tanto interroga las nociones de estructuras clínicas en psicoanálisis y sus concepciones de límite o borde. En este sentido supone pensar al sujeto, como así el despliegue y constitución de la subjetividad, en lugares o momentos no abordados tradicionalmente por el psicoanálisis. En cierto sentido cuestiona la noción tradicional de estructura clínica, en sus divisiones clásicas de neurosis, psicosis, perversión; como así también implica reflexionar sobre el límite de estas concepciones y el sujeto que se despliega en ese lugar de borde.

Dentro de la teoría psicoanalítica no existe una concepción única de las estructuras, sino más bien diversas representaciones de los tipos clínicos con los que se encuentra todo analista. Cada una de estas representaciones conlleva un ejercicio clínico y teórico diverso, es más, se podría decir que no existe un solo psicoanálisis, sino varios tipos de psicoanálisis a la luz del abordaje que se realice de la concepción de esta noción clave para el trabajo clínico. En este sentido, Miller (1997) plantea como práctica imprescindible del ejercicio clínico un diagnóstico preliminar en las entrevistas, "el analista debe ser capaz de concluir, de una manera previa, algo respecto de la estructura clínica de la persona que viene a consultarlo" (p. 20). Es decir, delimitar la estructura o una noción preliminar es condición de trabajo y, a su vez, esa delimitación incide en el trabajo que se realiza.

Ahora bien, precisamente en el ejercicio clínico está en juego distintas representaciones del límite en la estructura, modos de comprensión implícitos la mayoría de las veces, que plantean diferencias en las posiciones. Por ejemplo, la división neurosis, psicosis, perversión es una lectura de Jacques Lacan

a propósito de leer la obra de Sigmund Freud, este último más bien trabajaba con neurosis y psicosis con sus respectivas divisiones internas (histeria, neurosis obsesiva, paranoia, etc.) y al final de su obra apunta hacia la perversión. Pensar lo borderline o estados límite supone interrogar la lógica interna en juego en los distintos autores y extraer sus consecuencias, pues determinará tanto la comprensión clínica como la experiencia terapéutica, pues la delimitación estructural se asocia ineludiblemente a una dirección de la cura.

## Los cuadros *Borderline* o estados límite

Es importante destacar que la concepción de estado límite no forma parte de la propuesta de Freud ni Lacan, ambos trabajan con tipos clínicos (neurosis, psicosis, histeria, obsesión, fobia, paranoia, etc.) y de la obra de Freud se puede desprender una lógica de estructura clínica, pero la concepción de estructura clínica no es una referencia explícita freudiana. Como señala Eidelsztein (2008a) se suele atribuir a Lacan la idea de estructura clínica, pero a lo largo de toda su obra nunca nombra como tal ese concepto, aunque sí se encuentra la noción de estructuras freudianas. Ahora bien, es claro y explícito el trabajo que realiza Lacan sobre la concepción de estructura, pero en toda su enseñanza utiliza términos como "estructura histérica", "estructura obsesiva", "estructura psicótica", etc., pero, insistimos, no usa estructura clínica.

Precisamente del trabajo realizado por Lacan encontramos toda una concepción estructural fundamental para la clínica, la cual intenta rescatar esta lógica interna de la propuesta freudiana. De ahí que se proponga que la noción de estructura clínica, como concepción lógica, estaría presente en Freud al modo de defensa tipo que distingue a cada uno de los funcionamientos.

Si la noción de estructura alude a la relación de los elementos entre sí en una lógica interna como señala Dor (1997), la primera interrogante es si el concepto de *estado límite* cumple con ese criterio. En función de lo anterior existe un debate al interior del campo psicoanalítico a propósito de si los estados límite (*Borderline*) constituyen: una cuarta estructura; un estado pasajero de las otras tres estructuras clínicas (neurosis, psicosis, perversión); por último, es otra estructura que engloba la perversión dejando la división entre neurosis, limítrofes y psicosis. Este debate cobra relevancia dependiendo de la orientación psicoanalítica que utilicemos. Para algunos post-freudianos es una estructura como la neurosis y la psicosis como en Kernberg, para algunos lacanianos tendría que plantearse como hipótesis de cuarta estructura como piensa Amigo, u otros como un estado permanente del sujeto más allá de la división estructural al modo de Rastal.

Si realizamos una lectura más acuciosa encontramos que está en juego implícitamente en este debate la concepción de límite con que se trabaja, ya que:

1. Se puede pensar las estructuras clínicas como un continuo progresivo (Kernberg y *Psicología del yo*) en donde las diferentes estructuras colindan unas con otras, siendo el límite una línea divisoria que supone una separación por medio de cantidad de algún elemento (más o menos pulsión de muerte, objeto más o menos logrado, etc.). De este modo, a partir de los elementos con que se cuente en función de cantidad, se "caerá" en una u otra estructura, las cuales están ligadas continuamente, formando sujetos con elementos mixtos, por ejemplo, neurosis con núcleos psicóticos.
2. Se puede abordar los límites como excluyentes, en donde cada estructura no comparte punto de conexión con otra.

La primera propuesta gráficamente se podría presentar como una línea continua con dos cortes que separa tres espacios, donde existe conexión de un lugar con otro, compartiendo elementos en función de la cantidad; a su vez la segunda propuesta se puede presentar como tres esferas separadas donde los límites no conectan unos con otros.

Lo anterior no supone en ningún caso que un sujeto pueda pasar de una estructura a otra, es decir, una vez establecido la estructura clínica de un sujeto, con sus límites lógicos internos, no se podrá cambiar de estructura ni por sucesos vitales ni procesos psicoterapéuticos. Para todas las orientaciones psicoanalíticas, la estructura de personalidad es fija, sólo se puede lograr reacomodos internos en un sujeto en función de sus características; son "entidades nosográficas estables" (Dor, 1991, p.12). Aunque es cierto que la primera propuesta plantea una continuidad entre las estructuras y la segunda una discontinuidad estructural entre ellas.

La noción de "estructuras clínicas" pone en relieve el problema del diagnóstico que orienta la cura, ya que dependiendo de la estructura que establezcamos en un sujeto se planteará un trabajo muy distinto en cada una de ellas; este trabajo afectará la posición del analista y las intervenciones que se desplieguen desde ese lugar. De esta manera se genera un conflicto para el ejercicio clínico, ya que por un lado se exige la posición de "docta ignorancia" que necesita el trabajo analítico y por otro está la necesidad de establecer directrices estructurales para una cura. En este sentido, el apuntar a un diagnóstico estructural, puede ser obstáculo para el trabajo si no estamos abiertos a las sorpresas que nos depara el inconsciente. Una reflexión interesante al respecto se inició en 1996 con dos conversaciones clínicas que quedaron plasmadas bajo el título "Los inclasificables de la clínica psicoanalítica", en este sentido destaca el término inclasificable como un modo de sostener una cierta ambigüedad en toda esta clínica de borde, pero también una apertura hacia la sorpresa.

Se desprende del punto anterior, una discusión en torno a si los estados límites suponen un suspenso en la estructura, es decir, si el concepto mismo de estado límite cuestiona la lógica estructural en tanto pone a prueba la posibilidad de un diagnóstico de estructura; o, por otra parte, si lo que nos muestran esos sujetos es precisamente una indeterminación estructural. Podemos interrogar el saber clínico, en tanto la experiencia con esta problemática pone en suspenso cuestiones fundamentales sobre la estructura y el dispositivo clínico adecuado para sostener el trabajo. Quizás lo que estará en juego es precisamente la dificultad de posicionarse en la estructura al modo tradicional, al modo como se ha comprendido las estructuras clínicas especialmente desde la orientación que nos deja Lacan; y su indeterminación supone un límite para el propio psicoanalista, exige una suspensión del saber y una apertura en el propio dispositivo analítico y clínico en general. Originalmente la idea de inanalizable con que fueron catalogados estos casos cuestionaba la capacidad de los pacientes de borde en enfrentar el dispositivo analítico y sacar un provecho terapéutico de él, a su vez la posibilidad del analista, o el clínico en general, de ayudar al paciente con las herramientas terapéuticas que contaba.

De cualquier modo, la discusión respecto a lo borderline gira en torno a un supuesto funcionamiento intermedio entre neurosis y psicosis, funcionamiento que contemplaría elementos de las dos estructuras y a su vez compartiría sus bordes estructurales en el sentido de superponer esos bordes. Es decir, la tradición clínica anglosajona aborda estos cuadros pensándolo como un paciente colindante entre dos estructuras que configuran una tercera estructura, combinando elementos de las otras dos. Pero también la discusión se ha orientado a si los pacientes de este tipo son el resultado de una subjetividad al borde de cada estructura, es decir, en sus límites de funcionamiento. Esto quiere decir que son el punto límite antes de la fuga en la estructura, el despliegue extremo de una estructura en el sentido de la comprensión clásica, por ejemplo, una neurosis grave, una psicosis no desencadenada, neurosis con funcionamiento perverso, etc.

Por otra parte, siguiendo la reflexión anterior, se propone que estos sujetos son el resultado de una indeterminación estructural, cuando no logra cerrarse del todo la estructura y establecer sus límites claros. Es decir, una constitución subjetiva fallida, que supone la imposibilidad interna de cerrar la estructura, definirla, en el sentido de orientarse en elementos del deseo, la pulsión, el síntoma, el lugar de la fantasía, la defensa, etc., nociones clínicas que nos hablan de una posición del sujeto en la estructura que estos pacientes carecerían de manera definitiva.

Por último (aunque podríamos seguir dando ejemplos), existen autores que plantean si los estados límite son una subjetividad que cuestiona los límites tradicionales con que se estructuraba el sujeto a comienzos de siglo pasado y se ofrecen como un operador de lectura de las consecuencias subjetivas

en el paso de la modernidad a la posmodernidad, o como se ha llamado sociedades de consumo o determinadas por el discurso capitalista. El sujeto que se desprende del estado de la civilización desde la segunda mitad del siglo XX.

## Concepciones de límite y sujeto

La pregunta que se abre a esta altura es a propósito de la concepción de límite que determina estos estados. El límite puede ser entendido como una línea divisoria que genera continuidad, conectando los espacios como lo piensa Kernberg. O también como un borde excluyente al modo como lo trabaja Lacan a partir de la idea de litoral como algo distinto a una frontera franqueable, "el litoral es lo que establece un dominio que se convierte, si quieren, en frontera para otro, pero justamente porque no tiene absolutamente nada en común, ni siquiera una relación recíproca" (Lacan, 2009, p.109). La frontera mantiene una idea de continuidad de registros, lo litoral alude a dos dimensiones heterogéneas, donde no hay terreno común que se pueda integrar de manera homogénea. Esta concepción de límite implica que entre los lugares colindantes no hay elementos a compartir. Son elementos y lugares excluyentes.

También el límite puede ser pensado como "frontera de países", en el sentido de un espacio intermedio que pertenece y no pertenece a esas dos dimensiones; en la frontera entre dos países, el espacio que separa el hito de cada país no es de ningún país o pertenece en último caso a los dos países. Es un espacio compartido en su diferencia, una presencia que se resiste a ser integrada como soberanía compartida, pero tampoco diríamos que es de nadie.

De otra manera -aunque no es la última forma de representar el tema- como lo propone Trías, el límite como un espacio de frontera de dos caras que ofrece una permeabilidad de cada cara hacia este espacio fronterizo (cerco fronterizo) que forma a su vez un nuevo espacio con elementos de las dos caras, pero que no es específicamente lo mismo que cada una de las caras, es un tercer espacio. Es un espacio de conjunción / disyunción que produce reunión y separación de los dos campos. Ahora bien, para Trías es claro en psicoanálisis que "el límite es condición de vida. Se halla situado al filo de la vida y la muerte; pone a prueba la vida, al confrontarlo con su *sombra*; pero a su vez impide que *Tánatos* se adueñe definitivamente de nuestro ser y existir" (Alemán, Larriera y Trías, 2004, p.44).

Esta problemática cobra importancia ya que tanto en la tópica freudiana como en la topología lacaniana estará en juego el sujeto y sus límites. En Freud el individuo está separado del mundo externo con membranas permeables (esquema del "Huevo" como esfera que representa el ser) y en Lacan el sujeto cuenta con un centro vacío que constituye una nada limitada interior en un agujero central (esquema del "Toro"). Para Eidelsztein (2008a) estas dos concepciones suponen determinar dos lógicas diferentes de sujeto entre Freud y Lacan.

En este sentido podríamos agregar que en Freud y Lacan existen concepciones diferentes de sujeto y estructura, concepto este último inexistente en Freud. Aún más, en el mismo Lacan encontramos la estructura representada por el fantasma (fantasía inconsciente freudiana) y en otro momento por el nudo borromeo, como representaciones diferentes del sujeto (aunque no sean necesariamente excluyentes). Es decir, a lo largo de su enseñanza, se puede encontrar momentos diferentes para referirse a la estructura, aunque en su última enseñanza se apoye en la topología de los nudos. Esta topología intenta ocuparse de la "geometría del saco" (Lacan, 1972, clase 1) que tiende a una versión en superficie, cuando lo que quiere plantear es un trabajo que conmueva la comprensión estática y aplanada cercano a lo imaginario que se impone. En este momento iguala los tres registros sin desmerecer el lugar de cada uno, se centra más en la articulación entre ellos y las consecuencias implícitas y explícitas existentes.

Pese a las diferencias señaladas, para el psicoanalista Eidelsztein la dimensión inconsciente de Freud es lógica (tanto en la primera como en la segunda tópica) y no espacial, aunque se encuentren ejemplos

de una psicología de las profundidades (inconsciente como ciudad sobre ciudad más antigua, metáfora del analista como arqueólogo, etc.) que tienen que ver más con expresiones de la época que con una proposición ético-técnico (Eidelsztein 2008a, 2008b). Siguiendo estas distinciones en las estructuras clínicas en Freud y Lacan, Freud concibe al sujeto como un individuo, aunque con una división interna (consciente-inconsciente); que es diferente al sujeto lacaniano dividido por el significante en un encuentro con el deseo del Otro y en una constitución –como la señalábamos– de vacío interior (representada por la figura topológica del Toro en Lacan).

A su vez, la representación de sujeto en Lacan contempla este centro agujereado, pero en el cual se elimina la idea de interioridad e identidad, utiliza para ello la figura de lo *éxtimo*, en donde lo exterior e interior se funden en una sola posibilidad. Esta figura lo presenta con la figura topológica de *banda de Moebius*, figura que muestra como una banda de dos caras aparentemente solo cuenta con una al momento de realizar el recorrido a través de ella, eliminando la posibilidad de un recorrido externo y otro interno a la banda. Si nos detenemos en esta figura, podemos ver cómo representa la continuidad interior/exterior o la unión de las dos caras formando una sola continuidad, es decir, introduce en el seno de la lógica psicoanalítica la idea de un solo elemento continuo donde algunos autores ubicaron la idea de un yo-mundo real y un ello de la fantasía. Como vemos en el mismo Freud y Lacan ya hay distinciones importantes respecto a la noción de estructura y sujeto, por lo que no es de esperar menos en sus seguidores.

Ahora bien, cuando trabajamos con la concepción de estructura clínica, existe el riesgo de entender la estructura como cuadro clínico donde existiría el caso de referencia (ejemplo: Ana O., para la histeria, *hombre de las ratas* para la neurosis obsesiva, etc.) y el resto de los casos serían meras analogías (Eidelsztein 2008b). Quizás por ello es que Lacan prefería utilizar el concepto de tipos clínicos que permitieran desplegar la singularidad del caso y no quedar identificados a esa figura mítica del cuadro paradigmático. Por otra parte, también se puede caer en desarrollar una psicopatología que establezca lo patológico a partir de determinar una norma, eliminando la diversidad entre cada sujeto y anulando la lógica de las estructuras. En este sentido, lo que se abre en la enseñanza de Lacan a propósito de la topología nodal es una experiencia de pliegues, trenzados, cortes y repliegues, más cercano a una comprensión y recorrido por los bordes, que a una lógica del todo o nada del significante representativo de su primera teoría sobre la psicosis. No es casualidad que los autores de orientación lacaniana que se han acercado a abordar el problema de lo *borderline* desde diferentes enfoques se acercan principalmente desde la última enseñanza de Lacan y la topología del nudo, como si ese planteamiento ofreciera mayores herramientas conceptuales y clínicas en el recorrido por los bordes para una clínica de lo límite.

Una lógica de las estructuras clínicas, como propone por ejemplo Eidelsztein a partir de la división entre Intervalo y Holofrase en función de una lectura de Lacan, puede llevar a “el rechazo de las nociones de *borderline*, núcleos psicóticos y forclusiones parciales: la lógica del cuadro implica la ley del *todo o nada* de sus elementos discretos, impidiendo la concepción de cuadros mixtos. Aunque no se debe olvidar que se exige aceptar incluir un *no saber*, respecto de muchas otras modalidades del padecer subjetivo” (2008b, p.77). Pero el mismo autor nos recuerda que “no todos los sujetos hablantes quedan incluidos en alguna de las estructuras clínicas: la estructura de la clínica engloba a las estructuras clínicas, no a los sujetos” (Ibid, p.50).

Es decir, una lógica estructural por muy rigurosa que sea, no incluye todos los tipos de casos existentes, quedando toda una gama de sujetos que aún no encuentra un lugar lógico; más aún se puede señalar que “no-todo sujeto determinado por la metáfora paterna es neurótico (puede ser perverso, caracterópata, adicto, loco, etc.)” (Ibid, p.51), aspecto que cobrará mucha relevancia al momento de poder pensar los estados límites de la personalidad, ya no como una figura mixta a lo *borderline*, sino como un funcionamiento propio que aún no encuentra su lugar lógico. Si quisiéramos nombrar un caso emblemático para lo límite, sería “El Hombre de los Lobos”, paciente de Freud que muestra la plasticidad sintomatológica característica de lo *Borderline*, con desconexiones y conexiones, cercano a lo que más adelante se nombrará Psicosis Ordinaria.

Así, queda todo un campo de investigación en el psicoanálisis y especialmente el de orientación lacaniana sobre esta expresión de la subjetividad que inicialmente se ha denominado *borderline*, pero que aún no encuentra su lugar teórico en el psicoanálisis lacaniano (Lacan intenta darle un lugar a un número de manifestaciones diversas a partir del término de *locura*). En definitiva, trabajar la noción de estado límite supone un camino sobre campos sinuosos, en función de la concepción de estructuras clínicas en psicoanálisis y las distintas representaciones del límite con que se trabaja. Esta tensión se reconoce tanto si miramos la obra de Freud como la de Lacan, y cobra aún más relevancia cuando revisamos la visión de sus sucesores.

La advertencia sobre la dificultad que conlleva esta revisión no debe significar detenernos en el trabajo, sino más bien estar atentos a las lógicas implícitas y explícitas sobre las cuales trabajarán los distintos autores. Por último, poder dilucidar con estos elementos la posibilidad de atribuirle un lugar a la noción de estado límite -lugar que sea coherente con la noción de estructura clínica-, supone llevar al límite las proposiciones y ver sus resultados. Pero recordemos que el ser hablante se constituye en el límite de la palabra, como señalan Alemán y Larriera (2004), "la producción de sentido está contaminada por el sin-sentido" (2004, p.92), no hay plenitud de sentido, es decir, no hay sentido pleno. Habitar el límite es una manera peculiar de estar en la lengua, por lo tanto, desde un comienzo nos movemos por terrenos *pantanosos*.

---

**Contacto:** Rodrigo Bilbao Ramírez ✉ [rbilbaor@yahoo.com](mailto:rbilbaor@yahoo.com)

## Bibliografía

- Alemán, J., Larriera, S., Trías, E. (2004). *Filosofía del límite e inconsciente. Conversación con Eugenio Trías*. España: Editorial Síntesis.
- Dor, J. (1997). *Introducción a la Lectura de Lacan*. Barcelona: Gedisa.
- Eidelsztein, A. (2008a). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan, Vol. I*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Eidelsztein, A. (2008b). *Las estructuras clínicas a partir de Lacan, Vol. II*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Lacan, J. (2009). *El seminario 18: De un discurso que no fuera del semblante, (1971)*. Buenos Aires: Paidós, p.109.
- Lacan, J. (1975). *El seminario 22: R, S, I. Clase 1 (inédito)*.
- Miller, J-M. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Eolia-Paidós.

- Recibido: 12/05/2024.
- Aceptado: 04/6/2024.