



Revista de la Asociación Española de  
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría  
España

López Herrero, Luis-Salvador; González Lucas, María Elena; Linares Álvarez, Laura

A propósito de los trastornos límite

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXVIII, núm. 102, 2008, pp. 271-283

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019651003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

RESUMEN: A p  
los trastornos lí  
orientación que p  
neurosis y la psic  
PALABRAS CL  
sentido, sin sentid

Hace má  
con los trastor  
trastorno lími  
miento.

La inten  
nica desde la  
que podemos  
cia límite, con  
mina circunst  
nir a estos pa  
nótese cómo n  
soy?, ¿qué de  
se captan sien  
otro lado dig  
de estos pacie  
mejorando esp  
la vida y su e  
cando este tip  
niendo.

Ahora b  
sujetos, es por  
te no es para r  
los clínicos de  
pacientes.

No obsta  
Porque lo más  
dro y como si  
quedar verdac  
búsqueda de r  
nos alimentar

inserción en lo social). De ahí la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar, en la medida de lo posible, el rigor de todas las secuelas que puedan surgir en esa búsqueda de respuestas ante la vida.

Sin embargo, es preciso interrogar en esta nosología lo que bajo el término límite nos alumbra en estos casos, siempre complicados en la clínica, porque, a mi modo de ver, la vivencia límite de estos pacientes –que hay que entender como el encuentro traumático con lo real, esto es, con lo imposible de decir, que es también lo insoportable– y su errancia circunstancial en la vida tienen un punto de sumo interés para todos nosotros. De ahí la necesidad de poner palabras a ese encuentro del paciente con lo imposible, para así poder limitar esa vivencia traumática. Y éste es uno de los cometidos del tratamiento psicoanalítico.

Pero además la vivencia límite en estos sujetos nos permite captar siempre un vacío o agujero, que desencadena angustia, y que facilita, en ocasiones, la irrupción de un acto –la impulsividad– como modo de calmar ese vacío o de atemperar ese agujero sin nombre. Ya veremos la diferencia que planteo entre vacío y agujero en función de los diferentes tipos de pacientes que empañan el denominado trastorno límite.

Ahora bien, ¿a qué se refiere este límite? Dicho de otra manera, ¿por qué aparece el término límite para etiquetar este tipo de sufrimiento? (Y digo sufrimiento porque no hay que olvidar que la clínica es siempre lo imposible de soportar, pues tiene siempre una dimensión trágica tanto para el paciente que la vive como para el profesional que la soporta, como también, se podría añadir, para la familia que la padece, sostiene y se desespera con ella).

No obstante, hay que plantear que es cierto que el trastorno límite nos acerca a un límite, pero de qué tipo de límite se trata. Dicho de otra manera: cuando aludimos a un trastorno límite, ¿con respecto a qué se orienta ese límite?

Vamos a distinguir a lo largo del trabajo tres aspectos acerca de este límite; por un lado, el límite con el que se encuentra el profesional en el diagnóstico de este tipo de pacientes; por otro, la dimensión límite de su clínica; y, finalmente, la vivencia límite que se infiltra en el paciente.

### *Sus comienzos*

¿Cómo surge el trastorno límite en la literatura psiquiátrica? La aparición del trastorno límite en la nosología psiquiátrica se produce a causa de una sorpresa clínica o de una dificultad diagnóstica, esto es, a partir de una rareza en la clínica. Son, podríamos decir, los casos raros de la clínica. Por eso, como bien se comprenderá, el trastorno límite siempre ha caminado, en cierta forma, en tierra de nadie.

El trastorno límite, como concepto o idea –aun cuando su interés comience a perfilarse a partir de los años treinta–, surge a mediados de los años cincuenta para

tipificar un tipo  
que tampoco  
comienza ya  
cuenta viene a  
neurosis ni ps  
nica, o bien e  
tir ahora su de

Hay que  
ya trabajaba  
drían ser cata  
clínica es, a m  
campo de la m  
en la actualida  
pectiva nosolo  
ta asiduidad e  
porque hay qu  
rizada por su i  
3). Porque, a  
aun cuando la  
bios rápidos»  
socio-cultural  
suficientemen  
está insertado  
de límites sien

En este s  
la eclosión de  
paterna?

Si la neu  
como garantía  
implícito en e  
nes, etc.)– ¿s  
cambios rápid  
mente por esa  
rosis?

¿Cómo i  
El trastorno lí  
partir del ma  
adquiriendo e  
recordar, por  
el campo de l

inserción en lo social). De ahí la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar, en la medida de lo posible, el rigor de todas las secuelas que puedan surgir en esa búsqueda de respuestas ante la vida.

Sin embargo, es preciso interrogar en esta nosología lo que bajo el término límite nos alumbra en estos casos, siempre complicados en la clínica, porque, a mi modo de ver, la vivencia límite de estos pacientes –que hay que entender como el encuentro traumático con lo real, esto es, con lo imposible de decir, que es también lo insoportable– y su errancia circunstancial en la vida tienen un punto de sumo interés para todos nosotros. De ahí la necesidad de poner palabras a ese encuentro del paciente con lo imposible, para así poder limitar esa vivencia traumática. Y éste es uno de los cometidos del tratamiento psicoanalítico.

Pero además la vivencia límite en estos sujetos nos permite captar siempre un vacío o agujero, que desencadena angustia, y que facilita, en ocasiones, la irrupción de un acto –la impulsividad– como modo de calmar ese vacío o de atemperar ese agujero sin nombre. Ya veremos la diferencia que planteo entre vacío y agujero en función de los diferentes tipos de pacientes que empañan el denominado trastorno límite.

Ahora bien, ¿a qué se refiere este límite? Dicho de otra manera, ¿por qué aparece el término límite para etiquetar este tipo de sufrimiento? (Y digo sufrimiento porque no hay que olvidar que la clínica es siempre lo imposible de soportar, pues tiene siempre una dimensión trágica tanto para el paciente que la vive como para el profesional que la soporta, como también, se podría añadir, para la familia que la padece, sostiene y se desespera con ella).

No obstante, hay que plantear que es cierto que el trastorno límite nos acerca a un límite, pero de qué tipo de límite se trata. Dicho de otra manera: cuando aludimos a un trastorno límite, ¿con respecto a qué se orienta ese límite?

Vamos a distinguir a lo largo del trabajo tres aspectos acerca de este límite; por un lado, el límite con el que se encuentra el profesional en el diagnóstico de este tipo de pacientes; por otro, la dimensión límite de su clínica; y, finalmente, la vivencia límite que se infiltra en el paciente.

### *Sus comienzos*

¿Cómo surge el trastorno límite en la literatura psiquiátrica? La aparición del trastorno límite en la nosología psiquiátrica se produce a causa de una sorpresa clínica o de una dificultad diagnóstica, esto es, a partir de una rareza en la clínica. Son, podríamos decir, los casos raros de la clínica. Por eso, como bien se comprenderá, el trastorno límite siempre ha caminado, en cierta forma, en tierra de nadie.

El trastorno límite, como concepto o idea –aun cuando su interés comience a perfilarse a partir de los años treinta–, surge a mediados de los años cincuenta para

tipificar un tipo  
que tampoco  
comienza ya  
cuenta viene a  
neurosis ni ps  
nica, o bien e  
tir ahora su de

Hay que  
ya trabajaba  
drían ser cata  
clínica es, a m  
campo de la m  
en la actualida  
pectiva nosolo  
ta asiduidad e  
porque hay qu  
rizada por su i  
3). Porque, a  
aun cuando la  
bios rápidos»  
socio-cultural  
suficientemen  
está insertado  
de límites sien

En este s  
la eclosión de  
paterna?

Si la neu  
como garantía  
implícito en e  
nes, etc.)– ¿s  
cambios rápid  
mente por esa  
rosis?

¿Cómo i  
El trastorno lí  
partir del ma  
adquiriendo e  
recordar, por  
el campo de l

Estados Unidos. De este modo, la llegada de «nuevos» pacientes a los servicios públicos, en el albor de una sociedad de consumo de cambios vertiginosos, introduce un tipo de clínica que no se ajusta exactamente ni al canon de las neurosis, ni al baluarte de las grandes psicosis. Eran así, aparentemente, pacientes de un orden clínico distinto.

En este contexto de errancia diagnóstica comenzaron a plantearse diferentes nombres para todos ellos: esquizofrenia ambulatoria (Zilboorg), personalidad *como si* (Helene Deutsche), esquizofrenia pseudoneurótica (Hoch y Polatin). Más tarde, Kingt, en la discusión de los estados límites; y Frosh, analizando como «carácter psicótico» esta nueva clínica, plantearon que estos pacientes límite estaban al filo de la psicosis, pero no eran propiamente psicóticos. Me parece muy interesante la apreciación que realizan de «al filo de la psicosis» para encuadrar a todos estos pacientes, porque sitúa claramente su problemática y dificultad diagnóstica. Posteriormente, Schimideberg, en 1959, propondrá ya que el trastorno límite resulta un verdadero trastorno del carácter; y todavía, en 1968, autores como Grinker y colaboradores introducirán la descripción de la personalidad límite dentro de un detallado análisis empírico (4). Finalmente, será Otto Kernberg quien ha intentado estructurar los mecanismos defensivos primitivos y las relaciones objetales interiorizadas patológicas de estos pacientes dentro de su esquema de la organización límite de la personalidad, siguiendo el modelo de M. Klein (5).

En síntesis, para algunos de estos autores el trastorno límite acabaría incluyendo un tipo de pacientes que, bajo un ropaje de corte neurótico, hacen de la hostilidad básica (ira inapropiada o manifestaciones de mal genio), la presencia de alteraciones de la identidad (auto-imagen distorsionada, identidad sexual confusa, objetivos a largo plazo indefinidos, errancia en la vida), la sensación de vacío y el aburrimiento constante, así como la inestabilidad afectiva, la conducta impulsiva y agresiva y la transferencia inestable, un nuevo modo de clínica que alude a un marco que no encaja completamente ni en la neurosis ni en la psicosis.

### *Modos de mirar, modos de escuchar*

Vemos, así, cómo en ciertos ambientes clasificatorios el trastorno límite podría ser concebido como una entidad clínica claramente diferenciada, aunque situada entre la neurosis y la psicosis. Dicho de otra manera: el trastorno límite vendría a ser como un trastorno que, bajo un perfil clínico diferencial, se mostraría independiente entre el modo de funcionar neurótico (conversiones y somatizaciones, angustias, fobias, obsesiones o rituales —que, dicho sea de paso, también configura la supuesta normalidad—) y el modo de funcionamiento psicótico (fenómenos elementales y tramas delirantes).

Ahora bien, ¿qué sujeto? Dicho de otra manera, ¿qué clínica de la problemática conflictiva es?

A mi modo de ver, la problemática esencial que tengo que plantear es demasiado apremiante para que éstos no aborden una cuestión tan práctica. Por lo tanto, el diagnóstico, y se comprende, en esta hora de atender allá de sus síndromes diagnósticos, no es psicoanalítico.

En este sentido, la clínica y trata los casos que son clasificados como neurosis en su momento, pero bien pueden ser entendidos como psicosis. También pueden ser entendidos como psicosis. Escucha expectante, recibimos al paciente que es clasificable por sus características. Las características son las mismas y a la existencia de un marco estructural del padre, sigue.

Entonces, ¿qué nueva estructura o bien son similares? El modo de pensar el carácter elástico.

<sup>1</sup> «Porque si puede funcionar co-

Estados Unidos. De este modo, la llegada de «nuevos» pacientes a los servicios públicos, en el albor de una sociedad de consumo de cambios vertiginosos, introduce un tipo de clínica que no se ajusta exactamente ni al canon de las neurosis, ni al baluarte de las grandes psicosis. Eran así, aparentemente, pacientes de un orden clínico distinto.

En este contexto de errancia diagnóstica comenzaron a plantearse diferentes nombres para todos ellos: esquizofrenia ambulatoria (Zilboorg), personalidad *como si* (Helene Deutsche), esquizofrenia pseudoneurótica (Hoch y Polatin). Más tarde, Kingt, en la discusión de los estados límites; y Frosh, analizando como «carácter psicótico» esta nueva clínica, plantearon que estos pacientes límite estaban al filo de la psicosis, pero no eran propiamente psicóticos. Me parece muy interesante la apreciación que realizan de «al filo de la psicosis» para encuadrar a todos estos pacientes, porque sitúa claramente su problemática y dificultad diagnóstica. Posteriormente, Schmitzberg, en 1959, propondrá ya que el trastorno límite resulta un verdadero trastorno del carácter; y todavía, en 1968, autores como Grinker y colaboradores introducirán la descripción de la personalidad límite dentro de un detallado análisis empírico (4). Finalmente, será Otto Kernberg quien ha intentado estructurar los mecanismos defensivos primitivos y las relaciones objetales interiorizadas patológicas de estos pacientes dentro de su esquema de la organización límite de la personalidad, siguiendo el modelo de M. Klein (5).

En síntesis, para algunos de estos autores el trastorno límite acabaría incluyendo un tipo de pacientes que, bajo un ropaje de corte neurótico, hacen de la hostilidad básica (ira inapropiada o manifestaciones de mal genio), la presencia de alteraciones de la identidad (auto-imagen distorsionada, identidad sexual confusa, objetivos a largo plazo indefinidos, errancia en la vida), la sensación de vacío y el aburrimiento constante, así como la inestabilidad afectiva, la conducta impulsiva y agresiva y la transferencia inestable, un nuevo modo de clínica que alude a un marco que no encaja completamente ni en la neurosis ni en la psicosis.

### *Modos de mirar, modos de escuchar*

Vemos, así, cómo en ciertos ambientes clasificatorios el trastorno límite podría ser concebido como una entidad clínica claramente diferenciada, aunque situada entre la neurosis y la psicosis. Dicho de otra manera: el trastorno límite vendría a ser como un trastorno que, bajo un perfil clínico diferencial, se mostraría independiente entre el modo de funcionar neurótico (conversiones y somatizaciones, angustias, fobias, obsesiones o rituales —que, dicho sea de paso, también configura la supuesta normalidad—) y el modo de funcionamiento psicótico (fenómenos elementales y tramas delirantes).

Ahora bien, ¿qué es el sujeto? Dicho de otra manera, ¿qué es la problemática de la clínica que no es conflictiva es?

A mi modo de ver, la problemática esencial es que tengo que poner en práctica demasiado apuro para que éstos no sean una cuestión de hechos prácticos. Por lo tanto, diagnóstico, y se comprende la hora de atender allá de sus síntomas diagnósticos, no psicoanalítica.

En este sentido, la clínica y trata los casos que son clasificados como neurosis en su ser entendidos. También pueden ser escuchados en la escucha expectante recibimos al paciente clasificable por las reacciones son segundo momento y a la existencia de un marco estructural del padre, signi-

Entonces, una nueva estructura o bien son síntomas de un modo de pensar de carácter elástico.

<sup>1</sup> «Porque si puede funcionar co-

En este sentido también podríamos pensar el trastorno límite como un modo muy particular de anudamiento o funcionamiento de la estructura, bien con respecto a la neurosis, bien con respecto a las psicosis<sup>2</sup>, en donde aquí el límite estaría del lado del profesional en su capacidad y sutileza diagnóstica. Y modo particular de anudamiento cuya vivencia límite y errancia en la vida nos podría marcar y señalar una peculiaridad en la propia estructura. De este modo, el trastorno límite no sería propiamente una estructura distinta, sino simplemente una clínica del síntoma (8) cuyo diagnóstico requeriría una sutileza ínfima del detalle clínico (9). Aquí lo que se pondría en relevancia sería poder acechar y pensar los signos, a veces, ínfimos de la forclusión como mecanismo estructural de la psicosis. Podríamos pensar, por ejemplo, en una excesiva pregnancia de lo imaginario unida a un anclaje simbólico bastante insuficiente, o bien en una relación de extrañamiento entre el yo y el cuerpo (10); pero, también, en una fijación y dialectización imposible con respecto a un entramado conflicto supuestamente edípico, o en el ejercicio desenfrenado y compulsivo de la pulsión, aunque desconectado ya de toda captura en la dialéctica del discurso (11).

Sin embargo, habría también casos en los que podríamos concebir una falta de captura esencial por lo simbólico, que nos transmitiría un sujeto caracterizado por un cierto tipo de flotamiento o inconsistencia esencial. Términos como ausencia de personalidad, debilidad de su inscripción en lo simbólico, extravío de un imaginario sin yo o identificaciones erráticas sin cristalización posible, vendrían a ser como formas de definir un modo de funcionar o de estar en la vida caracterizado por su escasa consistencia o entereza. Y todo ello sin olvidar, en algunos de estos casos denominados como límite, la variabilidad en el funcionamiento de la represión —que no es otra sino más que las peculiaridades variables en el funcionamiento del nombre del padre—, y que igualmente podría crear dificultades en el diagnóstico<sup>3</sup>.

Resuena, aquí y ahora, toda la problemática siempre interesante entre histeria y psicosis, que nos obliga a distinguir entre queja histérica acerca de la vida y sus desgracias o vivencia de muerte del psicótico.

No son éstos, en fin, más que diferentes aspectos que nos indicarían, en los denominados trastornos límites, una falla relevante, aunque a veces muy sutil, en la constitución del sujeto. De ahí que, a mi modo de ver, no sólo se requiera cautela y paciencia clínica en la atención de este tipo de pacientes, sino también un

<sup>2</sup> Donde el sujeto neurótico estaría más del lado del amor que del odio, de los síntomas que de los fenómenos, de la represión que de la forclusión.

<sup>3</sup> «Pero el padre está en una posición metafórica si y sólo si la madre lo convierte en aquel que con su presencia sanciona la existencia del lugar de la ley. Queda, pues, un inmenso margen para las formas y los medios con los que esto se puede realizar, porque es compatible con diversas configuraciones concretas» (12).

exquisito rigor  
clínica. Y todo  
la estructura d  
ción de la cur

*Un faro de or*

Por eso e  
mos plantear  
Podríamos pe  
encuentro con  
¿Misterio o en

Y es que  
bien en la clín  
plazo, en el m  
tes y la impuls  
agujero que le  
está siendo su  
con el hecho d  
alusión a la au

Precisam  
síntoma opaco  
encuentro con  
psicoanalítico  
entrevistas pre

Porque, p  
esta temática  
«pregunta» qu  
contrario, que  
Y es que com  
pregunta. Los  
la pregunta; e  
impensable» (

Precisam  
parte del trata  
to de las entr  
hilo de la pro  
ese andamiaje  
labrando a lo

En este sentido también podríamos pensar el trastorno límite como un modo muy particular de anudamiento o funcionamiento de la estructura, bien con respecto a la neurosis, bien con respecto a las psicosis<sup>2</sup>, en donde aquí el límite estaría del lado del profesional en su capacidad y sutileza diagnóstica. Y modo particular de anudamiento cuya vivencia límite y errancia en la vida nos podría marcar y señalar una peculiaridad en la propia estructura. De este modo, el trastorno límite no sería propiamente una estructura distinta, sino simplemente una clínica del síntoma (8) cuyo diagnóstico requeriría una sutileza ínfima del detalle clínico (9). Aquí lo que se pondría en relevancia sería poder acechar y pensar los signos, a veces, ínfimos de la forclusión como mecanismo estructural de la psicosis. Podríamos pensar, por ejemplo, en una excesiva pregnancia de lo imaginario unida a un anclaje simbólico bastante insuficiente, o bien en una relación de extrañamiento entre el yo y el cuerpo (10); pero, también, en una fijación y dialectización imposible con respecto a un entramado conflicto supuestamente edípico, o en el ejercicio desenfrenado y compulsivo de la pulsión, aunque desconectado ya de toda captura en la dialéctica del discurso (11).

Sin embargo, habría también casos en los que podríamos concebir una falta de captura esencial por lo simbólico, que nos transmitiría un sujeto caracterizado por un cierto tipo de flotamiento o inconsistencia esencial. Términos como ausencia de personalidad, debilidad de su inscripción en lo simbólico, extravío de un imaginario sin yo o identificaciones erráticas sin cristalización posible, vendrían a ser como formas de definir un modo de funcionar o de estar en la vida caracterizado por su escasa consistencia o entereza. Y todo ello sin olvidar, en algunos de estos casos denominados como límite, la variabilidad en el funcionamiento de la represión —que no es otra sino más que las peculiaridades variables en el funcionamiento del nombre del padre—, y que igualmente podría crear dificultades en el diagnóstico<sup>3</sup>.

Resuena, aquí y ahora, toda la problemática siempre interesante entre histeria y psicosis, que nos obliga a distinguir entre queja histérica acerca de la vida y sus desgracias o vivencia de muerte del psicótico.

No son éstos, en fin, más que diferentes aspectos que nos indicarían, en los denominados trastornos límites, una falla relevante, aunque a veces muy sutil, en la constitución del sujeto. De ahí que, a mi modo de ver, no sólo se requiera cautela y paciencia clínica en la atención de este tipo de pacientes, sino también un

<sup>2</sup> Donde el sujeto neurótico estaría más del lado del amor que del odio, de los síntomas que de los fenómenos, de la represión que de la forclusión.

<sup>3</sup> «Pero el padre está en una posición metafórica si y sólo si la madre lo convierte en aquel que con su presencia sanciona la existencia del lugar de la ley. Queda, pues, un inmenso margen para las formas y los medios con los que esto se puede realizar, porque es compatible con diversas configuraciones concretas» (12).

exquisito rigor  
clínica. Y todo  
la estructura d  
ción de la cur

*Un faro de or*

Por eso e  
mos plantear  
Podríamos pe  
encuentro con  
¿Misterio o en

Y es que  
bien en la clín  
plazo, en el m  
tes y la impuls  
agujero que le  
está siendo su  
con el hecho d  
alusión a la au

Precisam  
síntoma opaco  
encuentro con  
psicoanalítico  
entrevistas pre

Porque, p  
esta temática  
«pregunta» qu  
contrario, que  
Y es que com  
pregunta. Los  
la pregunta; e  
impensable» (

Precisam  
parte del trata  
to de las entr  
hilo de la pro  
ese andamiaje  
labrando a lo



respuesta, y que el tratamiento psicoanalítico debe hacer resonar, en su formulación, en las entrevistas preliminares y en la cura –mediante la construcción fantasmática–, es lo que nosotros concebimos como uno de los elementos fundamentales en el desencadenamiento del cuadro tanto por su respuesta insuficiente o inconclusa, como, también, «porque la pregunta viene de allí donde no hay significativo» (16).

Debe recordarse ahora en qué consiste la travesía edípica para tratar de interrogar esta «pregunta»<sup>4</sup> que el análisis debe hacer resonar en el contexto de la cura, siempre y cuando en verdad se haya podido formular previamente.

El Edipo es el modo como un sujeto constituye su identidad yoica<sup>5</sup>, su identidad sexual y su elección de objeto sexual, pero también su modo particular de goce. Dicho de otra manera: el sujeto a lo largo de la travesía edípica va dilucidando y configurando ese fantasma –su forma de ser– que encaminará su futura posición en la vida, la sociedad y la cultura, a la vez que le permite ir estableciendo ese marco necesario de separación del entorno familiar. De este modo, construcción del fantasma, como modo de respuesta al enigmático deseo del Otro, y separación del entorno familiar son elementos fundamentales para poder disfrutar de la vida e insertarse en el ámbito social como sujeto deseante. Es interesante todo este asunto, porque es esto mismo lo que percibimos como alterado y confuso en los denominados trastornos límite. Y es que la dilucidación vital, en el contexto del Edipo, siempre arrastra una cierta sensación de identidad y vitalidad en el sujeto, en tanto que esta cristalización no es más que el entramado imaginario y simbólico que define su modo de ser, estar y funcionar en la vida.

Es muy compleja toda esta cuestión enigmática que representa el encuentro con la vida. Y resulta un enigma cuya respuesta siempre encubre, en realidad, un agujero que a mí, personalmente, me invita a recordar ahora esa forclusión generalizada a la que alude Lacan en su última enseñanza, un agujero que podríamos plantear con relación al propio enigma de la vida.

Por eso, los clínicos han descrito gran variedad de síntomas a la hora de abordar este tipo de sujetos *límite* en su confrontación con lo *real* que aluden, precisamente, a toda esta problemática en la constitución del sujeto (identidad yoica, identidad sexual y elecciones objetales) a lo largo de su travesía edípica. De esta forma términos como difusión de identidad (vacío crónico, autopercepciones contradictorias, conductas paradójicas), ansiedad crónica difusa, libre y flotante, neurosis polisintomáticas, tendencias sexuales perversas polimorfas o neurosis y adic-

<sup>4</sup> Pregunta vital que en la neurosis viene marcada por «soy hombre o mujer», en la histeria, «estoy vivo o muerto», en el obsesivo.

<sup>5</sup> Precisamente en el argot clínico el término *difusión de identidad* alude a la confusión yoica que padecen estos sujetos límite.

ciones por im  
noide, esquizo  
sonalidades in  
antisocial) (1  
definir este tip  
ble que embar  
más específica  
puros fenóme  
que afecta a la

Por eso m  
trastorno lími  
ferentemente  
responder ant  
sexualidad y c  
(identidad yoi  
labrada en el  
frontación co  
dejando al des  
bien irrumpe  
des distintas:  
succión por e  
clínica que co

Ahondar  
gunta» que ac  
resurgir ante l  
tea en la encr  
sujeto afronta  
se mediante el  
fora), para en  
modo de resp  
aqueja y le in  
preciso que el  
le interroga ac  
psicoanálisis s  
instrumento q  
el sujeto afron  
ta posible, «p  
cante con el s  
en este segun  
que deja en ev

respuesta, y que el tratamiento psicoanalítico debe hacer resonar, en su formulación, en las entrevistas preliminares y en la cura –mediante la construcción fantasmática–, es lo que nosotros concebimos como uno de los elementos fundamentales en el desencadenamiento del cuadro tanto por su respuesta insuficiente o inconclusa, como, también, «porque la pregunta viene de allí donde no hay significativo» (16).

Debe recordarse ahora en qué consiste la travesía edípica para tratar de interrogar esta «pregunta»<sup>4</sup> que el análisis debe hacer resonar en el contexto de la cura, siempre y cuando en verdad se haya podido formular previamente.

El Edipo es el modo como un sujeto constituye su identidad yoica<sup>5</sup>, su identidad sexual y su elección de objeto sexual, pero también su modo particular de goce. Dicho de otra manera: el sujeto a lo largo de la travesía edípica va dilucidando y configurando ese fantasma –su forma de ser– que encaminará su futura posición en la vida, la sociedad y la cultura, a la vez que le permite ir estableciendo ese marco necesario de separación del entorno familiar. De este modo, construcción del fantasma, como modo de respuesta al enigmático deseo del Otro, y separación del entorno familiar son elementos fundamentales para poder disfrutar de la vida e insertarse en el ámbito social como sujeto deseante. Es interesante todo este asunto, porque es esto mismo lo que percibimos como alterado y confuso en los denominados trastornos límite. Y es que la dilucidación vital, en el contexto del Edipo, siempre arrastra una cierta sensación de identidad y vitalidad en el sujeto, en tanto que esta cristalización no es más que el entramado imaginario y simbólico que define su modo de ser, estar y funcionar en la vida.

Es muy compleja toda esta cuestión enigmática que representa el encuentro con la vida. Y resulta un enigma cuya respuesta siempre encubre, en realidad, un agujero que a mí, personalmente, me invita a recordar ahora esa forclusión generalizada a la que alude Lacan en su última enseñanza, un agujero que podríamos plantear con relación al propio enigma de la vida.

Por eso, los clínicos han descrito gran variedad de síntomas a la hora de abordar este tipo de sujetos *límite* en su confrontación con lo *real* que aluden, precisamente, a toda esta problemática en la constitución del sujeto (identidad yoica, identidad sexual y elecciones objetales) a lo largo de su travesía edípica. De esta forma términos como difusión de identidad (vacío crónico, autopercepciones contradictorias, conductas paradójicas), ansiedad crónica difusa, libre y flotante, neurosis polisintomáticas, tendencias sexuales perversas polimorfas o neurosis y adic-

<sup>4</sup> Pregunta vital que en la neurosis viene marcada por «soy hombre o mujer», en la histeria, «estoy vivo o muerto», en el obsesivo.

<sup>5</sup> Precisamente en el argot clínico el término *difusión de identidad* alude a la confusión yoica que padecen estos sujetos límite.

ciones por im  
noide, esquizo  
sonalidades in  
antisocial) (1  
definir este tip  
ble que embar  
más específica  
puros fenóme  
que afecta a la

Por eso m  
trastorno lími  
ferentemente  
responder ant  
sexualidad y c  
(identidad yoi  
labrada en el  
frontación co  
dejando al des  
bien irrumpe  
des distintas:  
succión por e  
clínica que co

Ahondar  
gunta» que ac  
resurgir ante l  
tea en la encr  
sujeto afronta  
se mediante el  
fora), para en  
modo de resp  
aqueja y le in  
preciso que el  
le interroga ac  
psicoanálisis s  
instrumento q  
el sujeto afron  
ta posible, «p  
cante con el s  
en este segun  
que deja en ev

esos objetos sustitutos que remedan lo perdido, sino más bien un desierto de significación, una sensación de perplejidad con relación a la «pregunta», que, a veces, es preciso captar en el sujeto mediante signos ínfimos.

Tenemos, así, dos diferentes modos de vivenciar el límite<sup>6</sup>, que aluden ciertamente a estructuras bien distintas. Por un lado, la relación entre una «pregunta» que produce una conmoción fantasmática que quedará integrada en lo simbólico y que precipita en el sujeto una crisis; hay aquí continuidad y no ruptura en la experiencia, por más descalabro fantasmático que se vivencie o se perciba desde el exterior. Y, por el otro, una «pregunta» que, en tanto, agujereada, produce en el sujeto ruptura, caída de lo simbólico y succión por el agujero. Y es que, en este segundo caso, en tanto que la «pregunta» viene de allí donde no hay significante, es más bien el encuentro con un agujero el que precipitará en el sujeto esa sensación de perplejidad que será vivida como certeza.

Vemos así, por una parte, vacío, misterio y «pregunta» del lado de lo simbólico, que precipitarán en el sujeto neurótico una crisis, precisamente por la conmoción que acontece en ese mundo fantasmático que vela lo *real*. Y, por otra parte, agujero, enigma y «pregunta» desde el lado de lo *real*, que precipitan un desencadenamiento psicótico que puede ser, sin embargo, muy puntual. Son ciertamente dos acontecimientos diferentes, pero también dos modos de encuentro con la vivencia límite o lo *real* bien distintos. Y es que mientras que, en el primer caso, se evidencia la presencia de un instrumento, el falo, que puede instrumentalizar el encuentro con lo *real*, en el segundo caso la ausencia del falo deja al sujeto completamente inerte y desamparado en ese encuentro con lo imposible de decir.

Sin embargo, no siempre las cosas se presentan, exactamente, bajo el prisma de la crisis o la ruptura que anuncia esa vivencia límite en ese encuentro con lo *real*. En ocasiones, no se percibe en el sujeto ninguna crisis o ruptura ostensible; tan solo una vivencia límite difusa –sensación de vacuidad–, que alude a una falla o a una inconsistencia esencial de la propia estructura. Son esos casos en los que tan solo apreciamos una falta de sostén y precariedad, que nosotros podemos interpretar, en realidad, como una falla forclusiva en la propia estructura. Verdaderamente, aquí la pregunta, como tal, permanece in formulable. Y pienso que, en estos casos, el capítulo de la psicosis ordinaria, en la órbita lacaniana, nos puede orientar (20).

Ahora bien: a la hora de abordar este vacío o agujero, en función del caso, creo que habría que concebir lo que podríamos definir como una cierta articulación entre la angustia y esa respuesta, tan frecuente, en este tipo de pacientes: la conducta impulsiva. Por un lado, tendríamos la impulsividad y la búsqueda de un objeto que calme la angustia, siguiendo el correlato de un fantasma que vela el

vacío. Por el otro, te lo *real*, se haca la sutileza de la pregunta, nos podría parecer el vacío.

Tenemos, así, dos diferentes modos de mostrar parecido, mientras que en el agujero en la experiencia, en las diferencias entre lo imposible y el encuentro yoica<sup>7</sup> o cíclico en el perfil neurótico del lado de los sujetos. Lenguaje y la pregunta, que, aun cuando los lares, reflejan,

Finalmente, la experiencia ante cuestiones que el encuentro con el enigma del psíquico siempre un enigma sin embargo, propio enigma aquello que es, los brazos, el enigma. De cada uno, insistir en el encuentro función del sujeto aquello que la

De ahí que sea siempre un mismo, el propio un enigma que quiere decir al

<sup>6</sup> Entendiendo aquí el límite, como el encuentro con lo *real* o lo imposible de decir (19).

<sup>7</sup> ¿Cómo dice la función fálica, de esa

esos objetos sustitutos que remedan lo perdido, sino más bien un desierto de significación, una sensación de perplejidad con relación a la «pregunta», que, a veces, es preciso captar en el sujeto mediante signos ínfimos.

Tenemos, así, dos diferentes modos de vivenciar el límite<sup>6</sup>, que aluden ciertamente a estructuras bien distintas. Por un lado, la relación entre una «pregunta» que produce una conmoción fantasmática que quedará integrada en lo simbólico y que precipita en el sujeto una crisis; hay aquí continuidad y no ruptura en la experiencia, por más descalabro fantasmático que se vivencie o se perciba desde el exterior. Y, por el otro, una «pregunta» que, en tanto, agujereada, produce en el sujeto ruptura, caída de lo simbólico y succión por el agujero. Y es que, en este segundo caso, en tanto que la «pregunta» viene de allí donde no hay significante, es más bien el encuentro con un agujero el que precipitará en el sujeto esa sensación de perplejidad que será vivida como certeza.

Vemos así, por una parte, vacío, misterio y «pregunta» del lado de lo simbólico, que precipitarán en el sujeto neurótico una crisis, precisamente por la conmoción que acontece en ese mundo fantasmático que vela lo *real*. Y, por otra parte, agujero, enigma y «pregunta» desde el lado de lo *real*, que precipitan un desencadenamiento psicótico que puede ser, sin embargo, muy puntual. Son ciertamente dos acontecimientos diferentes, pero también dos modos de encuentro con la vivencia límite o lo *real* bien distintos. Y es que mientras que, en el primer caso, se evidencia la presencia de un instrumento, el falo, que puede instrumentalizar el encuentro con lo *real*, en el segundo caso la ausencia del falo deja al sujeto completamente inerte y desamparado en ese encuentro con lo imposible de decir.

Sin embargo, no siempre las cosas se presentan, exactamente, bajo el prisma de la crisis o la ruptura que anuncia esa vivencia límite en ese encuentro con lo *real*. En ocasiones, no se percibe en el sujeto ninguna crisis o ruptura ostensible; tan solo una vivencia límite difusa –sensación de vacuidad–, que alude a una falla o a una inconsistencia esencial de la propia estructura. Son esos casos en los que tan solo apreciamos una falta de sostén y precariedad, que nosotros podemos interpretar, en realidad, como una falla forclusiva en la propia estructura. Verdaderamente, aquí la pregunta, como tal, permanece in formulable. Y pienso que, en estos casos, el capítulo de la psicosis ordinaria, en la órbita lacaniana, nos puede orientar (20).

Ahora bien: a la hora de abordar este vacío o agujero, en función del caso, creo que habría que concebir lo que podríamos definir como una cierta articulación entre la angustia y esa respuesta, tan frecuente, en este tipo de pacientes: la conducta impulsiva. Por un lado, tendríamos la impulsividad y la búsqueda de un objeto que calme la angustia, siguiendo el correlato de un fantasma que vela el

vacío. Por el otro, te lo real, se h... sutileza de la... so, nos podrí... perar el vacío...

Tenemos... mostrar parec... mientras en u... agujero en la... diferencias en... imposible y el... dad yoica<sup>7</sup> o c... en el perfil ne... lado de los su... Lenguaje y la... que, aun cuan... lares, reflejan...

Finalmen... experiencia an... cuestiones qu... encuentro con... enigma del ps... siempre un en... sin embargo, ... propio enigm... aquello que es... bras, el enigm... De cada uno, ... insistir en el e... función del si... aquello que la...

De ahí q... sea siempre u... mismo, el pro... un enigma qu... quiere decir al...

<sup>6</sup> Entendiendo aquí el límite, como el encuentro con lo *real* o lo imposible de decir (19).

<sup>7</sup> ¿Cómo dis... ción fálica, de esa...

te, un agujero. Pero es ya, sin embargo, un agujero vaciado que no precipita perplejidad, como en el sujeto psicótico, sino simplemente silencio. Por eso mientras que, en el inicio de la cura, el misterio del síntoma en la neurosis está más en relación con un vacío que se trataría de rellenar mediante el sentido, el agujero que finalmente se instala en la cura estaría más bien del lado de la no-significación, porque en verdad, «no hay» significante<sup>8</sup>. De ahí que aquello que inicialmente diferencia al neurótico del psicótico en esa vivencia límite que supone el trauma con lo real acaba finalmente por asemejarles –vacío agujereado y agujero–, aunque de un modo bien distinto. Si en la neurosis el encuentro con el misterio del síntoma invita a hablar hasta llegar a agotar las palabras en su propio sentido –que no es más que el intento de cernir el sin sentido que palpita entre ellas–, el enigma que finalmente brota entre las propias palabras invita a un silencio, pero también a lo que podríamos denominar una certidumbre acerca de lo posible. Y es que, mientras que el misterio tiene palabras que buscan aportar incesantemente un sentido –que siempre esconde el sinsentido– a lo misterioso del síntoma, el enigma sólo tiene como respuesta la locura y la certeza<sup>9</sup>, o bien el silencio y la certidumbre acerca de posible, pues, como diría Wittgenstein: «De lo que no se puede hablar mejor es callarse».

Por último, y en el contexto de la cura con estos pacientes, tanto si hay crisis como caída de lo simbólico y succión por el agujero (ya diferenciando de este modo dos formas diversas de vivenciar el límite, que aluden ciertamente a estructuras distintas), es preciso una orientación y acompañamiento que introduzca un cierto apaciguamiento en este encontronazo con lo real, a la vez que un tipo de invención que permita a estos sujetos «límite» apañárselas con este imposible de decir. En esto consistiría el tratamiento con este tipo de pacientes. Tratamiento largo, sin duda, y no exento de complicaciones e *impasses*. Pero, sólo de este modo, el sujeto podrá afrontar el encuentro con la vida, así como la separación ineludible con la familia que se precisa para encauzar su existencia en función del deseo.

<sup>8</sup> Lacan aludirá a expresiones como «no hay relación sexual», o bien, «falta el significante La mujer» para dar cuenta de toda esta temática (21).

<sup>9</sup> La religión es, en este sentido, un tipo de certeza «loca» que, sin embargo, hace lazo social, en tanto que promueve frente al enigma de la vida un tipo de creencia que impone certidumbre.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) FREUD
- (2) LÓPEZ
- (3) LÓPEZ
- (4) KAPLA
- (5) KERNB
- (6) VV. A.
- (7) Ibídem
- (8) Ibídem
- (9) Ibídem
- (10) Ibídem
- (11) Ibídem
- (12) LACA
- (13) LACA
- (14) Ibídem
- (15) Ibídem
- (16) Ibídem
- (17) KERN
- (18) VV. A.
- (19) LACA
- (20) MILL
- (21) LACA

\* Luis-Salvador  
lista. Tutor de  
José Aguado  
de León; La  
Correspondencia  
luis\_salvador  
\*\* Fecha de recepción

te, un agujero. Pero es ya, sin embargo, un agujero vaciado que no precipita perplejidad, como en el sujeto psicótico, sino simplemente silencio. Por eso mientras que, en el inicio de la cura, el misterio del síntoma en la neurosis está más en relación con un vacío que se trataría de rellenar mediante el sentido, el agujero que finalmente se instala en la cura estaría más bien del lado de la no-significación, porque en verdad, «no hay» significante<sup>8</sup>. De ahí que aquello que inicialmente diferencia al neurótico del psicótico en esa vivencia límite que supone el trauma con lo real acaba finalmente por asemejarles –vacío agujereado y agujero–, aunque de un modo bien distinto. Si en la neurosis el encuentro con el misterio del síntoma invita a hablar hasta llegar a agotar las palabras en su propio sentido –que no es más que el intento de cernir el sin sentido que palpita entre ellas–, el enigma que finalmente brota entre las propias palabras invita a un silencio, pero también a lo que podríamos denominar una certidumbre acerca de lo posible. Y es que, mientras que el misterio tiene palabras que buscan aportar incesantemente un sentido –que siempre esconde el sinsentido– a lo misterioso del síntoma, el enigma sólo tiene como respuesta la locura y la certeza<sup>9</sup>, o bien el silencio y la certidumbre acerca de posible, pues, como diría Wittgenstein: «De lo que no se puede hablar mejor es callarse».

Por último, y en el contexto de la cura con estos pacientes, tanto si hay crisis como caída de lo simbólico y succión por el agujero (ya diferenciando de este modo dos formas diversas de vivenciar el límite, que aluden ciertamente a estructuras distintas), es preciso una orientación y acompañamiento que introduzca un cierto apaciguamiento en este encontronazo con lo real, a la vez que un tipo de invención que permita a estos sujetos «límite» apañárselas con este imposible de decir. En esto consistiría el tratamiento con este tipo de pacientes. Tratamiento largo, sin duda, y no exento de complicaciones e *impasses*. Pero, sólo de este modo, el sujeto podrá afrontar el encuentro con la vida, así como la separación ineludible con la familia que se precisa para encauzar su existencia en función del deseo.

<sup>8</sup> Lacan aludirá a expresiones como «no hay relación sexual», o bien, «falta el significante La mujer» para dar cuenta de toda esta temática (21).

<sup>9</sup> La religión es, en este sentido, un tipo de certeza «loca» que, sin embargo, hace lazo social, en tanto que promueve frente al enigma de la vida un tipo de creencia que impone certidumbre.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) FREUD
- (2) LÓPEZ
- (3) LÓPEZ
- (4) KAPLA
- (5) KERNB
- (6) VV. A.
- (7) Ibídem
- (8) Ibídem
- (9) Ibídem
- (10) Ibídem
- (11) Ibídem
- (12) LACA
- (13) LACA
- (14) Ibídem
- (15) Ibídem
- (16) Ibídem
- (17) KERN
- (18) VV. A.
- (19) LACA
- (20) MILL
- (21) LACA

\* Luis-Salvador  
lista. Tutor de  
José Aguado  
de León; La  
Correspondencia  
luis\_salvador  
\*\* Fecha de recepción