

**REFLEXIONES ACERCA DE LO FRONTERIZO  
CARLOS LLANES\***

\*Licenciado en Psicología por la UANL. Maestría en Psicología con orientación en Clínica Psicoanalítica por la UANL. Doctorando en Investigación Psicoanalítica por el CiES.

Recepción: 1 de Diciembre de 2015 / Aceptación 3 de Enero de 2016.

**RESUMEN**

El presente trabajo tiene como objetivo dar a conocer algunas reflexiones personales sobre el trabajo teórico y clínico acerca de los sujetos denominados como *borderlines* o fronterizos. El trabajo inicia con una introducción al tema donde se encuentra un breve recorrido histórico acerca del por qué se les denominó de esta manera a estos sujetos que no se encuentran dentro de las tres principales estructuras clínicas que trabaja la clínica psicoanalítica. Posteriormente se plantearán algunas hipótesis teóricas sobre la estructuración u organización de los sujetos fronterizos donde el papel, que juegan las relaciones tempranas del sujeto es fundamental, ya que de ese papel se despliega las formas del afrontamiento de las separaciones y pérdidas sentidas por el sujeto, sobre ello destaco el punto de la melancolía como posible antecedente teórico de lo que ahora conocemos como estructuras o estados fronterizos. Después se elaboran reflexiones acerca del manejo clínico con sujetos fronterizos, desde el número de sesiones, la posición del analista, y el aspecto fundamental de la contratransferencia. Por último y a manera de conclusión se desarrolla una reflexión final que resalta la importancia del lugar y función del analista como un analista que debe realizar una función materna.

**PALABRAS CLAVE:**

Fronterizos/Estructuras/Contratransferencia/Pérdidas/Melancolía

## **SUMMARY**

The objective of this paper is to present some personal thoughts on the theoretical and clinical work on the subject known as *borderlines* or borderlines. The work begins with an introduction to the topic where there is a brief history about why these subjects are called this way and are not within the three major clinical structures working psychoanalytic clinic. Later some theoretical hypotheses about the structure or organization of border subjects where the role played by early relationships of the subject is essential to the way of coping with separations and heartfelt loss are displayed by the

subject, about it I emphasize the point of melancholy as possible theoretical background of what is now known as structures or border states. After reflections on the clinical management with border subjects drawn from the number of sessions, the analyst's position, and the fundamental aspect of countertransference. Finally, as a conclusion a final reflection that highlights the importance of the place of the analyst and the maternal role he should play.

**KEYWORDS:** Border / Structures / Countertransference / Loss / Melancholy

## **RÉSUMÉ**

L'objectif de ce document est de présenter quelques réflexions personnelles sur le travail théorique et clinique sur le sujet connu comme limite ou frontière. Le travail commence par une introduction sur le sujet où vous trouverez un bref historique sur pourquoi ils sont appelés de cette manière ces sujets ne sont pas dans les trois principales structures cliniques de travail clinique psychanalytique. Plus tard, quelques hypothèses théoriques sur la structure ou l'organisation des sujets frontaliers où le rôle joué par les premiers rapports du sujet est essentiel de se poser en raison du rôle que les moyens de faire face

avec des séparations et pertes sincères déployés par le sujet, Je tiens à souligner sur ce point de mélancolie que possible fond théorique de ce qui est maintenant connu que les structures ou les États frontaliers. Après des réflexions sur la gestion clinique des sujets frontaliers sont tirées du nombre de sessions, la position de l'analyste, et l'aspect fondamental du contre. Enfin, en guise de conclusion une réflexion finale qui met en évidence l'importance de la place et le rôle de l'analyste comme un analyste qui doit jouer un rôle maternel développe.

**MOTS-CLÉS:** Frontière / Structures / Contretransfert / Perte / Mélancolie

## **INTRODUCCIÓN**

Durante los años 50's se comenzó a notar con mayor fuerza en los consultorios privados e institucionales la presencia de ciertos pacientes cuya intencionalidad diagnóstica resultaba ser realmente difícil; sujetos que no se les podía ubicar dentro de la neurosis o psicosis, ya que a pesar del predominio de mecanismos pre-represivos en su devenir diario, no contaban con elementos suficientes de fines diagnósticos.

Conforme fueron avanzando estudios e investigaciones clínicas al respecto, hoy en día diversos psicoanalistas han hablado acerca de la existencia de otra posible estructura clínica para el psicoanálisis, se trataría de la estructura *Borderline* o Fronteriza.

Como su mismo nombre lo indica, estamos hablando de sujetos ubicados en una especie de frontera psíquica, donde los límites entre una miseria neurótica y una locura desgarradora son muy delgados y frágiles para el sujeto. Parecerían que se encuentran al límite de un precipicio, y sin la debida atención o contención podrían caer libremente y sin paracaídas.

Problematizando un poco la noción de estructura en psicoanálisis, lo cual es un tema muy extenso que valdría trabajarlo más a detalle en otro momento ya que no es el fin de este escrito; debemos tomar en cuenta que, al menos en mi lectura, hablar de estructura en psicoanálisis no es hablar de algo rígido e inamovible sino todo lo contrario, es hablar acerca de las formas de relaciones en las que está sujeto el sujeto; es decir su relación respecto a los otros, a la cultura, al lenguaje y a su deseo.

Recalco esta parte de la noción de estructura en psicoanálisis precisamente porque hay de mi parte una cierta resistencia a denominar a la cuestión *Borderline* o Fronteriza como estructura, preferiría denominarlo como “estados o posiciones border o fronterizos”. A mi particular punto de vista los sujetos que se encuentran o posicionan en este lugar tienen una posibilidad más alta de lograr un cambio en su subjetividad o en su posición respecto al mundo, contrario a que si se ubicaran dentro de algunas de las estructuras “clásicas”, dependiendo claro de las circunstancias que atravesase y atravesasen al sujeto.

Con lo anterior no quiero decir que no haya o no puedan haber cambios estructurales importantes en algunos sujetos, como por ejemplo podemos hablar de un sujeto psicótico que bajo ciertas circunstancias como un proceso analítico adecuado aunado un ambiente familiar favorable, entre otras cosas, se pueda neurotizarse, como ha pasado en algunos casos publicados a lo largo de la historia del Psicoanálisis. También existe la contraparte, sujetos supuestamente neuróticos, cuyas defensas ya no pudieron sostenerlos en ese lugar y terminaron por caer en la locura según las circunstancias vividas.

En el estado *borderline* o fronterizo las fronteras o los límites están más porosos y difusos, por ello tanto con el debido trabajo de contención y sostenimiento por parte del analista para con el sujeto border se podría hablar de un movimiento importante en su organización subjetiva para llegar a una cuestión más neurótica, sin embargo también habría que tomar en cuenta que sin el trabajo adecuado de estas mismas condiciones de contención y sostén el sujeto podría caer en una locura desgarradora.

Pudiéramos permitir el uso de la palabra estructura para la denominación de la cuestión *borderline* o fronteriza si lo consideramos precisamente como lo mencioné anteriormente, como una forma de relación y de relaciones del sujeto, y en ese sentido el término de estructura nos posibilita pensar en que sí son

posibles movimientos subjetivos en la estructura de cada sujeto; y no sólo en los fronterizos.

## **REFLEXIONES ACERCA DE LA FUNCIÓN DEL ANALISTA, DEL ENCUADRE Y DE LA SIMBOLIZACIÓN**

Si bien Sigmund Freud nunca habló de pacientes o sujetos *Borderline* o Fronterizos, si habló de *Melancolía*, en un texto sumamente brillante y complejo donde nos habló acerca de las posibles diferencias entre el trabajo de duelo y la melancolía, que también lo podríamos considerar como un antecedente teórico fundamental para comprender a la estructura o estado fronterizo [1].

Menciono lo anterior porque precisamente los sujetos fronterizos son sujetos con dificultades enormes en la aceptación y elaboración de separaciones y pérdidas. Pudiéramos pensar que algo ocurrió en ellos desde la misma constitución psíquica de su narcisismo que los hace más propensos a caer en estados melancólicos e incluso maníacos. Para muestra de estas palabras podemos pensar las diferentes formas en que un sujeto fronterizo lidia con sus impulsos como lo serían: las adicciones, bulimias y anorexias (que no sean de corte histérico), toxicomanías, fenómenos psicósomáticos y depresiones profundas.

En este sentido debemos pensar que los “síntomas” que pudieran presentar los sujetos fronterizos no son síntomas *a priori* para el psicoanálisis, es decir no son un intercambio simbólico provocado por la represión y una representación intolerable para la conciencia; estamos en un terreno donde precisamente lo simbólico no tiene fuerza, donde predomina el acto o los actos en lugar de la palabra.

Por ejemplo en la cuestión psicósomática, aunque haya palabra en un sujeto que acuda a tratamiento, ésta es desafectivizada, el afecto está literalmente encarnado, está en el cuerpo; no hay efecto simbólico ahí, hay un efecto real en el órgano

afectado. Otra cuestión importante son los actos de los sujetos fronterizos, éstos últimos están a la orden del día, todos dedicados a tratar de cubrir ese hueco en su narcisismo, un hueco que los hace una cubeta agujerada incapaz de ser llenada.

Entonces tendríamos que pensar que estos sujetos, obviamente atendiendo el caso por caso, sufrieron de graves fallas en la función materna, función dedicada a la contención y sostén del sujeto en sus primeros y primordiales momentos de la vida y constitución psíquica. Pasaron por una inconstancia objetal que lo que provocó fue que lo introyectado en su momento fue un objeto vacío, introyectaron una madre que no fungía como tal, como sostenimiento del deseo del niño [2].

Habría que enfatizar que la inconstancia objetal puede lograrse no solo por el exceso de ausencia sino también por el exceso de presencia, el no posibilitar un espacio de combinación entre la ausencia con la presencia para que el sujeto, por decirlo de cierta manera, adquiera una capacidad de simbolización que le permita afrontar de una manera menos melancólica y más de trabajo de duelo las pérdidas y separaciones que la vida le impondrá más adelante.

Podemos plantear que el espacio analítico, un espacio que se construye o se organiza a partir del mantenimiento de un encuadre analítico (las reglas del juego), más la instauración del dispositivo analítico (regla fundamental de la *asociación libre*, neutralidad, abstinencia y atención parejamente flotante) es un espacio que puede posibilitar que se restablezcan o se formen los lazos simbólicos de los que el sujeto fronterizo parece estar despojado.

La conjunción de estos elementos (dispositivo y encuadre) da pie para que un proceso analítico se lleve a cabo, en el caso particular de los sujetos fronterizos se han propuesto alternativas de tratamiento no muy diferentes a los encuentros con neuróticos, pero sí con su debida importancia, una de las principales es el

acento hacia la contratransferencia. Aquí la función del analista antes que otra cosa es de contener y sostener, y no podrá hacerlo si deja que su contratransferencia lo rebase, esto pasa si actúa su contratransferencia más en un sentido de calmar su propia angustia que la del paciente.

La contratransferencia es la respuesta a la transferencia del analizado, en el trabajo con fronterizos esta transferencia es muy intensa, raya en lo agresiva y desgastante para el analista, es todo un continente oscuro que busca ser contenido y sostenido. El analista primero debe reconocer que no está enfrente de una transferencia neurótica, está enfrente de una transferencia que pasa sin coladeras, invasiva y hasta horrorosa; debe hacerle frente usando su propio aparato psíquico, debe usarlo como un filtro que en algún momento dado del proceso pueda prestarle al paciente las palabras escondidas debajo de la alfombra de esa angustia compartida.

Una vez que la función materna del analista cumpla con su cometido de dar contención y sostén, habría que dar paso a la re-historización de la vida subjetiva del paciente e ir logrando con ello tener un Yo por parte del analizando capaz de sostenerse lo suficientemente por sí mismo al menos para tolerar las interpretaciones que se le hagan o incluso las ausencias del analista.

Si hablamos que pueda tolerar y aceptar interpretaciones, además de ausencias del analista, estamos ya entramando lo simbólico, es decir que a medida que el espacio de análisis se convierta en un espacio que le permita al paciente fronterizo revivenciar sus relaciones tempranas muy posiblemente dolorosas y desastrosas, se puede pensar que con nuestro acompañamiento el sujeto fronterizo pueda reconstruir su historia y restablecer nuevos vínculos y lazos afectivos con los otros y con la vida misma.

Que el sujeto fronterizo entre en una cuestión más neurótica parece ser la tarea, para que de esta manera la palabra y lo simbólico predominen sobre los actos. En el sujeto fronterizo la pulsión de muerte se encuentra en cada esquina, sus actos parecen estar dirigidos hacia un acto final de descarga fulminante, de regreso al estado cero. Se debe trabajar en bordear un límite que evite la caída al precipicio de la muerte o la locura para el sujeto fronterizo.

Algunos parámetros técnicos que se proponen para el tratamiento con casos fronterizos serían aumentar o disminuir el número de sesiones semanales tomando como referencia que a diferencia del trabajo con neuróticos las regresiones en sesión de los sujetos fronterizos son muy potentes, por ello es que algunos autores recomiendan menos sesiones y más espaciadas para permitirle al paciente que vaya elaborando y recuperándose de lo trabajado.

Otros autores por el contrario, recomiendan aumentar el número de sesiones argumentando que así habrá mejor contención del paciente y con ello mayor elaboración. En mi opinión siempre debo remitirme al caso por caso, según la cualidad e intensidad de las regresiones, además de las posibilidades de asistencia del paciente a consulta.

Otra recomendación importante es que el trabajo con sujetos fronterizos debe ser cara a cara por un largo periodo de tiempo. Por lo mismo que hemos mencionado acerca de la intolerancia ante las ausencias y pérdidas, un sujeto fronterizo se le dificultaría una enormidad no poder ver al analista y sus regresiones no pudieran ser contenidas lo suficiente para que el trabajo vaya por buen cauce. Ya una vez que se encuentre más organizado el sujeto fronterizo podríamos probar con el paso a diván, lo cual dependerá siempre del caso por caso [3].

## **CONCLUSIÓN**

La abstinencia y neutralidad del analista en todo proceso analítico apuntan hacia la presencia y no a la ausencia, en el trabajo con sujetos fronterizos donde se toma como principal herramienta a utilizar a la contratransferencia, estos elementos nos dan la base para no actuar nuestra contratransferencia sino más bien identificarla, reconocerla, trabajarla y utilizarla para poner en palabras lo que el paciente no puede o no le alcanza, al menos no por el momento.

El analista en todo proceso analítico ejerce una función materna, pero en estos casos tan difíciles se atenúa más la ejecución de dicha función. Prácticamente el analista debe colocarse en una posición de analista suficientemente bueno, es decir en un analista que se ubique ni tan lejos del paciente para no sostenerlo cuando lo necesite, ni tan cerca para no dejarlo circular por sí mismo.

La idea es que conforme el sujeto fronterizo vaya estableciendo vínculos con el analista podrá revivenciar por medio de la transferencia las fallas en las funciones parentales que ocasionaron la inconstancia objetal de la cual es prisionero y cuyas únicas salidas que se plantea es toda la gama de actos y procesos dirigidos hacia su destrucción [4].

Si por medio del análisis se logra la articulación entre vivencias, afectos y representaciones, que la simbolización predomine sobre los actos, entonces podremos decir que ha habido cambios subjetivantes y estructurales en la organización del sujeto fronterizo.

**BIBLIOGRAFÍA**

[1] FREUD, S. (1914). *Duelo y melancolía*. En O. C. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

[2] BERGERET, J. (1979). *La Personalidad Normal y Patológica*. México: Gedisa, 2005.

[3] GREEN, A. (1972). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.

[4] PEREÑA, F. (2011). *Cuerpo y agresividad*. México: Siglo XXI.