

Una clasificación psicodiagnóstica para trabajadores/as sociales. Una propuesta a partir de la falta

Valentín CALVO ROJAS

Trabajador Social. Institut Català de las Salut
Servicio de Atención Primaria Esquerra de Barcelona
valentin_calvo@hotmail.com

Recibido: 15 enero 2009

Aceptado: 29 mayo 2009

RESUMEN

Dada la prevalencia del malestar psíquico en las atenciones sociales tanto de atención primaria social como de salud, la cuestión del diagnóstico en cuanto a diferenciación de estructuras y como afecta al ser humano todo desequilibrio biopsicosocial es relevante. El objetivo de este trabajo será dar unas herramientas teórico-prácticas para comprender una clasificación psicodiagnóstica. Partiremos de la falta en el ser humano, en la relación, para proponer una introducción a una psicopatología que sea útil en el cuidado integral de las personas. Propondremos un primer recorrido que va de lo psicológico a lo social, partiendo de lo biológico. Concluiremos que abordar las cuestiones relacionadas con el ámbito social requiere destacar variables que cruzan los límites de las tres dimensiones (física, psíquica y social) del ser humano.

Palabras clave: trabajo social, falta, psicodiagnóstico.

A psychodiagnostical classification for social works. A proposal

ABSTRACT

Due to the prevalence of psychic illness in social care, both primary social care and health care, the matter of diagnosis relating to differentiation of structures and how biopsychosocial imbalance affects human beings, is relevant. The objective of this paper is to propose several theoretical and practical tools to understand a psychodiagnostic classification. Our point of departure is human failing in relationships to propose an introduction to a psychopathology that will prove to be useful in integral care of people. We propose what will be a first overview that moves from psychological to sociological matters, based upon the biological. We conclude that the approach to questions related to social environment need to highlight variables which cut across the limits of the three dimensions of human beings (physical, psychological and social).

Key words: social work, failing, psychodiagnostic.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. El yo. La pulsión y el objeto: de la unidad a la tríada. 3. El tercero; la represión, la defensa y la exclusión. 4. Esquema diferencial de la estructura. 5. La neurosis. 6. Psicosis. 7. Perversión. 8. Conclusión. 9. Referencias.

1. INTRODUCCIÓN

Es necesario considerar que el Trabajo Social es un producto de un momento determinado de la historia de las ciencias sociales y de la salud, y de la necesidad de dar respuesta a una demanda social intensa que nos remite al malestar en la relación con el Objeto (toda cosa o persona que es investida por el Yo, Sujeto. Término que utilizaremos en adelante sin referirse a la objetivación o cosificación).

Ana O., paciente de Breuer, fue pionera en el desarrollo del Trabajo Social. La psiquiatría inglesa aportó un marco conceptual y una metodología que aún persisten y no tienen que ser incompatibles con el trabajo social comunitario (con su dimensión de casos) que, aunque parezca paradójico, sería el método básico a utilizar en el Trabajo Social Sanitario, ámbito en el que hasta la actualidad el trabajo social de casos se impone ante la sombra del modelo biomédico.

Asistir (Trabajar) las «desgracias» del ser humano en interacción con su medio: la desgracia de la marginación, de la pobreza, de las limitaciones sociales por la enfermedad, de las toxicomanías, de la locura, etc. puede ser una cara del poliedro del Objeto de trabajo del Trabajo social. Esto, al final, es tratar las desgracias de la falta. Vistas las cosas desde esta perspectiva surge un punto de encuentro entre el psicoanálisis y el trabajo social, en la medida en que el psicoanálisis es, entre otras cosas, una manera de tratar la falta.

La retirada del seno materno, la defecación y el nacimiento mismo se han tomado como sensaciones de separación del niño del cuerpo de la madre. Desde la inclusión en el útero social perdemos algo. Esa falta no la puede ni debe querer tapar ningún Objeto por más cuidados que nos dé. Si el ser humano es un ser social es porque necesita, depende, moriría sin el Otro/ Objeto.

Tanto en la atención social primaria como en la atención primaria de salud un tanto por ciento significativo de las personas que nos consultan tienen malestar psíquico, sufren trastornos mentales y, en este sentido, la cuestión del diagnóstico es una aportación estratégica en la atención de las personas con problemáticas sociales.

El objetivo del presente artículo, desde un modelo biopsicosocial-psicoanalítico, es dar unas herramientas teórico-prácticas, orientativas, para tratar de comprender la frustración que produce la falta en la esfera del psiquismo del ser humano. En un posterior trabajo, continuación de este, trataremos de dar una clasificación sociodiagnóstica, partiendo del Objeto, para Trabajadores Sociales Sanitarios o Clínicos, siguiendo la dirección opuesta, que va desde el Objeto, objeto construido socialmente, al sujeto.

2. EL YO, LA PULSIÓN Y EL OBJETO; DE LA UNIDAD A LA TRÍADA

La pulsión es un proceso dinámico consistente en un empuje que hace tender al organismo hacia un fin, es la pieza que hace de motivación interna para la relación social. El término pulsión (1) implica una dimensión biológica (la fuente corporal de donde parte la excitación), la dimensión social (el objeto al que se dirige el empuje) y la psicológica (la representación). El recién nacido, el adulto, se encuentra en situación de necesidad (tensión corporal) y sin poder solucionarla por sí mismo, por medio de sus llamadas, demandas, hace que alguien (objeto) se lo resuelva produciéndole una satisfacción. El objeto externo se internaliza subjetivado (representación).

En la segunda tópica Freud asigna al Yo la función de integración, el Yo no quiere acoger ni tramitar una pulsión del Ello, así el Yo elige el mecanismo con el que se va a defender de dicha pulsión. En 1910 Freud introduce su primera concepción de la teoría binaria de las pulsiones, desarrolla como un órgano puede estar inervado por las pulsiones de autoconservación y las pulsiones sexuales (Yo-hambre/Objeto-amor). En introducción al narcisismo (2) la novedad al esquema anterior sería la unificación de la libido, el esquema actual sería semejante a los vasos comunicantes. La libido se repliega hacia el Yo o se repliega hacia el Objeto. En un tercer momento (3), Freud, reinstaura el binarismo: pulsión de muerte/libido (pulsión de vida). El valor de los conceptos de libido yoica y libido de objeto reside en que provienen de un procesamiento de los caracteres internos del suceder neurótico y psicótico.

Freud (4) dice que las pulsiones son sometidas a las influencias de tres grandes polaridades:

- Sujeto (yo)-objeto (mundo exterior).
- Placer-displacer.
- Activo-pasivo.

El Yo (sujeto) coincide con placer. El mundo exterior coincide con displacer. El relevo del principio del placer por el de realidad se cumple en las pulsiones yoicas pero no en las sexuales. Las sexuales se comportan primero de forma autoerótica de ahí que no lleguen a la frustración que instauro el principio de realidad cuando van a hallar el objeto se interrumpe por la latencia. Autoerotismo y latencia tienen por consecuencia que la pulsión sexual quede suspendida en una plasmación psíquica y está más tiempo bajo el imperio del principio del placer (del cual muchas personas no pueden sustraerse sino han reconocido la falta materna y la suya propia). La pulsión sexual se vincula con fantasía y la yoica con la conciencia (5).

En la primera tópica (6) la represión de la libido tiene que ver con el síntoma, el síntoma es el retorno de lo reprimido y se puede poner en el mismo paquete que las formaciones del inconsciente, esto quiere decir que puede descifrarse, lo reprimido retorna de manera distorsionada. En ese momento plantea una cuestión antinómica entre el Yo y la pulsión. Para que el síntoma se produzca, dice

Freud, el sentido tiene que ser inconsciente por tanto es condición que exista la represión. La represión primaria es un núcleo que no volverá (desmentida), sin embargo siempre está presente aunque no se pueda recuperar. El síntoma no es equivalente al sueño, el síntoma esta en relación a la libido. El sueño está en relación a la satisfacción de deseo (7) (8).

En 1920 con la propuesta de la segunda tópica el síntoma implica un Yo dividido en varias instancias, aparece en relación a una satisfacción. En este momento Freud refiere el síntoma a una falta de satisfacción, a una satisfacción que no tuvo lugar. El síntoma funciona para el Yo como una sustitución (de algo que falta) de la insatisfacción pulsional.

La etiología común para el estallido de una neurosis o de una psicosis es la frustración (9). El proceso de enfermar se inicia cuando la satisfacción de una tendencia pulsional que se dirige a un determinado objeto, resulta incompatible con las exigencias de la realidad.

Al principio, la excitación de una zona erógena (fuente de la pulsión), se descarga (se satisface) sin necesidad del otro. En el autoerotismo la pulsión se satisface en la fuente de origen, no hay objeto, no hay diferencia entre la zona erógena y el objeto, en cambio en el narcisismo si hay objeto, el objeto es el Yo (2). Ni el Yo ni el objeto están bien instaurados hasta que el complejo de Edipo establece la diferenciación entre ambos y la representa en forma del tercero, hasta que aparece la concepción del padre como el objeto que separa (el tercer personaje que separa la «unidad originaria» madre-bebé en dos personajes: el niño/a y la madre). Si el narcisismo supone una relación indiscriminada con el otro, la organización edípica trae consigo la separación y una mayor diferenciación. En las llamadas psicosis se produce la fusión, la ausencia de límites, con el objeto. En las neurosis las relaciones con el objeto tienen diferentes tipos de patología.

El niño no podrá aceptar la falta (frustración) si la madre (o el objeto que realice la función materna) no puede tolerar que el niño no sea su propiedad. Para que el recién nacido pueda aceptar la falta es necesario, antes, que el objeto materno la acepte. Aceptar la ausencia de la satisfacción esperada, el desengaño, trae por consecuencia abandonar el intento de satisfacción por vía alucinatoria, así se procura la alteración real del mundo exterior, introduciéndose el principio de realidad (5).

Los profesionales encargados de los cuidados de las personas (Trabajadores Sociales, Enfermería, Medicina, etc.) no son omnipotentes, tienen que poder aceptar su falta (no son la madre que puede decidir si satisfará o no las necesidades de la criatura), y las del ser humano que depende de esos cuidados (la tristeza que provoca el desamparo), en caso contrario la relación entre entrevistador y entrevistado se reduce a un encuentro de «yo a yo» que puede degenerar en una colusión, la realización de alguna plenitud beatífica, que con la frustración acabe en el pesimismo exigente del «nada funciona» (relación melancólica), o en una «luna de miel» que con la frustración derive en una «lucha de poder», para superar la resistencia del entrevistado, con final en la indiferencia (relación histórica).

El/la Trabajador/a social podrá contrarrestar estas tendencias introduciendo un tercero en la relación, el encuadre, la teoría, permitiendo algún movimiento que permita al usuario no petrificarse (depende) en su posición de víctima del malestar.

En un campo, el de la disciplina de Trabajo Social, a menudo afectado por una relación con la moral y por un ejercicio de la bondad, de la que conviene que unos y otros, asistentes y asistidos, puedan mantenerse a distancia, prevalecen la forma de relación histórica y la melancólica, posiblemente porque el Trabajo Social es una disciplina fundamentalmente práctica, aplicada y atrae a los primeros porque «no hay que aprender de la ciencia, sino que hay suficiente con dejarse llevar por la inercia» y para los segundos la atracción reside en la idealización del objeto a costa de la propia resignación, la adopción de conceptos teóricos sobre un modelo de incorporación sin ninguna elaboración. «La buena voluntad» no se pone en duda.

3. EL TERCERO; LA REPRESIÓN, LA DEFENSA Y LA EXCLUSIÓN

El concepto de represión es uno de los básicos en la teoría psicoanalítica, se refiere al proceso por el cual ciertos pensamientos o recuerdos son expulsados de la conciencia y reclusos en el inconsciente.

El juicio de atribución (10) —represión primaria— tiene que ver con lo que se rechaza y con lo que se acepta, el juicio de existencia —represión secundaria— se aplica sobre lo que se acepta, por tanto lo que se rechaza (lo que no toleramos de nosotros mismos) es lo primero que reprimimos, cuando en realidad no está fuera sino que está dentro, es mi propio interior, **lo más interior es lo que me es extranjero**, eso tan íntimo funciona como exterior. Así, por ejemplo, expulsamos (represión) de nuestra sociedad (conciencia) los más desprotegidos que van directamente a la miseria, la drogadicción, las enfermedades, exclusas (inconsciente) en las que se hunden sin remedio. Esas exclusas no nos son ajenas sino que son producto de nuestra sociedad, producto de la falta de normas sociales claras, de referentes, tan nuestras que nos vuelven a visitar (síntoma) en formas diferentes de miseria, ya que la represión engendra el retorno de lo reprimido, y aún considerándolas ajenas nos dedicamos a asistirlos (compulsión a la repetición). Los segregados se agrupan bajo el rasgo que los excluye, y para cada colectivo segregado existe al menos un programa institucional, público o privado, destinado a paliar los efectos de la segregación (programas de mantenimiento con metadona, centros de tratamiento de anorexia-bulimia, asociaciones de fibromialgia, etc.). En esos programas de intervención sociosanitaria se atienden a personas con malestar, que encarnan ese malestar. Los efectos reparadores e inmediatistas (PIRMI, un ingreso en CSS, etc) cronifican permitiendo la reproducción y mantenimiento de esa misma segregación.

La defensa en cambio está en relación al ser. Antes que la represión actúa la defensa, la defensa es anterior a las condiciones de la represión, el sujeto elige

uno de los tres mecanismos de defensa posibles. Se llama defensa la reacción del Yo a ciertos estímulos interiores que percibe como peligrosos. Aunque más tarde Freud postuló la existencia de diferentes «mecanismos de defensa» además de la represión, dejó en claro que la represión (primaria) es singular en el sentido en que es constitutiva del inconsciente. Freud (4) dice: «del yo propio se ha segregado un componente que arroja al mundo exterior y siente como hostil», ese algo segregado es lo que busca la compulsión de repetición, algo que nunca más se podrá volver a encontrar.

Otro ejemplo, el asco por la suciedad (reacción contra el deseo reprimido de estar en contacto con los excrementos), tan insoportable es para algunas personas la suciedad que se pasan el día limpiando, lo sucio esta fuera y hay que eliminarlo, cuando al realizar la actividad de limpiar, de forma compulsiva, se ponen en contacto continuado con la suciedad (compulsión de repetición) que es lo que manifiestan no soportar.

Existe realmente una compulsión a la repetición que se instaura más allá del principio de placer, en una búsqueda de eso exterior que es lo más íntimo. Este es el origen de la proyección por la cual se tiende a tratar las excitaciones internas como si obrasen desde fuera (3). La proyección es un mecanismo de defensa en el cual un sentimiento/pensamiento/deseo interno se desplaza y ubica fuera del sujeto, en otro sujeto. Por ejemplo, una persona que ha sido o se siente infiel a su pareja puede defenderse de los sentimientos de culpa acusando de infidelidad al compañero/a. No es extraño que los Trabajadores Sociales Sanitarios, que trabajamos como nexo de unión entre los Servicios Sociales y los sanitarios, oigamos, en ocasiones, desde Servicios Sociales que tal o cual cuestión se tiene que resolver desde Salud y por el contrario, para el mismo caso y situación, desde el Equipo de Atención Primaria nos digan que es social y la tienen que resolver Servicios Sociales. Cada servicio/profesional para defenderse de los sentimientos de incapacidad de «no poder ser todo para el otro» (usuario) proyecta (en lugar de contener) esos sentimientos de incapacidad, derivando al usuario, al otro servicio/profesional que es el «responsable de completar la falta», al no conseguirlo se le acusa de incapacidad. Además, en muchas ocasiones, estas derivaciones se denominan incorrectamente coordinación.

En nuestra tarea diaria el setting interno, el encuadre mental, implica que el profesional utilice el proceso de identificación proyectiva, la aceptación por parte del objeto de las proyecciones. Salzberger (11) utiliza el concepto de identificación proyectiva de M. Klein como medio de conocimiento cuando el profesional puede captar a través de las propias emociones el estado afectivo que le proyecta el entrevistado: «Para ponerse en el lugar del otro hace falta utilizar la propia mente de forma creativa». A un profesional con hijos, por ejemplo, le es fácil saber que se está identificando con la madre que tiene un hijo enfermo (contratransferencia), pero para no entrar en colusión tiene que poder utilizar la parte cognoscitiva -concepto de disociación operativa de Bleger (12). Esta operación permite al Trabajador Social salir de la relación dual, o de una «lucha poder», observando sus reacciones.

4. ESQUEMA DIFERENCIAL DE LA ESTRUCTURA

La idea de estructura (13), a partir de la falta, permite diferenciar aquellos elementos que son accidentales de aquellos que son estructurales, la falta marca las líneas de fuerza o de ruptura.

La defensa designa la orientación primera del ser, anterior al establecimiento de la elección de objeto. La represión designa la elección de neurosis.

Para Freud (14) se dan dos momentos en relación a la falta:

1. La percepción. Al aumentar la importancia de la realidad exterior aumenta también la importancia de los órganos sensoriales y la conciencia instaurándose la atención, la memoria, el fallo, la acción, el proceso de pensar, y el fantasear (5), es decir, **percibimos solo trozos escogidos de la realidad**, la percepción viene después de la selección, no es el ojo el que ordena la realidad, sino que vemos algo seleccionado y el sistema perceptivo se encarga de articular la cantidad. **Uno ve lo que quiere seleccionar, lo que quiere ver**, primero está la selección y luego la percepción. El problema reside en que ese fragmento, de la realidad exterior, seleccionado se toma no como una parte sino como un todo, dando como naturales (inamovibles porque no se ha seleccionado otra cosa, es la única vivencia) aprendizajes que son determinados socialmente (hay otras realidades). Por ejemplo, los niños/as viven como naturales no solo un estilo de vida, unas creencias, sino que vivirán los tipos de desigualdad social como un hecho natural, al que ni se plantearan enfrentarse para cambiarlo (no saben que pueden existir otras alternativas), cuando sin embargo los roles de género, la clase social a la que pertenecemos, etc. son construcciones sociales que al subjetivarlas tendremos que hacer un esfuerzo interno para no vivirlas como inamovibles.

El proceso primario hace de soporte a las cualidades psíquicas, aquí se encuadra el inconsciente (atemporal), es un sistema alucinatorio y necesita de otro que haga la prueba de realidad. La cantidad positiva llega como placer y la negativa como displacer (se recupera la dimensión temporal). En la conciencia la cantidad llega como cualidad (placer-displacer). Lo que se transforma en palabra pierde cantidad por tanto el hablar desprende cantidad. Por eso, que la práctica del Trabajo Social de un lugar privilegiado a la palabra (más que a los recursos), ya desde sus orígenes, desde Ana O., es fundamental. Poder poner en juego la palabra pone barreras a riesgos como la agresividad, tiene un valor preventivo poco reconocido. Utilizar un preservativo es una práctica preventiva, sin embargo, no se reconoce como tal cuando los trabajadores sociales permitimos a un usuario de la sanidad abrir el campo de la palabra más allá de la necesidad.

2. El reconocimiento. El sujeto ante la falta elige una de las tres condiciones de posibilidad de estructura en base a lo que decide seleccionar:

- Si percibe y reconoce la falta utiliza como mecanismo *la represión* y tenemos una **neurosis**.
- Si percibe pero no reconoce la falta utiliza como mecanismo *la denegación* y tenemos una **perversión**.
- Si no percibe la falta y por tanto no la puede reconocer utiliza como mecanismo *la desmentida* (15) y tenemos una **psicosis**.

Para que haya deseo (envión que remite a la repetición de la percepción de la primera satisfacción) algo tiene que faltar, cuando la falta está saturada no hay deseo y aparece la angustia. Para Freud, en su segunda teoría de la angustia (16), ésta es preexistente a la represión, el síntoma va a ser el cemento que llena esa angustia. En la génesis de la neurosis esta el proceso de represión y su motor es la angustia frente a una pérdida inminente. El neurótico se extraña de la realidad porque la encuentra insoportable. El tipo más extremo de este extrañamiento de la realidad «objetiva» es la psicosis en la que el acontecimiento real debió ser desmentido (5).

Las neurosis se generan porque el Yo no quiere acoger ni tramitar una pulsión del Ello, así el Yo se defiende de la pulsión con el mecanismo de la represión, lo reprimido se revuelve y se impone al Yo por la vía del síntoma. El Yo ha entrado en conflicto con el Ello, al servicio del Superyó y de la realidad.

En las psicosis se rehúsa admitir nuevas percepciones y se resta investidura al mundo interior, que hasta entonces subrogaba al mundo exterior como una copia; el Yo crea un nuevo mundo exterior e interior en el sentido de las mociones de deseo del Ello y el motivo de esta ruptura con el mundo exterior fue una grave frustración de un deseo por parte de la realidad. El delirio es un parche colocado en el lugar donde originariamente se produjo la desgarradura en el vínculo del Yo con el mundo exterior (5). **Podríamos decir que en la neurosis se produce una desconexión de la realidad y en las psicosis una ruptura de la realidad.**

5. LAS NEUROSIS

En la raíz de las neurosis de transferencia (histeria y neurosis obsesiva) se halla un conflicto entre los reclamos de la sexualidad y los del Yo (4). Los procesos primarios del inconsciente obedecen al principio de placer. Los actos que causan displacer se reprimen (5). La represión parte del Yo, el ideal permite medir el Yo actual, para que haya represión tiene que haber ideal del Yo, el narcisismo se despliega a este nuevo Yo ideal. El ideal aumenta las exigencias del Yo y es el más fuerte favorecedor de la represión.

El ser humano, cuanto más limita su agresión hacia afuera, tanto más severo se torna en su ideal del Yo (16). La sublimación constituye aquella vía de escape que permite cumplir esa exigencia sin dar lugar a la represión (2), cuando, por ejemplo, podemos hacernos acompañar por un objeto poético no necesitaremos

un acompañante real-externo. No solo lo reprimido es ajeno a la conciencia también parte de las mociones que gobiernan nuestro Yo. La represión es un proceso que se cumple sobre representaciones, no existen en Freud los sentimientos inconscientes. En el proceso de la represión se siguen los siguientes pasos (6):

- a) Sustracción de investidura de la representación.
- b) Contrainvestidura que protege de la representación inconciente.
- c) Contrainvestidura del entorno, inhibe el desarrollo de angustia que parte del sustituto.

Freud utiliza el modelo de la neurosis de conversión (histeria) y lo transfiere al resto de neurosis. Una representación inconciliable con el Yo es olvidada voluntariamente. Ese olvido no se logra (falla la represión, se hace de forma incompleta) sino que lleva a una reacción patológica que provoca la histeria (neurosis de conversión o neurosis de angustia, fobia), o una representación obsesiva (neurosis obsesiva).

El empaldecimiento o pérdida de afectividad de un recuerdo depende de varios factores: 1) efecto catártico —el afecto es abreaccionado por el lenguaje, el llanto, etc.— 2) que el recuerdo entre en el gran complejo de la asociación, se inserte junto a otras vivencias siendo rectificado haciendo desaparecer el afecto concomitante (lo que más tarde llamara elaboración) 3) el olvido, borradura de impresiones.

Sin embargo este empaldecimiento de la afectividad del recuerdo no se da en los fenómenos histéricos ni en los de las otras neurosis, los recuerdos se han conservado frescos y con plena afectividad aunque los enfermos no dispongan de esos recuerdos, estos recuerdos están eximidos de las absorciones desgastadoras. Las representaciones devenidas patógenas se conservan tan frescas y con tanto vigor afectivo porque les es denegado el desgaste normal por abreacción y por reproducción en estados de asociación desinhibida (17).

La representación no se logra olvidar. Entonces el Yo trata de convertir esa representación intensa en una débil arrancándole el afecto, la suma de excitación que gravita sobre ella (investidura), de manera que la representación débil deja de plantear exigencias al trabajo asociativo, pero la suma de excitación divorciada de ella tiene que ser aplicada a otro empleo.

A partir de aquí los procesos varían en las diferentes neurosis (18):

- *Histeria*: en la histeria la suma de excitación —el afecto— se traspone a lo corporal (conversión). La conversión puede ser total o parcial y sobrevendrá en aquella inervación motriz o sensorial que mantenga un nexo con la vivencia traumática. La representación reprimida forma en lo sucesivo el núcleo de un grupo psíquico segundo.

Pondremos algún ejemplo sacado de la realidad socio-sanitaria con la que cotidianamente trabajamos en los centros de Atención Primaria de Salud. Podemos pensar en los/las cuidadores/as como alguien que se dedica a la falta, a la enfermedad, del otro. Ayuda al enfermo (pacientes dependien-

tes) a sobrellevar su enfermedad y muestra de esta forma como se puede amar a un ser que no es completo y amarlo precisamente cuando algo le falta. El paciente, con frecuencia, es un sujeto que pide mucho, esta demanda no es siempre verbal. Cuando hace sonar la teleasistencia insistentemente, cuando todo se le cae o nunca alcanza lo que necesita, contesta agresivamente, llora o su estado empeora inesperadamente. Parece que siente miedo y que esto es así porque la enfermedad mantiene una estrecha conexión con la incapacidad y con la muerte, dos elementos que normalmente son causa de mucha angustia para los seres humanos. Al sujeto enfermo le falta la salud y ciertos conocimientos necesarios para recuperar esa salud perdida. El/la cuidador/a trata de ser el objeto amable y adecuado para el/la enfermo/a. Esta/e cuidador/a, al «servicio» del enfermo, pretende atender a todos y a todo. A la enfermera, al trabajador social en su trabajo cotidiano, se le pide que presente una determinada imagen: la de alguien fuerte que no debe mostrar su angustia en presencia del enfermo, a pesar de esto las emociones existen, sean o no reconocidas. La represión hace que en lugar de ansiedad se observe la «belle indifférence» (indiferencia), es frecuente escuchar entonces comentarios del tipo: «a mí ya nada me afecta», o «yo ya estoy acostumbrada a todo». Con este autoengaño se llega a un descuido de los propios límites y necesidades. El tiempo puede transformar esta actitud en agotamiento crónico (conversión) y en el desarrollo de molestos síntomas corporales y psíquicos. Están hasta tal punto dedicadas a la falta del otro que se olvidan de la propia.

- *Neurosis obsesiva*: el afecto permanece en el ámbito psíquico se adhiere a otras representaciones en sí no inconciliables, que en virtud de este enlace falso devienen representaciones obsesivas, este proceso sería válido también para las *histerias de angustia* (fobias). La conrainvestidura es lo que selecciona el fragmento de representación de la pulsión sobre la cual se concentra toda la investidura de ésta. Este fragmento satisface el fin de la pulsión (6).

En la neurosis obsesiva la conrainvestidura se organiza como formación reactiva.

La formación reactiva es una actitud de sentido contrario a un deseo reprimido, es una reacción contra el deseo. Con anterioridad ya pusimos el ejemplo de la compulsión a limpiar, otro ejemplo sería el amor absoluto que muchos cuidadores de personas con disminuciones manifiestan como reacción al enfado que les produce esa situación. El deseo reprimido sería deshacerse de esa carga en un caso y la pasión por la suciedad, en el otro, y la actitud de signo contrario que se manifiesta es lo mucho que obtienen de esa persona dependiente y el asco por la suciedad. Sin embargo la compulsión a limpiar hace que cumplan su deseo (inconsciente) al estar en contacto permanente con la suciedad o aceptando un ingreso a pesar de lo mucho que les da una persona que precisa atenciones día y noche.

Por su parte los pacientes fóbicos no sufren solo por sus seres queridos con algún tipo de dependencia, también se identifican con personas con las que tie-

nen una relación mucho más lejana (el sufrimiento de la representación «ser querido dependiente» se desplaza a otra vinculada asociativamente con la primera). Es frecuente que conozcamos alguna cuidadora fóbica que sufre por todas las madres con dependencia que por su profesión conoce. Estas personas utilizan la evitación para no hacer frente a situaciones que consideran que pueden tener consecuencias graves, cuando vienen a consultar porque cuidan a unos tíos lejanos y algún vecino, todos, de más de 80 años y les decimos que tienen que descansar no vuelven hasta después de varios meses. El miedo a sufrir por descuidar a personas con las que tienen una relación indirecta impide que busquen ayuda.

El histérico y el neurótico obsesivo han cancelado el vínculo erótico con personas y cosas pero aun lo conservan en la fantasía (introversión de la libido) (2).

6. PSICOSIS

En la neurosis (18) veíamos como la defensa frente a la representación inconciliable acontecía mediante el divorcio entre ella y su afecto. Pero la representación, si bien debilitada y aislada, permanecía dentro de la conciencia. Ahora bien, existe una modalidad defensiva mucho más enérgica y exitosa, que consiste en que el yo desestima (desmiente) la representación insoportable junto con su afecto y se comporta como si la representación nunca hubiera comparecido, cuando esto se consigue la persona se encuentra en una psicosis (confusión alucinatoria). El Yo se arranca de la representación insoportable, pero esta se entrama con un fragmento de la realidad objetiva y así el Yo se deshace también total o parcialmente de la realidad objetiva.

Freud define el narcisismo (2) como la conducta por la cual un individuo da a su propio cuerpo un trato parecido al que daría al cuerpo de un objeto sexual. En la parafrenia la libido sustraída del mundo exterior fue conducida al Yo (narcisismo secundario), así el principio de realidad se pierde. A partir de las cargas narcisísticas del narcisismo primario se constituye el Yo ideal que es el heredero del narcisismo.

En las parafrenias la libido liberada por frustración no queda adscrita a los objetos en la fantasía, sino que se retira sobre el Yo siendo el delirio la operación psíquica equivalente a la introversión, de su frustración (del delirio) nace la hipocondría de la parafrenia, homóloga a la angustia de las neurosis de transferencia.

Esta angustia puede relevarse mediante una ulterior elaboración psíquica, es decir, mediante conversión, formación reactiva, formación protectora (fobia).

En las parafrenias (2) «tenemos el intento de restitución, al que debemos las manifestaciones patológicas más llamativas. Puesto que la parafrenia a menudo (si no la mayoría de las veces) trae consigo un desasimiento meramente parcial de la libido respecto de los objetos, dentro de su cuadro pueden distinguirse tres grupos de manifestaciones: 1) las de la normalidad conservada o la neurosis (manifestaciones residuales); 2) las del proceso patológico (el desasimiento de la libido respecto de los objetos, y de ahí el delirio de grandeza, la hipocondría, la

perturbación afectiva, todas las regresiones), y 3) las de la restitución, que deposita de nuevo la libido en los objetos al modo de una histeria (demencia precoz, parafrenia propiamente dicha) o al modo de una neurosis obsesiva (paranoia). Esta nueva investidura libidinal se produce desde un nivel diverso y bajo otras condiciones que la investidura primaria».

La conciencia moral y el ideal del yo conforman el Superyó. La conciencia moral es la instancia psíquica cuyo cometido es velar por el aseguramiento de la satisfacción narcisista proveniente del ideal del yo, y con ese propósito observar de manera continuada al yo-actual midiéndolo con el ideal, el delirio de ser observado en la paranoia se entiende por la instancia de la conciencia moral. El sentimiento de sí depende estrechamente de la libido narcisista. En las parafrenias aumenta y en las neurosis de transferencia se rebaja (2).

En la melancolía el ideal del Yo es muy elevado, la exigencia se manifiesta también en forma de pesimismo: la exigencia es tal que por más esfuerzos que dediquen al cuidado que necesita el paciente dependiente no llegaran nunca al ideal que tienen de cuidador. El pesimismo, derivado de su autoexigencia, que van a manifestar ante el profesional puede hacer, por ejemplo, que se proponga un ingreso en Centro Socio Sanitario o Residencia que puede llegar, caso de realizarse, a ser iatrogénico para el cuidador con caractereopatía melancólica. Muchas veces, las solicitudes de ingreso se hacen y cuando sale la plaza rehúsan con el consiguiente enfado del profesional que después de horas de trabajo comprueba que esas gestiones no han sido «culminadas». En determinadas culturas religiosas, el masoquismo se manifiesta directamente como sacrificio para ganarse el cielo. Aunque no sean creyentes estos pacientes se torturan, por ejemplo, haciendo grandes esfuerzos (privándose de tener vida social, pareja, ir de viaje, dejando el trabajo, etc.) para cuidar dignamente al familiar dependiente.

En lo «inconciente» (6) Freud toma la esquizofrenia como una oposición entre el Yo y el objeto, tras la represión (desmentida) la libido no busca un nuevo objeto sino que se recoge en el Yo (narcisismo primario). Las palabras son sometidas al proceso psíquico primario, son condensadas y por desplazamiento se transfieren las investiduras. La huida consiste en el recogimiento de la investidura pulsional a los lugares que representan a la representación objeto inconsciente.

Para los pacientes esquizofrénicos los límites respecto a las otras personas no existen o están difusos, querer cuidar puede tener la función de constatar la fusión sujeto-objeto, obviamente estas personas no pueden ser cuidadores/as de pacientes con algún tipo de dependencia.

7. PERVERSIÓN

Freud definió el objeto como aquello en lo cual y a través de lo cual la pulsión alcanza su meta. Se considera perversión (19) cuando se sustituye objeto y/o meta sexual normales en todas las circunstancias (exclusividad y fijación en la perversión). Freud describe dos tipos de perversiones:

- a) *De objeto*: fetichismo, zoofilia, etc.
- b) *De meta*: masoquismo, sadismo, etc.

Si no se desarrolla el ideal del Yo o partes de este, la aspiración sexual regresa sin modificar a la personalidad como perversión (2). En esta estructura el objeto sirve para satisfacer al sujeto.

Como ejemplo de una perversión de objeto tenemos el fetichismo. El término «fetiche» adquirió una amplia difusión en el siglo XVIII, en el contexto del estudio de las «religiones primitivas», como designación de un objeto inanimado de culto. En el siglo XIX, Marx tomó la palabra para describir el modo en que, en las sociedades capitalistas, las relaciones sociales adoptan la forma ilusoria de relaciones entre cosas («fetichismo de la mercancía»). Krafft-Ebing en la última década de ese mismo siglo, aplicó por primera vez este término a la conducta sexual, definiendo el fetichismo como una perversión sexual en la cual la excitación depende de modo absoluto de la presencia de un objeto específico (el fetiche). El fetiche es en general un objeto inanimado, por ejemplo un zapato o una prenda interior. En la actualidad podemos comprobar cómo desde las políticas sociales las administraciones públicas tratan de reducir la discusión sobre lo social a criterios economicistas, a la aritmética que deja en la sombra la lógica del sistema que genera y gestiona la plusvalía. Si ubicamos el objeto en el ámbito de la satisfacción de la necesidad se confunde el objeto del trabajo social con el objeto de la biología cuando la forma básica de intercambio es la comunicación en sí. El recurso (objeto) se convierte en el fetiche del cual ilusoriamente depende una relación completa y perfectamente satisfactoria que va a llevar al bienestar social (meta).

La doble moral tiene que ver con la perversión de los valores morales. Se idealiza el fin sin importar cómo llegar a esas metas. Los medios malos son en realidad buenos, porque usándolos se consigue un bien superior. A menudo estos usuarios mienten, y lo hacen conscientemente, para conseguir determinados beneficios de estas mentiras. Estas personas directamente pasan de cuidar a cualquier otra persona y nos exigen en la consulta o en el domicilio que nos hagamos cargo de su madre dependiente (meta) porque ellos se van a vivir a otra ciudad de forma inminente (medio), más tarde sabremos que no se van a ningún otro lugar.

Por último, un ejemplo de perversión de meta lo encontramos en aquellos profesionales para los que el dominio del usuario es un fin en sí mismo, consiste en utilizar la agresividad para conseguir el placer. En algunos casos, la contraprestación que impone el profesional para que el usuario (objeto) pueda acceder un recurso le obliga a una violencia interna de la que el profesional obtiene el placer (meta) del «trabajo cumplido».

8. CONCLUSIONES

A lo largo de este ensayo hemos ido viendo que en función de la estructura las maneras de relacionarse con la falta son diferentes. La falta es lo que hace al

humano ser social ya sea donde lo intrasubjetivo deviene intersubjetivo o en la dirección opuesta.

El encabalgamiento entre todo síntoma ya sea físico, psíquico o social revela que el perfil psicoterapéutico que ya orienta la práctica profesional de los Trabajadores Sociales anglosajones es necesario en nuestra profesión. Las relaciones sociales y los consiguientes malestares sociales están conformados por el cruce de los diversos pasos fronterizos (el límite entre lo biológico y lo psicológico, lo psicológico y lo social, lo social y lo biológico). No podemos concebir al sujeto social fuera del cuerpo o fuera de la psique.

Los/as Trabajadores/as sociales como cuidadores profesionales podemos movernos entre la indiferencia y la tortura del nada funciona. ¿Una alternativa a ese malestar, a esas estructuras, la podemos encontrar en la aceptación de nuestra falta? Sin buscar paraísos terrenales (narcisismo-fusión) hay que aceptar nuestra falta (el malestar en la cultura es incurable) para no justificar necesidad e indiferencia.

9. REFERENCIAS

1. FREUD, S. (1914). *Introducción del narcisismo. Obras Completas*. Barcelona: Amorrortu. Vol. XIV.
2. FREUD, S. (1920). *Más allá del principio de placer. Obras Completas*. Barcelona: Amorrortu. Vol. XVIII.
3. FREUD, S. (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión. Obras Completas*. Barcelona: Amorrortu. Vol. XIV.
4. FREUD, S. (1911). *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. Obras Completas*. Barcelona: Amorrortu. Vol. XII.
5. FREUD, S. (1915). *Lo inconciente. Obras Completas*. XI Barcelona: Amorrortu. Vol. V.
6. FREUD, S. (1900). *La interpretación de los sueños. (segunda parte). Obras Completas*. Barcelona: Amorrortu. Vol. V.
7. FREUD, S. (1901). *Sobre el sueño. Obras Completas*. Barcelona: Amorrortu. Vol. V.
8. FREUD, S. (1924). *Neurosis y psicosis. Obras Completas*. Barcelona: Amorrortu. Vol. XIX.
9. FREUD, S. (1895). *Proyecto de una psicología para neurólogos. Obras Completas*. Barcelona: Amorrortu. Vol. I.
10. SALZBERGER, I. (1970). *La relación asistencial*. Buenos Aires: Amorrortu
11. BLEGER, J. (1984). *Temas de Psicología. Entrevista y grupos*. Buenos Aires: Nueva Visión
12. FREIXAS, J. (1997). *Psicopatología psicoanalítica*. Columna: Barcelona.

13. FREUD, S. (1927). *Fetichismo. Obras Completas*. Barcelona: Amorrortu. Vol. XXI.
14. FREUD, S. (1940). *La escisión del yo en el proceso defensivo. Obras Completas*. Barcelona: Amorrortu. Vol. XXIII.
15. FREUD, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia. Obras Completas*. Barcelona: Amorrortu. Vol. XX.
16. FREUD, S. (1893). *Estudios sobre la histeria. Obras Completas*. Barcelona: Amorrortu. Vol. II.
17. FREUD, S. (1894). *Las neuropsicosis de defensa. Obras Completas*. Barcelona: Amorrortu. Vol. III.
18. FREUD, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual. Obras Completas*. Barcelona: Amorrortu. Vol. VII.