



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 21 – Invierno 2017

EL SENTIMIENTO DE CULPA Algunas manifestaciones en las situaciones de cuidado de personas dependientes¹

Amelia Palancar Sánchez²

INDICE

Introducción Teórica

Definiciones. El Diccionario

Angustia persecutoria y depresiva. M. Klein

Culpa persecutoria y depresiva. Aporte de Grinberg

La culpa y el grupo familiar

Psicopatología y culpa

Importancia del SC en el desarrollo

El trabajo con cuidadores y el Sentimiento de Culpa

Situaciones de cuidado y culpa

Algunas particularidades del vínculo depresivo

Características del cuidado que favorecen la culpa

El trabajo grupal como contenedor y facilitador de la expresión de la culpa

Emergentes grupales de grupos de cuidadores

Bibliografía

¹ Este trabajo constituye la Memoria final del 4º año, curso 2014-15, "Aplicaciones y dispositivos en psicoterapia grupal: modelo de grupo operativo", de la Escuela de Formación Área 3.

² Amelia Palancar es psicóloga, Madrid. apalancar@majadahonda.org

Introducción teórica

Definiciones. El diccionario

El concepto de culpa, como veremos a lo largo del trabajo, es un aspecto importante para entender nuestro funcionamiento psicológico y nuestro comportamiento, al que podemos acceder desde distintas definiciones y autores. Este breve repaso nos dará idea de su importante presencia en los aportes que han marcado el psicoanálisis.

En su Diccionario de Psicoanálisis Laplanche y Pontalais señalan que **el término sentimiento de culpa, (en adelante SC), es utilizado en nuestra disciplina con una acepción muy amplia**, que puede designar un estado afectivo consecutivo a un acto que el sujeto considera reprochable, más cercano entonces al remordimiento o autoreproche, o también un sentimiento difuso de indignidad personal sin relación con un acto preciso del que el sujeto pueda acusarse. **El sentimiento de culpabilidad se postula en psicoanálisis como sistema de motivaciones inconscientes que explican ciertos comportamientos de fracaso, conductas delictivas, sufrimientos que se infinge el sujeto, etc.** Por ello, en este último sentido, la palabra “sentimiento” sólo puede utilizarse con reservas, ya que el sujeto no se siente culpable a nivel de la experiencia consciente.

El SC fue encontrado al principio, sobretodo, en la neurosis obsesiva, en forma de autoreproches, de ideas obsesivas contra las que el sujeto lucha por considerarlas reprobables. Ya en este nivel el **SC es, en parte inconsciente, en la medida en que la naturaleza real de los deseos que intervienen, especialmente agresivos, no son reconocidos por el sujeto**. El estudio psicoanalítico de la melancolía conduciría a un estudio más elaborado del SC. Esta afección se caracteriza especialmente por autoacusaciones, auto desprecio y tendencia al auto castigo. Freud plantea que existe una escisión del Yo entre acusador (Superyó) y acusado, que es el resultado, por un proceso de interiorización, de una relación intersubjetiva.

“Los autoreproches son reproches sobre un objeto de amor, que se invierten desde éste hacia el propio Yo”. **El descubrimiento de la noción del Superyó condujo a Freud a atribuir al SC un papel más general en el conflicto defensivo, distinguiendo diversas modalidades**, desde su forma normal a sus expresiones en el conjunto de las estructuras psicopatológicas. De algún modo el SC o necesidad de castigo, funciona en algunas personas a la manera de un deseo, incluso reprimido en el sentido de desconocido por el Yo, que se satisface periódicamente con el sufrimiento de éste.

En el Diccionario de José Luis Valls se define el SC como un tipo especial de angustia que siente el Yo ante el Superyó, cuando sus atributos se alejan del Ideal del Yo exigido por éste, y proviene de las pulsiones reprimidas inconscientes. **El SC, en sus diferentes grados, es inherente a la estructura del aparato psíquico humano, es universal y se lo observa en todas las neurosis llegando, en el caso de la melancolía, a ocupar todo el cuadro.** Un tipo de SC lo identifica como “angustia ante la conciencia moral”. Por otro lado estaría el SC inconsciente o necesidad de castigo, que define como un tipo especial de resistencia a la

cura de la enfermedad y al bienestar, generada por el Superyó. Es, según dice, la más difícil de superar de las resistencias. Señala que el término sentimiento inconsciente de culpa es incorrecto, pues no hay ningún sentimiento. La culpa no es entonces sentida y se llega a la conclusión de la existencia de la necesidad de castigo, por el aferramiento al sufrimiento producido, gracias a la permanencia de la enfermedad o a los diferentes tipos de castigo sufridos.

Según Freud el SC es la expresión del conflicto de ambivalencia y de la eterna lucha entre instinto de vida e instinto de muerte. Pero no siempre aflora ese sentimiento en el campo de la conciencia, sino que **con frecuencia se encuentra totalmente reprimido en un plano inconsciente y se manifiesta indirectamente por alguno de sus efectos**, como podría ser irritabilidad, malhumor, apatía, depresión, trastornos psicosomáticos, etc. Otras veces se expresa por una tensión intrapsíquica que ocasiona un sufrimiento continuo, depresión y presagio de alguna catástrofe que podría ocurrirle al individuo. Estas últimas expresiones están asociadas profundamente a una inevitable necesidad de castigo. **El sentimiento de culpa sería el resultado de las tensiones entre el Yo y el Superyó, que se manifiesta como una necesidad de castigo.** Una de las fuentes de esta tensión proviene del ello.

Para F. Alexander los sentimientos de culpa pertenecen a la categoría del miedo, tienen un efecto inhibitorio sobre la expresión de tendencias hostiles. El contenido psicológico de la culpa sería “no soy bueno, merezco castigo”. En cambio, dice este autor, los sentimientos de inferioridad, por el contrario, son estimulantes empujando a veces la competencia para dejar de sentirse débil y poco eficiente. Debido al SC aparece una actitud de sumisión que crea sentimientos de inferioridad y puede conducir reactivamente a una conducta agresiva criminal.

Lo que conduce a enfatizar tanto la importancia de la culpa como punto focal en el desarrollo de la estabilidad de la personalidad, dentro de las experiencias de los primeros años de vida, es el descubrimiento invariable de los sentimientos de amor y de odio referidos a los padres, según **Rickman**. **Es esta reacción a la culpa de los períodos más tempranos de la vida lo que crea la disposición a la enfermedad mental. Detrás del sentimiento amoro**so se halla siempre la hostilidad inconsciente.

Una de las expresiones universales en la que está básicamente contenida la noción de culpa es la del Complejo de Edipo. **La relación del SC con el complejo edípico es de la mayor importancia y constituye seguramente uno de los problemas fundamentales que rigen la evolución del individuo.** Según Freud la culpa es la expresión de la tensión entre el Yo y el Superyó, como resultado de las fantasías agresivas contra el padre.

Según Grinberg **se llega a experimentar el SC, en primer lugar, cuando uno ha cometido algo que considera malo o que reconozca en sí mismo tan sólo el propósito de hacerlo, residiendo la culpa en este caso en la intención, o sea, en la fantasía inconsciente.** El crimen real no sería la causa de la culpa, más bien sería su resultado.

Freud distingue **dos orígenes del SC**; uno es **el miedo a la autoridad y el segundo el temor del Superyó**. El primero obliga a renunciar a la satisfacción de los instintos por temor a la

autoridad y consecuentemente para no perder su amor; el segundo impulsa, además, al castigo puesto que el deseo persiste. **No siempre es posible diferenciar el SC de la necesidad de expiación.** En la culpa hay un ligamen en relación con el objeto perdido o dañado. En la expiación hay un deseo de castigo. Pero **ambas tienen una raíz común.**

Angustia persecutoria y depresiva. M. Klein

M. Klein estableció una diferenciación entre dos formas principales de angustia: la angustia persecutoria y la depresiva. La primera se relaciona fundamentalmente con el sentimiento de aniquilación del Self. La segunda con la fantasía del daño hecho a los objetos internos y externos por los impulsos destructivos del sujeto. También **llegó a la conclusión de que la ansiedad depresiva está estrechamente ligada con el sentimiento de culpa y la tendencia a la reparación**, admitiendo que pueden aparecer precozmente en la posición esquizo-paranoide, y relacionados también con objetos parciales y no sólo totales.

La depresión es uno de los resultados de la culpa; es el estado en que ha quedado el Yo como consecuencia del conflicto con el Superyó. Uno de los primeros autores en referirse a una experiencia depresiva tan precoz situada en el nacimiento fue Racker, presuponiendo una “situación depresiva primaria”. En este sentido **Pichon-Rivièr**e plantea que **las neurosis y psicosis están centradas alrededor de la génesis y estructura de una situación depresiva básica o primaria.** Para él, ésta sería la “enfermedad única”, y todas las demás serían tentativas del Yo para deshacerse de esta situación depresiva básica.

Como vemos pues, **el estudio del SC supone el estudio del desarrollo emocional del individuo.** Planteado en términos de Yo-Ello, **el SC es una forma especial de angustia asociada con la ambivalencia o la coexistencia del amor y el odio,** teniendo en cuenta que la ambivalencia **y su tolerancia** por parte del individuo, **entraña un grado considerable de desarrollo de salud mental y es inherente a toda vida sana,** en palabras de Winnicott y que **el niño sano posee una fuente personal de sentimiento de culpabilidad y no es necesario enseñarle a sentirse culpable o inquieto.** Aquellos que no gozan de ese estado de salud, no han alcanzado la posición depresiva y es necesario enseñarles el sentido de lo que está bien y lo que está mal.

Fue M. Klein quien **llamó la atención hacia una importante fase del desarrollo emocional que denominó POSICIÓN DEPRESIVA.** Mientras que los primeros trabajos hacían hincapié en el conflicto entre amor y odio, especialmente en una situación triangular, Klein ha dedicado mayor atención a desarrollar la idea de semejante conflicto dentro de la relación dual, la del niño con su madre, conflicto que tiene su origen en las ideas destructivas que acompañan al impulso amoroso. Se trata de una fase preedípica, anterior a la instauración del Complejo de Edipo.

Lo que hizo Klein fue desarrollar la idea de que el primitivo impulso amoroso tiene una finalidad agresiva. La intención del niño sería irrumpir en el interior de la madre para arrebatarle cuanto de bueno haya allí.

La 2^a aportación hecha por Klein en este campo, consiste en la necesidad que siente el niño de hallar una oportunidad para efectuar la reparación o restitución, que permita que su sadismo oral sea aceptado por su inmaduro Yo. A este punto se llega mediante un proceso evolutivo que supone ir tolerando los elementos agresivos del primitivo impulso amoroso.

Todo esto entraña el reconocimiento paulatino de la diferencia entre la realidad y la fantasía, así como la capacidad de la madre para sobrevivir al momento instintivo y estar presente para recibir y comprender el gesto de reparación.

Winnicott denomina esta fase, “fase de inquietud” ya que el individuo se inquieta, se preocupa, por los resultados de su experiencia instintiva, física e ideacional. **Esta fase trae consigo la capacidad de sentirse culpable.**

Subraya que esta importante fase del desarrollo se compone de innumerables repeticiones, distribuidas a lo largo del tiempo, en el que se produce el siguiente “ciclo beneficioso”:

- a- Experiencia instintiva
- b- La aceptación de la responsabilidad que llamamos culpabilidad
- c- Una interpretación
- d- Y un sincero gesto de restitución

Este círculo puede convertirse, dice, en un círculo vicioso en el que el SC desaparece y se reemplaza por una inhibición del instinto o cualquier otra defensa primitiva como la disociación del objeto, etc.

La técnica de la madre permite al pequeño resolver el amor y el odio que en él coexisten, interrelacionarlos y someterlos gradualmente a un control procedente de dentro, de una forma sana.

Es más fácil analizar el exceso del SC estudiando la neurosis obsesiva y la melancolía. En la neurosis obsesiva, el paciente se encuentra siempre tratando de arreglar algo, aunque para el observador, es evidente que no va a lograrlo. El pensamiento obsesivo se caracteriza a veces por el empeño en anular una idea por medio de otra, sin llegar a conseguirlo. Detrás de todo el proceso hay confusión y de nada sirven los esfuerzos que el paciente haga para poner orden, pues **se trata de una confusión mantenida inconscientemente con el fin de ocultar algo muy sencillo: que en alguna esfera específica y desconocida por el paciente el odio es más fuerte que el amor.**

En ocasiones el paciente aquejado de melancolía se ve paralizado por un SC, y muchas de sus ideaciones tratan de evitar el miedo a su propia destructividad.

Culpa persecutoria y depresiva. Aporte de Grinberg

Es importante considerar dos clases de culpa; la **CULPA DEPRESIVA**, con todas las características descritas por M. Klein, que requiere un Yo integrado para ser vivenciada plenamente y utilizada con sus efectos reparadores. Mientras que la **CULPA PERSECTORIA** se evidencia en forma precoz, aún con un Yo débil e inmaduro y se incrementa en forma automática junto con las angustias de la fase esquizo-paranoide o ante cualquier frustración o fracaso en la evolución hacia la fase depresiva. Es el tipo de culpa que colorea el cuadro de toda neurosis o psicosis determinando inhibiciones de toda clase o actitudes masoquistas extremas. Es, según Grinberg, la culpa que condena al paciente prácticamente a una paralización de sus actividades sanas y normales. La misma que conduce, continúa afirmando el autor, a la necesidad de introyectar el objeto perdido como recurso para controlarlo o aplacarlo y que impulsa a ciertos individuos, incluso, a convertirse en criminales. Debemos recordar que fue el estudio de este tipo de culpa lo que llevó a Freud al descubrimiento del Superyó.

O sea, que **hay una clase de culpa que tiende a reparar un objeto amado y otra clase que tiende a apaciguar a un objeto temido y perseguidor**.

Cuando la ansiedad persecutoria se ha convertido en dominante, ha retrocedido el SC y, por ende, el sentimiento de amor al objeto parece haber desaparecido. El objeto se ha convertido en malo, no puede ser amado y entonces los impulsos destructivos hacia él parecen justificados. Ante el fracaso de mantener la culpa depresiva con su objetivo reparador, se produce una regresión y un incremento de la culpa persecutoria con la utilización de otras defensas, entre ellas la de proyectar la misma culpa y acusar al objeto que se ha convertido en perseguidor. En casos extremos, se puede entender la conducta violenta descontrolada como el asesinato, a un “estallido” de culpa persecutoria; o la destrucción violenta hacia adentro, como el suicidio.

H. Segal sostiene, por su parte, que la reparación se basa en el reconocimiento de la realidad psíquica, en la vivencia del dolor que esta realidad causa, y en la adopción de una acción adecuada para remediarla en la fantasía y la realidad. En cambio, la reparación maníaca constituye una defensa, ya que su finalidad es la de reparar al objeto pero sin que aparezcan SC o de pérdida. La culpa persecutoria determinará la aparición de duelos patológicos que frecuentemente desembocan en cuadros melancólicos o en otras expresiones psicóticas. En cambio, la culpa depresiva, cuando logra liberarse de sus componentes persecutorios, crea la posibilidad de una auténtica reparación del Yo estimulando su enriquecimiento y su capacidad de sublimación.

En síntesis, las principales emociones que intervienen en la culpa persecutoria son: el resentimiento, el dolor, la desesperación, el temor, los autoreproches, etc. Los casos extremos de la culpa persecutoria son la esquizofrenia y la melancolía o duelo patológico.

En la culpa depresiva, se discrimina entre pasado y presente, hay perspectiva y futuro. Los sentimientos más importantes son: preocupación por el objeto y por el Yo, la pena, la nostalgia y la responsabilidad. Se manifiesta especialmente en el duelo normal.

La culpa y el grupo familiar

Este aspecto de la culpa relacionado con los vínculos familiares era uno de los que más me interesó cuando tuve que pensar en desarrollar este trabajo, porque como comentaré más adelante, puede adquirir un peso considerable en las situaciones de cuidado en el entorno familiar.

Entre los diferentes tipos de vínculos que analiza **Pichon-Rivièr**e, **habla del vínculo depresivo como el más fácil, dice, de sentir y de diagnosticar**. En el vínculo depresivo está la aflicción moral, la culpa y la expiación. Es un vínculo caracterizado por el hecho de que **toda relación de objeto está colocada en el campo de la culpa**, en la preocupación por lo que el otro piensa y en la manera en que el otro va a administrar el castigo. Siempre con miedo a la pérdida de la relación de objeto. **Siempre sintiendo y vivenciando culpa y siempre tratando de reparar.**

En el vínculo con un objeto total, el amor y el odio están dirigidos al mismo objeto, mientras que en la posición esquizoide el amor y el odio están dirigidos a objetos diferentes. En la medida en que se puede trabajar la ambivalencia aparece un tipo de ansiedad particular que es la ansiedad depresiva. **Pichon-Rivièr plantea que el SC es una complicación resultante del sentimiento de ambivalencia, por el hecho de odiar a un objeto al que se quiere.** La culpa es del yo frente al objeto por sentirse culpable de tener fantasías destructivas con objetos que uno siente que también quiere. Y de ahí surge, como ya sabemos toda la fenomenología de la depresión.

Postula además, que el miembro enfermo es el exponente máximo y depositario de las ansiedades y tensiones de su grupo familiar. Está cargado con el desequilibrio grupal y es segregado por el grupo. **Se produce segregación intragrupal cuando predomina la culpa y segregación extragrupal si predomina la persecución y el miedo a la contaminación.**

La culpa persecutoria coexiste con la angustia persecutoria desde los comienzos de la vida. Prácticamente se encuentran mezcladas y sin embargo, serán muy diferentes la reacción que experimentará el Yo y la naturaleza de los sentimientos que lo acompañan, según predomine una u otra.

Conviene aclarar la diferencia: **la angustia persecutoria se refiere a la amenaza de un peligro que puede volcarse sobre el Yo** y que Klein definió como la percepción del instinto de muerte en el organismo. **En la culpa persecutoria existe, además, el sentimiento de un daño ya ocurrido**, en la realidad o en la fantasía, al Yo o al objeto y que produce no sólo temor a una represalia sino también desesperación, dolor y cierta pena, aunque predomine el temor.

Para Klein la esencia de la culpa reside en la sensación de que el daño hecho al objeto amado tiene por causa los impulsos agresivos del sujeto. La necesidad de reparar el daño vendría entonces de ese sentimiento de culpa.

Psicopatología y culpa

Revisando los cuadros psicopatológicos se puede recorrer el SC en sus diferentes grados y manifestaciones, señalando aquí alguna breve pincelada más.

Según Bion, el predominio en los esquizofrénicos de impulsos destructivos produce el odio a la realidad externa e interna y a todo lo que contribuye a su reconocimiento, lo que provoca una intensificación de la culpa persecutoria.

Otro factor causal del aumento de culpa persecutoria es la fuerte envidia que experimentan estos pacientes.

En las personalidades melancólicas o depresivas la culpa persecutoria parece manifestarse de una manera mucho más evidente. Frecuentemente aparece entre los síntomas más llamativos o se encuentra implícita en expresiones que delatan su existencia.

Las personalidades paranoides se caracterizan por un manejo muy particular del sentimiento de culpa. **Tienden a proyectarla fuera y a negarla sistemáticamente.** Estas personas utilizan el delirio de ser perseguidos para negar sus sentimientos ambivalentes de amor y odio hacia el objeto del delirio y eludir así, la sensación de culpa.

La importancia del SC en el desarrollo y maduración del individuo

El SC es uno de los afectos que tiene mayor trascendencia en el desarrollo evolutivo del individuo, desde la perspectiva de los diferentes autores que hemos ido repasando a lo largo del trabajo.

Bion plantea que el niño pequeño puede superar sus problemas de culpa gracias a la actitud de la madre que, por su relación íntima de amor, es capaz de absorber la destructividad del niño y salvarlo de este modo.

No hay duda de que **los SC suscitan una experiencia indispensable para alcanzar la capacidad de amor.** Pero tales sentimientos corresponden a lo que se ha descrito como culpa depresiva, que podríamos denominar más exactamente, **sentimiento de responsabilidad y que permite hacerse cargo de la elaboración del duelo y de la reparación del objeto amado.**

La influencia del SC, según Grinberg, no sólo es primordial en la etiología de la neurosis y la psicosis, sino que de la superación de la misma dependerá, en última instancia, **el estado de salud mental y física, la felicidad y equilibrio al que aspiramos, como uno de los objetivos de la vida.** También señala que todavía los diferentes aspectos relativos a su

origen, naturaleza, y participación en la evolución del individuo no está totalmente aclaradas en el campo de la investigación psicoanalítica, de tal forma que hay diferentes corrientes que tienden a diferenciarse por el énfasis y valoración que otorgan a la intervención del SC en sus respectivas técnicas.

También es importante tener en cuenta que **algunas personas carecen de la capacidad para el sentimiento de culpabilidad** (personalidades antisociales, psicopáticas). Desde el psicoanálisis se entendería que en estos casos las personas con estas características carecieron, en las primeras fases del desarrollo, del marco emocional y material que hubiese permitido la formación de esa capacidad.

Para terminar la exposición teórica y en palabras de Winnicott, **si existe un desarrollo satisfactorio, si las circunstancias de seguridad y cuidado son favorables, se producirá paulatinamente una integración del Yo que posibilitará el comienzo de la “capacidad para la inquietud”.**

El trabajo con cuidadores y el SC

Situaciones de cuidado y culpa

Trabajo desde hace años con personas que atienden y/o cuidan a personas dependientes y **uno de los aspectos que está más presente en este grupo de población al que atiendo y que más les hace sufrir, está relacionado con el sentimiento de culpa.** Hemos visto que desarrollar esa capacidad forma parte de nuestro desarrollo normal y que eso es lo que nos permite enfrentar la ambivalencia de nuestros sentimientos, así como reparar y rectificar, pudiendo entonces asumir, no sólo nuestro amor sino también nuestra hostilidad.

Pero en nuestro trabajo nos encontramos con muchas situaciones en las que la culpa constituye un verdadero muro en el camino que entorpece o incluso impide, en ocasiones, la posibilidad de abordar una situación conflictiva para encontrar vías de solución. Esto se hace especialmente patente p.e., en el trabajo con padres, que en muchas ocasiones se sienten invadidos y paralizados por sentimientos de culpa, que hacen estéril el esfuerzo por entender su relación con sus hijos.

Pero en esta ocasión quisiera referirme a aquellas personas que cuidan a otras, algún familiar, más o menos dependiente. **Estas situaciones están atravesadas por múltiples aspectos, y una gran parte de ellos nos enfrentan a tener que lidiar con sentimientos contrapuestos y dolorosos que despiertan culpabilidad.**

El cambio del otro al que se cuida, producido por la propia vejez, por una enfermedad, accidente u otra circunstancia, nos enfrenta a una situación difícil de encarar. Se produce un cambio, ya sea brusco o paulatino, en el otro, especialmente desconcertante en los trastornos mentales graves y las demencias, en los que **“El otro está pero no está, está a ratos y al momento ya no está”**. Durante mucho tiempo el cuidador se mantiene en su

forma de hacer anterior, lo que genera mucha frustración, hasta que puede aprender que también él tiene que cambiar para adaptarse a las nuevas circunstancias.

Cuento mayor la ambigüedad que rodea una pérdida de este tipo, más difícil resulta dominarla, y mayores son la depresión, la ansiedad y el conflicto familiar. **Se percibe a la persona como físicamente presente pero ausente psicológicamente.** En el caso de muerte del familiar se podría iniciar el duelo teniendo la recuperación como meta.

Pero en los casos de los que hablamos, nuestro ser querido, tal y como lo conocíamos, se ha ido, pero sólo en parte. La dificultad para resolver estas pérdidas a las que se enfrentan los cuidadores se deben, en parte, a la incertidumbre y la ambigüedad que supone.

Estas situaciones que sufren las personas que cuidan a otra, especialmente con demencia avanzada, les enfrenta a la situación extrema en que, “*hasta el conocimiento cierto de la muerte es preferible a la continuación de la duda*”, en palabras de Pauline Boss.

Por eso **los familiares están llenos de pensamientos y sentimientos encontrados.** Temen la muerte, pero también desean que esa espera tenga un fin. La tensión que se produce derivada de esas emociones, se vuelve tan poderosa que, a veces, se paralizan, no pueden tomar decisiones, ni tampoco liberarse.

Generalmente se puede observar en los cuidadores, un malestar por ciertos autoreproches por su comportamiento, la preocupación por si hacen bien o mal su tarea de cuidar, si será acertado su proceder, también cierto sentimiento de culpa por la falta de paciencia y su irascibilidad, muchas veces encubierta y otras, claramente manifiesta. **Otros malestares están relacionados con sentimientos negativos inconscientes, que lógicamente les resultan más difíciles de identificar,** y que suelen expresar diciendo “no sé por qué me siento culpable si yo no he hecho nada malo”. **Normalmente las personas atribuyen el SC al hecho de haber cometido un acto concreto censurable, pero no contemplan los sentimientos hostiles, ni los actos o deseos que no se llevan a cabo más que en la fantasía, como elementos a considerar.** En ocasiones es a través del chiste o la broma que se pueden expresar.

En general se sienten, como es lógico, atrapados en una tarea que les absorbe y que les impide abrirse a otras actividades más gratificantes. Incluso para algunos, esta tarea de cuidado va más allá, proporcionándoles una cierta identidad. Aquellos que están más exigidos y sometidos (desde dentro de sí mismos y desde el otro al que cuidan), son aquellos que cuidan a alguno de los progenitores, generalmente la madre, con la que mantienen un vínculo muy particular de sometimiento, muy en la línea del vínculo depresivo descrito por Pichon-Rivière.

En estas situaciones se observa una relación tremadamente infantil y dependiente con una figura materna, muchas veces “voraz”, que mantiene el control del otro a través de la manipulación y el chantaje emocional, incapaz por los motivos que sea, de ofrecer una relación afectiva cálida e incapaz el otro de zafarse del lugar en el que, entre unos y otros, le colocan. En ocasiones extremas es dramático observar cómo ese lugar puede ser como una especie de inmolación de un miembro de la familia, que permite sobrevivir al resto de

integrantes, como el padre, el hijo varón, u otros hermanos-as. En esos casos, más bien extremos y menos frecuentes, la culpa se hace protagonista y letal, sobre la que pivotan las relaciones, entre unos que luchan permanentemente por tenerla apartada y depositada en otro, y en el victimizado, que se puede enfermar por cargar con la de todos. Es en estos casos donde se puede visualizar de forma más clara la culpa persecutoria dentro de un vínculo muy indiscriminado y simbiótico, llegando incluso a lo patológico.

Para entender estas situaciones particulares resulta muy clarificador el aporte de Winnicott, respecto a lo que denomina **falsa reparación**, “que no se halla específicamente relacionada con el propio SC del propio paciente, y que se manifiesta a través de la identificación con la madre. **Su factor dominante no lo constituye la culpabilidad del paciente, sino la defensa organizada por la madre con el fin de combatir la depresión y la culpabilidad inconsciente**”. O sea, que frente a la depresión de la madre el niño queda atrapado en las defensas antidepresivas de ésta, con la consiguiente pérdida de responsabilidad personal propia, que forma parte esencial del desarrollo individual.

Algunas particularidades del vínculo depresivo

Vemos, como habíamos señalado anteriormente, cómo algunas mujeres (y excepcionalmente algunos hombres) extremadamente dependientes emocionalmente, parecen estar fijadas perpetuamente en períodos previos a la adolescencia y afrontan el papel de “cuidadoras” desde un lugar sufriente e inevitable. En estas relaciones la culpa parece constituir el motor que las mueve.

- Ofrecen una imagen de los padres como figuras a las que hay que satisfacer/obedecer en todo porque si no, se enfadan inoculando angustia y culpa.
- Por ello, buscan permanentemente el amor y la aprobación que nunca llega o que nunca es suficiente.
- Se vuelcan en satisfacer las necesidades del otro de forma que “sólo son felices con la felicidad del otro”, lo que les exime de su propia responsabilidad.
- Muestran una indiscriminación y dificultad para sentir un yo suficientemente diferenciado y capaz, con sus propias necesidades y carencias.
- La negación de la hostilidad, en ocasiones, es tan grande que se perciben como “ángeles inocentes”, incapaces de sentir ningún tipo de “odio”, a la vez de sentirse muy poco valiosas. También se produce una negación importante de la envidia, así como de cualquier sentimiento que no sea amoroso y bondadoso.

“yo no concibo la maldad”

“Yo sólo soy feliz con la felicidad de los demás”

“No entiendo que haya gente que te quiere manipular”

“No nos enseñan que la gente se muere”

“...Si todos colaborásemos un poco todo sería diferente, el mundo no funcionaría así. No lo entiendo....”

Otro grupo de cuidadores que se encuentran muy atrapados por la culpa y un nivel de sufrimiento muy grande, **son los que atienden a hijos con trastornos mentales graves.** Siempre presente, si podrían hacer algo más por sus hijos de lo que hacen, si podrían empujarlo a hacer algunas actividades, si podrían luchar más, como si en su mano estuviera la posibilidad de curarlos, como forma, entre otras cosas, de desprenderse de algunos de los SC que los invaden. Estas personas tienen, lógicamente, especial dificultad para asumir la enfermedad, junto con los que atienden demencias avanzadas o enfermedades que han cambiado mucho a su familiar. Con frecuencia piensan que a esa edad su hijo tendría que estar trabajando, tendría que tener amigos y salir, y sienten frustración, rabia y rechazo porque el otro no hace lo que “tendría que hacer”, lo que sería lógico que hiciera, de forma que sienten que la “falta” del hijo les señala directamente a ellos como padres que han fallado. La idea de que algo de lo que hicieron les ha podido dañar, de que algo de lo que ocurre tiene que ver con ellos, resulta tremadamente difícil de trabajar, precisamente porque **se despiertan culpas que impiden pensar.**

Características del cuidado que favorecen los SC

Podemos repasar **algunos de los elementos que confluyen en las situaciones de cuidado y que colaboran generando sentimientos que despiertan culpabilidad:**

- Lo primero, que mencionamos anteriormente, es que **el otro ya no es lo que era, ni el que quisiéramos que fuera.** La enfermedad o las secuelas de la misma **nos acerca a sentimientos indeseados de rechazo, negación, rabia, etc.,** que nos pueden hacer sentir mal y culpables, **porque los cuidadores lo sienten respecto de quien quieren.**
- **Ser sujeto de cuidados hace más difícil la relación,** por el incremento de malestar y sufrimiento, **por la herida narcisista que supone** y la frustración que conlleva, lo que produce con facilidad, un aumento del nivel de exigencia, de intolerancia, e incluso de voracidad y agresividad.
- **Cuidar implica, además, estar más cerca del otro de lo habitual.** Requiere más cercanía física y emocional y eso tiene su dificultad, cuando se alarga en el tiempo, un precio, un efecto negativo de sobrecarga y malestar por los sentimientos que afloran. El cuidador se tiene que ocupar de sus cosas y las del otro, hacerse cargo de las necesidades del otro en diferentes grados, según su nivel de dependencia, llegando incluso a renunciar, en ocasiones, a las suyas propias. Sabemos que **la cercanía excesiva, con facilidad genera hostilidad.** Estar pegado al otro al que se cuida, sometido a la tensión continua y exigente, especialmente en las demencias,

supone poner a prueba la paciencia y el equilibrio personal, desencadenando reacciones de agresividad que causan mucho malestar al cuidador.

- **El deseo de mayor distancia y espacio vital no está muy bien considerado socialmente**, ya que implica pensar también en uno mismo y desenfocar la mirada que se tiene puesta sobre el otro. El cansancio, la exigencia de la situación y en ocasiones del otro, la falta de aire, etc., empujan a movilizar los SC.
- **Asumir el cuidado implica también asumir un rol social determinado**, especialmente para la mujer, como la cuidadora principal por excelencia, los estereotipos respecto de lo que se considera ser un buen hijo-a, un buen marido, madre o padre, etc. Sentir deseos de no cumplirlo, **no hacerlo de buen grado**, o necesitar otras formas de hacer, **despierta malestar y SC** por no estar a la altura, ni cumplir con las expectativas esperadas y asumidas.
- **La asunción de un rol familiar** asignado y asumido, muchas veces desde siempre, se hace patente en algunos cuidadores, generalmente una hija, que se hace cargo de algunas funciones maternas respecto del padre y hermanos, con motivo de que la madre, por enfermedad o por características de personalidad, es incapaz de llevar a cabo, recayendo sobre esa hija, el peso de satisfacer las necesidades afectivas de la madre, especialmente egoísta, manipuladora y nociva, como señalábamos anteriormente.
- En relación con puntos anteriores, se observa una concepción muy interiorizada de que **decir que no o no cumplir las expectativas del otro, es “ser malo”**. Mirar por uno mismo es ser malo, es ser egoísta, exponiéndose a la pérdida del amor del otro y al valor de la propia imagen.
- **Creerse capaz de ser todo para el otro de forma omnipoente**, saber lo que necesita, ser las únicas manos que pueden cuidar adecuadamente, ser el único que le da felicidad, etc., es un peso muy grande y agotador, pero también evita al cuidador percibirse con fragilidad, con necesidades, limitaciones y carencias, así como su ambivalencia.

“No sé si Vd. me podrá ayudar... yo quiero que mi madre asuma que ya no puede sola, que necesita que alguien la atienda,...”

“Me han dicho que esa parte del cerebro está perdida, yo lUCHO contra eso porque yo creo que se puede recuperar algo,... por eso la pongo a leer aunque a ella no le interesa”.

“No creo que en ningún sitio le hagan las cosas como yo. Yo sé lo que le gusta y lo que necesita”.

“Yo nunca, mientras viva llevaré a mi mujer a la residencia” (dicho por un cuidador varón, diagnosticado él mismo de un cáncer grave y con mal pronóstico)

“Vivimos como si no nos fuéramos a morir”

"Si nuestros mayores podían con todo, yo también tengo que poder"

"No me fío de ninguna residencia... ninguna está preparada para atender a mi madre... cuando yo estoy no está agresiva... yo sé manejarla."

- **La envidia respecto de otros miembros de la familia**, normalmente hermanos-as, que se permiten mantener más distancia, que no se sienten tan atrapados u obligados, **empujan también a la culpa en forma de rabia contenida**.

"Tengo una rabia tremenda. Una rabia concentrada de estar todo el día con una persona que no para de quejarse y de llorar... o le das un mamporro o me voy a pasear... quisiera dar de puñetazos en un árbolji"

"Mi hermana escogió hacer su vida"

"Cuando murió mi padre me tuve que hacer cargo de todo. No tenía que haber cogido las riendas, para que mi hermano espabilara"

"Es una rabia rancia, que viene de atrás"

"Yo sé la rabia concentrada que tengo,... desde los 20 que murió mi padre me hice cargo de todo, de mi madre, del negocio, mi hermano se largó, se casó y mi madre no se lo impidió"

"Estoy viviendo la vida de todos los de mi alrededor y me he cuestionado,... hasta aquí hemos llegado, ¿Cuándo voy a vivir yo la mía?"

"Me voy a chivar de algo, mi hermana que le tocaba ir a ver a mi madre, dice que se va de viaje janda!... pero alguien lo tiene que hacer, si no va ella tengo que ir yo".

"Mi hermana dice que ella no siente el amor de madre, que no le nace ese sentimiento hacia mi madre."

"Mi padre envió a mi hermana a estudiar fuera para salvarla de mi madre y a mí también me lo ofreció, pero yo no podía, no estaba preparada... y me dejó ahí"

En general, es difícil para todos acercarse a los sentimientos hostiles. Parece que a la pareja se la puede "odiar", pero a los padres y especialmente a los hijos, los sentimientos de ese tipo son muy difíciles de soportar. A veces, la hostilidad negada y reprimida, especialmente respecto de la pareja en relaciones previas de sometimiento, se actúa como venganza, de forma que cuando se siente al otro vulnerable, fuera ya de una posición de poder, que ha quedado debilitada por la enfermedad y la dependencia, se devuelve el daño o el golpe recibido o sentido.

El trabajo grupal como contenedor y facilitador de la expresión de SC

Podríamos comparar la función del grupo con la función materna, constituyéndose éste como un lugar “suficientemente bueno”, en palabras de Winnicott, para ofrecer circunstancias de seguridad, confiabilidad paulatina, contención y tolerancia respecto de los aspectos menos maduros y que generan más malestar, de forma que puedan exteriorizarse y abordarse. El grupo como un buen continente de las ansiedades y el dolor mental de sus integrantes. Lugar para revisar los vínculos de cuidado del afuera y para aprender un nuevo modelo desde la propia experiencia grupal.

Frente a la multitud de aspectos que nos pueden llevar a aflorar nuestros SC, y lo difícil que resulta reconocerlos y expresarlos, **la participación en una actividad grupal se ofrece como el lugar idóneo, entonces, para poder acercarse a ellos, reconociendo la ambivalencia como algo natural, facilitando la toma de conciencia de los sentimientos hostiles, ayudándose unos a otros a ir poniendo palabras a aquello que sienten que les produce malestar.** Aprender junto con otros a descifrar o traducir lo que en su interior o en sus tripas se está expresando en un lenguaje que, hasta el momento, no pueden o temen entender.

Algunos aspectos que pueden ayudar a pensar en los SC en el grupo, sería trabajar esta idea de que, no solo se siente culpa por las cosas que hacemos, sino también por cosas que fantaseamos, y que eso puede ser el motivo de nuestro malestar, de la necesidad de castigo o de renunciar al propio disfrute personal. Parecería, a veces, que la reparación no es posible porque siempre queda algo pendiente por pagar.

Decía nuestro compañero Leonel Dozza, en una información sobre la culpa que dio a un grupo de cuidadores, que puede ayudar a cada uno de los integrantes del grupo pensar sobre: 1) qué castigo creen que pagan en su caso en particular, 2) fantasear sobre los sentimientos negativos de cada uno y 3) encontrar válvulas de escape para canalizar esos sentimientos, como puede ser a través del humor.

Resulta realmente divertido cuando se pueden expresar, a través del humor y del chiste, las situaciones dramáticas que muchas veces estos cuidadores viven.

Poder compartir sus situaciones va permitiendo rebajar la ansiedad y los SC se amainan y aflojan, pudiendo expresar emociones que jamás han verbalizado.

Se abren paso otros momentos en los que se pueden movilizar recursos personales y solventar algunas dificultades que surgen en el cuidado y que estaban bloqueados por la angustia y la culpa.

También es muy importante abordar la hostilidad intragrupal, la rivalidad y la envidia, así como la culpa que se puede despertar. En el desarrollo de un grupo siempre planea el miedo al ataque, el temor a sentirse juzgado, a que le puedan a uno considerar “mala persona” o poco valioso por lo que siente o expresa, también el temor a dañar por lo que uno dice u opina, de ser responsable del enfado o de la ausencia de otros, etc.

En mi experiencia, siempre me ha parecido que **esos momentos de alta tensión grupal, dentro de unos límites tolerables, constituyen un hito dentro del proceso del grupo,**

teniendo en cuenta que mayoritariamente son mujeres y la hostilidad está muy escondida. **Son momentos difíciles pero que permiten experimentar y trabajar los sentimientos encontrados u hostiles entre los integrantes, poniendo sobre la mesa, en el aquí y ahora, algunas cuestiones muy familiares**, por ejemplo:

“El otro día os reísteis de mí, me pareció una falta de respeto y de educación... no me levanto y me voy por educación”

“Nos reíamos de nosotras mismas... que nos veíamos en ti”

“No, eso es mala educación... no me interesa nada de lo que digáis”

“A veces uno teme decir algo por si eso puede hacer daño”

“No quería hablar del tema sin estar este señor presente. Se la tengo guardada.”

“El no tiene ni idea de lo que eso tiene de importancia para mí”

“Para él vuestra actitud fue como una bofetada”

“No me pienso disculpar, él se dirigió a mí perdonándome la vida”

“Pensé que él no venía porque estaba enfadado conmigo”

“No sé si me entendéis,... es que no sé cómo preguntarte sin que te sientas ofendida”

“Creo que X no vino porque se asustó por lo que le dijo Y”

Emergentes grupales de Grupos de Cuidadores

Para terminar se añaden **algunos emergentes más, que aluden a los SC expresados en un Grupo de Apoyo a Cuidadores de Personas Dependientes y que tratan de ilustrar la exposición hasta aquí realizada:**

“Me he apuntado a manualidades para amasar algo, porque a veces tengo ganas de estrangularla echándole las manos al cuello”

“Yo le he dado un manotazo en la boca cuando me escupe, y luego me siento fatal”

“Cuando fui un día al cine sentía como si le estuviera poniendo los cuernos, me sentí muy mal”

“Yo tuve a mi madre dos meses en casa y casi me tiro por la ventana”

“Llevarlo al Centro de Día es quedarme sola, vacía”

“La gente me dice, haz tu vida, pues vaya mierda de vida, yo sola no valgo, yo sola no soy nada”

“Yo estoy enfadada conmigo misma porque el pobre ya no puede hacer nada...estoy enfadada con todos, una persona tan lista que ya no sabe ni quién esjjii...”

“Mi hijo tiene esquizofrenia, esa es mi cruz... yo no quería tenerlo... y mira, es el más apagado a mí”

“Mi madre es como un ser que chupa la sangre. Estoy aquí para ser yo y no ella”

“Dejas tus cosas y no sabes por qué. Yo me siento culpable. Mi madre me lo exige”

“Yo estoy con muchas ganas de desentenderme”

“Yo creo que nunca hago lo suficiente para ayudar a mi hijo”

“Me siento culpable de haber llevado a mi padre a la residencia, hice mal... él nunca hubiera hecho eso conmigo”

“Yo he llegado a hacer muchas cosas para que me flagelaran”

“Me siento la peor hija del mundo si lo llevase a la residencia, no le podría mirar a los ojos”

“Yo creo que estoy pagando una penitencia..”

“No lo estoy haciendo bien... me altero, le grito.”

“Voy a terminar odiándola y es tremendo... estoy metida en una jaula”

“Por qué hay tanta diferencia entre lo que uno piensa y lo que uno siente?... ahora no me siento tranquila si yo pensé, no quiero seguir cuidando a mi madre”

“Mis hermanos me han endosado el papel y mis padres también, por ser la mayor”

“¡Yo lo que tenía que hacer es sacar adelante a este chaval ¡”

“No quiero culpar a mi hermana, ¡pero es culpable!”

“¡Pero es que no tenemos que sentir culpa, porque no somos culpables!”

“Si piensas en lo que quieras traicionas todo lo que te han legado”

“Yo nunca pienso lo que quiero hacer, solo lo que tengo que hacer”

“Voy todos los días a la residencia darle la comida y a veces la cena”

“Cuando se va al Centro de Día me quedo tan a gusto!!! y luego pienso, uff, que mal, que mala soy”

“Es que lo tengo pegado todo el día, es que no lo aguento que me persigue todo el rato, hasta en el baño se me quiere meter !!”

“Mi mujer bebía porque estaba sola, porque yo no estaba allí”

“Como sientes esa culpa lo estás pagando con gusto el cuidado”

“La responsabilidad te la echan a ti y te generan el sentimiento de culpa... me dijo la doctora, le tienen Vds. que animar, tienen que... tienen que...”

“Yo le contesto mal, a veces la zarandeo y pienso, para estar así se podía morir”

“A veces pienso que él cree que yo también me lo quiero quitar de encima, como hizo su mujer, nadie le quiere”.

Para concluir podemos decir que **el grupo se erige en un lugar privilegiado que ofrece la posibilidad de descubrir una nueva manera de abordar estos sentimientos encontrados y en su caso resolverlos, siendo ya mucho, por lo menos, no negarlos.** Sin olvidar, además, que una parte de la hostilidad y la ambivalencia está relacionada con el coordinador, así como con su contratransferencia, pero eso ya sería otro tema.

BIBLIOGRAFÍA

- J. Laplanche y J.B. Pontalis, *Diccionario de psicoanálisis*, Ed. Labor 1994
J. Luis Valls, *Diccionario de Psicoanálisis*, Ed. Yébenes 1995
L. Grinberg, *Culpa y Depresión. Estudio psicoanalítico*, Alianza Ed. 1983
L. Grinberg *Aspectos normales y patológicos del duelo*, (Congreso Psicoanalítico Latinoamericano 1962)
M. Klein, *Amor, culpa y reparación*, Paidós 1994
M. Klein, *Envidia y Gratitud*, Paidós 1994
S. Freud, *Duelo y Melancolía*, Obras Completas Biblioteca Nueva
P. Rivière, *Teoría del vínculo*, Nueva Visión 1999
M. Klein, P. Heimann, R.E Money-Kyrle, *Nuevas direcciones en psicoanálisis*, Paidós 1972
P. Heimann, S. Isaacs y J. Riviere, *Desarrollos en psicoanálisis*, Paidós 2013
Winnicott. D. en *El psicoanálisis y el sentimiento de culpa (El psicoanálisis en el pensamiento contemporáneo)*, J.D. Sutherland, Paidós 1962
D. Winnicott, *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Paidós 1999
W. Bion, *Aprendiendo de la experiencia*, Paidós 1987
W. Bion, *Seminarios de psicoanálisis*, Paidós 1991
Pauline Boss, *La pérdida ambigua*, Gedisa 2001

Diciembre 2015