

# UNA PROPUESTA DE OBJETO EN TRABAJO SOCIAL SANITARIO DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

**Valentín Calvo Rojas**

Diplomado en Trabajo Social, trabajador social Institut Català de la Salut.

## RESUMEN

Abordar las cuestiones relacionadas con el ámbito social en la Atención Primaria de Salud o en otros dispositivos sanitarios requiere destacar variables que cruzan los límites de las tres dimensiones (física, psíquica y social) del ser humano.

En la actualidad el trabajo social sanitario precisa fortalecer su inscripción en el conjunto de las Ciencias de la Salud construyendo un objeto propio que permita avanzar en el nexo biología-cultura. Este trabajo presenta una elaboración del objeto de conocimiento, en trabajo social sanitario, basado en su origen en una estructura dual (sujeto-objeto) con relación dialéctica que en su interacción evoluciona hacia una estructura triádica (necesidad/demanda/deseo) transformando sus elementos de un sistema dimensional basado en un continuum a una serie discreta.

**Palabras clave:** trabajo social sanitario, objeto de estudio, relación dialéctica, estructura triádica, relación discontinua.

## 1.- INTRODUCCIÓN.

El Trabajo Social nació como una disciplina aplicada junto a otros saberes delimitados, como la sociología, psicoanálisis, psiquiatría, pedagogía y otros, que le sirvieron de fuente nodriza para incorporar elementos teóricos e ir construyendo sus teorías propias, técnicas, procedimientos de intervención. El trabajo social es una disciplina que tiene la potencialidad de recoger en su seno mismo la transdisciplinariedad necesaria para acceder al conocimiento complejo de la realidad bio-psico-social<sup>1</sup>

Una especialidad del Trabajo Social como el trabajo social sanitario tiene que convivir con otras disciplinas como la medicina y la enfermería, saberes que parten de la premisa que lo no demostrable experimentalmente no es científico, lo

<sup>1</sup> Cordero Ramos, N., Blanco López, J. (2004). "¿Trabajo Social sin fundamento? Aportaciones del paradigma de la complejidad a la epistemología del trabajo social", en *Portularia*. 4: 407-412.

que hace que la integración del trabajo social en estos sistemas se complique. El trabajador/a social sanitario para poder orientar el trabajo y dar cuenta de él y sus efectos necesita importar conceptos teóricos y elementos prácticos de esas disciplinas y dimensiones de las ciencias de la salud, este trasvase de conceptos teóricos y elementos prácticos los tiene realizar sobre un modelo crítico, lo fundamental no es tanto lo que se trata de incorporar, sino la forma<sup>2</sup>.

El objetivo primordial de un modelo es que sirva como instrumento para pensar sobre las observaciones, mientras que, el objeto nos permite escoger que cosas vamos a observar. Por tanto necesitamos un objeto adecuado al trabajo social sanitario.

Parafraseando a Barrantes (op. cit.), para muchos compañeros/as de las otras disciplinas sanitarias, el estatuto del Trabajo Social sigue siendo marginal y un subproducto de la ciencia que se nutre de conocimiento de segunda y tercera mano. En este ámbito, el sanitario, no es suficiente lograr la eficiencia en el uso de recursos y en la coordinación intra e interinstitucional es necesario señalar la importancia de fortalecer la inscripción del Trabajo Social Sanitario en el conjunto de las Ciencias de la Salud, sin olvidar los marcos de referencia de nuestra profesión, construyendo un objeto de estudio, sistematización y actuación teórica empíricamente fundada.

El objetivo de este trabajo es ofrecer, desde un modelo biopsicosocial psicoanalítico, una conceptualización de la definición del objeto de estudio del trabajo social sanitario que permita proponer una vía para avanzar en la comprensión del nexo biología-cultura, un lugar de equilibrio entre la condición biológica y la social.

La perspectiva desde la cual partimos para construir un objeto formal propio está orientada primordialmente por la teoría pero a medida que avancemos no podremos excluir el conocimiento experiencial, será por tanto una construcción inconclusa en tanto en un futuro los contenidos teóricos y las evidencias empíricas no se vayan transformando mutuamente.

## **2.- TRABAJO SOCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: SEGREGACIÓN O INTEGRACIÓN.**

La atención primaria es el recurso al que acceden en primera instancia la mayoría de personas con problemas psicosociales o de salud social además de dolencias físicas. La idea de la Atención Primaria de Salud (APS) parte de un hecho claro: la crisis internacional de la Asistencia Sanitaria. Una crisis de orientación, de modelos, de sistemas, además de económica<sup>3</sup>.

---

2 Barrantes, C. (1994). "¿Trabajo Social: Productor, difusor o consumidor de conocimientos?" Notas epistémicas", en *Cuadernos de Trabajo Social*. 7: 41-51.

3 Gol, J., y cols. (1981). *El centre de Salut integrat, base d'un nou sistema sanitari*. Barcelona: Laia-Col.legi de Metges de Barcelona.

El concepto de Atención Primaria de salud está bastante estrictamente definido por la Organización Mundial de la Salud<sup>456</sup>. En obras como las de la OMS, ya citada (1978), la compilación de Martín Zurro (1986, op. cit.), aparecen los elementos conceptuales, las actividades y características tendenciales. La APS ha de estar basada en *equipos interdisciplinarios* y *bio-psico-sociales*, en este sentido, ha sido muy utilizado en el discurso institucional y en numerosos documentos sanitarios desde la Ley General de Sanidad de 1986, el atributo biopsicosocial para definir la atención que se pretendía prestar al usuario. Este modelo no tiene que suponer un modelo estratificado y lineal de supuestas partes implicadas sin integración que prefigure en la base una condición bio, de manera que lo psico y lo social serían capas por donde pasarían los síntomas hacia su manifestación y donde adquirirían el aspecto psicológico y social<sup>7</sup>.

En la práctica diaria en cada uno de los aspectos de la actividad en trabajo social clínico o sanitario existen infinitas combinaciones posibles de conductas a seguir, lo que nos obliga a un ejercicio constante de toma de decisiones, por lo general complejas y en condiciones de incertidumbre. Esta situación básica en la clínica, tradicionalmente ha sido resuelta mediante "algoritmos de decisión" unipersonales de los profesionales, en algunos casos sistematizados, pero no en la mayoría.

Una cosa es aceptar y apoyarse en la incertidumbre de las realidades sociales y otra incorporar la idea del método como estrategia de la acción aspecto del que estamos muy alejados del resto de profesionales sanitarios. En las últimas décadas, en el ámbito sanitario, se ha generalizado el deseo de disponer de instrumentos que pudieran aplicarse al proceso de toma de decisiones. De todos estos instrumentos, los que han despertado más interés son las guías para la práctica y las medidas para la práctica.

Dicho de otra forma, instrumentos que permiten decidir "qué hacer" e instrumentos para "medir lo que se hace"<sup>8</sup>

Los motivos que subyacen a este interés generalizado de profesionales sanitarios, economistas, administradores y gestores sanitarios parten de la constatación de la variabilidad de la práctica clínica, en especial en el capítulo de tratamientos y pruebas complementarias y, con ella, de las grandes diferencias en costos (en

---

4 OMS (1978). *Alma Ata 1978: La Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS.

5 Vuori, H.H. (1983). "¿Qué es la Atención Primaria de Salud?", en *Atención Primaria* 0: 3-4.

6 Martín-Zurro, A. y cols. (1986). *Manual de Atención Primaria*. Barcelona: Doyma.

7 Berrios, G.E. (2000). Concepto de psicopatología descriptiva. En R. Luque y J. Villagrán (Eds.), *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias* (pp. 109-145). Madrid: Trotta.

8 Guarga A., Marquet R. (1990). Protocolización de actividades. En Jiménez Villa J. (Eds.), *Programación y protocolización de actividades en Atención Primaria*. Barcelona: Doyma.

eficiencia) de muchas de las prácticas habituales sobre procesos similares. A ello se añade que, a menudo, no existen motivos razonables que, para un observador o investigador externo, justifiquen esas importantes diferencias entre equipos y profesionales. Desde luego, estos problemas de eficacia y eficiencia, junto con algunos relacionados con la seguridad, oportunidad, accesibilidad, etc. de numerosos procedimientos clínicos, son los que han dado lugar al creciente interés por las guías para la práctica clínica y su concreción más organizada los protocolos clínicos.

Las guías para la práctica clínica<sup>9</sup> son definibles como conjunto de recomendaciones diseñadas para ayudar a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas para una condición clínica específica, bien sea por parte de los profesionales sanitarios, de los administradores o de los usuarios. Los equipos de trabajo guiados por la teoría del Análisis Decisional (AD) definen el protocolo como “un proceso lógico, explicitado, reproducible, y objetivo que permite la comparación de estrategias, tanto en la asistencia a pacientes como en la investigación o en política sanitaria”.

Se trata de “racionalizaciones de la utilización de las leyes de las probabilidades de forma que éstas puedan convertirse en un método explicitado, objetivo y reproducible”. A nivel estrictamente pragmático, una definición de protocolo sería la de “sistema que incorpora un registro de datos clínicos, algoritmos, y un programa de evaluación”.

En general, pueden adoptar la forma de grupos de criterios (protocolos no algorítmicos) o de criterios relacionados secuencialmente (protocolos algorítmicos), mucho más constringentes, en general, que los primeros. Una de las ventajas de la protocolización es que facilita la introducción del control de calidad, es decir, favorece el registro de datos, establece criterios de calidad y puede auditarse fácilmente. Además mejoran la eficiencia, aseguran tanto la eficacia como la efectividad (y, como consecuencia, la eficiencia). Ahorran tiempo global en el diagnóstico y el control y racionaliza la distribución de los recursos socio-sanitarios.

La realidad es que tras más de 20 años de esa concepción biopsicosocial los trabajadores sociales sanitarios no hemos sabido adaptar esos “nuevos” parámetros que incorporan la eficacia y la eficiencia como metas de trabajo y que no tenían que suponer prescindir de nuestras técnicas prioritarias como la actitud de escuchar y esperar, deshacerse de las ideas preconcebidas, interés en investigar, tomarse en serio los sentimientos y fantasías del entrevistado, etc. De manera que aunque el modelo de la Atención Primaria desde sus orígenes implicaba una idea en la cual lo psicológico y lo social forman parte indisoluble de la asistencia,

---

9 Guarga A., Marquet R. (1994). Protocolización en Atención Primaria. En: Martín Zurro A. y Cano F., *Manual de Atención Primaria*. Barcelona: Doyma.

del dispositivo, de su concepción, de las técnicas y pragmática concreta del mismo, la falta de un criterio común, de los trabajadores sociales sanitarios, sobre que hechos tenemos que observar ha convertido esa idea en un desiderátum decorativo que la actual regulación de las profesiones sanitarias ha bendecido con la segregación que reduce la actividad del trabajo social a no sanitaria vía legislación de las profesiones sanitarias. En el momento presente, el discurso de la biología humana preside las atenciones sanitarias en nuestro medio.

Ante esta situación a los trabajadores sociales sanitarios nos toca plantear una atención social eficaz en asistencia primaria, en la red hospitalaria y en el resto de dispositivos socio-sanitarios. Para integrarnos no podemos obviar el posicionamiento epistemológico de las ciencias naturales aunque sean herederas del más clásico positivismo pero tampoco podemos permitirnos hacer un trasvase acrítico de sus planteamientos, el sentido común el menos común de los sentidos no nos puede guiar, necesitamos un punto de anclaje, un objeto propio para no perdernos en la tópica empobrecedora del sujeto/yo sustentado en lo biológico y rodeado por el contexto social. Tenemos que colaborar a que la Atención Primaria se oriente hacia los cuidados continuos, globales, globalizadores del paciente como una unidad personal y no como un conglomerado de hígado, pulmones, cerebro, conducta, mente y demás.

Necesitamos un objeto propio, porque son las relaciones conceptuales entre problemas lo que constituye el principio de delimitación de los diferentes campos científicos, sino estaremos abandonados a cualquiera de las "sobras" de ciencias tan dominantes como la de la medicina. La conceptualización de nuestro objeto de conocimiento nos permitirá saber que tenemos que importar y como integrarlo y que podemos exportar más allá del sentido común. El desarrollo del trabajo social (sanitario) como disciplina tecnológica, exige la construcción de su objeto superando la noción del problema social del sentido común<sup>10</sup>.

### **3.- UNA PROPUESTA DE OBJETO DE ESTUDIO EN TRABAJO SOCIAL SANITARIO.**

El objeto de la materia del Trabajo Social como el de la Psicología y otras disciplinas se sitúa en el binomio ser humano-sociedad, ahora bien lo que diferencia una disciplina de otra es su objeto formal (perspectiva en que se aproxima a su objeto) y es en esta especificidad donde nuestra disciplina a lo largo de su Historia ha ido adaptándose a los vaivenes que apuntaban a la esencia última de la relación entre el individuo (sujeto) y la colectividad (objeto). Desde Bowers (1950) en

---

10 Aylwin de Barros, N. (1981). "El objeto del Trabajo Social", en *Revista de Trabajo Social*. 8.

Hill<sup>11</sup>, también citado por Zamanillo<sup>12</sup>, que analizó treinta definiciones producidas durante 30 años y que derivaron en algunas conceptualizaciones donde la atención se centro en el individuo y su situación, hasta situar en el centro de atención la tensión dialéctica entre individuos y problemáticas sociales<sup>13</sup>, pasando por las necesidades-recursos<sup>14</sup>

Como resultado de esta falta de dogmatismo en el objeto de estudio y la metodología de trabajo, el trabajo social, al avanzar, ha acumulado un notable cuerpo de conocimientos y técnicas de contrastada validez científica y eficacia clínica. Los trabajadores sociales hemos aprendido a integrar los conocimientos adquiridos a lo largo de la historia, independientemente de su dispar procedencia. Pero lógicamente abarcar tal dimensión de conocimientos teóricos y técnicos de forma integrada con la teoría es una ardua y larga tarea. Como respuesta a estas limitaciones creemos necesario especializarse en un área de conocimiento reducido, dentro del Trabajo Social<sup>15</sup>. La historia acumulada del ejercicio profesional es lo que permite identificar objetos específicos, parcelar el objeto de una disciplina no tiene que presuponer un enfoque atomizado de la realidad porque esta parcela del Trabajo Social se puede interrelacionar con fronteras permeables.

El fenómeno inmediato no presenta problemas; tal fenómeno (binomio sujeto-objeto) solo se torna objeto formal cuando es problematizado por los objetos que se proponen comprenderlo, redefinirlo o modificarlo siempre según una perspectiva<sup>16</sup>.

### 3.1.- Aportaciones a la noción de sujeto del objeto formal sanitario.

Es conveniente precisar las acepciones con que utilizaremos el vocablo sujeto ya que suele ser utilizado con significados muy dispares.

La contribución cartesiana facilitó el estudio del organismo humano disociando el "alma" de la "máquina" y al mismo tiempo se producía la disociación del ser humano como totalidad del ambiente que le rodea. "La ciencia determinista ha disuelto al sujeto, la filosofía positivista y la filosofía estructural lo han expulsado.

---

11 Hill, R. (1982). *Metodología básica en servicio social*. Buenos Aires: Humanitas.

12 Zamanillo, T. (1999). "Apuntes sobre el objeto en Trabajo Social", en *Cuadernos de Trabajo Social*. 12: 13-32.

13 Zamanillo, T. y Gaitán, L (1991). *Para comprender el trabajo social*. Navarra: Verbo Divino.

14 Heras, de las P. y Cortajarena, E. (1979). *Introducción al Trabajo Social*. Madrid: Federación Española de Asociaciones de Asistentes Sociales.

15 Calvo Rojas, V. y cols. (en prensa). "La investigación como método para el desarrollo del Trabajo social sanitario en Atención Primaria de Salud", en *Agathos*.

16 Bourdieu, P. y Passeron, (1975). *El oficio del sociólogo*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Y sin embargo, éste vuelve, aquí y allá, aunque sigue estando infundado<sup>17</sup>.

En el ámbito sanitario la visión del ambiente o del trabajo se supedita a la enfermedad y no ocupa una posición principal a la hora del análisis desde donde se quiere mirar primero, para comprender después la enfermedad. Pensar holísticamente al ser humano implica incorporar a la batería de posibles hipótesis las externas a la biología. Un aspecto desde el que Ituarte<sup>18</sup> trata de definir la especificidad del trabajo social es concibiendo al ser humano como un sistema bio-psico-social en permanente interacción con el medio.

Lo social no está sólo por fuera envolviendo. 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. No podemos aceptar los términos bio, psico, social como discretos porque ese camino nos lleva a la disociación que estos ámbitos necesitan de un saber que nunca podrá encontrarse. En nuestro caso hay que proponer un saber en el límite del nexo biología-cultura.

Por otra parte la perspectiva derivada de la teoría psicoanalítica fundamenta al sujeto sobre dos conceptos claves: el inconsciente y la pulsión. Pensar esta problemática desde Freud supone, también, romper con una noción bastante extendida de sujeto como sinónimo de organismo humano viviente propia de un enfoque empírico-positivista. A partir de este enfoque sobre el sujeto, el objeto ya no es solo un objeto real, se tratará siempre de un objeto subjetivado, empapado por el psiquismo de cada uno. Se trata de un sujeto que comienza a estructurarse a partir del nacimiento (no es innato) y que desde entonces está en devenir permanente. No es una estatua sino algo vivo.

### **3.2.- Aportaciones a la noción de objeto del objeto formal sanitario.**

Utilizaremos el término objeto sin ninguna referencia semántica con la objetivación o cosificación del otro; consideraremos objeto a todo aquél o aquello que es investido por el sujeto de manera significativa.

Tomamos el objeto que forma parte del objeto de la materia de nuestra disciplina como lo social. Lo social que no es una entelequia, es el entorno comunitario, un conjunto de seres humanos que guardan relaciones diversas entre sí, o sea que la sociedad está formada por sujetos que a su vez llevan la sociedad subjetivada.

Los fenómenos sociales suelen manifestar una propiedad que les hace distin-

---

17 Morin, E. (2003). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa. Pp. 81

18 Ituarte, A (1990). "Trabajo social y servicios sociales: Aportes para una clarificación necesaria", en *Documentación Social*, 79; 57-59.

guibles de otros fenómenos, pero que no constituye tampoco una exclusividad suya, como es la existencia de interdependencia entre las partes que los integran. Dicha interdependencia, que como en el caso del sujeto hace que las partes que lo integran estén constituidas por términos continuos, parece ser un mecanismo más adecuado para la comprensión del funcionamiento de los objetos sociales. Frente al mecanicismo social, en el cual la causa es localizable u observable es el factor explicativo de los comportamientos y sus modificaciones, se situaría la interdependencia como recurso principal de explicación del comportamiento de los fenómenos sociales<sup>19</sup>.

### **3.3.- La construcción del objeto de estudio sanitario.**

Para nosotros la construcción del objeto de estudio parte, necesariamente, de una relación dialéctica, entre dos términos continuos (objeto y sujeto), caracterizada por la ausencia de cualquier relación fija y que evoluciona en un segundo momento (con la mediación de un tercer término) hacia una estructura triádica con términos discretos.

Partimos, pues, de dos estructuras triádicas constituida cada una con términos continuos; un sujeto (bio/psico/social -se puede pasar de los unos a los otros-) y un objeto (individuo/sociedad/cultura-se puede pasar de los unos a los otros-). Asimismo tomamos ambos términos (sujeto y objeto) como unidades con relación dialéctica, podemos pasar del uno al otro. En la evolución de la interrelación del sujeto y del objeto pretendemos dar la idea de una zona de intercambios interior-exterior entre ambos que permita sostener un intenso movimiento de doble vía. Es útil pensar esta interpenetración con los modelos topológicos de Freud, Klein o Lacan.

De manera que, lo social actúa en un doble plano:

- 1.- Desde el cuerpo a lo social (el reino de la necesidad): El sujeto es social desde los primeros momentos de su existencia. 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. Podemos apreciar que el término pulsión implica una dimensión biológica (la fuente corporal de donde parte la excitación), la dimensión social (el objeto) y la psicológica (la representación). El recién nacido se encuentra en situación de necesidad (tensión corporal) y sin poder solucionarla por sí mismo, por medio de sus llamadas hace que alguien (objeto) se lo resuelva produciéndole una satisfacción. El objeto externo se internaliza subjetivado (representación).

---

<sup>19</sup> Gómez, F. y Torre, de la M.G. (2006). "Una nueva lógica de investigación e intervención psicosocial", en *Portularia*, VI, 1; 109-119.

Un ejemplo lo tenemos en la inmadurez generalizada de la especie humana, nacemos con el sistema nervioso central y multitud de estructuras y funciones orgánicas inmaduras lo que comporta que necesitemos a otros seres humanos adultos para alimentarnos, limpiarnos, etc.

2.- Desde lo social al cuerpo (el reino de la demanda): la especie humana procede de la evolución a causa de su maduración extrauterina. El cuerpo primariamente biológico lo hemos transformado en psíquico y social. Los fetos humanos, nacen con unos cerebros inmaduros, y maduran en contacto con el medio social. No es pensable la supervivencia humana si el embrión humano inmaduro no está envuelto de un medio capacitado para proveerlo en las necesidades básicas y de afectividad. La plasticidad cerebral es la capacidad de las células embrionarias de amoldarse a las influencias ambientales. En el caso cerebral, es la capacidad de las neuronas a desarrollarse y madurar en contacto con los estímulos que proceden del medio social. La socialización, desde el punto de vista neurobiológico<sup>20</sup>, es la forma a través de la cual, la plasticidad neuronal del cerebro de los niños/as de una sociedad determinada, es usada para orientar los aprendizajes en una dirección determinada. Se da una transformación del sustrato biológico por acción cultural. Un ejemplo lo encontramos en un proceso biológico (conexiones neuronales y mielinización) como es la maduración del cerebro humano que se realiza con los estímulos provenientes del medio ambiente y que a su vez permite la integración de los seres humanos en sus colectivos sociales.

Como el objeto que satisface la necesidad del niño es provisto por otro, adquiere la importancia adicional de dar prueba del amor del otro. En consecuencia, la demanda cumple una doble función: además de expresar una necesidad, se convierte en una demanda de amor. En el contexto de esta distinción, necesidad se aproxima a lo que Freud denominaba instinto, es decir, un concepto puramente biológico opuesto al reino de la pulsión.

Hasta este punto lo más lejos que hemos llegado es a problematizar una relación dialéctica entre el objeto (demanda) y el sujeto (necesidad). Incorporar la relación trinitaria en trabajo social permite partir de una concepción de la persona en toda su complejidad eliminando la relación dialéctica<sup>21</sup>.

Lo característico de lo simbólico son estructuras trádicas, porque la relación intersubjetiva es siempre "mediada" por un tercer término. Lo simbólico se caracteriza precisamente por la ausencia de cualquier relación fija entre dos términos, es el dominio de la FALTA<sup>22</sup>.

20 MARTÍ, O. (1995): *Introducció a la Medicina Social*. Barcelona: I.C.E.S.B.

21 Morin, E. (2001). *El Método V. La humanidad de la humanidad. La identidad humana*. Madrid: Cátedra.

22 Lacan, J. (2000). *Escritos 1. S. XXI*: México.

Así pues, necesitamos de un tercer término que medie en esa dualidad, este tercero se tiene que encontrar en un punto del continuum entre demanda y necesidad. De modo que si la necesidad es una tensión intermitente que surge por razones puramente orgánicas y se descarga totalmente en la acción específica que le corresponde, el deseo, en cambio es una fuerza constante que nunca puede ser satisfecha, la presión constante que subtiende las pulsiones.

El deseo es el reverso de la Ley, si por un lado la Ley le pone límites al deseo por otro ella misma crea el deseo. El deseo es esencialmente deseo de transgredir, y para que haya transgresión es necesario primero que haya prohibición.

En resumen, la unidad de atención del objeto se dirige, entonces, a los elementos de una estructura intersubjetiva triádica: necesidad/demanda/deseo que atraviesa el sujeto biopsicosocial y el objeto tridimensional. Freud empleo metáforas espaciales para describir la psique<sup>23</sup>, este concepto es puramente tópico y Lacan comienza a interesarse por la topología para expresar el contexto de estructura, para Lacan la topología no es simplemente un modo de expresar el concepto de estructura, sino la estructura en sí. Privilegia la función del corte, puesto que el corte es lo que distingue una transformación discontinua de una transformación continua<sup>24</sup>. Así es como tomamos este segundo movimiento en la construcción del objeto de estudio sanitario y no desde el modelo sistémico.

#### **4.- CONCLUSIONES.**

A partir de aquí, de esta concepción de objeto que privilegia la función de corte entre sus elementos en lugar de las relaciones dialécticas, podríamos diferenciar las categorías nosográficas principales del trabajo social sanitario como estructuras compuestas por tres elementos (necesidad/demanda/deseo), esta nosografía sería un sistema de clasificación categorial basado en una serie discreta y no en un sistema dimensional basado en un continuum (como las relaciones dialécticas). Las estructuras serían por lo tanto mutuamente excluyentes. Si diagnosticáramos de una cosa no se podría diagnosticar de las otras. La elaboración de dicha clasificación sería objetivo de otro/s trabajo/s.

Es necesario seguir trabajando en las discontinuidades teórico-prácticas en trabajo social sanitario. Teoría y práctica tienen que ir necesariamente ligados también en este ámbito. Se tiene que diseñar, a partir de un objeto consensuado, un instrumental que pueda cumplir con la función de ser medio para la intervención conjunta con las otras disciplinas sanitarias, que permita adaptar los protocolos, las guías clínicas, etc., a nuestra disciplina pero desde criterios de eficacia y eficiencia.

---

23 Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. (segunda parte). Obras Completas. Barcelona: Amorrortu. Vol. V.

24 Lacan, J (1977). "El atolondradicho". *Escansión*, 1; 5-52.

No existe un trabajo de Atención Primaria de Salud, y menos con orientación comunitaria, si no se intenta al menos algún tipo de trabajo preventivo. Y ello es posible también en el campo de la salud social, a pesar del pesimismo que existe al respecto, en ocasiones fruto de la ignorancia y, otras veces, de la excesiva ambición con la que se plantean supuestos "programas preventivos". Por otra parte, se ha de adoptar la costumbre de llamar "programa" o "programa preventivo" a aquellos programas orientados a la prevención o promoción de la salud (social) que hemos podido protocolizar, al menos mínimamente.

## 5.- BIBLIOGRAFÍA.

- Freixas, J. (1997). *Psicopatología psicoanalítica*. Columna: Barcelona.
- Freud, S. (1895). *Proyecto de una psicología para neurólogos*. Obras Completas. Barcelona: Amorrortu. Vol. I.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Obras Completas. Barcelona: Amorrortu. Vol. VII.
- Freud, S. (1911). *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*. Obras Completas. Barcelona: Amorrortu. Vol. XII.
- Freud, S. (1914). *Introducción del narcisismo*. Obras Completas. Barcelona: Amorrortu. Vol. XIV.
- Freud, S. (1915). *Lo inconciente*. Obras Completas. XI Barcelona: Amorrortu. Vol. V.
- Freud, S. (1915). *Pulsiones y destinos de pulsión*. Obras Completas. Barcelona: Amorrortu. Vol. XIV.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer*. Obras Completas. Barcelona: Amorrortu. Vol. XVIII.
- Freud, S. (1924). *Neurosis y psicosis*. Obras Completas. Barcelona: Amorrortu. Vol. XIX.
- Freud, S. (1929). *El malestar en la cultura*. Obras completas. Amorrortu: Buenos Aires.
- Levi-Strauss, C. (1969). *Las estructuras elementales del parentesco*. Paidós: Barcelona.
- Miranda, A. (2007). "El compromiso con la ciencia. Conocimiento y técnica en el trabajo social", en *SOCIOTAM*. Vol. XVII, nº. 2: 9-28.
- Valls, J. L. (1995): *Diccionario freudiano*. Buenos Aires: Julián Yébenes, S. A.