

Fenómenos regresivos y actos de handling en las internaciones de salud mental.

DEL OLMO JUAN DANIEL.

Cita:

DEL OLMO JUAN DANIEL (2025). *Fenómenos regresivos y actos de handling en las internaciones de salud mental. XXXIII Encuentro Latinoamericano sobre el Pensamiento de D. W. Winnicott. Winnicott Mexico, Mexico DF.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/juan.d.del.olmo/23>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pSPW/wkS>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Fenómenos regresivos y actos de handling en las internaciones de salud mental¹

Juan D. del Olmo, 2025².

Uno.

Que las coordenadas de este encuentro tengan la premisa de las “exploraciones psicoanalíticas contemporáneas”, nos lleva a compartir una serie de investigaciones y reflexiones sobre situaciones y problemas teóricos, clínicos y técnicos que se despliegan en nuestras prácticas actuales. Lo contemporáneo no sólo sitúa una temporalidad en la producción de preguntas y respuestas, sino también un espacio, una región, un territorio. Extraña topología espaciotemporal.

La época opera como marco para nuestras indagaciones sobre la producción de subjetividad en este momento sociohistórico: de los tipos clínicos *viejos/nuevos/reactualizados*, y de los motivos de consulta que a veces desafían nuestras bibliotecas y nuestros modos de pensar. Indagaciones y reflexiones que involucran también a los encuadres de trabajo, a nuestros settings, a las inserciones institucionales, a los modos y actos con los que habitamos el oficio de analista.

En lo personal, hace tiempo me convoca la exploración de los tratamientos institucionales de alta frecuencia para personas con padecimientos subjetivos severos. No representa necesariamente una novedad: ya Freud en sus relatos clínicos hacía referencia las “curas de balneario”, los asilos para internaciones llevaban largo trecho recorrido de existencia, el dispositivo de hospital de día fue inventado a mediados del siglo XX. No obstante, en el movimiento que Winnicott ha definido sucinta y poderosamente como crear lo dado, me interesa revisar mi práctica en una sala de internación de salud mental bajo las luces y sombras de los conceptos winnicottianos.

¹ Ponencia presentada en el XXXIII Encuentro Latinoamericano sobre el Pensamiento de D. W. Winnicott *Exploraciones psicoanalíticas contemporáneas*, organizado por Winnicott Mexico. Noviembre de 2025.

² Licenciado en Psicología, especialista en Psicología Clínica. Psicólogo de planta de Sala de Internación de Salud Mental del Hospital General de Agudos Dr. E Tornú, CABA – Argentina. Autor de los libros *La clínica con Winnicott. Elementos para un psicoanálisis contemporáneo* (2022) y *La clínica con Winnicott 2. La construcción del campo clínico en psicoanálisis* (2025), ambos publicados por Editorial Entreideas. Contacto: juanddelolmo@gmail.com

En Argentina, las internaciones en salud mental se efectivizan en dos modalidades administrativas: una voluntaria, en la cual el sujeto solicita o presta su consentimiento a la hospitalización; y una involuntaria, en toda ocasión que la persona se encuentre en una situación de riesgo, no la reconozca ni acepte su ingreso, o su consentimiento no sea válido por cuestiones clínicas. Aquí, el equipo de salud toma la decisión unilateral de que permanezca bajo techo médico, debiendo dar cuenta periódicamente del tratamiento indicado a un juez a fin de que pueda ejercer un seguimiento. Es decir: en estos casos, se implementa una restricción transitoria y parcial de la libertad y la autonomía del paciente, considerándose esa medida como adecuada e indispensable, en función de su resguardo. Sea cual fuera su formato, la internación implica la interrupción abrupta de las coordenadas espaciotemporales y vinculares en la vida de una persona que, a causa de su padecimiento subjetivo, se encuentra en un estado de vulnerabilidad; aunque eventuales actos violentos lo disimulen. A esta suspensión de la cotidianeidad, la sucede una provisión de nuevas condiciones ambientales: un espacio transitorio que habitar, nuevas temporalidades a las que adaptarse, figuras desconocidas que se vuelven habituales. Dichos cambios resultan aliviadores tanto como aterradores; a veces, simultáneamente.

En esta “nueva normalidad”, se le pide al paciente que hable de lo que le pasa con personas ataviadas para la ocasión con vestimenta de hospital que las identifica como profesionales. Se le pide que cuente las intimidades de su dolor o de su locura, que quizás no las haya compartido previamente con nadie. Un forzamiento que, sin embargo y con sus matices, se hace necesario para que las condiciones del sufrimiento puedan encontrar otro curso.

La sala donde desarrollo mi labor se sitúa en un hospital general público de la Ciudad de Buenos Aires. A poco de abrirse, con el equipo incluimos dentro de los procesos de externación la expresión de un “testimonio de alta”. Un escrito, a veces palabras sueltas, en ocasiones un dibujo, como respuesta a la consigna de *“¿qué podés decir de la internación?”*. Algunos pacientes lo han tomado como una encuesta de satisfacción del usuario, otros se han implicado más en la escritura. Si bien es posible hallar reconocimientos para la labor de los profesionales que llevan adelante la dirección de los tratamientos, en la misma medida leemos menciones de cualidades ambientales:

la comida, la limpieza, el mobiliario, el buen trato, el ordenamiento de las reglas de convivencia y normas generales, y las vicisitudes en el uso de tales objetos.

Algunos meses antes de fallecer, Winnicott realiza una ponencia titulada “La asistencia en internados como terapia”. Allí narra su experiencia al comenzar a trabajar como terapeuta en un albergue de niños y adolescentes al filo de la Segunda Guerra Mundial. Descubre que ya existía un proceso terapéutico en desarrollo a través de lo que en ocasiones anteriores ha definido como una dispersión de agentes responsables (Winnicott, 1964). Ubica como *terapia* una suma de cuidados y gestos realizados por los integrantes, incluso los objetos materiales, de la institución en general: *“Aprendí bastante pronto que en aquel albergue ya se hacía terapia. La practicaban sus muros y techos; los vidrios del invernadero, que servían de blanco a los ladrillazos; los baños absurdamente grandes, en los que debía quemarse una cantidad enorme de carbón, tan escaso y costoso en tiempos de guerra, para que los chicos pudieran chapotear y nadar en las bañeras con agua caliente hasta el ombligo. La practicaban el cocinero, la regularidad con que llegaba la comida a las mesas, los cobertores suficientemente abrigados y quizás en colores cálidos, los esfuerzos de David por mantener el orden pese a la escasez de personal y a un sentimiento constante de futilidad absoluta”* (Winnicott, 1970; p. 256).

En una institución, el tratamiento consiste en la institución misma que se ofrece en múltiples actos y de maneras diversas, alojando, resguardando y organizando la vida cotidiana de los sujetos en momentos de vulnerabilidad psíquica. La regulación de los tiempos, los espacios, los vínculos, el interior y el exterior, las actividades, y la presencia permanente de un profesional, un otro asimétrico a quien recurrir y de quien esconderse, facilitan un estado de dependencia, en el cual todas las condiciones y elementos del encuadre tienen el potencial de tornarse efectores del tratamiento: del sostenimiento, y de la falla.

Dos.

Encontramos en la obra winnicottiana referencias a la regresión en el espacio psicoterapéutico en los términos de un retorno a estados de dependencia que el paciente experimenta a condición de la confiabilidad establecida en el vínculo con el terapeuta. La dirección del tratamiento apuesta a la flexibilización del falso self,

tendiendo a facilitar una experiencia más vívida del verdadero, a través de un período de dependencia respecto del analista que brinda posibilidades diferentes a las originales y primarias de sentirse ser. Dice Winnicott: *“el setting del análisis reproduce las técnicas más tempranas de maternaje temprano. Invita a la regresión debido a su confiabilidad”* (Winnicott, 1954; p. 260).

No obstante, quizás podamos tensar e interrogar esta conceptualización considerando los tratamientos de pacientes en los que se pueden observar francas inversiones de los procesos de integración, personalización, realización. Aquí la oferta terapéutica no facilita, sino que recibe al sujeto en instancias regresivas, pero no del orden de la dependencia. Winnicott afirma que la psicosis clínica es una defensa ante lo insoportable e invivible del derrumbe y lo patognomónico de la psicosis. Podemos ubicar ese valor defensivo en los fenómenos delirantes y alucinatorios más organizados, aún con muchas reservas. Es decir, luego de un arduo trabajo psíquico, y en el mejor de los casos, las vivencias psicóticas pueden ser integradas sin tanto padecimiento ni extrañamiento, aunque este tejido que repara la relación con la realidad se presenta como una victoria pírrica: un entrevero de sufrimiento y arreglo de proporciones variables y confusas. Volvemos a la letra de Winnicott: *“... hay que hacer una gran distinción entre aquellos cuyas defensas están en un estado caótico, y aquellos que han sido capaces de organizar una enfermedad. Seguramente, cuando el psicoanálisis se aplique a la psicosis tendrá más posibilidades de éxito cuando exista una enfermedad altamente organizada”* (Winnicott, 1954; p. 261).

Los estados caóticos representan una parte importante de las situaciones clínicas que ocasionan una internación de salud mental. Con estos sujetos que han perdido los apuntalamientos psíquicos necesarios para sostener la integración psicosomática, no interpretamos tanto el retorno de fantasías inconscientes, sino que estamos más cerca de propiciar figurabilidad a elementos sin forma y construir sentidos, incluso de las dimensiones espaciales y temporales: prácticas primarias de representación indispensables para la compensación de la locura. Prácticas del holding y del handling.

El sostenimiento como función repartida entre los diversos agentes responsables del tratamiento en un equipo de trabajo (Winnicott, 1958 a; del Olmo, 2021) permite una ampliación del campo clínico, a partir de las incumbencias y objetos de estudio y

abordaje de cada uno de los participantes: el aplacamiento farmacológico de la urgencia de la locura como condición para que vuelva a ponerse en marcha un proceso de integración entre representaciones, y una ligazón entre representaciones palabra y afectos, la construcción de un hacer que va articulando la motricidad del cuerpo con la esfera mental, la observación del cuerpo fisiológico, el abordaje sobre los factores ambientales del sujeto en cuanto red afectiva y también en los aspectos materiales. Este menú de intervenciones, junto con el agente profesional encargado de ponerlas en acto, suelen ser rápidamente reconocidos por los pacientes: ello se evidencia en demandas que se van volviendo más dirigidas, la discriminación de temas de los cuales hablar con cada uno, o mismo la predominancia – oscilante en el tiempo o estable – de uno de los quehaceres profesionales sobre otros en función de las necesidades de la singularidad clínica.

Esta diversidad de los agentes facilita asimismo un abanico amplio de los modos de vinculación del paciente y del trabajo psíquico, lo cual redundando en la posibilidad de articular una respuesta terapéutica de mayor complejidad e integración a las necesidades del yo y del ello del paciente.

Los modos de atender y encargarse de un paciente cuadran dentro de las diferentes acepciones del *handling*: en primera instancia, como dirección del tratamiento; luego, en tanto manejo de la situación clínica, orientaciones e indicaciones; y también, en el nivel más primario: la manipulación del cuerpo. Las internaciones de salud mental en un hospital general permiten que ocurran numerosos pedidos de interconsulta con clínica médica, traumatología, dermatología, odontología, que en una frecuencia significativa se vuelven acontecimiento: una instancia inaugural de chequeos de salud. Cuerpos abandonados en el desdén por la vida; cuerpos que emergen en el dolor sin mordaza ante la suspensión del consumo de sustancias; el cuerpo del lenguaje de órgano, el hipocondríaco. Todos ellos, índices de las dificultades en una integración psicosomática suficiente. Los varios controles de signos vitales al día a cargo de enfermería y la atención a las funciones fisiológicas, heredados de una tradición médica, propician hablar y tocar la vivencia del cuerpo de una manera cuidadosa. Las nutricionistas comienzan a recibir pedidos que las desmarcan de la repetición de “la comida de hospital” uniforme, e introducen planes de alimentación más o menos

individualizados entre los requerimientos, el apetito, los gustos, y las posibilidades del hospital.

Un cuerpo en un hospital general se toca. En una sala de internación de salud mental, el encargarse de la salud del cuerpo produce subjetividad.

Martín, de 40 años, ingresó a la sala luego de un episodio confuso que fue entendido como un intento de suicidio. A un desmoronamiento progresivo y fatal de la vida que había construido con esfuerzo, se le agregó la facilidad que había encontrado para consumir cocaína y derivados con el objetivo implícito de desconocer sus estados depresivos. Impiadosamente, la muerte de su hijo lo confrontó con lo incalmable.

Una vez suspendida la sustancia en el pequeño mundo que representa la sala, emergió el dolor del cuerpo y del alma. El primero se concentraba en sus dientes; sus incisivos estaban visiblemente agujereados, como un recordatorio y un estigma inconfundible de su afición. Respecto del segundo, tempranamente se mostró dispuesto a compartirlo y llorarlo.

Lo acompañé varias veces al servicio de odontología, en donde le practicaron una serie de extracciones de muelas rotas y curaciones de infecciones. La odontóloga había avisado que la última consulta llevaría su tiempo: hora y media, dos horas. Al término de dicho plazo, Martín salió del consultorio a pura sonrisa, dando una imagen novedosa: sin que lo supiéramos de antemano, la profesional enmascaró las piezas dentales deladoras con unas carillas.

Estrictamente, no eran indispensables para el tratamiento del soma. Subjetivamente, fueron condición necesaria para el advenimiento de otro reflejo en la vida de Martín, un enmascaramiento que sutura y abre otro camino. Podemos ubicar este plus en la intervención, esta mirada, esta dedicación, en términos de manipulación como colaboración en la construcción del cuerpo en su relación con el self.

Tres.

Los nuevos settings de tratamiento requieren una revisión de cuestiones técnicas, por más consolidadas que se encuentren en otros ámbitos. La importación directa, sin un escrutinio de su validez, conlleva por lo menos el riesgo de su inoperancia.

Así las cosas, he tratado de compartir de un modo preliminar algunas consideraciones en torno a la regresión en los tratamientos en internaciones de salud mental. ¿Resulta posible poner en tensión las coordenadas que provee Winnicott para conceptualizar dicho proceso? Encontramos en su letra que la función clínica adecuada para determinada población de pacientes sería la facilitación de la regresión a estados de dependencia, a través de la confiabilidad y el manejo del encuadre. No obstante, en una porción nada desdeñable de los tratamientos institucionales, sobre todo en los hospitalarios, aparecen situaciones de regresión a modos de organización psíquica previas y primarias. Otros fenómenos regresivos, no facilitados por el psicoterapeuta, pero sí a los que éste se ve convocado, junto con otros, a atender. Queda pendiente tratar de reflexionar sobre las texturas y modalidades de la transferencia que se despliega cuando la función terapéutica es ejercida entre varios agentes, en una grupalidad. Una configuración, quizás, de familia.

Referencias bibliográficas:

del Olmo, J. D. (2021): ¿De quién es el paciente? Avatares en la integración de los “agentes responsables”. *XXIX Encuentro Latinoamericano del Pensamiento de Donald Winnicott*. Montevideo, Uruguay.

Gasque Justo, C.; Rousseaux, A.; del Olmo, J. D. (2025): Lo comunitario hoy. *XVIII Congreso Argentino de Salud Mental*, de la Asociación Argentina de Salud Mental. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina; 29 de agosto de 2025.

Winnicott, D. W. (1954): Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del set-up psicoanalítico. *Obras Completas, Vol. 4*. Pólvora Editorial.

Winnicott, D. W. (1958 a): Reseña de The doctor, his patient and the illness, de Michael Balint. En *Exploraciones Psicoanalíticas 2*. Paidós.

Winnicott, D. W. (1958 b): Replegamiento y regresión. *Obras Completas, Vol. 4*. Pólvora Editorial.

Winnicott, D. W. (1964): Aspectos positivos y negativos centrales de la enfermedad psicosomática. En *Exploraciones Psicoanalíticas 2*. Paidós.

Winnicott, D. W. (1970): La asistencia en internados como terapia. En *Deprivación y delincuencia*. Paidós.