

Descripción de la publicaciónXI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019.

Los trabajos de la continuidad existencial. Aportes de la práctica clínica en el hospital de día.

del Olmo, Juan Daniel.

Cita:

del Olmo, Juan Daniel (2019). *Los trabajos de la continuidad existencial. Aportes de la práctica clínica en el hospital de día. Descripción de la publicaciónXI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/juan.d.del.olmo/6>



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>.

LOS TRABAJOS DE LA CONTINUIDAD EXISTENCIAL. APORTES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN EL HOSPITAL DE DÍA

Del Olmo, Juan Daniel

Proyecto Suma. Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental. Argentina

RESUMEN

En el presente trabajo se interroga el concepto de continuidad existencial, en relación con las presentaciones clínicas psicopatológicas. Se introduce la noción de continuidad secundaria para nombrar a los desarrollos posteriores a las fallas ambientales intrusivas significativas que introdujeran reacciones no reparables. Se sitúan dos tiempos en el desarrollo de las presentaciones clínicas, de acuerdo con el supuesto winnicottiano de la falla temprana, como causa específica y primera discontinuidad, y la irrupción de la sintomatología psicótica como segunda discontinuidad. Se intenta dar cuenta teóricamente de la eficacia del dispositivo de hospital de día como encuadre continuo para el tratamiento de lo discontinuo.

Palabras clave

Continuidad existencial - Falla ambiental - Encuadre - Hospital de día

ABSTRACT

THE WORKS OF EXISTENTIAL CONTINUITY. CONTRIBUTIONS OF THE CLINICAL PRACTICE IN THE DAY HOSPITAL

In the present work, the concept of existential continuity is questioned, in relation to psychopathological clinical presentations. The notion of secondary continuity is introduced to name the developments subsequent to the significant intrusive environmental failures that introduced non-repairable reactions. There are two stages in the development of clinical presentations, according to the Winnicottian assumption of early failure, as a specific cause and first discontinuity, and the irruption of psychotic symptomatology as a second discontinuity. It is attempted theoretically to account for the effectiveness of the day hospital device as a continuous setting for the treatment of the discontinuous.

Key words

Existential continuity - Environmental failure - Setting - Day hospital treatment

“Mi trabajo con él comenzó realmente cuando le planteé con claridad que yo reconocía su no existencia. Él observó que durante años todo el buen trabajo realizado con él había sido fútil, porque se basaba en que él existía, mientras que en realidad sólo tenía una existencia falsa. Cuando yo le dije que reconocía su no existencia, él sintió que se había comunicado por primera vez.” Winnicott, 1992.

Introducción: inquietudes clínicas.

Guardia de un hospital psiquiátrico en Buenos Aires. A S lo ingresaron durante la jornada anterior, indicándole posteriormente una sedación tan eficaz que lo durmió casi un día. Temprano en la mañana, lo entrevisto para realizar la evaluación semiológica cotidiana. Le digo al finalizar que voy a estar todo el día, que me puede buscar si quiere. Y lo hace, varias veces, algunas breves. Me busca para pensar, para reconstruir el día anterior. Me busca para hablar con alguien, calmar su desasosiego e ir disipando su confusión. Imágenes y recuerdos fragmentarios atravesados por sendos huecos de no representación, con textura de pesadilla; afectos de desgarrar y angustia, manoseados por el efecto de los psicofármacos suministrados, resultando en la masa pastosa del adormecimiento artificial de una urgencia. También miedo e incertidumbre, aunque no dichos, sujeto a ese estado de espera y evaluación de la mirada de un otro asimétrico, que es la guardia. Ese magma lo empuja a S a tratar de contar con alguien, algo, un objeto con el cual vincularse y hacer de las cosas, palabras: tejer en lenguaje lo informe.

No lo vi más a S, pero lo evoco en esta ocasión a propósito del trabajo de la continuidad en los tratamientos institucionales de alta frecuencia: en particular, el hospital de día.

La continuidad y sus interrupciones.

La continuidad existencial (continuity of being) supone una tendencia (drive) natural, que consiste en la expresión del potencial heredado del infans en la intersección con las acciones del ambiente que lo rodea, encarnado en los sujetos parentales. Estos términos aluden, por un lado, a que las funciones materna y paterna no se ejercen en el vacío, sino teñidas por el deseo, la pulsionalidad, la ilusión y los anhelos respecto del infans; es decir, son funciones subjetivadas, no formales. Como tales, pueden ser actuadas estable o episódicamente, desprendidas del

género, por ambos miembros de la pareja parental, o por quien se encuentre a cargo del niño. La constitución de la más íntima y básica (Balint, 1979) vivencia de ser se construye en la relación con estos otros: la adaptación de los mismos a las necesidades de ser amortigua los excesos de realidad (exterior e interior) para los cuales el infans no cuenta aún con un aparato psíquico suficiente para metabolizarlos. La capacidad de censar y limitar el estímulo proveniente del exterior, y manejar, en la medida de lo posible, los estímulos del interior del cuerpo (textualmente se pueden situar las funciones fisiológicas; sin embargo, ¿dónde se vivencia la angustia y el resto de los afectos, sino en el cuerpo? ¿No son los afectos experiencias de la unidad psicósomática? A propósito de la intervención parental respecto de los estímulos internos, lo que Bion sitúa como función de reverie constituye una parte fundamental de la función materna), contribuye a la conformación de un área de omnipotencia, un espacio - tiempo de creación de lo dado y de un ir experimentando a un ritmo propio. Las fallas en la adaptación, percibidas como intrusiones más o menos acusadas (más o menos sostenidas en el tiempo, más o menos una pauta estable de relación, más o menos oportuna - lo cual introduce a la desilusión como par de la ilusión en la función ejercida good enough), fuerzan la marcha y conducen a reacciones como respuestas defensivas.

Bajo estas consideraciones, Winnicott caracteriza una polarización entre dos tipos de bebés: los que fueron dejados caer (esto es, no sostenidos suficientemente), y los que no (Winnicott, 1969), subyaciendo no obstante una concepción dimensional del asunto en la mayoría de sus artículos. Señala el autor, en el primer caso, la pauta de relación establecida por una falla constante en las funciones facilitadoras, cuyas consecuencias se nuclea en el concepto de agonías primitivas (Winnicott, 1963). Las medidas defensivas adoptadas abarcan desde la explotación de los recursos con los que se cuenta (Winnicott, 1965 a & 1968; Khan, 1983) a partir de una deformación estructurada del self denominada falso self, hasta fenómenos más primitivos ligados al splitting kleiniano, como la desintegración, la despersonalización, la desrealización. Estos fenómenos defensivos recuerdan las hipótesis freudianas del síntoma neurótico como manifestación de la fantasía inconsciente edípica y la censura contra ella (Freud, 1917). En los postulados del inglés, los recursos implementados apuntan a lidiar con la amenaza de aniquilación del ser.

Referenciar insistentemente el espectro psicopatológico al modelo del infans puede contribuir a cierta peyorización de la clínica winnicottiana. Para evitarlo, es viable introducir un concepto que traza un puente entre el bebé y el adulto: el trauma, al que Winnicott define como “el derrumbe de la fe” (Winnicott, 1965 b). Éste alude a la ruptura de una constancia -y entiéndase polisémicamente principio de constancia, constancia del objeto, constancia espaciotemporal-; todo ello se traduce en el fracaso de la confiabilidad en un otro / lo otro (el ambiente), también el Otro lacaniano, que brinde previsibilidad y garantías suficientes

de existencia, un suelo “suficientemente bueno” de certeza, de dependencia invisibilizada al que uno pueda dar por sentado, sin necesidad de comprobación permanente. La clínica de lo traumático demuestra subjetividades que se encuentran en trabajos denodados por metabolizar (inscribir, asociar representaciones y afectos) eventos o situaciones disruptivas que fuerzan un cambio de / en el escenario vital. La posibilidad de tramitación simbólica estará condicionada por procesos previos de subjetivación y sus correspondientes vicisitudes.

Puntualizando: a partir de la(s) discontinuidad(es) introducidas por las fallas ambientales, se instaura una *continuidad secundaria*. Esta noción, seguramente provisoria, apunta a señalar las muescas perennes de la defensa contra lo que ha constituido un trauma, en su sentido más amplio: aquello que para poder ser tramitado conlleva una alteración del yo, discontinuidad yoica que revela por un lado los intentos de autocuración del self, y por otro un arreglo que vuelve persistente a la defensa implementada con anterioridad. Los términos de la noción tratan de conservar la paradoja de ser cuando no se es, de un existir en la no existencia, aludiendo a una continuidad de ser que recoge esos momentos y fracturas que se imponen a la existencia espontánea y creativa^[1]. En este sentido, cabe diferenciar una existencia primaria innata, una tendencia natural al desarrollo, de una secundaria reactiva.

Autores de la psiquiatría clásica referenciados en Kraepelin han descrito minuciosamente las presentaciones clínicas de los tipos de psicosis que fueron clasificando, señalando el inicio y el desarrollo de los mismos. Aún válidas estas observaciones, se constatan comienzos abruptos o insidiosos. En los primeros, al estilo de los llamados brotes psicóticos, aparece un claro quiebre biográfico, un fenómeno de desconocimiento y extrañamiento en la vivencia. El segundo modo de enfermar, gradual, se caracteriza por un lento deslizamiento hacia la locura, con manifestaciones y signos que van surgiendo e incorporándose en el vivir cotidiano. La experiencia prodrómica (esto es, el aviso sobre la proximidad del desarrollo patológico) de la perplejidad puede objetivarse en ambas situaciones.

La discontinuidad en los casos descritos, y sólo a título descriptivo, se encuentra determinada por una vivencia interna. Freud plantea una discontinuidad radical en la psicosis, al plantear que lo patognomónico consiste en la retirada de la investidura de los objetos del mundo (Freud, 1911), una vivencia catastrófica del fin del mundo, su derrumbe; e interpreta a la productividad psicótica como conjunto de modos de restaurar ese lazo perdido a través de la proyección de los objetos internos, moldeando la realidad externa con fantasías persecutorias. Las mismas irrumpen en la conciencia con valor de realidad sin metaforizarse por el proceso secundario, como sí ocurre en el campo de las neurosis (Freud, 1924).

La etiología winnicottiana para las enfermedades mentales supone un gradiente de fallas ambientales, en cuanto a su magni-

tud como también en relación con el momento en el que se introducen en el desarrollo (Winnicott, 1962). Allí puede señalarse una primera discontinuidad, que actúa como causa específica (Freud, 1896). El “segundo tiempo” de la psicosis, el desencañamiento, cual el de la histeria, suele suceder alrededor de los tiempos y trabajos simbólicos de la sexualización genital: La edad de comienzo para la esquizofrenia suele hallarse entre la adolescencia media y la juventud temprana.

La vivencia psicótica, en su vertiente de irrupción que inaugura una continuidad secundaria, marca un tiempo, un antes y un después, a veces percibido por el mismo sujeto. La clínica ofrece retratos floridos de las inauguraciones alucinatorias y delirantes; también, el testimonio, no sin tristeza, de lo interrumpida y deteriorada de la continuidad previa. Una existencia otra, ajena, impropia, se asienta en el presente y se proyecta al porvenir. La tan apreciada conciencia de enfermedad conlleva duros sinsabores, que pueden fluir hacia ánimos depresivos.

Trabajos de la continuidad.

El hospital de día consiste en un dispositivo de tratamiento en salud mental (no privativo de la especialidad) de carácter ambulatorio, grupal, de alta frecuencia, compuesto por instancias terapéuticas clásicas (entrevistas individuales, psicoterapia grupal, musicoterapia, entrevistas familiares y asambleas multifamiliares), actividades de convivencia (desayunos, tiempo libre, asamblea, almuerzos) y talleres que, a través de soportes diversos, se conforman en el marco de expresión y de trabajo a partir de la vivencia misma: aspectos vinculados con la relación con el cuerpo, la creatividad, el otro y el funcionamiento cognitivo. Suele indicarse como continuación de tratamiento luego de una internación psiquiátrica, e incluso como una alternativa terapéutica a la misma: por la intensidad del abordaje, por la infraestructura de recursos, por el acompañamiento profesional cercano. La provisión de un encuadre estable abarca diversas dimensiones. Se trata de la concurrencia a un mismo lugar, todos los días de la semana (para algunos pacientes, posiblemente los que se encuentren en un momento de dependencia absoluta del encuadre, los fines de semana suelen ser desestructurantes en la medida en que el hospital de día no se encuentra disponible, y la misma impronta de descanso de la rutina puede ocasionar sensaciones de vacío y futilidad; en algunas instituciones se desarrollan programas de actividades como respuesta a tales situaciones), la misma cantidad de horas diarias, para ser-estar con los otros cotidianos, realizando alguna actividad con una frecuencia determinada. En un artículo anterior se ha observado que estas características cumplen la función de sostén, en cuanto coordinada espaciotemporal relativamente continua que soporta una experiencia (del Olmo, 2017). Posiblemente una de las principales diferencias entre un hospital de día y una sala de internación psiquiátrica consista en que ésta última se vuelve una institución total, que regula por completo el espacio y el tiempo: el trabajo psíquico que encuentre desarrollo indicará si

se ha realizado un trabajo de la continuidad o se ha cristalizado en un punto de detenimiento, lo cual no implica desmerecer la necesaria disminución del padecimiento. El hospital de día, en tanto limitado y parcial, alberga mas también excluye: deja por fuera de sí tiempos, vínculos y modos de circular, y respeta la posibilidad del sujeto de esconderse y a la vez, la esperanza de ser encontrado. Supone, así, una doble dimensión: un adentro y un afuera, de una zona singular de experiencia (del Olmo, 2017). Constituye una instancia de metabolización del mundo exterior, caracterizado por las exigencias socio-económico-familiares, y el interno: las exigencias de la pulsionalidad de la locura; ambas con potencialidad intrusiva, razón por la que se torna imperioso que sean sometidas a elaboración. De ello se trata la propuesta de pensar acerca de los trabajos de la continuidad.

Se intenta nominar con estos términos un proceso de subjetivación en un ambiente facilitador artificial, como lo es un encuadre terapéutico. Proceso no inherente ni obligado, sino que puede ocurrir a partir del uso de los objetos. El plural al referir a los mismos intenta señalar la lógica que Winnicott introduce en su célebre artículo sobre el uso del objeto, simultáneo a reconocer a algunos objetos como facilitados o facilitadores para su uso (objetos analíticos, dentro del marco conceptual de Bollas)[2]. El dispositivo de hospital de día no apunta a promover una adaptación al sistema social vigente ni a suprimirlo, como tampoco azuza la locura ni tiende a extinguirla: se propicia sí que cada sujeto pueda ir creando un saber hacer (savoir faire) con lo que le pasa. En este punto, puede considerárselo como un espacio posible de transicionalidad; no por la transición entre el encierro de una internación psiquiátrica y la salida a la vida cotidiana, y menos por su transitoriedad: sino como zona protegida de insidiosas y desestabilizadoras intrusiones, de trabajo psíquico a partir de experiencias, en la que pueda constituirse un ser auto-percibido en continuidad, lo más propio posible.

NOTAS

[1] Taxativamente como en tantas otras oportunidades, Winnicott opone existir y reaccionar (a las intrusiones ambientales).

[2] En el artículo precedente ya citado (del Olmo, 2017), se ha mencionado los elementos físicos y los simbólicos, tales como las normas, los objetos del mobiliario, los talleres y sus producciones, los otros simétricos (compañeros) y asimétricos (profesionales), las intervenciones, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Balint, M. (1979). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*. Buenos Aires: Paidós. 1982.
- del Olmo, J.D. (2017). *Conceptualizaciones sobre el dispositivo de hospital de día: aportes desde los desarrollos de D. W. Winnicott*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Disponible en <https://www.aacademica.org/000-067/253.pdf>

- Freud, S. (1896). "La herencia y la etiología de las neurosis". En Sigmund Freud - Obras Completas. Volumen III. Buenos Aires: Amorrortu editores. 2008.
- Freud, S. (1911). "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente". En Sigmund Freud - Obras completas. Volumen XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917). "Lección XXIII. Vías de formación de síntoma". En Obras Completas. Volumen 17. Buenos Aires: Biblioteca Nueva. 1997.
- Freud, S. (1924). "La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis". En Sigmund Freud - Obras completas. Volumen XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Khan, M.M.R. (1983). "El rencor del histérico". En *Locura y soledad, entre la teoría y la práctica psicoanalítica*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1991.
- Winnicott, D.W. (1959-1964). "La clasificación: ¿hay una contribución psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?". En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*: Buenos Aires: Paidós. 2005.
- Winnicott, D.W. (1962). "La provisión para el niño en la salud y en la crisis". En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*: Buenos Aires: Paidós. 2005.
- Winnicott, D.W. (1963). "Miedo al derrumbe". En *Exploraciones psicoanalíticas 1*: Buenos Aires: Paidós. 2006.
- Winnicott, D.W. (1965 a). "Nuevos esclarecimientos sobre el pensar de los niños". En *Exploraciones psicoanalíticas 1*: Buenos Aires: Paidós. 2006.
- Winnicott, D.W. (1965 b). "El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia". En *Exploraciones psicoanalíticas 1*: Buenos Aires: Paidós. 2006.
- Winnicott, D.W. (1968). "El pensar y la formación de símbolos". En *Exploraciones psicoanalíticas 1*: Buenos Aires: Paidós. 2006.
- Winnicott, D.W. (1969). "La experiencia de mutualidad entre la madre y el bebé". En *Exploraciones psicoanalíticas 1*: Buenos Aires: Paidós. 2006.
- Winnicott, D.W. (1989). *Sostén e interpretación: fragmento de un análisis*. Buenos Aires: Paidós. 1992.