

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, Ciudad  
Autónoma de Buenos Aires, 2017.

# Conceptualizaciones sobre el dispositivo de hospital de día: aportes desde los desarrollos de D. W. Winnicott.

del Olmo, Juan Daniel.

Cita:

del Olmo, Juan Daniel (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, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/juan.d.del.olmo/7>



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>.*

**Conceptualizaciones sobre el dispositivo de hospital de día:  
aportes desde los desarrollos de D. W. Winnicott<sup>1</sup>.**

*“Hay tanta locura afuera...”*

**Introducción.**

Espacio de psicoterapia de grupo en un hospital de día. Varios pacientes comentan preocupados algunas noticias reproducidas infinitamente por los medios de comunicación sobre episodios de violencia en las formas de robos y homicidios. Una de las pacientes expresa con tristeza *“hay tanta locura afuera...”*

Una diferenciación adentro – afuera toma como eje al dispositivo de hospital de día. Ello aparece explicitado en conversaciones entre usuarios, entrevistas individuales con los profesionales tratantes y sesiones de psicoterapia grupal; además, se manifiesta tácitamente en sus modos de conducirse, contactarse con el otro, y circular socialmente.

**El hospital de día como área de experiencia.**

El hospital de día consiste en un dispositivo de tratamiento en salud mental -aunque 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. Este encuadre permite el despliegue de múltiples lazos libidinales e incluso transferencias: con los terapeutas intervinientes en los distintos espacios, con sus compañeros de tratamiento, y con la institución. Ambas particularidades, el aspecto formal y el dinámico, facilitan la expresión de aspectos regresivos, esperables en un dispositivo que cabe ser propuesto como un ambiente facilitador. Little (Little, 1985) señala que “El “sostén”, que siempre formó parte de la “conducción de la cura” (management), significaba asumir toda la responsabilidad, proporcionar la fuerza del yo que el paciente no podía encontrar en sí mismo, y retirarla gradualmente en la medida en que el paciente pudiera hacerse cargo por sí mismo. En otras palabras, proporcionar el “ambiente facilitador”

---

<sup>1</sup> Versión corregida del trabajo homónimo presentado en el 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, 2017.

(Winnicott, 1965), donde fuera posible ser.” La demanda de provisión hacia los profesionales y la institución en general, masiva e inespecífica, es pasible de ser leída como una convocatoria a una madre ambiente con la cual establecer una relación de dependencia, en una búsqueda confiable de reparación. Bion (Bion, 1980) ha objetivado con sus supuestos básicos algunos modos de funcionamiento grupal fundamentados en fantasías compartidas: la dependencia, el apareamiento y el ataque y la fuga constituyen momentos fantasmáticos alternantes que representan el aspecto resistencial de la transferencia. Como en todo encuadre terapéutico orientado por los postulados psicoanalíticos, aparece como nodal la doble vertiente de la transferencia como motor y obstáculo.

Se produce entonces un borde, paralelo al encuadre, entre una serie de experiencias que se viven dentro de un clima particular, al interior del hospital de día, y una segunda serie de otras tantas que ocurren por fuera; no de las paredes de la institución en sí (dado que suelen realizarse comunicaciones por redes sociales, incluso encuentros en el exterior), sino de su área de experiencia. Con estos términos se intenta nominar una zona, en este caso de vincularidad, delimitada por una frontera respecto de lo posible de ser compartido. Este espacio se establece en el seno de las instituciones que el sujeto atraviesa y por las que es atravesado (y por las cuales se tiene amigos y compañeros de trabajo, de escuela secundaria, de facultad, de actividades recreativas y deportivas), soportado en identificaciones y apuntalamientos recíprocos (Kaës, 1992). Esta arista se vuelve fundamental a la hora de pensar un tratamiento grupal, en tanto se trabaja, a través de la vivencia social misma, la retracción de la libido de los objetos del mundo, el sentimiento de extranjería y de inadecuación social que conllevan los cuadros psicóticos, en sus versiones agudas y en algunas situaciones del orden de lo crónico. Esa labor se lleva adelante en varios escenarios, tanto en los espacios informales de la cotidianeidad, como en la psicoterapia de grupo, en la que se promueve el trabajo íntimo respecto del *being* no sólo loco: el transcurrir por la vida, con puntos en común y en diferencia, que contribuyen a la construcción de un nosotros que incluye y representa, evitando la alienación y la pérdida de singularidad.

Esta fuerza centrípeta del dispositivo se ve incrementada por su contrapartida centrífuga, expresada en el recorte de la circulación social y un detenimiento en la inserción en el sistema socioeconómico del “afuera”, actividades laborales y educativas que se interrumpen, con mayor o menor entendimiento y presión de los grupos de pertenencia y referencia del paciente. Incluso la posibilidad de retomar las mismas consiste uno de los objetivos del tratamiento más mencionados: estar preparados para volver o para sumarse a las fuerzas productivas (económicamente) de la sociedad. En numerosas oportunidades suele ser éste el criterio silvestre de un alta: la re(-su)stitución

de una rutina -los ritmos del hospital de día- por otra -las exigencias sociales-, continuando un tratamiento ambulatorio individual, incorporado a la idiosincrasia por lo menos porteña.

Tiempo entre tiempos, tiempo a destiempo, el pasaje por el hospital de día conlleva una temporalidad otra, en la cual cobra importancia el proceso de un trabajo, incalculable en su duración y resultados, adaptando el tiempo cronológico al ritmo del trabajo de elaboración propio del sujeto, y no el del paciente a los tiempos del Otro como respuesta a una grilla estándar de tareas. Surge de esta manera una clínica de la singularidad en un dispositivo grupal.

Interesa aquí recordar una intervención de una paciente en una sesión de psicoterapia de grupo. Dice, en un principio críticamente, acorde a su estilo, que existe un momento en el que no hay y otro momento en el que sí. Ante el pedido de sus compañeros, aclara que si quiere comprar algo, debe evaluar dónde comprar, salir, tomar un medio de transporte, llegar hasta el sitio de venta, pedirlo, pagarlo. Concluye: “hay que hacer un trayecto, que es lo que menos se tiene en cuenta y lo que más importa.” Asimilando esta reflexión a un proceso terapéutico, remite a pensar un movimiento en una dimensión temporal diacrónica, compatible con el concepto de continuidad existencial (*going on being*). *Being* constituye el presente continuo para ser-estar, cuya traducción Rodríguez prefiere realizarla como estarsiendo (Rodríguez, 2012), conservando ambas acepciones. Esta continuidad se trata de una organización del tiempo de las experiencias que irán solventando el desarrollo de los procesos de maduración, dando por resultado una configuración estable del self. La integración (*integration*), la personalización (*personalisation*) y la realización (*realization*) describen los trabajos psíquicos a través de los cuales se constituye un cuerpo, una subjetividad que lo habite, y un mundo en el cual se viva: se trata de “la transición del estado de ser primario al estado de Yo soy, esto es, el paso del ser al Yo soy” (Lacruz Navas, 2011). Estos procesos se ven facilitados por funciones ambientales, mediante la disponibilidad de las figuras parentales para la adaptación a las necesidades del infans. El ejercicio suficiente de estas funciones produce un efecto de confiabilidad, una creencia en la garantía de que es posible ser sin sufrir intrusiones, sin verse obligado a reaccionar. Sentirse ser constituye el centro de la conceptualización del self.

### **Procesos de maduración y proceso psicoterapéutico.**

Winnicott insiste a lo largo de su obra respecto de que el modo de intervención clínica en la infancia temprana presenta un isomorfismo con la técnica a emplear en las patologías graves en adultos: existe tanto una madre suficientemente buena (*good enough mother*) como un analista suficientemente bueno, ambos prestos a adaptarse a las necesidades de ser del sujeto, reconociendo “la tendencia del sujeto a desintegrarse, a dejar de existir, a la caída interminable”. (Winnicott, 1963).

Esta voluntad de adaptación se traduce en funciones que facilitan el desarrollo de los procesos de maduración mencionados previamente, que constituyen vías simultáneas que parten desde estados no integrados hacia la consolidación del sí mismo y de la realidad objetiva. Los mismos se ven afectados en un curso contragradiente en las descompensaciones psicóticas: procesos, fantasías y angustias de desintegración, despersonalización y desrealización: “La enfermedad psiquiátrica suele ser descrita en un lenguaje que indica fracasos específicos del paciente en establecer éstas y otras posiciones infantiles, las personalidades se “desintegran”, los pacientes “pierden la capacidad para habitar sus cuerpos” y para aceptar el límite de la piel; se vuelven “incapaces de relacionarse con los objetos”. Se “sienten irreales” en relación con el ambiente, y también “sienten que el ambiente es irreal”. (Winnicott, *ibid.*).

Las funciones ambientales que contribuyen al desarrollo en estos términos han sido conceptualizadas como el sostén (*holding*), el manejo / encargarse (*handling*) y la presentación de objetos (*object presenting*). Nótese que en el inglés original en cada caso (al igual que con *being*) el término es un gerundio, que da la pauta de que no se trata de una acción discreta, sino continua; posiblemente ni siquiera específica, aunque sí lo sea su efecto.

El sostén, como práctica fundamental del hospital de día, reúne las intervenciones tendientes a propiciar un encuadre estable que contenga lo informe del infans y la locura (en el más amplio de los sentidos) del paciente. El dispositivo soporta ambas cualidades, locura e infirmitad: tolera sus excesos y los aloja, los encauza, atempera, establece coordenadas espacio-temporales, proporcionando un cuidado cercano. Como ya se ha mencionado, con suma frecuencia el inicio de episodios graves en el campo de la salud mental cursa con un deterioro de las relaciones familiares, sociales, laborales, y una caída más o menos profunda del sistema socioeconómico productivo predominante. Este tipo de tratamiento se presenta como un lugar ante el derrumbe de otras inserciones, evitando el agravamiento de las sensaciones de soledad e incompreensión. Se trata de sostener, hacer de soporte, acompañar al sujeto que se siente atravesado, interrumpido, interceptado, violentado por lo loco, por afectos, pensamientos e impulsos que lo hablan, ya sea transitoriamente o de larga data, tan larga a veces que no hay recuerdo de otra cosa. La función de sostén se encuentra compartida entre el encuadre proporcionado por lo institucional, los terapeutas y los compañeros de tratamiento, lo cual acarrea intensas consecuencias afectivas y transferenciales. Interesa aquí recordar que Winnicott relaciona el sostén, en un ámbito psicoterapéutico, no necesariamente con una actitud física, sino con la provisión de palabras y de un ensueño (*reverie*) que recubra simbólicamente lo que viene descarnado. Contemporáneamente, McDougall objetiva una modalidad (sería más prudente definirla como una función, más que como un tipo) de comunicación, a la que denomina primitiva: la

comunicación como contacto, en la cual el contenido impresiona secundario respecto del objetivo principal, el cual esencialmente se refiere a contar con otro. En este sentido, el uso que los pacientes hacen de las redes sociales, especialmente de un grupo de whatsapp autogestionado por ellos, puede oscilar entre lo verbal y lo primitivo; aunque de ninguna manera ello sea privativo de las situaciones clínicas en cuestión, sino un hecho de la vida cotidiana contemporánea.

En la conceptualización de la función de espejo del rostro (materno) (Winnicott, 1971) convergen la garantía simbólica y la constitución imaginaria (Lacan, 1949) del sujeto. Artificial y tentativamente, pueden diferenciarse dos dimensiones: la mirada y el reflejo. La primera, considerada como una forma de sostén, aporta una presencia y la constatación o intuición de existencia: “cuando miro se me ve, por lo tanto existo” (Winnicott, op. cit.). En el extremo de la misma línea, el par mirar - ser mirado se vuelve atormentador en los síntomas paranoides, en los cuales el sujeto es controlado y agarrado -tomado con las garras- por la mirada del otro. La posibilidad de habitar cotidianamente un espacio que provee un trato con la locura permite la naturalización (que no es sinónimo de acostumbramiento) del sufrimiento psíquico, propio y del otro. La locura, que en el afuera puede ser (mal)tratada de diversas maneras, encuentra en el adentro un otro que soporta, no sin dificultades eventuales. La experiencia del padecimiento es una experiencia compartida; no necesariamente su tipo sintomático o estructural. La mirada del otro valida y permite (da permiso, en un registro imaginario) la existencia de sentimientos y pensamientos rechazados y mantenidos escindidos, posiblemente en connivencia, en el afuera. El reflejo implica volver sustancial una imagen: se trata de la objetivación de una forma referida a quien se refleja. Esto es, nombrar afectos, puntuar enunciados, construir bordes, iluminar enunciaciones, reconocer la urgencia del sufrimiento psíquico.

El término *handling* representa una serie de actos de las figuras parentales que se emparejan con el proceso de personalización, cuyo corolario resulta en la consolidación de la residencia de la psique en el cuerpo y el agenciamiento de los actos por algo que se sienta ser uno mismo y pueda decir yo (*self*). La traducción textual, clásica, por “manipulación” desliza una cosificación de quien recibe los cuidados. Si bien “manejo” como significante corre mejor suerte en el campo psicoanalítico (de hecho, se utiliza como sinónimo de maniobra e intervención), se ha de preferir la traducción propuesta por Rodríguez (Rodríguez, 2015) de “encargarse”. En este encargarse, las generalidades de las funciones fisiológicas (sueño, alimentación, eliminación, motilidad, comunicación) del cachorro humano adquieren una singularidad en su convergencia con el trato que recibe del otro.

Encargarse de un paciente, cercano en a la acepción de *management* dentro del campo semántico de *handling*, tal como se ubicado en la cita anterior de Little, implica una serie de acciones:

estar atento, entre otros menesteres, al estado y funcionamiento psíquicos actuales<sup>2</sup>, para poder intervenir<sup>3</sup> de manera tal de favorecer la aparición y el aprovechamiento de experiencias alternativas a las conocidas, especialmente de aquellas que tiendan a seguir el curso de la continuidad existencial; el trabajo propiamente analítico, el manejo de la transferencia, la provisión de pautas de cuidado (incluso de alarma) a los familiares. Posiblemente en los casos de mayor perturbación estas funciones cobran un matiz más concreto: acompañar a algún paciente a un taller, despertar a otro para una actividad que se considere importante específicamente. Paralelo a ello, importa saber no hacer: abstenerse, “hacer silencio en sí” (Nasio, 1996), respetar acompañando el gesto espontáneo, la creatividad, la libertad, el agenciamiento del acto subjetivo: “Al comienzo están el acto y el gesto. Luego vienen las fantasías, los pensamientos, los sueños, los juegos, la imaginación. ¡La vida entera es un après-coup! Los actos y los gestos la inician, marcan su sino y su destino”. (Khan, 1983). Sin forzar demasiado la cita, puede situarse de manera poética la suplementariedad (Rodulfo, 2004) entre el acto (representante del encargarse, por parte del otro) y el gesto (expresiones de la cualidad de lo viviente del individuo): no se trata de intervenir para dirigir ni manipular, sino para atender (estar a la expectativa y facilitar) al encuentro con la creación / el descubrimiento. El acto atento del otro habilita la asunción del acto subjetivo propio.

En tercer término, el proceso denominado realization (traducido conceptualmente como comprensión, realización o relación de objeto) se ve enriquecido y obstaculizado por las vicisitudes del ejercicio de la función ambiental de presentación de objetos (object presenting). Implica el trabajo conducente al establecimiento de las relaciones y uso de objeto, que denota el avance de un proceso de subjetivación en el cual queda separado y vinculado un interior y un exterior, un yo y un otro, un

---

<sup>2</sup> Winnicott diferencia un ámbito de necesidades del yo y otro propio de las exigencias del ello. Asimismo, plantea que en determinados tratamientos con pacientes se hace imprescindible una serie de cuidados, de sostén, previos a la tarea propiamente analítica: la interpretación. Posiblemente hoy, varias décadas después de sus desarrollos, se pueda afirmar que los primeros también forman parte del trabajo analítico. Otro aporte en el mismo sentido lo realiza Balint, con su postulación de dos niveles de trabajo psíquico: el ámbito de la basic fault (traducida como falta básica) y el edípico, caracterizados diferencialmente.

<sup>3</sup> Suele utilizarse el término “intervención” en varios sentidos, volviéndose relevante su revisión. Dentro del campo de la salud mental, aparece como sinónimo de acto terapéutico: el analista interviene tanto de manera verbal como conductual, y a través de los elementos del encuadre. Sin embargo, guarda el riesgo de transformarse en un fenómeno del ámbito político: la intervención como una forma de imposición arbitraria sin importar lo válido de su propósito. En tal caso, supone una intrusión, que guarda el potencial (traumático) de generar reacciones. La política que se deja entrever en la perspectiva winnicottiana es la de lo good enough: un hasta ahí (como meta y como punto de basta), suficiente. Aún más, resultaría interesante poder separar lo good enough de las cualidades de quien encarna tanto las funciones parentales como la psicoterapéutica, para considerarlo asimismo una orientación para determinar el momento de concluir de un tratamiento, tal como se desarrollará en el último punto de este trabajo.

sujeto y un objeto; movimiento que viene desde afuera a fortalecer y culminar los trabajos psíquicos previos de integración y personalización. La presentación de objeto constituye una de las modalidades de la presentación del mundo para que el sujeto pueda manipularlo: ofrecimiento para la creación y el correlativo encuentro de un modo singular de tratar con los objetos subjetivos, objetivos y los fenómenos transicionales.

A propósito de la articulación entre procesos de maduración, funciones ambientales y dispositivo de hospital de día, cabe mencionar la provisión y el uso (concepto fundamental para este referencial teórico) de los llamados objetos analíticos (Bollas, 1987), entre los cuales originalmente se incluyen los elementos materiales del encuadre, elementos de los procedimientos analíticos, elementos de la personalidad del analista (hemos de considerar sólo el funcionamiento mental de éste, apreciable en sus intervenciones y su estilo, propiciando así una distancia con las referencias de la cura como el ofrecimiento del analista como modelo), y aquellos propios de los conceptos analíticos adoptados (Accioly Lins, 1999).

En una enumeración no exhaustiva de objetos presentes en el setting, cabe incluir los elementos tanto físicos como simbólicos; los talleres y sus producciones; los otros, pares y profesionales y sus intervenciones.

Los elementos del encuadre ponen al trabajo la relación con la normatividad (reconocimientos, aceptaciones y transgresiones, negociaciones, transmisiones de las reglas institucionales y los acuerdos de convivencia, tanto arbitrarias como consensuadas), las vicisitudes del estar con otros y la relación con el espacio a habitar propio. Así, el encuadre se consolida como el escenario primordial donde se evidencia, pudiéndose abordar *in vivo*, las desorganizaciones, confusiones y manejos de tiempo y espacio, tendencias de cuidado, destructivas y reparatorias.

Los talleres proporcionan una serie de experiencias y producciones, que no forman parte necesariamente del quehacer ni de la disponibilidad en la vida cotidiana. Ofrecen un marco de expresión en diversos soportes; también de integración entre las emociones, aspectos vinculados con la relación con el cuerpo, la creatividad, el otro y el funcionamiento cognitivo, y un hacer con éstos más o menos balizado.

### **Variedades clínicas de la transferencia.**

Capítulo aparte, la relación y el uso en el vínculo con el otro, tanto en las relaciones objetivamente simétricas (con compañeros) como asimétricas (staff profesional) ponen en primer plano la capacidad de repetir y de inventar escenas, las dos acepciones de la transferencia. Lacan diferenciaba dos modos del azar que amerita recoger a propósito de este tema: automaton -la insistencia del significante, la compulsión a repetir - puede agregarse, la misma historia, el mismo



vínculo, con el mismo clisé, en lugar de recordar, en términos freudianos (Freud, 1914)- y tyche: el encuentro con lo real, sus irrupciones incalculables, la sorpresa que excede el status quo del registro simbólico; “es el golpe en la puerta que interrumpe el sueño”, dice Evans, (1996). Deleuze y Guattari en *El Anti Edipo* (1972) situaban críticamente la concepción del inconsciente cual teatro, donde se representa siempre el mismo argumento edípico con diversos ropajes; distinto a un inconsciente - fábrica, cuya producción es la deseante. Varios otros autores han reconocido esta segunda escena de la transferencia, tierra fértil tanto para una nueva oportunidad de inventarse a uno mismo (Pontalis, 1997), como de comenzar a existir (Winnicott, 1989), inscribiendo o editando experiencias originales (Nemirovsky, 1999). Incluso algunos (Bleichmar, 2000) hablan de neogénesis, esto es, sucintamente, modificaciones cualitativas en la estructura a través del trabajo analítico<sup>4</sup>.

Winnicott (Winnicott, 1971b) distingue una relación de objeto (objeto subjetivo, depositario de proyecciones, propio de la fantasía) y el uso de un objeto (objeto objetivo, que ha sobrevivido y limitado las tendencias pulsionales del sujeto, demostrando su exterioridad y su confiabilidad). El lugar del terapeuta oscila entre ambos márgenes, siendo partícipe de la apertura de la tercera zona, transicional, creativa; la zona de jugar tan especial que es el espacio psicoanalítico. Tres posiciones, entonces: la denominada transferencia imaginaria, la exterioridad de un objeto duro que sobrevive a la fantasía omnipotente, y la de compañero del playing en el análisis. Nodal en la conceptualización de su obra, la disponibilidad (de las figuras parentales, del Estado<sup>5</sup>, de la función del analista) se erige como la cualidad fundamental para el tratamiento no sólo de lo grave, aunque sea el tema de estos desarrollos, sino de las situaciones clínicas en su generalidad. Estar disponible para la adjudicación de un papel ajeno y desconocido en la escena transferencial; disponible para sostener el silencio, con calma y abstinencia, ante la no comunicación e incluso la necesidad del analizante de permanecer escondido, pero también para limitar y desafiar la omnipotencia de las fantasías más terribles y voraces; disponible asimismo para un hacer con palabras, fenómeno transicional heredero del jugar infantil.

### **El tiempo de concluir.**

Un buen momento para concluir; quizás ésa sea una descripción más afín para la mejor versión del cierre de tratamiento (y en este sentido importa mantener el sentido equívoco de la conclusión, entre finalización de algo y una reflexión sobre lo manifestado previamente), considerando que éste

---

<sup>4</sup> Para mayores precisiones, que exceden el propósito de este artículo, se sugiere revisar “Clínica psicoanalítica y neogénesis” de Silvia Bleichmar.

<sup>5</sup> Especialmente en los artículos recopilados en el volumen “Deprivación y delincuencia”, el autor hace mención a su trabajo durante la Segunda Guerra Mundial y sus puntos de vista respecto de las obligaciones del Estado.

puede deberse a varias causas: el “alta”, el abandono, la derivación a otra institución o dispositivo. Importado de las ciencias médicas, el concepto de alta como cura o remisión absoluta de la enfermedad cuya constatación depende del juicio del profesional tratante, necesita algunas aclaraciones y modificaciones previas a su aplicación a la cuestión psicoanalítica.

El levantamiento de los síntomas ha sido una de las brújulas desde los primeros días del Freud decimonónico. Este cese de expresiones sintomáticas ocurre luego del arduo trabajo de rebalancear la ecuación de fuerzas en la relación del sujeto con su deseo, en el campo de las neurosis. Así, podría entenderse que lo que se trata de curar (enfaticando el tratar como proceso -tratamiento- y como intento<sup>6</sup>) es esta relación, su estructura. Lacan lo expresa en la fórmula del fantasma, y situará como fin de análisis el atravesamiento de éste junto con su testimonio. Posiblemente, la escucha atenta de analizante y analista, y tanto la aceptación de la existencia de las mociones pulsionales como la decisión sobre si darles curso o no, encuentren un sitio adecuado en la intimidad de un consultorio. Para el ámbito de lo no neurótico<sup>7</sup>, población prevalente del dispositivo de hospital de día, la problemática de la cura y del “alta” difieren. Suelen aparecer términos de filiación psiquiátrica, por ejemplo, compensación o estabilización del cuadro de base, como criterio de cierre de tratamiento en el dispositivo, lo cual no excluye la indicación de continuidad en otro encuadre.

Winnicott utiliza el término “good enough” para designar la cualidad de una figura parental o terapéutica de cumplir con determinadas necesidades de modo suficiente. “Suficiente” no debe asociarse a precario, significando por el contrario lo indispensable (que no es poco) para acompañar y favorecer el desarrollo subjetivo del individuo. Cabe disponer del mismo sintagma para referir al proceso terapéutico realizado por un paciente, evaluando la pertinencia de poder determinar “it’s enough”, un punto de basta, suficientemente bueno en los resultados, que sancione un trabajo realizado. El buen momento para concluir no depende sólo de la estabilización del cuadro psicopatológico: también, en el mejor de los casos, de la posibilidad de dar cuenta de la experiencia pudiendo finalizarla. Qué saldo queda al cerrar la cuenta, aun entendiendo que no todo podrá decirse, dado que varios de los procesos descriptos son inefables e inenarrables por su cualidad preverbal.

---

<sup>6</sup> El influjo terapéutico no monopoliza la dinámica del aparato psíquico, sino que interviene en el conflicto entre las mociones de las instancias de éste. Se presentan tanto las resistencias (Freud, 1926) como los montantes de carga de la pulsión de vida y la de muerte. De hecho, Klein hará depender el pronóstico de la pregnancia de la segunda. Este interjuego de fuerzas marca el compás del tiempo del análisis.

<sup>7</sup> Si bien las observaciones de Winnicott reflejan una sensibilidad particular para describir el cuadro clínico del paciente, cabe reconocer que no ha sido sistemático en cuanto a una clasificación psicopatológica categorial. El contexto de esta desatención remite a la concepción dimensional de las configuraciones psíquicas, inaugurada por los aportes de Klein al psicoanálisis anglosajón. Posiciones y núcleos psicóticos y neuróticos se encuentran presentes universalmente, difiriendo su predominancia a lo largo del tiempo, en situaciones diversas o en estabilizaciones más o menos cristalizadas.

Este tiempo se evidencia por una retirada significativa de la participación en las actividades, cuando ésta era frecuente. Ciertos cansancio y ensimismamiento por la repetición de lo que antes aparecía como un objeto de uso y ahora ya no. Paralelamente, el exterior comienza a poblarse, de personas, vivencias, proyectos (no todos viables) con un ánimo de curiosidad y vivacidad; vivacidad que constituye el centro del self, “la cualidad de lo viviente” (Rodulfo, 2009). Quizás la cura se refiera a ello: menguar la mortificación traída por el padecimiento para sentirse un poco menos miserable, más vivo, para amar y trabajar, de acuerdo a la fórmula freudiana. Sin embargo, el amar como acto de investidura libidinal por fuera de una elección de objeto, impresiona mejor retratado en un escrito de un contemporáneo pero no coterráneo José Martí (1853 - 1895), “Lo que debes amar”, musicalizado por Silvio Rodríguez:

*“Debes amar / la arcilla que va en tus manos; / debes amar / su arena hasta la locura / y si no,  
/ no la emprendas que será en vano; / sólo el amor / alumbra lo que perdura... / sólo el amor / convierte  
en milagro el barro...”*

*Debes amar / el tiempo de los intentos; / debes amar / la hora que nunca brilla; / y si  
no, / no pretendas tocar lo cierto... / sólo el amor / engendra la maravilla, / sólo el amor / consigue  
encender lo muerto...”*

Volviendo a recordar a la paciente referida previamente, cuando se encontraba en proceso de alta, afirmó que el trabajo que quedaba por delante era encontrar las cosas buenas que tenía en el interior del dispositivo, afuera; la re-s(us)titución, entendida no tanto como el reemplazo de una actividad por otra (como se ha mencionado al inicio del artículo, que suele ser la percepción silvestre del alta), sino la libidinización de una inserción en el mundo que sostenga al paciente, suele ser el trabajo que denota la compensación del tipo psicopatológico.

## **Conclusiones.**

En el presente artículo se ha realizado una lectura de las principales características del dispositivo de hospital de día en salud mental, tomando como referencia algunos de los conceptos del pensamiento de Donald Winnicott. Se ha trabajado en un paralelismo entre los procesos de maduración del yo y las funciones del ambiente facilitador durante la primera infancia, con los movimientos psíquicos y las intervenciones terapéuticas que se propician en este tipo de encuadre.

## **Bibliografía.**

- Bion, W. R. (1980): *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleichmar, S. (2000): *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires: Paidós.
- Deleuze, G., y Guattari, F. (1972): *El Anti Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*. Buenos Aires: Paidós, 1985.
- del Olmo, J (2015): “Falta, falla y vacío en Balint y Winnicott”, en *Rabisco, Revista de Psicanálise*, Volume 5 número 1 (mayo 2015), p 183-190. Porto Alegre: Seminários Winnicott POA.
- Evans, D. (1996): *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós, 2007.
- Freud, S. (1914): *Recuerdo, repetición y elaboración*, en *Obras Completas*. Traducción de López Ballesteros. Biblioteca Nueva – Editorial Losada, Buenos Aires, 1997.
- Freud, S. (1926): *Inhibición, síntoma y angustia*, en *Obras Completas*. Traducción de López Ballesteros. Biblioteca Nueva – Editorial Losada, Buenos Aires, 1997.
- Kaës, R. (1992): “Apuntalamiento múltiple y estructuración del psiquismo” *Revista de psicología y psicoterapia de grupo*. N° 2 Tomo XV 1992. Bs As.
- Khan, M. M. R. (1983): “La cabeza hueca”, en *Locura y soledad. Entre la teoría y la práctica psicoanalítica*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1991.
- Lacruz, J (2011): *Donald Winnicott: vocabulario esencial*. Zaragoza: Mira.
- Little, M. (1985): *Relato de mi análisis con Winnicott*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1995.
- Martí, J. (S/D): “Lo que debes amar”, en *Poemas de amor de los clásicos hispánicos*. Editorial TintaMala, 2016.
- McDougall, J. (1978): “La contratransferencia y la comunicación primitiva”, y “La comunicación primitiva”. En *Alegato por una cierta anormalidad*. Buenos Aires: Paidós, 2012.
- Nasio, J. D. (1996): *Cómo trabaja un psicoanalista*. Buenos Aires: Paidós.
- Nemirovsky, C. (1999): *Edición-reedición. Reflexiones a partir de los aportes de Winnicott a la comprensión y tratamiento de las psicosis y otras patologías graves*. En *Revista Aperturas Psicoanalíticas* número 3 (1999), [www.aperturas.org](http://www.aperturas.org)
- Pontalis, J. B. (1997): *Este tiempo que no pasa*. Buenos Aires: Topía Editorial, 2005.
- Rodríguez, J. (2012): “Permanecer en su obra. Desamparo y dependencia”, en *Actualidad Psicológica* 410, Agosto 2012, pp. 2 – 5. Buenos Aires.

- Rodríguez, J. (2015): Soñar con los dedos. Entre Freud y Winnicott. Buenos Aires: Letra Viva.
- Rodulfo, R.: (2004) "Serie y suplemento", en El psicoanálisis de nuevo. Elementos para la deconstrucción del psicoanálisis tradicional. Buenos Aires: Eudeba.
- Rodulfo, R.: (2009): Trabajos de la lectura, lecturas de la violencia. Lo creativo - lo destructivo en el pensamiento de Winnicott. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1945): "Primitive Emotional Development", en Through Paediatrics to Psycho-Analysis – Collected Papers. London: Tavistock, 1958.
- Winnicott, D. W. (1956): "Variedades clínicas de la transferencia", en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Laia, 1958.
- Winnicott, D. W. (1963): "El trastorno psiquiátrico en los términos de los procesos infantiles de maduración", en Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires, Paidós. 2005.
- Winnicott, D. W. (1970): "Sobre las bases del self en el cuerpo", en Exploraciones Psicoanalíticas 1. Buenos Aires: Paidós. 1991.
- Winnicott, D. W. (1971): "Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño", en Realidad y Juego. Buenos Aires: Gedisa. 2003.
- Winnicott, D. W. (1971b): "El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones", en Realidad y Juego. Buenos Aires: Gedisa. 2003.
- Winnicott, D. W. (1989): Sostén e interpretación. Fragmentos de un análisis. Buenos Aires, Paidós, 1992.