

REFLEXIONES ACERCA DE LA FUNCIÓN DEL EQUIPO HOSPITALARIO EN UN CASO CON FALLAS EN EL SOSTÉN PRIMARIO

Fernanda Fagiani*

Hospital Municipal de Agudos "Dr. L. Lucero"
Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires. Argentina

Resumen

Los desamparos en la infancia, tanto familiares como por la falta de sostén institucional, constituyen un agravio y suponen un padecimiento que impide el desarrollo emocional. La crisis de excitación psicomotriz puede ser homologada a una angustia primitiva, como el miedo al derrumbe planteado por Winnicott. Su presentación aguda supone como medida terapéutica la internación hospitalaria, y la misma puede ser pensada como un ambiente facilitador. En tanto las condiciones de cuidado y amparo se establezcan como rutinas, puede promover el sentimiento de continuidad del *self* y la transcripción psíquica de contenidos dolorosos.

Palabras claves: excitación psicomotriz; miedo al derrumbe; internación hospitalaria; ambiente facilitador; transcripción psíquica.

REFLECTIONS ON THE ROLE OF THE HOSPITAL TEAM IN A CASE OF FAILURES IN PRIMARY HOLDING

Abstract

Childhood experiences of helplessness, whether arising from failures within the family environment or from a lack of institutional holding, constitute a form of harm and entail suffering that may interfere with emotional development. Psychomotor agitation may be understood as an expression of primitive anxiety, akin to the fear of breakdown described by Winnicott. In its acute presentation, hospital admission may be required as a therapeutic intervention, and the hospital setting may, in turn, be conceptualized as a facilitating environment. When conditions of care and holding are established and sustained through consistent routines, they may foster a sense of continuity of the self and enable the psychic inscription of painful experiences.

* Licenciada en Psicología. Especialista jerarquizada en clínica con niños, niñas y adolescentes por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. Psicóloga de planta permanente del Hospital Municipal de Agudos "Dr. L. Lucero". Profesora de la Cátedra Psicología del Desarrollo II, del Profesorado de Psicología en el Instituto Superior Juan XXIII. fagianifernanda@gmail.com

Keywords: psychomotor agitation; fear of breakdown; hospital admission; facilitating environment; holding; psychic inscription.

RÉFLEXIONS SUR LE RÔLE DE L'ÉQUIPE HOSPITALIÈRE DANS UN CAS DE DÉFAILLANCES DU SOUTIEN PRIMAIRE

Résumé

Les situations de délaissement dans l'enfance, tant familiales que par manque de soutien institutionnel, constituent un préjudice et supposent une souffrance qui entrave le développement émotionnel. La crise d'excitation psychomotrice peut être homologuée à une angoisse primitive, telle que la peur de l'effondrement théorisée par Winnicott. Sa présentation aiguë suppose comme mesure thérapeutique l'hospitalisation, et celle-ci peut être pensée comme un environnement facilitateur. Dans la mesure où les conditions de soin et de protection s'établissent comme des routines, elle peut favoriser le sentiment de continuité du soi (*self*) et la transcription psychique de contenus douloureux.

Mots-clés: agitation psychomotrice; peur de l'effondrement; hospitalisation; environnement de soutien; inscription psychique.

REFLEXÕES ACERCA DA FUNÇÃO DA EQUIPE HOSPITALAR EM UM CASO DE FALHAS NO HOLDING PRIMÁRIO

Resumo

As experiências de desamparo na infância, tanto no âmbito familiar quanto decorrentes da falta de sustentação institucional, constituem uma forma de agravo e implicam um sofrimento que pode interferir no desenvolvimento emocional. A agitação psicomotora pode ser compreendida como uma expressão de angústia primitiva, análoga ao medo do colapso descrito por Winnicott. Em sua apresentação aguda, a internação hospitalar pode ser necessária como intervenção terapêutica, e o contexto hospitalar pode, por sua vez, ser concebido como um ambiente facilitador. Quando as condições de cuidado e holding são estabelecidas e mantidas por meio de rotinas consistentes, elas podem favorecer um sentimento de continuidade do *self* e possibilitar a inscrição psíquica de experiências dolorosas.

Palavras-chave: agitação psicomotora; medo do colapso; internação hospitalar; ambiente facilitador; holding; inscrição psíquica.

Luis tiene 12 años y es llevado a la guardia de un Hospital General de Agudos luego de haber llamado por segunda vez en el día a la ambulancia. Tuvo dos crisis de autoagresión y heteroagresión con un elemento cortopunzante en el Hogar convivencial donde reside. Lo acompaña una cuidadora hasta el Hospital y se decide su internación. Al momento de la revisión médica ya se encontraba tranquilo, sin embargo, se indica la internación ya que desde el Hogar dispusieron que no podía

volver. Luis había perdido su vacante y desde la Dirección no iban a permitir su ingreso dado que representaba un riesgo y un malestar en el Hogar. Esta es la sexta internación por crisis de excitación psicomotriz en los últimos tres años.

Sobre los antecedentes familiares se sabe que es el menor de varios hermanos, no se registró vínculo ni contacto con el padre y vive desde antes de los seis años en Hogares de Abrigo. Su infancia está marcada por situaciones de abandono y violencia familiar, además sufrió una experiencia fallida de adopción. Cambiaron de hogares al niño en varias oportunidades debido a los conflictos en la convivencia.

El caso es paradigmático porque Luis con su comportamiento muestra el nivel de sufrimiento al que están expuestos muchos niños, niñas y adolescentes. El desamparo familiar por un lado, y por el otro la precariedad de las instituciones merecen un análisis y reformulación de la práctica y los abordajes. Según informes actualizados en salud mental, los trastornos y los padecimientos comienzan a edades más tempranas y el perfil de las internaciones en pediatría parece haber cambiado, ya no son las enfermedades infecciosas las prevalentes sino los padecimientos subjetivos.

¿Qué consecuencias tiene para la constitución del psiquismo que un niño no haya contado, desde sus inicios, con el cuidado materno? ¿Puede la internación en un Hospital de Agudos constituirse, además de su función médica, en una experiencia de sostén capaz de producir efectos subjetivos?

Este caso permite pensar el lugar que ocupa el Hospital, con sus características y su capital humano, cuando la continuidad de los cuidados ha estado históricamente interrumpida y destacar su función en tanto puede ofrecerse como un ambiente facilitador.

Donald Winnicott acuerda con Freud en el desarrollo psicosexual infantil, sin embargo, a partir de su práctica y observación como pediatra destaca el desarrollo emocional temprano visibilizando la importancia de la relación parento-filial. Es decir, que ubica

la relación del bebé con su madre como una unidad inseparable, el bebé no es sin ella o quien ocupe esa función, no tiene posibilidades de desarrollo y en caso que la madre no cumpla con la operatoria de "madre suficientemente buena" de sostén, el costo psíquico será alto.

El autor describe la evolución del desarrollo, partiendo de lo no integrado hacia mayores niveles de integración, pasando de la dependencia absoluta, a la dependencia relativa y por último a la independencia o autonomía.

¿Cuál es el efecto de las fallas tempranas? Estas producen un agravio en la personalidad, una distorsión en la integración y desarrollo del Yo como instancia psíquica y del *self*; el sentimiento de sí, de mismidad se ve interrumpido y forzado a desplegar defensas para no ser aniquilado. El incipiente Yo produce una distorsión en su organización, no se logran mayores niveles de complejidad, y lo que se alcanza es una integración fallida o una organización falsa para proteger al *self* verdadero.

La integración del Yo es un logro psíquico que deviene de la función de sostén que encarna, según Winnicott, la madre suficientemente buena o madre-medio ambiente. Es interesante señalar el adverbio suficientemente, ya que destaca una medida que no indica un exceso ni un déficit, sino lo suficiente. Podríamos encontrar allí lo que Freud conceptualiza sobre la función de la barrera de protección antiestímulos, ya que cumple de alguna manera con la dosificación de los estímulos internos y externos, ya sea porque la madre los administra, o porque los filtra, permitiendo que el bebé conserve la tendencia al equilibrio (Principio de homeostasis). *"Para el organismo vivo, la tarea de protegerse contra los estímulos es casi más importante que la de recibirlos."* (Freud, 1920/1999, pág. 27-29-30). La madre en su función de sostén logra que su bebé cree una experiencia de omnipotencia al sentir el encuentro entre el aumento de tensión producido por una necesidad y el acople de la acción específica que lo alivia. Esa experiencia de omnipotencia permite la inscripción y transcripción de vivencias que van complejizando el psiquismo, construyendo una instancia que integra el soma y la psique, al mismo tiempo que se construye el sentimiento de

mismidad. Es decir, se va produciendo una integración que da lugar a la fortaleza del Yo.

Según Winnicott (1960/2015), la madre suficientemente buena puede serlo solo si ella misma es cuidada por otro que reconozca la naturaleza esencial de su tarea, Es decir, si ella misma es protegida y cuidada por el entorno. En caso que así suceda, la madre podrá satisfacer las necesidades fisiológicas y luego psicológicas del bebé, a través de la técnica de cuidados, estableciendo una rutina que hará del mundo un lugar confiable y seguro, organizando y anticipando lo que sucede alrededor del bebé. Dice Winnicott: *"como resultado del éxito del cuidado materno en el infante se establece una continuidad del ser que constituye la fase de la fuerza del Yo"*. (pág. 67 en *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*).

Para Luis la función de sostén no fue cumplida satisfactoriamente; en su familia no se presentó nadie que quisiera darle alojamiento y cuidado. Mientras su madre no podía, los organismos de protección intentaron sostener la vinculación familiar pero el riesgo era muy importante y hasta se declaró la situación de adoptabilidad. Fue una medida judicial luego de haber determinado que no podía continuar con su familia de origen y que se habían agotado las posibilidades de revertir esa situación.

En los primeros tiempos de constitución psíquica, antes de la diferenciación entre "parte de mí" y "distinto de mí", Winnicott considera que la angustia es inconcebible, no puede ser pensada porque aún no hay un Yo que logre hacerlo. A ellas las denomina "agonías primitivas". Son vivencias que remiten a una amenaza de aniquilación, que es sentida como el miedo a un derrumbe. Refiere el autor que es un miedo que *"se vincula con experiencias previas del individuo y con factores ambientales aleatorios"* (1960/2015, pág.112); cualquiera de nosotros puede conocerlo empáticamente cuando un paciente lo siente en forma *aguda*.

En el caso de Luis, establecer una relación entre las crisis de excitación psicomotriz como un miedo al derrumbe, puede ser una aproximación conceptual para pensarlas. En el artículo "El miedo al derrumbe" (1960/2015), al que se hace referencia, el autor

plantea que éste puede entenderse como una falla de la organización de las defensas y dice: *"El Yo organiza defensas contra el derrumbe de la organización Yoica, que es la amenazada, pero nada puede organizar contra la falla ambiental, en tanto y en cuanto la dependencia es un hecho viviente"* (ob. cit., pág. 113). Podemos pensar que lo que amenaza al Yo es quedar inerme frente a las necesidades fisiológicas y psicológicas sin que exista una acción específica que asista al bebé. Por lo tanto, éste queda amenazado de ser aniquilado y es ahí donde el incipiente Yo no logra integrarse y subsiste a costa de su verdadero *self*. En los relatos de las cuidadoras, las crisis de Luis no tenían un motivo que significara la magnitud e intensidad de su reacción. Frente a un no, o una situación sentida como una amenaza la crisis afectaba al entorno promoviendo que, de este modo, se garantizara alguna respuesta. Estos pacientes constantemente están al borde de la angustia inconcebible.

Una vez en la guardia del Hospital se determinó su ingreso a la sala de pediatría. Luis al comienzo estaba tranquilo, dormía y facilitaba las tareas de cuidado. Sin embargo, con el correr de los días y la ausencia de un destino de alojamiento posible, empezaron las crisis y los ataques al personal de internación. Para facilitar su contención se indicaron fármacos y medidas de protección, como aumentar las personas que cuidaran de él durante su estancia. Se solicita personal policial durante las veinticuatro horas.

Las autoridades encargadas de los organismos de protección no encontraron un hogar que recibiera al joven; conocían sus características y la "fama lo condenaba".

¿Qué se espera de estos niños, niñas que han sido tan traumatizados por la falta de amor?

Desde el servicio de pediatría se comenzó a trabajar en la organización de rutinas para la regulación del ciclo circadiano, los horarios de las comidas y se agregaron actividades que restablecieron no solo su existencia, sino sus derechos. Así se comenzaron reuniones multidisciplinarias semanales pensando otros modos de estar

en el hospital. Luis permanece en una habitación a solas, con sus cuidadores y algunas de sus pertenencias que se fueron solicitando con el correr del tiempo.

Quisiera señalar (pero no desarrollar en este trabajo), que el tema de las pertenencias y/o posesiones subjetivas de estos niños durante las internaciones, como en los Hogares, es un tema que merece consideración y análisis.

La internación empezó a pensarse y a funcionar como un ambiente facilitador. Se organizaron actividades con las cuidadoras y acompañantes terapéuticos, como participar del armado de un jardín en el patio del Hospital, ayudar a las enfermeras en tareas sencillas que permitían que Luis saliera de su habitación e interactuara con otras personas. Se sumó la ludoterapeuta y otros profesionales que armaron un cronograma y Luis parecía tener una existencia como la de cualquier chico de su edad. Me contaban los enfermeros que mientras ellos almorzaban lo esperaban a él, con un plato extra de ensalada y compartían una comida en la que Luis era "su gordito" y sin "querer queriendo", se armaba una escena amorosa en la que Luis era único, esperado y querido.

Podemos entonces considerar a la internación *como un ambiente facilitador*, con ritmo propio y con continuidad de cuidados que promueven la continuidad del ser. Desde el momento del ingreso hasta el armado de estas rutinas las crisis fueron mermando, al principio eran más seguidas y luego se diluyeron.

En una oportunidad, Luis era cuidado por una pareja de varón y mujer y comenzó a maltratarlos ya que pensaba que había algo entre ellos por lo que él podía quedar excluido. Comenzó a tener una crisis, atacando a uno de los dos, la situación fue escalando y debimos intervenir. Llevó varios minutos desarticular la escena, se generó un clima de tensión entre otros pacientes y también entre los profesionales que estábamos presentes. Nos demandó tiempo extra de nuestro trabajo, quedándonos para contener a los otros afectados, hasta que Luis pudo calmarse. Me quedé a su lado para contenerlo, se sentó y comenzó a llorar desconsoladamente, muy angustiado y pudo decir: *"a mí esto nunca me pasó, es la primera vez"*.

Winnicott refiere que el miedo al derrumbe es una vivencia que ya ocurrió, es una experiencia que *ya tuvo lugar*. *"Es un hecho escondido en el inconsciente, que se lleva de aquí para allá"* (ob. cit., pág. 115). La diferencia en esta oportunidad, es que la internación pensada como un ambiente facilitador, promueve condiciones de posibilidad en Luis que le permitieron inscribir en su psiquismo una experiencia ya vivida. *"La única manera de "recordar", en este caso, es que el paciente experimente por primera vez esta cosa del pasado en el presente, vale decir, en la transferencia"* (ob. cit., pág. 117).

En esta oportunidad, se alcanza una transcripción psíquica de un material que ejercía sus efectos, pero fuera de la cadena representacional. El sostén que ofreció el ambiente hospitalario podría pensarse como un operador que permitió que el Yo sintiera un dolor un poco más soportable. Es así, que el ambiente le ofrece a Luis sentir una experiencia sin derrumbarse, sin ser aniquilado, por el contrario, continuar con su existencia siendo alojado. Silvia Bleichmar nos recuerda que *"Cuando se interviene en momentos estructurantes del funcionamiento psíquico -lo que llamo intervenciones analíticas-, para producir, por ejemplo, un pasaje de la relación binaria a una relación terciaria en un análisis de niños, se inaugura un proceso de neogénesis: algo que no estaba preformado, y que no hubiera llegado a instalarse por sí mismo, se produce en virtud de la intervención analítica"*. (Bleichmar, 1999, pág. 37).

El equipo y la internación funcionaron como un Yo auxiliar. Lo *insostenible* de este paciente, que para el resto de las instituciones no pudo ser contenido ni alojado, pudo ser *soportado* y pensado entre los diferentes profesionales que intervenimos. El acompañamiento y el apuntalamiento propuesto por el trabajo grupal e interdisciplinario permitió ampliar la mirada clínica y favorecer procesos de subjetivación. A pesar de sentir que era un exceso para nuestras posibilidades, se acordó mantener la sensibilidad respecto del niño y no perder de vista su historia de desamparo. Durante las reuniones se sostuvo que Luis es un niño, y vivió situaciones

traumáticas a lo largo de su historia producidas por su familia y reproducidas por las instituciones.

La función principal del ambiente facilitador es la reducción a un mínimo de interrupciones para establecer una continuidad de existencia, de tal manera, dice Winnicott, que a continuación de esto empieza a desarrollar los recursos para sentirse entero.

La crisis de excitación pudo ser atravesada por la sala de pediatría sin retaliaciones ni abandonos, el vínculo permaneció vivo y Luis pudo poner por primera vez palabras a su vivencia. El equipo permaneció disponible a su lado y sobrevivió a sus ataques.

El Hospital no reemplaza la historia, ni repara por sí mismo las fallas tempranas. Ofrece una experiencia ambiental diferente a partir de la continuidad de cuidados, por lo que puede ser pensado clínicamente.

Luis llevaba varios días internado, no había vacantes en las instituciones de la ciudad ni en la zona, tampoco en la provincia. La internación prolongada se convierte en un riesgo para su salud, produce efectos iatrogénicos y vulnera sus derechos a participar y gozar de una vida plena. Si bien, las pautas de la internación se reajustaron, la residencia en el Hospital no correspondía y fue necesario pensar en un espacio alternativo.

¿Existe un lugar para Luis en la ciudad, que sea su centro de vida? Los organismos de protección de los derechos de niños, niñas y adolescentes y las autoridades pertinentes responden que no: no había lugar disponible que pudiera recibirlo.

Ante esta ausencia, al equipo tratante se le impuso la tarea de inventar una propuesta, fantasear un lugar. Contábamos ya con un conocimiento construido a lo largo de los meses de internación: sabíamos cómo funcionaba Luis, qué acciones y conductas podían contenerlo y calmarlo, qué le gustaba y que rechazaba. Ese saber clínico podía constituirse en el punto de partida para pensar una alternativa.

Fue así como, durante las reuniones mantenidas con distintos efectores -pediatras, abogados, psicólogos, psiquiatra, trabajador social, servicios locales- surgió la posibilidad de trasladar el equipo de cuidadoras y de acompañantes terapéuticos a una casa que se pueda alquilar o que disponga el Municipio. La propuesta se consideró viable aunque no podía concretarse de inmediato. Mientras tanto, Luis debía hacer el esfuerzo de continuar en el Hospital.

¿Cómo pensar un espacio transicional entre el Hospital y el afuera? Fueron meses de residir en espacios hospitalarios, que parecían un hogar, pero no lo eran. Si bien el beneficio de la internación significó la estabilidad y la continuidad, la misma representaba una ficción necesaria, sin embargo, no podía sostenerse en el tiempo. Había que crear una transición y un hogar.

Las reuniones de equipo continuaron y en ellas no solo pensábamos en Luis: también nos acompañábamos entre nosotros, en una prueba piloto, en una aventura.

Durante ese tiempo afianzamos vínculos laborales, nos apuntalamos en la construcción y elaboración de un dispositivo que primero fuera transicional y luego permanente. El trabajo implicó sostener la incertidumbre, revisar estrategias, compartir saberes y asumir colectivamente la responsabilidad por una situación que no encontraba respuestas existentes.

Se elaboraron documentos, con fundamentos, objetivos y estrategias que pudieron formalizar una propuesta que continúa vigente en la actualidad. Se crearon grupos de WhatsApp para monitorear y articular entre todos las situaciones cotidianas de Luis. De este modo, la corresponsabilidad dejó de ser un principio enunciado para adquirir una forma concreta y operativa. Se sostuvieron conversaciones, encuentros y desencuentros, momentos de tensión que dieron nacimiento a un abordaje nuevo y diferente.

Los lazos entre compañeros se fortalecieron y permitieron desplegar una potencia de trabajo que continúa hasta la actualidad. Lo que inicialmente apareció como la necesidad de encontrar un lugar para Luis terminó implicando algo más: la construcción colectiva de un dispositivo allí donde no existía previamente un lugar posible.

Luis no requiere de más internaciones, va a la escuela, se interesa y aprende un oficio, transita su vida en la ciudad.

Post scriptum

A un año de la externación, encuentro por casualidad a Luis en la sala de espera. Lo encuentro y sonreímos al vernos. Está más grande, bien vestido, moderno y sus ojos brillan. Me cuenta que va a la escuela, está aprendiendo a arreglar celulares y le encanta, me dice que está muy bien.

Recibido: 23/09/2026

Aceptado: 30/09/2026

Referencias bibliográficas

Freud, S. (2001). Carta 52 (1896/1950). *En Obras Completas*. Tomo I. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos en la vida de Freud. CABA. Ed. Amorrortu.

(1999). Más allá del principio del placer (1920). Cap. 4 y 5. *En Obras Completas*. Tomo XVIII. Más allá del principio del placer. Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras. CABA. Ed. Amorrortu.

Winnicott, Donald. (2015). La teoría de la relación entre progenitores-infante (1960). *En El proceso de maduración en el niño*. CABA: Paidós. (Publicación original, 1965).

(2015) El miedo al derrumbe (¿1963?). En *Exploraciones Psicoanalíticas 1*. CABA: Paidós. (Publicación original,1989).

Janin, Beatriz. (2026) Las intervenciones psicoanalíticas y sus desafíos. *Revista Cuestiones de Infancia*. Vol.27, N°1. Buenos Aires: Uces.

Bleichmar, Silvia. (1999) *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. CABA. Ed Amorrortu.

(2010) *Psicoanálisis extramuros. Puesta a prueba frente a lo traumático*. Buenos Aires. Ed. Entreideas.