



# Lo clínico y lo sustitutivo

Miriam Bollini

Pensar lo clínico en Psicoanálisis es pensar lo sustitutivo. Desde Freud, el síntoma sustituye lo reprimido inconsciente y se presta a la posibilidad de que el cifrado de deseo y goce que condensa sea puesto a producir en transferencia en el dispositivo psicoanalítico.

¿Qué ocurre cuando las coordenadas clínicas son otras? Lacan, en “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”, introduce la concepción que “hay que formarse de la maniobra, en este tratamiento, de la transferencia”, advirtiéndonos que “utilizar la técnica que Freud instituyó fuera de la experiencia a la que se aplica, es tan estúpido como echar los bofes cuando el navío está en la arena”. Sin embargo, allí también nos orienta que es en el eje imaginario, en el lugar de filia, ese afecto amistoso, donde podemos situarnos en un lugar pertinente.

¿Cuáles son entonces las condiciones para sostener un trabajo clínico cuando nos encontramos con padecimientos subjetivos donde lo que prevalece es la precariedad de recursos simbólicos, la gravedad y, sobretodo, estructuras clínicas que no son las neurosis?

Invitada en esta ocasión por el ERAPP<sup>1</sup>, quiero relatarles, algunos avatares de mi práctica institucional en la Colonia Psiquiátrica de Oliveros, intentando dar cuenta de los procesos clínicos y políticos sustitutivos de los cuales fui partícipe desde distintos lugares de la trama hospitalaria y por fuera de ella.

Historizando un poco. Los comienzos, año 1992, 40 profesionales fuimos convocados a partir de la creación de cargos de planta, a través de un decreto de las cámaras legislativas provinciales a consecuencia de la grave denuncia de violación a los derechos humanos en la Colonia Oliveros; que, en esos momentos, contaba con una población cercana a los 700 pacientes. Los psiquiatras –ex residentes del Hospital Agudo Ávila, con una fuerte impronta psicoanalítica– ante el pedido formulado de trabajar separados, uno en cada sala, propusimos agruparnos de a tres, en dos pabellones que serían, a su vez, salas de ingreso. Una de mujeres y el pabellón 7 de hombres, donde me tocó trabajar.

Con una población de 60 pacientes, hasta ese momento, solo había un office de enfermería donde estar, reunirse y atender. Fue necesario el recorte de un espacio para la privacidad de un encuentro. Depósito de ropa y sala de primeros auxilios fueron convertidos en consultorios. Fueron años de trabajar conjuntamente con los enfermeros, remontando escepticismos, creando camaradería, poniendo en cuestión las viejas prácticas y también las nuestras, intentando dar cuenta del porqué analistas.

El registro de ser paciente de, en una serie; la apertura de un tiempo de espera para ser atendido; el ofrecimiento de una escucha íntima; y la instalación de una demanda diferente; produjeron efectos clínicos que no se hicieron esperar: de ser depósito a depositario.

La complejidad de las situaciones a atender abarcaba una amplia gama: desde las

---

<sup>1</sup> Espacio de reelaboración, análisis y producción de prácticas para psicólogos trabajadores en el ámbito público, Universidad Nacional de Rosario.

desestructuraciones psicóticas y las crisis, hasta la cronicidad severa de años de institucionalización, donde el arrasamiento subjetivo no condescendía ni a un atisbo de demanda. No alcanzaba sostener entrevistas semanales con los pacientes, cuando éstas eran posibles. Verdaderos secretarios del alienado, a partir de ese encuentro repetido y de lo que se podía ir tramando allí. Tramitábamos también citaciones a familiares, salidas terapéuticas, entrevistas en los juzgados, visitas domiciliarias. Escaseaban los recursos y había que ingeniárselas con lo que contábamos.

Hacerle un lugar al encuentro de equipo, compartir con los enfermeros no solo el pase de sala sino también la discusión clínica escuchando sus voces fue imprescindible para este trabajo. En esos años realizamos un cartel sobre psicosis, conjuntamente con los psicoanalistas Luis Giunípero y Alberto Manino quienes concurrían cada 15 días al Hospital.

Uno de mis colegas, Gustavo Castaño, coordinó un Taller de Escritura en la sala y con manufactura y recursos propios imprimimos una revista que se tituló: “Aventuras en el Paraíso. Revista de humor poético”. Fueron tiempos fructíferos y entusiastas, que encontraron su límite.

Los vaivenes políticos e institucionales; los cambios de dirección de la Colonia, donde cada vez resultaba más difícil velar el horror de lo manicomial; las trabas burocráticas que hacían obstáculo todo el tiempo. Comenzó a perfilarse la amenaza del traslado de población carcelaria al Hospital, con el argumento del espacio ocioso en el predio y el hacinamiento en las cárceles.

En el año 1995, desaparece de la Colonia un paciente que atendía: Andrés, quien con un cuadro de esquizofrenia severa, se rearmaba y se desanudaba frecuentemente. Su sensibilidad y capacidad creativa lo sostenían como dibujante talentoso y fecundo escriba, término con el que solía denominarse. Mi trabajo clínico con él, avanzaba por esos desfiladeros de precaria estabilización. Un día de invierno como tantos, fui a trabajar al Hospital, llevaba dos dibujos de Andrés que había hecho enmarcar, quizás en los pasos de hacer marco a lo fragmentario de su existencia. No se encontraba en la sala desde hacía unos días, los enfermeros lo buscaron, inclusive a caballo por el descampado y a orillas del Carcarañá. Nadie me había avisado, ni a su padre, a quien llamé para notificarlo y saber si tenía noticias de él, si estaba allí. El director de la Colonia en ese entonces, político de pueblo que asumía ese lugar como un cargo más entre varios y decía desprejuiciadamente no saber nada de salud mental, minimizaba la cuestión y me respondía que ya iba a aparecer, que estaría en algún pueblo cercano tomando un trago en algún bar! No escuchaba nada de lo que le refería de su condición subjetiva y de la gravedad de la situación. Fue con mis compañeros del (pabellón) 7 y con la familia que realizamos su desesperada búsqueda, denunciando también la situación en la policía y en los medios. No supimos nunca más nada de él.

Pensé que no podía seguir trabajando en esas condiciones. Empezamos a pensar con otros que se iban ellos o nos íbamos nosotros. Comenzaron tiempos de organización y de lucha, compartidos con el trabajo clínico. Esta vez los que denunciábamos éramos la mayoría de los profesionales: reuniones, asambleas, petitorios, notas en los medios, puebladas contra la cárcel en la Colonia, con las comunidades de la zona, sumando al conjunto de los trabajadores y también a los curas progresistas que nos apoyaron.

Finalmente, en mayo del 1996, desplazamos a esa nefasta conducción y asumió Gustavo Castaño, como interventor primero y luego como director. El equipo del (pabellón) 7 y algunos compañeros más nos trasladamos al ámbito de dirección del Hospital. Comienza así lo que hemos dado en llamar Experimento Oliveros. Prolífica experiencia colectiva que ha dado lugar a muchos escritos y a muchas polémicas.



Quisiera comentarles ahora algo de lo que escribí en ese tiempo inaugural: *“Mucho se habla y se agitan las aguas sobre el tema de la desmanicomialización. Más hay una pregunta que insiste y que resiste aún a las experiencias más acabadas, como la de Trieste, y esto es: qué hacer con la locura; cómo anclar la errancia subjetiva, esa deriva que transcurre, fantasmática social de la nave de los locos que no amarra en ningún puerto; cómo abrir las puertas del propio encierro, aún más poderosas que la de los manicomios, la de ese soliloquio que no hace lazo, que no anuda, que no hace cadena, que encadena. ¿Cómo abrirlas (y se abrieron) sin expulsar al vacío, al agujero letal de lo real que precipita?; ¿cómo desasilarse sin deshilacharse?; ¿qué contiene, qué sostiene, qué suple la metáfora que no advino ni va a advenir?*

*Y si invertimos la cuestión: ¿desde dónde se sostienen los manicomios? Posicionados desde un discurso ideológico podríamos decir: –desde el imperativo social de aislamiento y encierro de la locura; –desde la discriminación y el estigma de peligrosidad que se le imputa; –desde un orden legal y un discurso Amo que perpetúa respuestas alienistas o de enajenación social para reelegirse a sí mismo.*

*¿Pero solo desde allí? Las puertas del asilo están abiertas y, sin embargo, aún hoy son muchos los que no pueden irse. ¿Razones? Unas cuantas, por nombrar algunas: elevado porcentaje de pacientes ancianos, con décadas de internación en la Colonia, que se ha instituido para ellos como un lugar para vivir; pacientes con deterioro psíquico severo, gatistas, débiles mentales profundos, psicóticos graves; ingresos judiciales de pacientes en crisis y no tanto, donde la problemática se enfatiza en torno a la marginalidad y a la ruptura de lazos afectivos, sociales, laborales; y podríamos seguir.*

*Hay cuestiones que soportan un orden de necesidad que no se encuentra en el afuera, que asilan, que hospedan: techo, comida, abrigo, afectos. Se dirá “cuidado con barnizar el manicomio, acondicionarlo para fundamentar su condición de existencia”. Sin embargo, hacerlo más vivible, más digno, no implica linealmente sostenerlo.*

*Para que un sujeto pueda irse, quiera irse, hay un camino a recorrer, algo a producirse en la inercia adialéctica con el Otro, un espacio y un tiempo posible para instituir una alteridad nueva que descongele la petrificación del goce. No alcanzan las puertas abiertas. A mi juicio tampoco es suficiente, aunque nada desdeñable, una empresa social sostenida con solvencia económica (algo que aquí suena extraño), al modo de la experiencia italiana. No se trata de caer en un falso dilema, hacer de la locura ideal libertario u objetivarla médicamente como patología.*

*Quienes lidiamos cotidianamente con la misma, sabemos que hay un trabajo posible y como analista, al modo de un axioma: no sin la clínica, no solo la clínica. Un tratamiento posible, un desafío permanente, una clínica de lo real que nos confronta con formaciones psíquicas más cercanas al hacer que al decir, a la pasión que al amor; formaciones del objeto a, propone el psicoanalista David Nasio. Una clínica en la cual la primacía de las situaciones a atender es su gravedad.*

*Desde adentro, ¿cómo dinamizar el encuentro con un afuera posibilitante que haga metáfora social para suplir el manicomio, para que el tiempo y el espacio del mismo tomen otra dimensión? Incluir el afuera adentro. No solo la clínica, otros agentes, otros discursos, otros saberes en juego. Que la pertinencia de la direccionalidad de una cura, convoque a esos otros: trabajadores sociales, abogados, artistas, profesores de educación física, comunicadores sociales, arquitectos, etc., a sumarse a la tarea. En la Colonia Psiquiátrica de Oliveros estamos en el intento”.*

Hasta aquí lo escrito en el comienzo de la experiencia. Puedo decir que en los años que siguieron se avanzó muchísimo en la transformación de las prácticas, aunque como nos decía el querido maestro Fernando Ulloa –con quien teníamos reuniones frecuentes, en el ámbito institucional y en supervisiones en su consultorio–: “al manicomio lo echas por la puerta y se mete por la ventana”.

Direccionando una política al servicio de una clínica se puso el énfasis en la construcción de dispositivos sustitutivos, incorporando permanentemente recursos humanos a tal fin, sosteniendo equipos multidisciplinarios en todas las salas, incluyendo mucamas, ya que la tarea de limpieza, hasta ese momento, quedaba a cargo de enfermeros y pacientes. Por nombrar algunos: se creó el comité de admisión y egreso; el departamento jurídico; el área cultural; la sede social; el área productiva; se formalizaron los acompañamientos terapéuticos. Paulatinamente se redujo de manera considerable el número de pacientes internados.

Habiendo coordinado distintos ámbitos institucionales: salas de ingreso, supervisiones clínicas, concurrencia de psiquiatría, y siendo parte también del equipo técnico de dirección, quisiera detenerme en algunos de ellos para dar cuenta de la propuesta de trabajo desplegada en los mismos.

El Área Cultural, por ejemplo, se diferenció desde su creación del concepto de laborterapia proponiendo espacios, talleres, donde el tallerista, fuese alguien atravesado por su oficio y en una relación deseante con él, para poder transmitir desde ese lugar. Clínica del taller, donde los concurrentes al mismo tiempo pudieran jugar una elección y constituirse en autores de su obra, funcionando la técnica como terceridad, representándose ante otros de un modo diferente, acotando el padecer en una dimensión lúdica. Así se sostuvieron, y se sostienen aún, talleres de escritura, música, plástica, cocina, teatro, circo, entre otros.

Hubo uno que se denominó P.O.P.I.: Producción de Objetos Para el Intercambio; cuya coordinadora propuso: “organizar un espacio con fines de lucro, objetos con valor de cambio, sin tantos prejuicios. Un sitio de producción para insertarlos en el mercado, más por lo que pueden llegar a ser esos objetos, que por la condición de ser producidos por pacientes psiquiátricos. Producir cosas que gusten, que den ganas de comprarlas por lo que son”. Proponía realizar objetos con diseño, originales, con la impronta singular del autor. Ese taller “de productos impacientes”, ganó el premio del Salón de Diseño del Diario La Capital en el año 2006, realizado en el Museo de Bellas Artes.

Por otra parte, sostener periódicamente un espacio de reflexión grupal para trabajar lo acontecido en cada taller, con cada participante, y presentarlo también en un marco colectivo institucional que denominamos “Pensar las prácticas”, formó parte del trabajo del dispositivo del Área Cultural.

A partir de los efectos terapéuticos registrados en la institución y ya conformada la Dirección de Salud Mental de la Provincia con acuerdo del Ministerio de Salud –adonde se traslada el director de la Colonia y parte del equipo técnico (año 2004)–, se impone la necesidad de repensar el proceso sustitutivo al interior de la Colonia e invertir dialécticamente la vectorialidad trazada. Tratándose pues de reducir la estructura edilicia ocupada, acercarla al ingreso, producir el cierre de enormes y despoblados pabellones, habilitar más consultorios externos, trasladando recursos y propiciando espacios para construir un “adentro afuera”. Dispositivos de talleres en la comunidad y dispositivo de casas asistidas que se han ido multiplicando. El dispositivo de comité de admisión y egreso, fue reformulado creando una sala de tránsito con la intención de concentrar recursos para disminuir los ingresos, sosteniendo la internación como última



instancia o instancia transitoria y acotando los tiempos de la misma al mínimo posible.

Sin embargo, en la actualidad, al parecer continúa imponiéndose en el sistema de salud pública el modelo hospitalocéntrico prevaleciendo en el perfil de los pedidos de admisión, las problemáticas de consumo, marginalidad y conflicto con la ley penal. Es así que Oliveros corre el riesgo de ser prácticamente el único lugar donde como por un embudo se alojan estas demandas, donde pareciera que poder decir no –aún con fundamentos– se interpretara, a veces, como desasistir, subsistiendo por ende la asistencia como imperativo.

A esto se agrega el temor a la pérdida de la fuente de trabajo por parte del sector de trabajadores que residen en la zona, preocupación legítima pero no irresoluble. El cierre del hospital psiquiátrico monovalente, más allá de la letra de la Ley, pareciera no tener fin.

Para ir concluyendo, quisiera decir respecto a mis coordinadas clínicas que como analista en la institución he sostenido y sostengo que hay un trabajo posible, donde la apuesta de estabilización subjetiva, el acotamiento del goce, plantee y se dirija en el caso por caso, a ese algo de deseo que dé acceso a la responsabilización e involucramiento subjetivo, fundamental para el anclaje del paciente en el lazo social perdurable. Una ética que, como nos plantea Lacan, interroga la acción en relación al deseo que la habita. Una clínica en contraposición a todo maternaje que se deslice objetivando al sujeto o infantilizándolo desde una moral altruista o desde una lógica de cuidados. Es en ese marco ético del Psicoanálisis donde cada analista puede encontrar su estilo para trabajar con ese real de esta práctica tan compleja, inventarlo, anudando registros, construyendo suplencias, en los pasos trazados por la invención freudiana.

Creo, finalmente, que el estar analista en la institución conlleva soportar nuestra propia falta y la incompletud de nuestro discurso, sin arrogancias, alojándose en la propia inconsistencia de los otros saberes y políticas que conforman la trama discursiva que se teje allí.

Agradezco a Wanda Donato y a las integrantes del ERAPP, que me convocaron para esta ocasión.