

# “Interdisciplina y desmanicomialización”<sup>1</sup>

*Vicente Zito Lema, Susana Siculer,  
Angel Barraco y Alberto Sava*

*Norma Slepoy:* Como muchos de ustedes ya saben, esta Mesa pertenece a un ciclo de conferencias que desde el 2004 sostiene un diálogo interdisciplinario que procura suplir, en alguna medida, el aislamiento de las diversas disciplinas. Pensamos que la fragmentación del conocimiento responde a una tendencia que encierra a quienes incursionan en los distintos ámbitos del saber. Reconocemos su impronta en la formación universitaria caracterizada por la mutua desconexión de los saberes entre sí.

El tema que abordamos este año, la desmanicomialización, llama a la convergencia de las disciplinas. De modo que nos encontramos con una coincidencia ya que la apertura y transformación del manicomio parece requerir una apertura y transformación de nuestros conocimientos

Al interpelar a las viejas concepciones de enfermedad y de salud mental, la desmanicomialización excede largamente el ámbito de la psiquiatría y convoca a las diversas disciplinas que se ocupan de los distintos aspectos que constituyen al sujeto. En esta mesa hemos reunido a representantes de algunas de ellas.

Quiero destacar que en su esencia la desmanicomialización promueve la defensa de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. Estos derechos incluyen una dimensión ética,

---

<sup>1</sup> Esta Mesa Redonda, organizada por el CEPS, inauguró el XXX Simposio Anual de APdeBA realizado en el año 2008. Lilia Bordone, Directora del Simposio, tuvo a su cargo la apertura del mismo. Luego de su discurso inaugural comenzó la Mesa Redonda que publicamos a continuación. Norma Slepoy estuvo a cargo de la Coordinación. Posteriormente, el Frente de Artistas del Borda ofreció un recital de música y poesía.

jurídica y política profundas. En ellos se trata de la consideración ética del semejante, en esa igualdad ante la ley consagrada por el derecho internacional y que los gobiernos deben hacer realidad, pero que no sólo compromete políticas de Estado, también nos compromete como seres políticos, es decir como ciudadanos, y como profesionales.

Ultimamente se habla bastante de derechos humanos, hay una proliferación discursiva del tema de los derechos humanos mientras que en los hechos observamos una gran carencia en el compromiso por la vigencia efectiva de estos derechos elementales.

En ese sentido, hemos procurado invitar a esta mesa a personas que reúnen la condición de llevar a la práctica sus ideas, personas consecuentes y coherentes a lo largo de su vida profesional.

Quiero expresar un sentido agradecimiento a los artistas del Frente de Artistas del Borda quienes luego de las exposiciones presentarán un recital de música y poesía. Ellos nos recuerdan la dignidad del arte, la importancia del arte como generador de la dignidad de las personas.

Lamentablemente Vicente Zito Lima no ha podido asistir esta noche, pero ha enviado a una preciada representante, su hija *Aimée*, quien leerá un texto poético de su padre y unas palabras que Vicente ha escrito para esta ocasión.

Comienzo por presentar a Vicente Zito Lema: es poeta, dramaturgo, periodista, filósofo. De sus numerosas obras los psicoanalistas guardamos especial memoria del libro *Conversaciones con Enrique Pichon Rivière*, aquel pionero de la desmanicomialización.

*Aimée Zito Lema* es artista plástica y actriz. Con su arte, pues, leerá el texto de Vicente.

*Aimée Zito Lema*: Gracias, buenas noches. Ya se enteraron, entonces, de que no soy Vicente Zito Lema pero les voy a leer sus palabras:

“Buenos Aires, 30 de octubre de 2008

A los organizadores del encuentro anti-manicomial de APdeBA:

*Mientras existan los hospicios el poder seguirá violando a la belleza y matando a la justicia en nombre de la razón.*

Han pasado cuarenta años desde que escribí estas palabras que

integran uno de mis primeros libros donde abordo el mundo de la locura.

Han pasado cuarenta años y no he dejado de luchar como escritor y defensor de los derechos humanos contra una realidad manicomial tan injusta, como innecesaria.

Estoy convencido de que la institución manicomial agrede la vida, la humilla, es una afrenta para toda la sociedad y convierte al enfermo mental en un muerto en vida.

Así de simple, así de cruel.

Encuentros como el que hoy se realiza merecen el apoyo de todos aquellos que sienten el dolor de los sufrientes entre los sufrientes como propio, y estén decididos a utilizar los instrumentos de la ciencia y del arte desde una visión y una práctica transdisciplinaria al servicio de una causa noble: poner fin a los hospicios.

Perdón por no estar hoy allí con ustedes, aunque siento que estoy hoy allí con ustedes.

Los abraza.

Vicente Zito Lema

*Post Scriptum: Mi hija Aimée, con bondad hacia mí, les leerá mi texto: "Los manifiestos de la locura".*

*"Los manifiestos de la locura"*

La esencia de la locura es el sufrimiento del espíritu. Hablo de un sufrimiento insoportable. Hablo de una necesidad de soledad insoportable. Hablo del deseo de un otro insoportable. Hablo de una angustia insoportable por la muerte de Dios, que sació hasta el fin la desesperación de la vida. Es entonces cuando ocurre –con la claridad del milagro– la belleza del arte, para que Dios renazca como un niño, desde el amor y sin miedo...

La locura es impensable desde la razón, como la muerte es impensable desde la vida, a menos que nos proteja el alma la locura, para que el terror del grito se convierta en silencio... (Un silencio que de ahí en más será la cuna de la poesía, náufraga y a la deriva).

Detrás de la vida nos acecha el dolor, igual que un ángel con su cuchillo..., que se olvidó de la compasión pero no de las lágrimas. En los manifiestos de la locura se desnuda, como una flor umbría, la sospecha de un crimen.

La pregunta siempre será:  
¿Qué has hecho con el amor...?  
La noche se inicia con una palabra...

La mañana jamás se inicia, y tampoco se detiene, siempre está allí, nos espera, como esencia y existencia, porque las pobrecitas almas necesitan de la luz para construir la oscuridad de los delirios.

La muerte duerme en nuestra cama desde el día sin memoria en que nacimos.

Aterrados por semejante eternidad que se despierta ante nuestros ojos, buscamos en la razón un cielo sin nubes que sostenga el pensamiento. (La callada ilusión, la verdad que como un sol de piedra late, es para que el pensamiento sepa mantener el horror de la muerte a raya; todo lo demás son las huellas difusas de nuestros sueños, apenas las risas de Narciso en el fondo del lago...)

Es el pensamiento quien nos repara de las lluvias de la demencia, pero es también el pensamiento quien nos arroja, ataditos de manos, y con el culo bien limpio y empolvado, a la impiadosa muerte, esa muerte que ni siquiera podemos pensar, ya que es parte de la vida de los otros. (Esos otros que serán nuestra vida cuando entreguemos nuestra muerte, sin penas y sin llantos...)

Así vamos, movidos por el destino en la crueldad del aprendizaje: cómo nombrar ese bien y esa belleza que son anteriores a la palabra y que el pensamiento, que origina la producción de la realidad, pervierte en valor de cambio.

Día a día, hora tras hora, con maliciosa paciencia se levantan los muros que nos defienden de las pasiones, vistas ya como un peligro, en tanto hemos perdido la divina herencia del humilde pulidor de cristales, que hizo de las pasiones la llave para abrir las puertas del misterio. Ese espacio donde se refugian las conductas angélicas, dementes y subversivas, siempre peligrosas, aún en la maravilla, y cuyo registro esencial (hablo de un sismógrafo del alma), sólo es percibido desde las poéticas del ser, hechas acción y también ética del lenguaje, y cuya personificación metafórica demanda las escenas teatrales, sea la tragedia, para la catarsis del espíritu alucinado, sea el drama, que anuncia la historia del mañana.

Para nuestra desgracia hoy está escrito con sangre sobre la cresta del mar:

La pasión trastoca lo tangible y desnuda la fragilidad de lo permanente.

La pasión socava el orden de la materia y sólo reproduce las sombras.

La pasión conduce la recta justicia a la boca del infierno.

La pasión convierte en polvo del camino el santo bien que purificó la pobreza.

La pasión humilla la belleza, que en adelante y con rápidos pasos será pus, o será excremento, o peor aún: sudor y olor de los cuerpos bestializados.

Las apariencias del poder son hoy la esencia del poder, la máscara es su único ser y es el pensamiento quien lo legaliza desde la razón, como ayer lo hizo desde el horror. Con su lógica de: más pública es la crueldad, mayor es la eficacia, esgrime sin pudor la *legítima defensa*, y dispone del verdugo para ahorcar a la pasión del árbol más alto, el que hunde sus raíces en la bóveda celeste. Después dirá con serena impudicia: ¡estaba mojada la pobre pasión, y la colgué allí para que se secara...! ¡Y sus gotas fueron el rocío sobre la faz de Dios!

El pensamiento de la razón se mueve a impulsos de la usura; para confundirnos se disfraza, hasta de bailarina, pero mejor avanza con toga o de uniforme. Por ello su discurso (que es un orden lingüístico pero también estético, en tanto privilegia con templanza la contemplación virtuosa de la existencia), unifica, finalmente, en la argamasa maldita de la sinrazón, los contenidos del delirio, la pobreza y el crimen, que al desencadenarse como un obrar apasionado tienen reservado en la caverna del alma el rostro del Mal.

La consecuencia original, en la conciencia vigente –marchita por alienada– es que al Mal se lo entierra. Vivo o Muerto, es el reclamo que igual rinde plusvalía.

Acaso hubo una época en que la locura fue una desesperada búsqueda del amor por otros medios.

Hoy, en el tiempo del martirio social que llamamos exclusión, no sólo el amor, también la piedad tiene los ropajes de la muerte”.

*Intervención del público:* Quiero agradecerle a Lema estas maravillosas palabras, y aparte –como estamos en primavera– esta flor que nos regaló en esta hermosa noche.

*Norma Slepoy:* Muchas gracias, Aimée.

A continuación le damos la palabra a Susana Siculer. Susana es médica psiquiatra y psicoanalista, miembro titular de nuestra institución. Ha coordinado el Hospital de Día del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús, en la época en que lo dirigían Mauricio Goldenberg, primero, y Valentín Barembli después. Ha sido Jefa de Docencia e Investigación del mismo servicio.

Desde entonces, Lanús no es para ella una evocación nostálgica sino que ha puesto en práctica su ideario en distintos ámbitos, asesorando equipos interdisciplinarios de diverso tipo y desarrollando tareas en la comunidad.

*Susana Siculer:* Cuando Norma me convocó a esta Mesa me hice una cantidad de preguntas. Les voy a contar dos, fundamentalmente. Una de ellas es: ¿por qué seguir hablando de desmanicomialización?, ¿qué significa después de tantos años que este tema se viene pensando, trabajando y llevando a cabo? ¿Por qué sigue la polémica acerca de si se puede, no se puede, es buena o es mala?

Esta es la primera pregunta.

La otra pregunta: ¿por qué hablar de este tema en una institución psicoanalítica? ¿Qué tenemos que ver nosotros, los psicoanalistas, con esta problemática de la desmanicomialización?

Les transmito lo que ha acudido a mi mente respecto de la primera pregunta.

Como ha sido tan poéticamente expresado recién, el manicomio es el lugar del aislamiento, de la desconexión social, familiar, laboral. La persona internada va sumiéndose en una desconexión y aislamiento que la cosifican, va dejando de ser persona, se deshumaniza. Esto se acompaña de la pérdida de sus derechos, de la posibilidad de pensar y opinar, de intercambiar. El manicomio responde a una concepción de la locura que, en realidad, pertenece al siglo XIX pero sigue vigente aún en distintos lugares.

Sin embargo, a mediados del siglo XX en muchos lugares del mundo se empezó a desmanicomializar. Desde distintas perspectivas ideológicas y con distintas técnicas tuvieron lugar: las experiencias de Basaglia en Italia, las experiencias de modificación del sistema de atención en salud mental en Francia, la anti-psiquiatría en Inglaterra, los sistemas de comunidad terapéutica en Estados Unidos... todos

intentos valiosísimos para cambiar y abrir las puertas de esa cárcel que implica el manicomio.

Al mismo tiempo que esas prácticas y corrientes de pensamiento se van desarrollando, también en otras disciplinas surgen evoluciones –en la neuropsiquiatría, en la psicofarmacología– que ayudan a pensar estas posibilidades abiertas como realizaciones efectivas.

Entre nosotros hay que mencionar –no se puede no mencionar– a Enrique Pichon Rivière que en el Borda inaugura un trabajo y un acercamiento diferente a los pacientes, a Mauricio Goldenberg, que decide abrir las puertas a través de la creación de un servicio de psicopatología y neurología en un hospital general.

Ya había antecedentes: un servicio de psicopatología en el Hospital Piñero, los consultorios externos del Fiorito con Goldemberg, pero la del Servicio de Lanús fue una experiencia organizada, planificada, sustentada conceptualmente que significó un cambio fundamental que... bueno, yo les voy a contar mis vivencias en Lanús. Algunas de ellas me marcaron y me permiten estar hoy aquí; me han señalado rumbos en mi tarea psiquiátrica y psicoanalítica.

Son experiencias en las que participé con otros compañeros. Las relataré cronológicamente. La primera, estando en la Sala de Psicopatología en momentos en que ocurrió lo que pasaba muchas veces y que sigue ocurriendo. Lanús se inundó con una lluvia torrencial. Quedamos aislados en el policlínico y al mismo tiempo el policlínico funcionó como refugio donde fueron trasladados los inundados. Estábamos haciendo la guardia con Berta Mantykow cuando los pacientes nos vinieron a interpelar: “No puede ser que sucediendo lo que está sucediendo, nosotros sigamos metidos en la sala sin participar y sin colaborar con todos aquellos que están trabajando para solucionar esta situación tan crítica”. Nos conmovieron. Nos organizamos y decidimos –decidieron nuestros pacientes– trabajar con el resto del personal del hospital, especialmente en la atención de los chicos.

Fue algo absolutamente novedoso. Al principio nos miraron con mucha desconfianza: ¿qué veníamos a hacer ahí? ¿Qué peligro llegaríamos a ocasionar en ese lugar?

El trabajo fue lindísimo, una actividad en la que se brindó ayuda, juego, entretenimiento, sostén. Fue muy importante. Introdujo una imagen distinta de la sala de internación, de nuestros pacientes y de nuestro quehacer entre los compañeros profesionales del hospital y el resto de los internados de los otros servicios. Primera experiencia, hace muchísimos años.

La otra. Estábamos trabajando en el Hospital de Día; pacientes crónicos muchos de ellos, con dificultades sociales, económicas, laborales, por supuesto familiares.

Nuestros acercamientos dentro del Hospital de Día nos resultaban muy difíciles y los cambios eran complicados y se arrastraban. Decidimos entonces realizar asambleas domiciliarias a las que asistíamos un grupo de profesionales del Hospital de Día. Concurríamos al domicilio del paciente y nos reuníamos con su familia más cercana, sus parientes más lejanos, los chicos del club, los directivos del club del barrio, el almacenero, el carnicero, los vecinos, el diarero de la esquina...

Estos encuentros, de alrededor de tres reuniones por paciente, modificaban la situación de aislamiento que los pacientes y sus familias tenían. Les possibilitaban la integración, el funcionar como cualquier otro miembro del barrio intercambiando, dando lo que podían dar y recibiendo también lo que los otros tenían para dar.

Este tipo de experiencias se interrumpieron en un momento dado porque fueron consideradas peligrosas.

No tan peligrosa, aunque sí criticada por algunos, fue la actividad que desarrollamos en una época en la que todas las camas estaban ocupadas y los pacientes debían esperar para ser internados en una larga lista de espera. Constituimos equipos de admisión y tratamiento ambulatorio hasta tanto se desocuparan las camas de la sala de internación.

El resultado: entre el setenta y el ochenta por ciento de esas personas no tuvieron que ser internadas. Es decir que en el tiempo transcurrido entre que acudieron a la admisión y se desocupó la cama, que en general era de alrededor de veinte días, la crisis se yuguló y estas personas pudieron seguir sus tratamientos sin perder la conexión con su medio.

La última que les cuento es mucho más actual porque se extendió en el tiempo, pudo permanecer; se interrumpió pero luego resurgió. Esa experiencia es la de un club de rehabilitación de Lanús; se llama "Club Amanecer".

Este club de rehabilitación funcionaba como un club que reunía a las personas que habían estado internadas o que tenían crisis recurrentes que determinaban frecuentes internaciones. Se encontraban en situación de absoluta desprotección por la carencia económica, las dificultades sociales, la falta de trabajo, la falta de una familia continente, la imposibilidad de comprar medicación. Sin embargo,



estas personas iban al club como podían: en bicicleta, caminando—en algunos casos, unos cuantos kilómetros— para reunirse, intercambiar, hablar con otro, escucharse, tomar mate y realizar tareas no programadas desde un punto de vista terapéutico. El trabajo que se realizaba era artístico, o era un trabajo con el cuerpo, folclore por ejemplo. En el último año, con la posibilidad del aprender a realizar un cortometraje filmaron, escribieron el guión, actuaron. Participaron los pacientes, el personal del hospital y el barrio. Esta tarea se realizó hace dos años.

Estos experiencias, entre las múltiples que he vivido me marcaron y me generaron ganas de seguir trabajando, de juntarme con terapeutas y aproximarnos juntos, desde un lugar fundamentalmente ético, a vincularnos con el otro —en ese momento enfermo—, de modo que sea escuchado y pueda ser hablante.

Y aquí viene la segunda cuestión: ¿por qué psicoanalistas hablando de este tema? Justamente, para hacer circular palabras en la certeza delirante, en la cosificación, en la deshumanización.

Nosotros, como psicoanalistas, podemos acercarnos, tratar de escuchar y de ser escuchados, aproximarnos para que el que es diferente pueda ser diferente con los otros; el ser diferente no implica tener que estar excluido, preso, sometido. Que el ser diferente no lo sustraiga de una posibilidad de intercambio y enriquecimiento, que le facilite la aceptación de normas sociales compartidas en sociedad.

Esto decirlo es fácil, o más o menos, pero se puede decir. La cuestión es que nos topamos con inconvenientes severos que dependen en cada momento de las circunstancias sociales, políticas, económicas. Es entonces que las trabas, las oposiciones, las manicomializaciones de cada una de nuestras mentes están presentes para impedir que esto sea llevado a cabo.

Si como psicoanalistas pensamos en las personas de las que decimos que tienen perturbaciones severas, en su mayoría jamás han visitado a un psiquiatra, ni han consultado, ni han ido a un hospital; los vemos circular y compartimos distinto tipo de relaciones cotidianamente. Observamos que pueden desarrollar ciertos aspectos de su personalidad e instrumentar posibilidades defensivas que les permiten seguir funcionando social y laboralmente, y hasta ser exitosos, sin ser etiquetados.

En nuestros consultorios tratamos a algunas de estas personas y sabemos de un funcionamiento psicótico de su psiquismo que puede

no manifestarse nunca, a no ser que haya alguna situación que impacte, que provoque una crisis, que descompense y derrumbe. Es en ese momento cuando hay que recurrir a las distintas modalidades terapéuticas y nosotros aportamos el diálogo, que no puede ser único. Tenemos que contar con la concurrencia de un grupo en el que cada cual aporta desde el lugar de su práctica.

Por supuesto que esto trae mucho problema, es muy liso, por eso no hablamos de interdisciplina; hablamos de pluridisciplina, de multidisciplina, porque la interdisciplina es muy difícil de llevar a cabo. ¿Por qué es difícil de llevar a cabo?, porque hay una franja de incertidumbre en cuanto a nuestras aproximaciones, que se superponen o se confunden.

Esto a veces nos lleva a confundirnos con la problemática de la institución y de los pacientes y entonces se hace bastante complicado acceder a cambios; modificar aquello que se asienta en lo económico, en lo político y en lo social y que no muchas veces puede ser compartido.

Como seguimos trabajando, somos optimistas.

*Norma Slepoy:* Muchas gracias, Susana.

Decíamos al principio que la desmanicomialización incluye una dimensión ética, jurídica y política que atañe a los derechos humanos de las personas aquejadas de sufrimiento psíquico. Pondremos ahora de relieve la dimensión jurídica que en la legislación internacional reconoce estos derechos e insta y obliga a las naciones a incorporarlos en sus leyes.

La ciudad de Buenos Aires cuenta con una ley de Salud Mental, la 448, que ha sido promulgada en el año 2000 y reglamentada después de cuatro años, pero no se aplica.

Hoy contamos con la presencia de Angel Barraco quien es psicólogo y asesor de la Comisión de Salud de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En su trabajo legislativo, ha sido miembro redactor de la Ley 448 de Salud Mental y, por lo tanto, es alguien muy autorizado para transmitirnos este aspecto del proceso de desmanicomialización.

*Angel Barraco:* Agradezco la invitación para participar de esta mesa, a los organizadores, a la institución y a la Dra. Norma Slepoy, con la cual nos encontramos trabajando frecuentemente, para el desarrollo de políticas que promuevan y transformen la Salud

Mental. También quiero recordar que esta institución, APdeBA, tan importante en la vida del mundo psicoanalítico de la ciudad de Buenos Aires y del país, es miembro del Foro de Instituciones de Profesionales de Salud Mental, nucleamiento que ha tenido una destacada actuación en el marco del debate y la posterior sanción de la ley 448. Su representante en el Foro era en ese momento el Dr. Héctor Clein. Me parece que esto viene al caso en tanto la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ley Básica de Salud N°153 y la Ley 448 de Salud Mental, gracias a la participación desarrollada, contienen en los textos, importantes aportes devenidos del psicoanálisis. Conceptos de la Constitución, como el de *sujeto de derecho* o el de *malestar psíquico*, el de *respeto a la singularidad del asistido*, y otros presentes en la Ley Básica de Salud, como el de *la emergencia de la palabra*, deben su inscripción al trabajo de muchos profesionales y en particular al de la psicoanalista Lic. Ana Gavensky, lamentablemente fallecida a pocos meses de sancionarse la ley 448.

Entrando en el tema, conviene aclarar que muchas veces suelen homologarse los términos *desmanicomialización* y *desinstitucionalización*.

La Constitución de nuestra Ciudad, de manera inédita para un texto constitucional provincial o nacional, hace referencia a la Salud Mental y, más explícitamente, a políticas de Salud Mental y emite un mandato: que dichas políticas "propenden a la desinstitucionalización progresiva creando una red de servicios y de protección social". Con este enunciado se reconocía taxativamente la existencia de instituciones de tipo asilar, custodial y manicomial, requiriéndose por ello su transformación.

Considero que la desmanicomialización apunta a una deconstrucción ideológica de la concepción manicomial o asilar, mientras que la desinstitucionalización es la puesta en acto, es el proceso para llevar adelante la desmanicomialización desde la perspectiva de la transformación de un sistema, de la transformación de una institución.

De esta forma, para hospitales neuropsiquiátricos como el Borda y el Moyano, en los que subsiste una clara tendencia asilar, la ley promueve una transformación institucional a partir del desarrollo de efectores y dispositivos sustitutivos.

Me gustaría que quede claro esta diferencia, que también debe diferenciarse del concepto de "deshospitalización", que apunta al

cierre de las instituciones públicas, estatales, y que tiene como sustento concepciones ideológicas y económicas neoliberales como las que se instauraron en nuestro país durante la década de los '90 que reducen la intervención estatal a una mínima expresión, sobre todo en cuanto a políticas sociales.

Así como se defienden las instituciones privadas, también se deben defender las instituciones públicas, puesto que hay sólo una concepción ética que sostener, no sólo respecto de la Salud Mental sino de la salud en general: proveer y garantizar la asistencia de todas las personas sin exclusiones en tanto sujetos de derecho.

En consecuencia, el mandato de la Constitución es claro, apunta a la “desinstitucionalización progresiva” y dice que las políticas de Salud Mental deben orientarse de modo de “erradicar el castigo y evitar el control social”.

La ley 448, como bien dijo Norma Slepoy, se sancionó el 27 de julio del año 2000. Suelo presentarla, de forma un tanto arbitraria, mediante dos ejes: uno al que denomino declarativo y otro eje al que denomino procedimental.

El eje declarativo es el que está referido a los principios que deben regir a la Salud Mental y a los derechos que deben ser observados para con las personas que se asisten. En relación a los principios cabe detenerse en el concepto de Salud Mental. Si bien en la ley no hay una definición, sí hay un reconocimiento de la Salud Mental como “*un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social*” y que está netamente vinculado, a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la educación y otros, en particular a los Derechos Humanos.

Me parece que es muy importante que destaquemos esto, porque hay quienes consideran a la Salud Mental como si fuera una disciplina o una especialidad más de la Medicina, más específicamente, la Psiquiatría. Sin embargo, entre quienes participaron en el debate y la elaboración la ley, se consensuó un paradigma de Salud Mental, en el que se la reconoce no sólo como un proceso de construcción social, sino como un campo abierto, dinámico y multirreferencial, que se sostiene sobre dos ejes fundamentales: la interdisciplina y la intersectorialidad.

Podríamos discutir el concepto de interdisciplina, tal como lo ha planteado la Dra. Susana Siculer en su presentación, en contraposición con los conceptos de transdisciplina y pluridisciplina, pero es el

concepto que figura en el marco legal. Sustentado particularmente en la Ley 448 a partir de un principio taxativo: "el respeto a la pluralidad de concepciones teóricas en Salud Mental". Vale decir que la interdisciplina está concebida desde una perspectiva netamente democrática como fundamento del proceso de transformación a emprenderse. Cabe entonces la pregunta: ¿qué otra cosa es el proceso de desinstitutionalización, sino la democratización del poder? La democratización del poder que empieza justamente, por el primer poder que debe ser transformado, aquel que sostiene el "supuesto saber" de un profesional, sobre la supuesta ignorancia de quien padece psíquicamente. Y esto es muy importante, porque detrás de este poder se suscitan e hilvanan otros tantos poderes como por ejemplo, el que ejerce un trabajador dentro de la institución, un enfermero, un psicólogo, un psiquiatra, un trabajador social. En definitiva, esta interpelación al poder, es extensible a todo el conjunto de disciplinas, saberes y prácticas que intervienen, como así también al de las asociaciones profesionales y gremiales, sin olvidar el poder violento de las instituciones del Estado, y también el que se ejerce desde el imaginario social discriminando y segregando a las personas que padecen.

En estos momentos hay en todo el país, aproximadamente treinta mil personas internadas en colonias, instituciones y hospitales neuropsiquiátricos estatales; de ellas, cerca de dos mil están en la Ciudad de Buenos Aires, teniendo en cuenta los Hospitales Borda, Moyano, Tobar García (infanto-juvenil) y el de Emergencias Psiquiátricas Alvear, con un promedio de internación de casi diez años. Se le suman cerca de diecisiete mil personas internadas crónicamente en instituciones privadas, que también desarrollan lógicas asilares-manicomiales, y que no son debidamente controladas por el Estado, nacional y provincial.

Volviendo a la Ciudad, en cuanto al abordaje terapéutico y la interdisciplina, la ley 448 dice: "*la internación, como una modalidad de atención aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios; el respeto a la pluralidad de concepciones teóricas en Salud Mental*". Estos lineamientos, surgidos del debate de la ley en ese momento histórico, se establecieron para dar cabida a todas las disciplinas, a todos los saberes, asegurando de esta forma, que ninguna práctica consolidara un despliegue hegemónico, en el abordaje clínico-terapéutico y social. Ante la emergencia de un padecimiento psíquico, que se presenta complejo, inabarcable para sólo un

saber y muchas veces inaprensible, ineludiblemente debe operar la propia “castración” de cada saber. Desde esta perspectiva, el respeto a la pluralidad de saberes es fundamental, teniendo como claro objetivo, un a veces perdido destinatario: el sujeto que padece.

Un artículo de la Ley, resulta bastante conflictivo. Es el que reconoce que para la conducción de los servicios de Salud Mental *están habilitadas todas las profesiones de Salud Mental*. Lamentablemente, algunas asociaciones profesionales médicas impugnan falazmente los concursos en los que se presentan otros profesionales (en general, psicólogos psicoanalistas), echando mano a argumentos totalmente superados. No deben confundirse las incumbencias y las competencias; hoy una enfermera, una trabajadora social u otro profesional no médico, en base a su experiencia y a su formación, está habilitado y puede gestionar –tal como ocurre en otras partes del mundo– un servicio o dispositivo de atención o una institución.

Una acechanza también se cierne con el resurgir de una psiquiatría biologizante que, desde el espectro de las neurociencias intenta justificar el padecimiento psíquico desde una exclusiva fuente, la fisiológico-genética. En este conflicto ya no puede desconocerse el rol y la injerencia de la poderosa industria farmacéutica y sus múltiples intereses.

Otros de los derechos destacables de la persona a ser asistida: el de “*no ser identificado o discriminado por padecer o haber padecido un malestar psíquico*” y el de ser asistido con “*la atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y sociales*”. En este momento el CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) ha realizado una presentación ante la justicia por la aplicación de electroshock a un paciente al que no se le informó, no se le solicitó su consentimiento informado.

En el cuestionamiento a la lógica asilar, deben también conocerse y debatirse cuáles son los procedimientos terapéuticos a utilizar, ya que se continúa con métodos que se aplican históricamente, de forma naturalizada. Determinados procedimientos no cuentan a la fecha con una fundamentación científica. Hay quienes están a favor del electroshock y hay quienes están en contra. Debe haber una regulación y control en este sentido, y qué mejor que un equipo interdisciplinario para dirimir cuáles son los tratamientos más apropiados.

La ciudad de Buenos Aires, a partir de la promulgación de la Ley 448, establece que para llevar adelante el proceso de desinstitucionalización hay que desarrollar una serie de dispositivos entre los que se

encuentra fundamentalmente la habilitación de camas de internación breve en hospitales generales y especializados. Este dispositivo es lamentablemente resistido en razón de los prejuicios e intereses particulares de los mismos profesionales y de los directivos de los hospitales. Lo he experimentado personalmente, al colaborar durante casi dos años, en el Hospital de Día/Vespertino del Hospital Álvarez. En un servicio contiguo, expresaban su incomodidad por el tránsito de los pacientes. Decían: "¡no queremos locos acá!". Les molestaban o los consideraban potencialmente peligrosos.

Respecto de otro de los dispositivos, el de las guardias interdisciplinarias en hospitales generales y especializados, la ley sostiene que debe haber un equipo base, conformado por un psiquiatra, un psicólogo, un trabajador o trabajadora social y un enfermero; sin perjuicio que de acuerdo al perfil de la institución pueda complementarse con otros profesionales.

La Ley también considera a las Casas de Medio Camino como un importante dispositivo de reinserción social. Lamentablemente en la ciudad de Buenos Aires hay una sola y no funciona porque tiene el techo destruido...

También deben habilitarse Hostales y Residencias Protegidas, es decir una serie de dispositivos diseñados en base al grado de autovalimiento de pacientes en condiciones de ser externados. Tengamos en cuenta que en las instituciones de la ciudad de Buenos Aires –fundamentalmente Borda y Moyano– el porcentaje de pacientes internados que se encuentran con posibilidades de ser externados es cerca del setenta por ciento. Justamente, recién fue recordado el *Dr. Pichon Rivière*, y puede aseverarse que como él lo expresara hace ya algunas décadas, "las personas hoy están internadas más por pobres que por locos", por no contar con un trabajo, una vivienda digna, una familia continente, o porque decididamente la familia no lo quiere... En la actualidad, el promedio de internación en el Borda y el Moyano está cerca de los diez años, pero hay una gama de pacientes con cuarenta, cincuenta y sesenta años de internación crónica.

Respecto de otros dispositivos hace falta instituir emprendimientos sociales, muy necesarios para la reinserción laboral del paciente. Es imprescindible dotar de profesionales los Hospitales de Día, dispositivos imprescindibles que han demostrado su efectividad para evitar la salida "internista". Actualmente tenemos doce Hospitales de Día en hospitales generales que no cuentan con profesionales rentados. Entonces se trabaja con concurrentes, una modalidad perversa de



“trabajo ad-honorem” (casi exclusivo del área de salud mental) que finalmente termina con la pérdida del profesional, que busca necesaria y legítimamente su reconocimiento salarial en otros ámbitos.

En síntesis, sin la puesta en marcha de estos dispositivos enmarcados en la Ley 448, es imposible llevar adelante una verdadera transformación del modelo hospitalocéntrico en la que se realice el pasaje de un modelo basado en la internación a otro basado en la atención ambulatoria. Sin ellos no hay forma de cumplir con el mandato constitucional: de desinstitucionalización progresiva.

En relación al proyecto del actual gobierno de la ciudad de Buenos Aires, en el Consejo General de Salud Mental, que es el órgano asesor establecido por la propia Ley 448, y que integro, estamos totalmente en desacuerdo con el accionar inconsulto de las autoridades. En primer lugar, porque el llamado a licitación de siete *centros de internación* de adultos, para cincuenta pacientes cada uno, contradice la ley. Estos efectores van a terminar instituyéndose como nuevos “micro-manicomios”, planificados desde una concepción lamentablemente retrógrada ya que está previsto dotarlos de vidrios blindados, cámaras de televisión y otros dispositivos de seguridad. Se vuelve así a la concepción de instituciones cerradas en lugar de instituciones abiertas. La ley no contempla la creación de nuevos efectores de internación, sino la transformación de los ya existentes (Borda, Moyano, Tobar García, Alvear).

Otra cuestión que no aceptamos es que se cree un llamado *Centro de Diagnóstico y Derivación*, que monopolice la atención, contradice la perspectiva descentralizadora de la ley que propicia la atención mediante un sistema de redes, y en este sentido los criterios generales de Atención Primaria. ¿Por qué?, porque aquel que padece tiene que tener acceso a la primera atención en la proximidad de su domicilio. Luego, si fuera necesario y de acuerdo al grado de padecimiento y complejidad, tener la posibilidad de ser derivado a otras instituciones del sistema. Como dato extra, han decidido construir en el ámbito de dicho Centro de Diagnóstico y Derivación una Escuela de Neurociencias... ¿Así se reconoce la interdisciplina?

Además, este Centro de Diagnóstico y Derivación contradeciría el derecho a no ser estigmatizado ni discriminado por un padecimiento psíquico. ¿Por qué?, porque el prejuicio sustentado por el imaginario social considera al sujeto que se atiende en una institución específica “un loco”. Y esto debe ir modificándose progresivamente,



justamente a partir de considerar que un padecimiento psíquico debe ser atendido en los mismos efectores y dispositivos en los cuales se tratan los padecimientos físicos.

Otra cuestión no respondida por las autoridades de turno es cuál será el destino de los más de 1.500 pacientes que no están considerados en este supuesto plan (los Centros de Internación serán para 350 pacientes) ya que no está prevista la construcción de Casas de Medio Camino y de otros dispositivos de reinserción social. ¿Acaso serán arrojados a la calle, en tanto sí tienen previsto el cierre de los hospitales Borda y Moyano, para ejecutar en sus terrenos un plan inmobiliario?

Creo que el problema de los manicomios, como lo expresa el Dr. Emiliano Galende, tiene una doble vertiente, por un lado es político ya que apunta a la forma en que el Estado atiende a las personas, y por otro es de Derechos Humanos, ya que implica la suspensión atemporal de la condición de "sujetos de derecho". Desde esta perspectiva corresponde pensar a la Salud Mental, como un campo de intervención político y considerar que el bienestar y el alivio del sufrimiento de los conjuntos poblacionales incluye determinaciones sociales, culturales, económicas y políticas.

Lamentablemente por una cuestión de tiempo no voy a poder avanzar sobre otras nuevas modalidades de manicomialización relacionadas con el advenimiento de las tecnociencias. Formas de atención en las que se produce una verdadera supresión del sujeto, invocando una determinación fisiológica-genética se desestima toda determinación social. El psicoanálisis tiene mucho para decir respecto de estas cuestiones y evitar así que estos avances deriven en el surgimiento de nuevos manicomios. En el caso de las adicciones, se observan posiciones que propenden que el tratamiento se sustente fundamentalmente en la internación, con métodos de neto corte represivo.

No puede soslayarse la influencia de sectores corporativos y políticos, con posibilidad de acceso a los grandes medios de difusión, que con fundamentos ideológicos y científicos propician estas modalidades de atención ocultando intereses empresariales.

Por último, no olvidemos que el manicomio tiene la función de ser un símbolo del par normalidad-anormalidad.

*Norma Slepoy:* Muchas gracias, Angel Barraco.

Ahora le daremos la palabra a Alberto Sava quien es psicólogo social. Es fundador y director del Frente de Artistas del Borda,

presidente de la Red Argentina de Arte y Salud Mental, docente de Mimo y Teatro Participativo, director de festivales de artistas internados y externados de los hospitales psiquiátricos.

*Alberto Sava:* Muchas gracias, pero (sonriendo) primero soy artista y después soy psicólogo social.

Yo coordino y soy fundador del Frente de Artistas del Borda, al que llamamos experiencia desmanicomializadora.

¿Cómo surge el Frente de Artistas del Borda? Surge en el año 1984, al principio de la democracia y desde una ola desmanicomializadora. Aquí, en Argentina, el gobierno nacional intenta llevar a cabo una experiencia de desmanicomialización a nivel nacional basada en la experiencia de Basaglia, que recién recordaba la doctora. Seguramente muchos de ustedes conocen la experiencia de Franco Basaglia en Italia. Fue el primer lugar en el mundo –por lo menos eso es lo que se dice– donde se cierra un manicomio. No se cerró en forma abrupta de un día para otro, fue un proceso de años que empezó en el hospital de Goritzia. Allí no pudo llevarse a cabo la experiencia por la interferencia de muchas presiones, pero sí en Trieste.

Basaglia cierra el manicomio en forma progresiva y simultáneamente va armando un dispositivo básicamente comunitario, siempre desde el Estado. No es que privatiza la Salud Mental sino que desde el Estado garantiza un dispositivo. Yo estuve en Trieste hace dos años, lo pude ver, lo pude comprobar, el dispositivo implica internaciones cortas en los hospitales generales o centros de Salud Mental –en ese momento el promedio de internación era de doce días– con tratamiento básicamente ambulatorio; eso significa que los pacientes van hacia los lugares donde los profesionales atienden o a la inversa, los profesionales van hacia donde los pacientes viven.

Los pacientes, que progresivamente fueron saliendo en ese lapso de siete u ocho años, no vivían en casas de Medio Camino, que desde nuestro punto de vista –del Frente de Artistas del Borda– se convierten en pequeños manicomios, sino que vivían y viven en departamentos en grupos de dos o tres personas. Además, se crearon cooperativas de trabajo. Cuando yo estuve, en el 2006, funcionaban diecisiete cooperativas de trabajo. Esas cooperativas son mixtas en algunos casos, y en otros, exclusivamente de ex pacientes o, como ellos los llaman, de usuarios que hacen uso de un servicio.

Son dispositivos que, repito, garantiza el Estado, con los mismos

recursos que antes se destinaron al manicomio y que luego se volcaron en la comunidad. Los trabajadores no perdieron su trabajo. Se suele decir que en un proyecto de desmanicomialización los trabajadores del manicomio pierden sus fuentes de trabajo; no sólo no las perdieron sino que se aumentó la cantidad de trabajadores, profesionales, técnicos y empleados.

En esa ola desmanicomializadora de la Argentina en el año '84, en la Dirección Nacional de Salud Mental que dirigía un psicoanalista, Vicente Galli, con el asesoramiento de la gente de Trieste y de Mauricio Goldenberg, se intenta llevar a cabo esta transformación y se eligen tres lugares: en Río Negro, en Córdoba, y en Buenos Aires, el Hospital Borda.

En Río Negro, en la ciudad de Allen, había un solo hospital psiquiátrico que se cierra. No se clausura el hospital sino que se convierte en hospital general, y en todos los hospitales se habilita un servicio de atención de Salud Mental.

Hay contradicciones, se dice que funciona bien, que funciona mal, que funciona regular... seguramente debe haber problemas, no es lo mismo Trieste en el norte de Italia que una provincia pobre de la Patagonia argentina; pero en Río Negro no existe más el manicomio, hay un dispositivo creado desde el Estado, incluso hay una ley provincial que prohíbe la creación de manicomios; y no sólo de manicomios, tengo entendido que también prohíbe la creación de las clínicas privadas de Salud Mental.

En Córdoba no se efectivizó la experiencia desmanicomializadora, si bien hubo avances no se cerró ningún manicomio. Hubo varios problemas: cuestiones ideológicas, económicas, políticas... en la medida en que el gobierno de Angeloz iba perdiendo crédito, también se iban perdiendo recursos para esa transformación que requiere de una gran presencia del Estado.

El Hospital Borda, que ustedes conocen, es un hospital de hombres salvo un pequeño servicio donde hay treinta mujeres. Cuando yo comencé a trabajar en el año '83 había poco más de dos mil personas internadas, actualmente hay alrededor de mil.

En aquel momento se convocó a una cantidad de profesionales y de técnicos para trabajar en el proyecto de desmanicomialización apoyado por el gobierno nacional. Entraron psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales. A mí me convocaron como artista. Yo estaba estudiando psicología social en la Escuela de Pichon Rivière. Quien me convoca es un psicoanalista, José

Grandinettí, director del Servicio de Psicología Social. Yo venía haciendo un trabajo de teatro participativo que, para los que saben de teatro, es un teatro callejero, significaba sacar el teatro a la calle. Grandinettí me dijo entonces: “Con vos, que tenés experiencia en sacar el teatro a la calle, ahora vamos a sacar los locos a la calle”. Locos entre comillas y con mucho respeto.

Hago un trabajo de campo durante un año y veo que hay una cantidad de compañeros internados, de muchachos en el hospital que tenían mucha potencia artística. Eso se observaba en los graffittis de las paredes, en las poesías que vendían en los pasillos, en la ronda de mate cuando cantaban... Entonces le propongo al psicoanalista José Grandinettí formar un grupo de artistas.

El arte en los manicomios es casi tan viejo como el propio manicomio, pero siempre se lo utilizó como una herramienta terapéutica, como una excusa terapéutica. Le podemos llamar arte-terapia, en la que un profesional utiliza una disciplina artística para poder indagar en el comportamiento de ese paciente en relación a esa actividad artística e intervenir en una dirección de la cura—llamémosle así. Es decir que no se hacía arte,

Yo le propongo hacer arte, producir arte, que esa actividad artística no la coordinara ni un psiquiatra, ni un psicólogo, ni un psicólogo social, ni un terapeuta ocupacional sino que la coordinaran artistas.

El artista es el que sabe llevar adelante todo el proceso creador desde la formación, la investigación, la creación, la presentación, la salida de esa producción. Entonces tenía que estar coordinado por un artista.

También pensábamos que la estructura del hospital es una estructura vertical, desde su ideología y desde su construcción como organización. Un director, directores asistentes, jefes de departamentos, jefes de servicios, profesionales, técnicos, empleados... y allá abajo el paciente a expensas de esa estructura vertical, sin posibilidad de hacer ninguna transformación.

Lo primero que pensamos en el Frente de Artistas fue en construir un proyecto horizontal. ¿Qué significa eso?, que todos los que participemos—los de adentro y los de afuera— tengamos posibilidad de intervenir en ese proyecto y, sobre todo las personas que viven en el hospital. Si vamos a construir un proyecto de desmanicomialización los favorecidos, o no, en ese proyecto son los que viven ahí adentro.

Así fue que organizamos una asamblea y decidimos que el Frente se construyera sobre la base de un trabajo colectivo. En esa primera asamblea se propusieron nombres: "Los pirados del arte", "Los colifatos del arte", "Los artistas más locos del mundo"... y al final un paciente, un tallerista –como lo llamamos nosotros– dijo: "¿por qué no nos llamamos Frente de Artistas? Año '84, había muchos frentes, frentes políticos, frentes universitarios... la palabra "Frente" gustó. Y dijo: "Como vamos a armar un grupo de artistas de distintas disciplinas, vamos a llamarlo Frente. Y queremos ser artistas, entonces vamos a llamarnos Frente de Artistas".

Cuando apareció la palabra Borda se produjo una discusión fuerte. ¿Por qué llamarnos Borda?, nos van a identificar, es un sello, vamos a tener un sello en la frente y no vamos a poder conseguir trabajo, vamos a tener dificultades sociales.

Y el mismo paciente, usuario o tallerista, dijo: "No, vamos a llamarnos Borda, Frente de Artistas del Borda, para enfrentar esa realidad para cambiarla, para transformarla, vamos a ser nosotros los revolucionarios del Borda".

Y así quedó: Frente de Artistas del Borda. Ese nombre nos signó.

Le sacaremos la palabra Borda cuando el Borda no exista más. Es más, por ahí siempre pulula una idea de ir sacándole una letra cada año que pase. Por ejemplo que un año sea del "Bord", al siguiente sea del "Bor", luego del "Bo" y que dentro de cinco o seis años ya el Borda no exista más.

Desde esa posición ideológica horizontal comenzamos a preguntarnos: ¿cómo vamos a construir esta actividad artística? Primero, en talleres. Los talleres tienen que estar coordinados por artistas porque ellos saben el abc de la formación, la investigación, la experimentación, la presentación y la salida... son los que conocen el espíritu con que se maneja un director de teatro, el dueño de un teatro, el director de cultura... el que tiene las herramientas para llevar ese proceso hasta sus máximas posibilidades.

También pensamos que la intervención del arte en el campo de la psicosis y en el campo del manicomio, que a veces no es lo mismo, produce una cantidad de movimientos en cada persona o en el grupo, que el artista solo no puede contener porque está muy enfrascado en su actividad o porque no tiene las herramientas para hacerlo.

Entonces se propuso que junto con el artista trabajara un coordinador psicológico. Hubo épocas en que fueron psicólogos, otras en que fueron psicólogos sociales, o equipos mixtos de psicólogos y

psicólogos sociales. Actualmente son psicólogos; psicólogos jóvenes, con mucho ímpetu y muchas ganas.

La intervención del psicólogo o del coordinador psicológico no se basa en una interpretación del comportamiento de la persona sino en el trabajo sobre la dinámica de la tarea, en sus obstáculos, para que la tarea artística sea lo más fructífera posible, que llegue a buen puerto con la menor cantidad de dificultades posible.

Pensamos que la actividad artística produce tres efectos.

Primero, un efecto subjetivo. El manicomio es un lugar –como decían aquí las compañeras de la mesa– donde se violentan todos los derechos humanos. En general, a medida que transcurre el tiempo de internación la persona va perdiendo todas sus capacidades de pensar, de sentir y de hacer. Pichon Rivière decía que uno es una persona cuando tiene las capacidades potenciales de pensar, sentir y hacer.

El manicomio va dinamitando día a día todas esas capacidades. Dinamita la pasión, el deseo, la voluntad, la sociabilidad, dinamita la vida. Muchos años de internación en un manicomio constituyen un proyecto de muerte.

En esta experiencia del Frente de Artistas, que ya va a cumplir veinticinco años, el arte ha logrado recuperar progresivamente esa pasión, ese deseo, esa voluntad, ese trabajo colectivo de producir en grupo un proceso creador, la posibilidad de un proyecto creativo, una salida... De ese “ladrillo de hospital” –como dicen muchos compañeros– hacer un sujeto, una persona. Es el primer efecto que produce el arte: el pasaje de objeto a persona, de un ladrillo a un sujeto, de un proyecto de muerte a un proyecto de vida.

El segundo efecto que produce es institucional. El manicomio es un espacio cerrado, una institución total, como describía Erving Goffman. Sobre todo al principio, en 1984, era una especie de *bunker* donde nada salía hacia fuera. La imagen que se tiene del manicomio es la de un lugar siniestro, cerrado, donde está lo peor de la raza humana. Al salir, con la producción artística sale la persona que está encerrada, esa voz acallada que puede denunciar lo que le pasa en el hospital: malos tratos, sobremedicación, mala comida, mala vestimenta, electroshock.

Lo que salía y repicaba en el afuera volvía al manicomio y generaba un amplio debate institucional entre quienes promovían un cambio institucional, un proceso de desmanicomialización y aquellos que aún hoy siguen sosteniendo que para la locura lo único que sirve es el encierro y la sobremedicación.

El Frente de Artistas ayudó a que se generaran dentro del manicomio esos espacios de debate y discusión.

El tercer efecto que produjo fue en la sociedad. A medida que el Frente de Artistas salía, la gente que tenía contacto con nosotros comenzaba a tener una información distinta del padecimiento mental y tomaba una posición distinta a la de la actitud religiosa de "¡Pobrecito el loco!", una posición más ideológica y activa respecto del manicomio.

El Frente de Artistas se conectó con la sociedad, no sólo con las personas individuales sino también con grupos, con instituciones de derechos humanos, partidos políticos, instituciones artísticas... y generó un movimiento social.

Como el Frente de Artistas comenzó a tener mucha repercusión pública, como en su momento la tuvo *La Colifata*, otros hospitales de otras provincias nos convocaron. Viajamos a todas las provincias para dar a conocer lo que nosotros hacíamos y generamos un movimiento a nivel nacional. A tal punto que en el año '89 cuando ya había muchos grupos de artistas trabajando en los manicomios de la Argentina, se nos ocurrió una idea maravillosa. Les cuento la anécdota. Un día veo una película del actor Ubaldo Martínez, en la que actuaba de un simpático personaje que se llamaba Ubalvino, un borrachín simpático. Cuando Ubalvino se entera que recibirá una herencia millonaria tiene la idea genial de convocar en la Argentina a un Congreso Mundial de Borrachos.

Me dije: ¡qué buena idea!, ¿por qué no hacer un Congreso Artístico de locos?, ¿por qué no?

Fui a la asamblea –porque todo en el Frente de Artistas se resuelve en asamblea, desde comprar una lapicera hasta organizar un festival; ni yo que soy el más viejo ni el compañero que entró hoy tenemos la potestad de decidir, podemos llevar una idea pero no podemos decidir, eso también nos da cierta pertenencia a las personas que integramos el Frente–, fui a la asamblea, entonces y les dije, con muchas dudas: "Compañeros tengo una idea, qué les parece si hacemos un festival, convocamos a artistas de otras provincias, compañeros como ustedes que están internados... ¿qué les parece?"

Silencio.

Se levanta un compañero, que ya falleció, y me dice: "¡Otro más de los nuestros!", como diciendo que estaba loco por organizar un festival de artistas internados.

Se hizo el primer festival en el año '89 y hoy ya llevamos nueve



festivales. En el primero participaron cien personas, de las cuales el setenta por ciento tenían que ser pacientes... no es un congreso de supuesto saber –psicólogos, psiquiatras o técnicos– es un festival de artistas internados. En un festival el artista no sólo muestra lo que hace sino que en el encuentro con el otro puede ver lo que el otro hace, puede competir, imitar, cotejar... es un lugar de crecimiento artístico.

Pero este festival tenía un plus, era un festival de artistas internados. Nos permitía discutir entre nosotros qué hacer con los manicomios.

Creo que el festival ayudó a generar en cada hospital la idea de la desmanicomialización y del arte como una herramienta muy importante para la misma. Si bien no puede hacer la revolución, el arte puede ayudar a hacer la revolución.

Por último el festival llevó a la creación de una red, una Red Argentina de Arte y Salud Mental a la que pertenecemos todos los que realizamos actividades artísticas en los manicomios, para intercambiar las experiencias, apoyarnos y crecer juntos.

Tomo las palabras del tallerista, del usuario o del paciente que dijo: “Llamémosnos Frente de Artistas del Borda porque vamos a ser los revolucionarios del Borda”, creo que desde el arte estamos siendo los revolucionarios del Borda.

Para terminar quiero decirles que cuando hablamos de un proyecto de desmanicomialización no es el proyecto del plan Macri. Me parece que Macri está equivocado porque quiere cerrar el manicomio del Borda para crear diez nuevos manicomios. Además quiere crear diecisiete Casas de Medio Camino, que son pequeños manicomios. Sumado a eso quiere construir un polo inmobiliario que me parece que no tiene mucho que ver con un proyecto de desmanicomialización.

Creo que sería mucho más rentable, más económico y más digno si en cada hospital general hubiese un Servicio de Salud Mental y que los ciudadanos de la Ciudad de Buenos Aires pudieran internarse y tratarse ambulatoriamente en cada hospital general.

Un verdadero proyecto de desmanicomialización es el que se hizo en Italia, en Río Negro, en San Luis y en otros lugares del mundo.

Y hoy y aquí, tengo el placer de presentarles a un grupo de artistas del Frente de Artistas del Borda. Son ellos:

Hugo López  
Claudia Flax



MESA REDONDA: "INTERDISCIPLINA Y DESMANICOMIALIZACION"

Juan José Torres  
Alcides Bernardez  
Juan del Bene –Coordinador Psicológico  
José Luis Salvatierra –Cooordinador artístico  
Estefanía Ruffa –Coordinadora artística

Luego del recital, Norma Slepoy requiere intervenciones del público. Con gestos de que no es necesario, muchas voces expresan con "Gracias!" "Muchas gracias!" la visible emoción y reconocimiento por la experiencia vivida. Dan a entender que sólo resta agradecer y aplaudir.