

**Conferencia y
Mesa Redonda
sobre
Desmanicomialización**

“Desmanicomialización institucional y subjetiva”¹

Emiliano Galende

Norma Slepoy: Buenas noches, son muy bienvenidos.

La conferencia de esta noche está organizada por el Centro de Estudios Psicoanalíticos (CEPS). Este centro de estudios de APdeBA, dirigido a todos los interesados en el psicoanálisis, ha sido un ámbito muy apropiado para instalar un ciclo de conferencias sobre Subjetividad desde la perspectiva de diferentes disciplinas.

Desde el 2004 mantenemos un diálogo con pensadores de la Filosofía, del Derecho, la Sociología, la Literatura, la Historia, la Teología, la Política, los Mitos, etc. El año pasado hemos abordado la problemática de la fragmentación de las disciplinas y la necesidad de su articulación.

Dedicaremos el ciclo de este año a pensar sobre la desmanicomialización.

En la difusión impresa de esta conferencia hemos adoptado la pintura de Magritte, en la que una puerta se abre, como modo de sugerir la alternativa al encierro de la institución manicomial.

El manicomio es el símbolo de un modelo de atención en salud mental que arrasa la subjetividad, es una institución que remeda la estructura de los campos de concentración y vulnera los derechos humanos fundamentales. La legislación internacional que consagra estos derechos deja en claro que su violación ofende a la humanidad en su conjunto, es decir que nos concierne a todos. También nos interpela en tanto psicoanalistas comprometidos con la ética de nuestro quehacer.

Le propusimos a Emiliano Galende que desarrolle este tema

¹ Esta conferencia, dictada el 26 de agosto de 2008 en APdeBA, inició el Ciclo de Conferencias sobre Desmanicomialización.

entendiendo que la transformación requerida atañe tanto a la organización de las instituciones desde un punto de vista sanitario como a los modos de concebir los padecimientos mentales, a la ideología de los trabajadores y profesionales de la salud mental y de la población en general. Pensamos que se trata de desmanicomializar nuestras mentes para que la apertura del manicomio pueda ser recepcionada por la sociedad en general.

Emiliano Galende es médico y psicoanalista, investigador y docente universitario. Está a cargo del Doctorado y la Maestría de Salud Mental Comunitaria de la Universidad de Lanús. Ha editado numerosos libros, voy a mencionar algunos de ellos, los que se vinculan más directamente con el tema de esta conferencia: *Psicofármacos y Salud Mental; El sufrimiento mental, el poder, la ley y los derechos* junto con Alfredo Kraut y Prologo de Raúl Zaffaroni; “Psicoanálisis y Salud Mental”.

Le agradecemos su presencia a Emiliano y le damos la palabra.

Emiliano Galende: Buenas noches. Gracias por la invitación –a la institución y a Norma Slepoy en especial– y en alguna medida cierta satisfacción de que sea una institución psicoanalítica quien de algún modo se interesa por estas cuestiones, estos temas. Tradición que estuvo muy en el comienzo del psicoanálisis, vale recordar –por ejemplo– cuando se inauguró el primer Centro de Higiene Mental en Viena en el año 1911, Freud y –en aquel momento– el pequeño grupo de psicoanalistas, participaron de la inauguración y de las primeras acciones.

Es una tradición que naufragó básicamente con la commoción de los años '30 en Europa, la guerra, el exilio para muchos psicoanalistas; pero quiero decir que esto no es nuevo, que los psicoanalistas nos preocupemos, nos interesemos, por el funcionamiento de las instituciones psiquiátricas no es nuevo y es una tradición que ojalá recuperáramos, porque de hecho muchos psicoanalistas participan en hospitales psiquiátricos, en alguna de estas grandes colonias de las zonas rurales del país y sería bueno tener una comprensión global de cuál es el proceso por el cual se constituyeron estas instituciones, fueron denunciadas, y estamos hoy en una cierta lucha –digamos así– por recomponer las relaciones humanas entre psiquiatras y pacientes que se han dado en este tipo de instituciones.

Norma me pedía hablar de desinstitucionalización y desmanicomialización o efectos subjetivos. Para una aclaración de términos, y

para que podamos entendernos en lo que voy a decir: una institución es una organización que básicamente condiciona ciertas formas de relaciones humanas, de pertenencias, construye identidades y sobre todo –por las interacciones recíprocas de quienes forman la institución– se construyen sistemas normativos, códigos de significación, se construyen –de alguna manera– valores que funcionan como reguladores del comportamiento concreto de las personas y permiten anticipar y prever el comportamiento del conjunto. Una institución es una formadora de subjetividad en ese sentido, en que construye significados, valores y regula comportamientos, ajusta las posibilidades de comprensión mutua, de entendimiento entre las personas que forman parte de la misma. Toda comunidad humana es una institución. Se puede decir que cualquier grupo humano que se de una organización y funcione en base a ciertos códigos, ciertas reglas de comportamiento; comportamientos ligados a lo que los analistas conocemos bien, que es la regulación de la agresividad, del comportamiento agresivo y la regulación del comportamiento sexual, lo que organiza el contacto, Eros, entre las personas que participan de un mismo espacio institucional.

Cuando hablamos de subjetividad es más complejo. No lo podría explicar ahora porque saldría del tema de hoy, pero el sentido en el cual yo voy a hablar de esto es que entre los psicoanalistas existe –a veces– cierta confusión en la precisión de este término. Cuando hablamos de subjetividad en cierto modo hablamos del autor que la introdujo para el pensamiento moderno que es, básicamente, Husserl; y hablamos de subjetividad en el sentido de la construcción de un sistema de significados y valores que nos hacen sujetos a la vez que nos trascienden. Uno de los discípulos de Husserl, Heidegger, mencionaba al lenguaje como “la casa del ser”, porque la subjetividad se organiza en una estructura simbólica lingüística –el lenguaje en un sentido amplio– pero donde se construyen significados, se producen sentidos que organizan la vida y los comportamientos de las personas, se construyen valores y se da lugar a la producción de objetos que representan esta significación y estos valores propios de la cultura.

Lo único que quiero señalar de esto es que en el sentido husserliano la subjetividad no es algo que está adentro de las personas ni es algo que está afuera de las personas, es como el magma en el cual todos convivimos, nos entendemos, construimos significados, comprendemos lo que el otro siente cuando nos dice que tiene miedo o cuando

nos dice que está intranquilo, comprendemos los afectos, los comportamientos y el significado de una cantidad de gestualidades que permiten identificarnos como pertenecientes a un mismo orden simbólico de significaciones y valores. Por eso Husserl le da a esto el nombre de “subjetividad trascendental”, aquello en lo cual estamos, nos constituye pero que al mismo tiempo no nos pertenece. Es este fenómeno paradójico, curioso, muy humano, por el cual cada uno de nosotros siente que es una unidad total en este mundo y que la vida y la historia personal nos pertenece enteramente, y dejamos de percibir que la mayor parte de las cosas que vivimos, que sentimos, que construimos como significado, la mayor parte de los comportamientos que tenemos, nuestra sensibilidad y nuestros sentimientos con los semejantes forman parte de un magma cultural en el cual estamos incluidos. Y vivimos siempre en ese dominio de la alteridad, en ese campo del otro que nos constituye todo el tiempo sin dejarnos de hacer sentir que funcionamos como si fuéramos unidades autónomas.

Entonces cuando hablamos de subjetividad estamos hablando de una de las implicancias que tiene la institución. Las instituciones son productoras de subjetividad –todas las instituciones– de una manera buena a veces, porque hay instituciones que generan capacidades creativas, autonomía, capacidad de pensamiento, desarrollos intelectuales como en cualquier agrupamiento humano. Y otras que son crueles, otras que son nefastas porque tienden al aplastamiento de aquello que constituye verdades del sujeto como sujeto social y a construir una subjetividad artificial.

Nosotros tenemos en el caso de Freud los dos ejemplos que él utilizaba para hablar de instituciones –la iglesia y el ejército–, instituciones artificiales dice Freud, pero que se caracterizan justamente porque cuanto mayor es el nivel de formalidad, de organización, de rigidez y de estructuración jerárquica de una institución; cuanto más explícitas son las reglas, los comportamientos, esas instituciones fuertemente normativas son constructoras de una subjetividad forzosa; es una subjetividad que tiene ese componente de mandato, que podemos llamarlo como un mandato cruel en el sentido de que los sujetos quedan sometidos a un orden y a una subjetividad que no permite y no da espacio para ninguna forma de trasgresión o de creatividad personal.

Quizás valga la pena para entrar en el tema recordar, seguramente muchos de ustedes ya lo conocen y quizás los voy a aburrir con esto,

pero vale la pena hacer una breve síntesis de dónde viene esto del manicomio.

Es curioso: cuatro mil años de humanidad sobre este planeta, en los cuales no cabe duda la locura existió, las rarezas, las personalidades diferentes, hasta diría las propias adicciones reguladas a los comportamientos más bien festivos y rituales (el uso de los psicotrópicos se conoce casi desde el comienzo de la humanidad). El problema de lo que después entendimos como fuera de la norma o anormalidad en el plano mental, durante cuatro mil años vivió en este mundo –de algún modo– bajo distintos órdenes, pero sin leyes específicas que los separaran de la sociedad y sin –tampoco– especialistas que pretendieran modificar los modos de pensar o de comportarse de estas personas.

Desde doscientos años para aquí, prácticamente desde comienzos del siglo XIX para aquí, se va a constituir un nuevo orden para esto que podríamos llamar muy ampliamente no sólo la locura sino los comportamientos extravagantes o bizarros, el problema de las adicciones, los comportamientos de algún modo transgresivos de la norma. Es de ahí que van a surgir toda una serie de criterios y de conceptos que nos van a ubicar de un modo diferente –y no muy pacífico por cierto– frente a los problemas de la locura como anormalidad.

No existían hospitales psiquiátricos como tales hasta el siglo XIX. Existían muchos centros de caridad –el más precoz probablemente el que se instaló en Valencia alrededor de los años 1400– y ya había antes una institución en la cultura árabe que se llamaba "*Maristán*", que es el nombre de una red que formamos ocho universidades hace ya más de diez años, porque en la cultura islámica la institución *Maristán* era un lugar de alojamiento, de recepción de las personas que sufrían algún grado de discapacidad; discapacidad a veces física, pero fundamentalmente discapacidades de tipo simbólico que no les permitían compartir la vida con el resto de las personas. Así que encontraban en estas instituciones un lugar de acogida, de alojamiento y de cuidado.

La cultura islámica los protegía considerando que las personas que habían sido desgraciadas en la vida terrenal debían recibir una compensación, un cuidado especial que les permitiera de algún modo acceder a los bienes divinos en condiciones de mayor igualdad con sus semejantes. Era el criterio de equiparar, de restablecer, de donde viene la idea de una reparación del semejante de una incapacidad o de una discapacidad.

Cuando se produce lo que ustedes habrán leído como el Hospital General, esta red de establecimientos que se crea fundamentalmente en toda Francia a mitad del siglo XVIII, es una institución básicamente de represión y de alojamiento, se recluían allí las personas que por alguna razón provocaban desorden o suciedad en la vida social: prostitutas, epilépticos, discapacitados mentales, locos, homosexuales... era una población absolutamente heterogénea.

Cuando se habla de Salpêtrière y Bicêtre –que eran los dos establecimientos principales situados en París– algunos imaginan eso como hospitales psiquiátricos. No lo eran, eran dos de los grandes establecimientos repartidos en toda Francia –Salpêtrière todavía existe, ahora como hospital general– y eran establecimientos básicamente de reclusión con un administrador que pertenecía al estado –al estado monárquico por entonces– y la policía llevaba allí a las personas que –de algún modo– por vagancia, por inadaptación, etc., circulaban por las ciudades.

No existían todavía hospitales psiquiátricos ni psiquiatras, el problema es el pasaje de cómo se va desde estas instituciones –que se llamaban Hospital General– a lo que conocemos recién en el primer cuarto del siglo XIX como Hospitales Neuro psiquiátricos; pasando por un corto período en que se los llamó Asilos porque la institución Hospital General estaba muy desprestigiada, era considerada una institución más bien perteneciente al orden policial y de reclusión, por lo tanto tenía mal prestigio social. De ahí que se los llamó Asilos, y luego queriendo mejorar –porque Asilo quedaba pegado a una vieja tradición, que era la beneficencia– se empezaron a llamar Hospitales Neuropsiquiátricos.

El nombre de manicomio se lo debemos a Esquirol, que es un poco el padre de la psiquiatría moderna. Esquirol consideraba que casi la totalidad de los trastornos mentales eran formas de manía: de allí viene manicomios, el lugar donde se aloja la manía. Es interesante –por curiosidad– leer la nosografía de Esquirol, por la descripción minuciosa de distintas formas de comportamiento que entraban dentro de estas categorías de manía; desde la tricomanía –esa costumbre de morderse el pelo– la onicomanía –morderse las uñas– la dipsomanía –con el agua– la dromomanía –esas personas que viven caminando– y Esquirol había hecho una lista interminable donde cabíamos todos, porque todos tenemos alguna manía en la cual estar comprendidos.

De ahí viene la palabra manicomio. El giro que se da para estos

nuevos establecimientos tiene un punto crítico que tiene que ver con el contexto europeo y especialmente francés de entonces; todo lo que era la atención del inválido, de los desvalidos, de los desamparados, de los pobres, miserables, enfermos... eso pertenecía a la caridad; caridad que brindaban los ricos –básicamente las distintas noblezas– y caridad fundamentalmente de las iglesias, de la religión. Es decir toda esta población alterada, carenciada, inadaptada de algún modo recibía caridad y sobrevivía a partir de la caridad. El hospital de Valencia se llamó Hospital de Caridad, pertenecía a una orden religiosa y todavía muchos hospitales hasta el siglo XIX seguían siendo hospitales de caridad.

Lo que ocurre es que a partir del estado moderno, luego de la Revolución Francesa, el estado moderno laico gira el criterio de caridad hacia el criterio de asistencia. El Estado se compromete a asistir a estas personas bajo condiciones de responsabilidad del Estado mismo; responsabilidad solidaria en cuanto a los principios, no tan así en la práctica real en estos lugares.

La asistencia generó un otro efecto que es muy notorio a principios del siglo XIX, que es la aparición de las instituciones para alojamiento de todas estas formas de discapacidad.

Ahí se crearon los parvularios, que eran los hogares de huérfanos: el Estado se hacía cargo de los chicos huérfanos bajo un régimen de encierro. Se crearon los hogares para madres solteras –que antes eran protegidas y asistidas por la caridad de las iglesias– que pasaron a ser un orden estatal y debían permanecer encerradas en instituciones hasta la mayoría de edad.

Aparecieron también los lugares de alojamiento para distintas discapacidades físicas y problemas de tipo infeccioso; los viejos leprosarios que habían existido antes se transformaron –entonces– en hospitales de enfermedades infecciosas, básicamente hospitales para tuberculosos y hospitales para leprosos; a veces juntos y otras veces separados.

Y ahí viene nuestro ámbito, dentro de este contexto es que se crean dos dispositivos básicos muy bien analizados por Foucault, a mi gusto: uno es la creación de un espacio médico que da lugar al surgimiento de la llamada –por entonces– neuropsiquiatría, y otro espacio en el derecho penal positivo. El origen del derecho penal positivo es simultáneo con la creación de la psiquiatría como disciplina. Los dos se ocupaban de dos órdenes de anormalidad, el delito por un lado y el trastorno mental por otro. Raúl Zaffaroni –quien

trabaja hace años alrededor de esto— tiene la esperanza de que las nuevas perspectivas en Salud Mental modifiquen también de alguna manera el derecho penal positivo, el derecho positivista.

La categoría que vincula las dos disciplinas es el “furor”, el furor maníaco, que pertenece tanto al derecho penal, como da lugar a toda la nosografía de Esquirol. De ese furor maníaco se desprende la idea de peligrosidad, vinculada al delincuente y que se traslada luego al llamado enfermo mental.

Hay una línea en el derecho penal que la inicia un psiquiatra —que es Magnan— y que va a terminar en Italia con Lombroso, cuyas ideas seguramente todos conocen; así como Esquirol va a comenzar con todo un dispositivo psiquiátrico asilar, de encierro, que desemboca luego en la psiquiatría alemana básicamente con Kraepelin a finales del siglo XIX.

No me voy a ocupar de la parte del derecho penal, pero es preciso recordar que la cárcel y el manicomio surgen al mismo tiempo y son lugares donde rigen como tratamiento de la anormalidad y del delito los mismos criterios de castigo y disciplinamiento; y los dos tienen un fuerte contenido moral porque los primeros manicomios se organizan con la idea de corregir la conducta de estas personas, de volverla a la razón, cosa que no se lograba nunca y menos por los métodos que utilizaban, pero la idea del encierro se proponía corregir moralmente el comportamiento a estas personas, devolverles la razón y permitirles retomar —entonces sí— la condición de ciudadanos, cosa que no ocurría porque el encierro era definitivo. Es el mismo criterio que constituye la cárcel moderna que no es el lugar medieval de encierro, la cárcel moderna se organiza como correccional —por eso se llaman así— son lugares de corrección, de disciplinamiento y de algún modo de castigo como expectativa del cambio de la actitud moral.

Esquirol, que es el verdadero padre de la psiquiatría, produce varias cosas importantes que afirman la institucionalización psiquiátrica en base al manicomio. En el nivel práctico logra tres cuestiones:

Primero presenta una ley —era ya el segundo tiempo de la Revolución Francesa— por la cual propone crear un manicomio en cada uno de los 54 departamentos de Francia; esa ley se aprobó muy rápidamente y es el germen sobre el cual luego van a florecer todos los sistemas de internación psiquiátrica en el resto de Europa y en el resto del mundo descubierto y colonizado por Europa, básicamente en América del Sur y en algunas regiones de Asia.

No fue así en todo el mundo, sabemos que este sistema no penetró en muchos lugares de Asia y penetró con mucha dificultad y con muchos cambios en el mundo islámico.

Lo segundo es que Esquirol logra hacer aprobar en 1838 por primera vez una ley especial sobre el diagnosticado enfermo mental, que transgrede todas las disposiciones de la constitución de la Revolución Francesa, porque ustedes se acuerdan que por las consignas de "Fraternidad", "Libertad" e "Igualdad" estaba considerado que todos los ciudadanos tenían una misma posición frente a la ley, se crea en lo que es el derecho ciudadano que ninguna persona puede ser privada de su libertad o sancionada sin proceso previo a cargo de un juez y sin posibilidades de defensa. Pero Esquirol logra que se apruebe una ley en el año 1838 por la cual el mismo director de un Asilo, o los médicos de estas instituciones, podían decidir la privación de libertad de estas personas con el argumento de peligrosidad para sí mismos o para terceros, el famoso certificado. ¿Qué implicó esto?, que se delega en un profesional –y eso es lo nuevo en los estados modernos– la capacidad judicial de privar de libertad, de sancionar con privación de libertad en un proceso donde no hay lugar a la defensa; ninguna persona tiene posibilidades de defenderse porque la decisión del certificado médico de internación es una sentencia inapelable, de cumplimiento obligatorio y sin término.

Ustedes se dan cuenta la trasgresión que eso implica para cualquier disposición judicial: no hay proceso, no hay defensa, hay sentencia sin término y sin ninguna relación que justifique la proporcionalidad que hay entre falta y castigo, que es lo que rige para el derecho penal, porque el reo recibe una proporción de privación de la libertad en función de la gravedad del delito que haya cometido.

Esquirol logra que se apruebe esta ley, que es el ordenamiento jurídico que va a regir en Argentina, en toda América del Sur y prácticamente en todo el mundo occidental, que incorporó los principios de esta ley de 1838, que recién en los últimos quince o veinte años se está logrando modificar.

Y lo tercero que hace Esquirol es un cambio epistemológico importante, porque introduce la medicina como sistema conceptual para supuestamente comprender estos trastornos mentales. Desde entonces empezamos a llamarlas "enfermedades", antes nunca se las llamó enfermedades, antes nunca se dijo que eran enfermedades, las enfermedades pertenecían a otro orden. Hubo algunas opiniones médicas en la historia pero no había prácticas médicas específicas

que vincularan los comportamientos anormales con una comprensión totalmente médica de la locura; más bien era de orden filosófico o religioso, por ejemplo la melancolía había dado lugar a muchas reflexiones filosóficas –la melancolía que no es lo que llamamos nosotros ahora melancolía– o por ejemplo durante la Inquisición eran castigados porque se los consideraba brujos... había distintas maneras sociales de catalogar a estas personas. Pero nunca nadie había intentado establecer una comprensión médica de la locura, Esquirol es el primero porque ni siquiera Pinel, si ustedes leen el tratado de Pinel –es el tratado sobre las neurosis– y ahí Pinel lo que se propone es un enfoque político moral. Yo digo siempre que en realidad entre el tratado de Pinel y el Libro rojo de Mao no hay grandes diferencias, porque Pinel lo que se proponía era a través del adoctrinamiento de la razón y de la moral recuperar a estas personas para la vida ciudadana. Pinel era médico clínico –que nunca ejerció como médico– pero en realidad era un político, era un dirigente político: fue miembro de la Asamblea Francesa y cuando lo nombran para ir primero a Bicêtre y después a Salpêtrière, lo nombran por su militancia política; él fue como un político, no como un médico, a diferenciar la población encerrada. Acá hay siempre una confusión porque aparece como si Pinel fuera un psiquiatra que fue delegado a esas instituciones a liberar a los locos. No existía la psiquiatría –por entonces– como disciplina y Pinel era un médico que fue en la función política de establecer la separación en estas instituciones del Hospital General de los locos, los perseguidos por la Monarquía, los vagabundos, etc.

El que introduce un intento de comprensión médica es básicamente Esquirol. Ahora es interesante porque Esquirol plantea –con absoluta ignorancia de lo que estaba produciendo– lo que Foucault visualizó luego muy bien. A ver si lo puedo explicar sintéticamente. Para la filosofía tradicional, y para el orden cultural, en el mundo hay sujetos y hay objetos; cuando hablamos de sujetos, en la vieja tradición griega, era el *hypokeimenon*, es decir el *subjectum*, lo que subyace a las personas, aquello que constituye a las personas como tales. La diferencia de las personas con los objetos parece clara, el conocimiento de las personas da lugar a la reflexión filosófica y cultural. El conocimiento objetivo se desarrollaba en base a la física y luego a la matemática –como teoría más abstracta– pero estaba vinculado al mundo físico. Cuando se plantea la razón más moderna, con Descartes, la relación de conocimiento es sujeto-objeto, porque

se supone que el sujeto está diferenciado clara y distintamente del mundo de los objetos, podemos conocer el mundo objetivo por la representación “clara y distinta”. Pero nadie se había propuesto hasta el Siglo XVII conocer a las personas en su subjetividad porque ese era un terreno más bien de la hermenéutica, de una interpretación, de una valoración, de una opinión; pero nunca una construcción que habilitara una práctica concreta sobre las personas mismas del mismo modo que sobre los objetos.

Foucault muestra muy bien que la operación que se hace a partir de Esquirol es que, al poner al sujeto con trastornos o con problemas mentales en el lugar del objeto de un conocimiento positivo –médico– abre todo el capítulo de las ciencias sociales que pueden estudiar los comportamientos humanos en toda su amplitud, bajo las mismas categorías epistemológicas con que se estudian los objetos. Este pasaje del sujeto al lugar de objeto es un cambio epistemológico de fondo que permite pensar –entonces– que en cada sujeto enfermo hay un objeto descompuesto. Eso lleva a todas las distintas teorías –extrañas algunas de ellas– sobre el papel que el cerebro tiene en la producción de estas enfermedades. Acuérdense que las primeras terminologías que se utilizan provienen de la medicina de esa época, al principio del siglo XIX la medicina estaba muy tomada por una categoría que era la degeneración, trastornos degenerativos; la degeneración en los trastornos renales es la nefrosis, degeneración del riñón; la hepatosis, degeneración del hígado... y explicaban muchos trastornos a partir de esta teoría de la degeneración.

Pinel toma estas categorías, cuando él dice “neurosis” está compartiendo la teoría de la degeneración de los nervios, neurosis estrictamente quiere decir eso. Cuando en 1850 se introduce la idea de psicosis por parte de Griesinger, también introduce la idea de una degeneración de lo psíquico. Lombroso en el derecho penal introduce al delincuente como un degenerado; después en el lenguaje popular, “degenerado” va a designar a todo aquel que se aparta de ciertas normas y que tiene comportamientos no adecuados para el respeto por la alteridad, por los otros.

A partir de estos valores, que se le deben básicamente a Esquirol, se van desarrollando, se va creando, se va construyendo –también– un imaginario social acorde. Los psiquiatras siempre tienen el anhelo de que sus pacientes tengan conciencia de enfermedad, porque a partir de una conciencia de enfermedad es posible que acepten las prescripciones. La conciencia de enfermedad –en realidad– es el

deseo, la expectativa o el anhelo del psiquiatra de que el paciente piense igual que él, que acepte de algún modo que su comprensión de lo que le pasa es la misma que el psiquiatra tiene como teoría de la enfermedad.

¿Qué quiero decir con esto?, que la psiquiatría nunca fue más allá de la nosografía, si hay psiquiatras entre ustedes deberán darse cuenta de que toda la clínica psiquiátrica desde Kraepelin en adelante –separemos la psicopatología fenomenológica que empieza a fundar criterios diferentes en el Siglo XX– pero toda la psiquiatría no es más que la exploración y descripción clínica, una semiología que define los síntomas y la construcción de categorías como entidades al modo del modelo médico. Son nosografías que definen cuadros. Si ustedes leen los famosos tratados de psiquiatría de Kraepelin en sus varias versiones, no es más que un tratado nosográfico, la teoría psiquiátrica queda allí.

Cuando se construye este imaginario social, estos valores propios de la psiquiatría se van constituyendo también en los modos espontáneos en que las personas piensan sus malestares psíquicos; y entonces la idea de peligrosidad –que la crea la psiquiatría y el derecho penal– se impone también, el loco no era un sujeto peligroso un siglo atrás, se convierte en peligroso por la aparición –justamente– de esta ecuación que se construye entre locura y encierro: “está loco de atar” o “está loco para encerrar”, aparece ese valor psiquiátrico del encierro y la atadura como forma de contención de este sujeto convertido ahora en peligroso.

Y esto se extiende hasta nuestros días –en lugares como Buenos Aires, mucho más que en otros– la psiquiatría nos ha infiltrado por todos lados, hemos perdido muchas de las emociones, sentimientos y percepciones de nosotros mismos para transformarlas en categorías nosográficas. No sólo muchas mujeres les dicen a sus maridos que son *obsesivos* utilizando una categoría diagnóstica, o maridos que les dicen a sus mujeres *histéricas*, o personas que ya no hablan de que se levantan un día tristes o que están preocupados, dicen: “estoy deprimido”; rápidamente ya no hablamos de que alguien se levanta un día entusiasmado, le decimos que está *maníaco*. Poco a poco esas categorías van construyendo un imaginario, ¿y eso qué significa?: que los modos de comprender nuestros propios malestares y trastornos se van estableciendo sobre la base de este imaginario construido por una disciplina.

Cuando vemos el manicomio actual, cuando hablamos ahora del

hospital psiquiátrico o hablamos de estas colonias –llamadas de rehabilitación– tenemos que entender que es un condensado de todas estas dimensiones de su historia.

La crisis de este modelo asilar, manicomial, empieza temprano, ya en 1900 se producen denuncias muy fuertes sobre estos establecimientos. La aparición de la llamada “Higiene Mental” tiene que ver –justamente– con una de las críticas a este tipo de establecimientos. La aparición posterior de algunos movimientos –como el movimiento de *Open Door*– palabra que después se bastardeo tanto en Argentina como para nombrar así a una colonia de alienados, *Open Door* fue un gran movimiento dirigido por un personaje religioso en Estados Unidos, Elmer Gantry, que creó un movimiento masivo con viejos internados, sus familias y sectores de la sociedad. Justamente: puertas abiertas, querían la apertura de estos hospitales; y eso fue en los comienzos del siglo XX.

Pero la gran crisis viene después de la guerra y yo señalo dos cosas que están en la base de esto. Una es la analogía que tenían los hospitales psiquiátricos y las colonias de alienados con los campos de concentración, era imposible no ver esa analogía. Fue muy impactante para muchos ver los mismos uniformes, las mismas actitudes, los mismos comportamientos, las mismas formas de poder de las autoridades de estos hospitales. Eso impactaba y hacía evidente que no había gran diferencia entre la cárcel, el campo de concentración y el hospital psiquiátrico. Sobre todo en las relaciones entre psiquiatras y enfermos, que son claves: cómo se estructura el grupo jerárquicamente, primero la uniformidad de convertir a un grupo humano en una masa humana, dejan de ser un colectivo que se relaciona para ser una masa que interactúa solamente sobre la base de jerarquías y cierto poder de la autoridad del asilo y del psiquiatra. Esto que lo lleva a Foucault a decir que el psiquiatra es, desde su origen, Ley, Juez y Padre porque tiene la autoridad paterna de hacer que sus decisiones se cumplan por parte de los internados.

Y el otro efecto, aparte de esta relación con los campos de concentración, es el momento donde en Europa surge como una crisis del conocimiento, no había ninguna razón, nadie podía fundamentar cuál era la racionalidad que sostenía este tipo de instituciones, no había ninguna fundamentación. Llamar a estos lugares, lugares terapéuticos era absurdo. Ya desde entonces –y esto lo digo un poco al pasar– quienes estamos en el psicoanálisis, pero también los fenomenólogos y los psicólogos que no sean psicoanalistas, sabemos

que si algo caracteriza a los trastornos mentales severos es la facilidad con que alteran el lazo social, la capacidad social de las personas. Cuando una persona tiene una psicosis, en cualquiera de los modelos teóricos que hay en psicoanálisis o fuera del psicoanálisis, lo primero que se visualiza y se pone en juego ya sea por la caída de la metáfora paterna que condiciona el lazo social, ya sea por lo que Freud visualizaba como ese retiro del mundo, la famosa *verwerfung*, es decir un retiro que implica que ese sujeto se aparta del mundo para reconstruir una realidad en relación con el deseo, o cuando Meltzer mismo hablaba del desmantelamiento para mostrar estas patologías vinculadas con el desamparo, si algo caracteriza a estas enfermedades y a estos trastornos es la pérdida del lazo social o la fragilidad de ese lazo social. Estas personas pierden capacidades de interactuar con los otros, de convivir con sus familias, de mantener amistades, de sostener relaciones de amor. Ese es casi el dato básico de este tipo de trastornos.

¿Ustedes se dan cuenta qué razonamiento pudo tener la psiquiatría para poner un dispositivo al que quiso llamar terapéutico, que consiste justamente en privar a estas personas de todo lazo social? Es como ayudar a la enfermedad a lograr su objetivo de destrucción: si las personas tienen dificultad con su familia le sacamos la familia, si tienen dificultad con los amigos y la convivencia les sacamos la convivencia y los mantenemos encerrados, si tienen dificultades para convivir los sacamos de su vivienda y su familia, si sufren de dificultades para su participación cultural, les suprimimos el mundo simbólico y el mundo social, los hacemos anónimos, los uniformamos y los mantenemos en un espacio cerrado donde tienen que crear condiciones de vida diferentes a las que hay en la vida social de afuera.

Era imposible que la psiquiatría pudiera encontrar alguna forma de fundamentar el por qué llamar a estos lugares, lugares terapéuticos; si de hecho estaban en contra de todo criterio de rehabilitación ya que jugaban más bien a favor de lo que la enfermedad misma dañaba.

Y ahí apareció el que yo creo que es el otro eje que acompaña a los manicomios y que nos ha complicado con estos dos términos de desinstitucionalización y desmanicomialización. Un sociólogo en Estados Unidos –Irving Goffman– interesado por estas cuestiones, hace un estudio muy profundo de las instituciones psiquiátricas con conclusiones que van a abarcar también al tema de las cárceles. Su

primera publicación, que es donde postula esto de las instituciones totales, fue traducida en Argentina como *Internados –Asylum* era el nombre original de la obra—y lo que él muestra y simplemente estudia es la vida institucional y cómo la institución va produciendo una subjetividad particular; veinticuatro horas por día, todos los días, todos los años, muchos años... crean una nueva personalidad. Cuando nosotros vamos a un hospital psiquiátrico y vemos a estas personas que llevan diez años internados, estamos viendo a un producto de esa institución; no vemos ni a la persona ni a la enfermedad que lo llevó al hospital, vemos a una personalidad institucionalizada, reproductora de los modos de pensar y de hacer del orden de la institución.

Yo tuve la experiencia en los comienzos de mi profesión de vivir en un hospital psiquiátrico: estudiaba medicina en Rosario —era un estudiante extranjero, por lo tanto vivía en una pensión— y conseguí que me cedieran una habitación dentro del hospital psiquiátrico, no en la sala de los pacientes sino en la parte de adelante. A mí se me permitió convivir casi tres años, de día —yo era todavía estudiante pero ya hacía algunas prácticas en el psiquiátrico— pero de noche tenía libertad de moverme en los pabellones, hablar con los pacientes, tomar mate, estar en otro espacio. Y es curioso cómo uno puede percibir la destrucción de estas personas y cómo tienen que reconstruir, de algún modo, todo un estilo de vida que los va inhabilitando para vivir fuera del hospital; a estas personas si uno va y les dice que se pueden ir del hospital después de estar tres años, no pueden: ya no saben manejar un teléfono, no saben cómo se toma un colectivo, no saben manejar dinero, han perdido las habilidades sociales básicas de prepararse una comida... es decir aquello que constituye habilidades sociales y también capacidad social para interactuar con los otros.

Esto es lo que de algún modo muestra la “institución total”, porque institución total es aquella que reemplaza todas las dimensiones de la vida por la dimensión institucional misma. La dimensión institucional es la totalidad de la vida de estas personas y va reemplazando lo que se requiere para vivir en sociedad, por aquello —poquito— que se requiere para vivir dentro de un hospital psiquiátrico o de una cárcel durante años.

Yo recuerdo una escena de no hace mucho bastante commovedora para mí en ese momento. Dentro de un proceso de rehabilitación de pacientes internados, que se estaba haciendo en Córdoba con el

hospital psiquiátrico de la ciudad y con la colonia Vidal Abal que está en Oliva, se habían hecho talleres de pintura, talleres de teatro... es decir la idea era reunir a pacientes que llevaban mucho tiempo internados con algunos miembros de la comunidad en algunos pueblos de Córdoba, se hicieron algunas exposiciones, algunos actos literarios y entre esas cosas una galería había cedido un lugar y había una muestra de pinturas hechas por pacientes de la colonia Vidal Abal. Uno de los internados –un hombre de cuarenta y pico de años que después supimos que había sido pintor, lo supimos después, en el hospital no se sabía esto y llevaba internado unos seis años– tenía unos cuadros interesantes y una persona que vio los cuadros se interesó en uno y quería comprarlo. Entonces un compañero lo llama al paciente –que era el dueño de los cuadros– y le dice: aquel señor quiere comprar ese cuadro... y el otro, con los brazos atrás como se hace en el hospital, mirando fijo, desorientado, un poco perdido...

–Pero lo quiere comprar si vos se lo querés vender, no es obligación, pero tenés que decirnos cuánto querrías por el cuadro.

Y el hombre, mirando para todos lados dijo con un gesto desafiante: “Diez paquetes de cigarrillos y dos paquetes de yerba”.

Es la moneda de trueque en los hospitales psiquiátricos. Ahí era muy claro que este hombre no estaba hablando del mundo de afuera, en el cual sí se lo había puesto porque estaba en el mundo de afuera, y respondía al mundo interior, el mundo del interior psiquiátrico.

A partir de los trabajos de la institución total de Goffman es que empezamos a ver que tenemos dos problemas, que los intentos reformistas que empiezan en los años '50 tienen dos dificultades: una es cómo salir de estos hospitales, cómo se reemplazan estos hospitales, cómo se cierran los hospitales psiquiátricos o las colonias y este tipo de establecimientos –camino de reforma o de liquidación– lo que es cierto es que se empiezan a generar modelos diferentes para la atención de estos problemas; y el otro problema que se empieza a visualizar es que eso no alcanza, porque la institucionalización tiene efectos duraderos que se prolongan más allá de que la persona esté viviendo fuera del hospital.

Entonces desinstitucionalizar es lograr estos cambios en la subjetividad que permitan que estas personas recuperen capacidades sociales que les permitan vivir en el afuera del hospital. Esa es la doble tarea. Por supuesto, lo que uno podría llamar el programa de la reforma –que puede llamarse sin duda desmanicomializar– tiene varios capítulos porque esto se armó de un modo complejo, por eso

trataba de relatarles cómo se construyó esto. Hay un problema serio en la relación psiquiatra versus enfermo, las relaciones de poder entre psiquiatra y enfermo no se terminan dentro del hospital psiquiátrico; en los consultorios psiquiátricos el psiquiatra sigue teniendo un cierto poder y una autoridad respecto a la vida de estas personas: la prescripción, el tratamiento compulsivo, etc.; este es un problema difícil de modificar.

Otro es el orden judicial especial, la legislación especial que decide sobre incapacidad e internación de estas personas. De manera tal que la internación llamada compulsiva u obligatoria no tiene en cuenta la voluntad ni la decisión de la persona misma.

La otra cuestión es el problema que a nivel epistemológico, y también ético, implica que estas personas han sido tratadas como objetos durante doscientos años, y el problema de recuperar una dimensión subjetiva, es decir volverlos a situar para el conocimiento en una posición de sujeto, de semejante, nos obliga a replantear epistemológicamente todo lo que creemos saber o conocer sobre estos problemas. Por lo tanto la psiquiatría misma entra en crisis como sistema nosográfico, porque lo que se trata es del desafío de si tenemos otros modos de entender estos problemas, porque de esos modos de entender se van a desprender los modos de tratarlos.

Y por otro lado está el problema de cómo se hace el pasaje de las personas que ya están internadas a una vida social, que tiene que ver con el desarrollo de estrategias y alternativas a esta atención.

Para que ustedes tengan una dimensión, cuando se empezó a vislumbrar todo esto —que fue a finales de los años '60— Estados Unidos tenía el 2,5 por mil de ciudadanos internados en hospitales psiquiátricos, eran en aquel momento 555.000 personas. En ese mismo momento en Francia eran el 1,6 por mil, cerca de 67.000 personas; 180.000 en Inglaterra... es decir no era poca población. Ustedes saben que 1 de cada 136 habitantes de Estados Unidos está preso, esto significa que en Estados Unidos hay 4.000.000 de presos; entre los presos están los pobres, los perturbados... Piensen que cuando empezó el tema de la reforma de la internación psiquiátrica en Estados Unidos, eran 555.000 contra 480.000 presos. Evidentemente el manicomio y la cárcel han estado compartiendo una misma población. Esto se visualizó muy claro en casi todos los manicomios de Europa que hicieron la reforma: tenían la misma clientela, la misma población. Entre el delito, la pobreza, el desamparo, la marginalidad social, la ausencia de familia... había una misma

problemática que podía tomar un camino o el otro, pero que de algún modo explicaban la existencia de estas instituciones.

La tarea que se plantea si hablamos de desinstitucionalizar es muy importante, tenemos que pensar que las estrategias allí requieren de profesionales que puedan comprender los efectos subjetivos de la institucionalización; es la primera cuestión. Entonces una de las partes importantes cuando hablamos de esto es cómo reformular las currículas sobre las cuales aprendemos qué son estos problemas.

No sé qué grado de consenso tiene lo que voy a decir, pero en verdad yo creo que sabemos muy poco –por no decir casi nada– de por qué una persona se vuelve loca, de por qué una persona hace una psicosis, de por qué una persona hace un trastorno afectivo tan severo como una depresión mayor. Sabemos poco de por qué una persona toma el camino de la adicción, o por qué otras personas toman el camino de un trastorno obsesivo. Nos hemos dispuesto a describirlos, lo que hemos aprendido por la nosografía es a describirlos y a clasificarlos, pero todavía sabemos muy poco de las razones humanas por las cuales las personas son llevadas a este tipo de comportamientos y de formas particulares de pensamiento. Lo que tenemos son algunas teorías, tenemos algunas indicaciones, hemos podido lograr que el conocimiento de este tipo de problemas tenga la apertura de vincularlo con las condiciones de existencia de estas personas; porque eso sí forma parte de nuestra observación. Sabemos que la marginalidad, la pobreza, ciertas situaciones de familia... condicionan y participan en la producción de este tipo de trastornos. Pero cuando de verdad decimos que queremos desinstitucionalizar, que queremos que los pacientes participen, que queremos que las comunidades o las familias participen en el tratamiento, etc., tenemos que aceptar con humildad que lo que nosotros sabemos no es mucho más que lo que saben los propios pacientes o las propias familias. Tenemos que arrancar de allí. ¿Por qué?, porque si creemos que tenemos un conocimiento ya constituido, funciona como prejuicio, y lo que hacemos es aplicar un conocimiento que desconoce cualquier saber del otro.

Yo siempre digo que a los psicoanalistas nos es más fácil en estas cosas porque estamos acostumbrados a escuchar y estamos acostumbrados a saber que el saber viene del paciente, no de nosotros. Por lo tanto estamos mucho mejor preparados para aceptar esta posición de no ejercer un poder de diagnosticar e imprimir nuestros propios prejuicios, sino de escuchar.

El cambio epistemológico requiere también cambios en los modos en que construimos el imaginario social, no hay posibilidades de desmanicomializar si la población y la sociedad en su conjunto no acompañan un proceso así. Esto se vio en todo el mundo, ustedes saben que en este momento en el mundo occidental –que es el que tuvo el mayor problema con los manicomios y estas instituciones– esto se está desandando; ya nadie propone hacer parvularios, ni propone hacer hospitales para madres solteras, ni propone construir nuevos manicomios –acá sí, en la ciudad de Buenos Aires parece que sí– pero en general está muy claro que no. El camino en el que se está yendo es a una desinstitucionalización global. Cuando hablamos de programas de reforma es, justamente, un cambio que implica desandar no sólo estos establecimientos sino generar estrategias que permitan desandar las consecuencias de esta subjetividad institucionalizada en las personas.

El otro problema es la recuperación de la identidad de estas personas, estas personas en condiciones de encierro durante mucho tiempo se convierten en sujetos anónimos; estoy hablando de identidades sociales, los reconocimientos en el plano social y la construcción de las identidades sociales se hacen en base a parámetros que son bastante pequeños. Las personas solemos reconocernos en alguna identidad social por el oficio, la profesión, las habilidades prácticas si somos artesanos... eso nos ubica en un lugar social y nos ubica en una jerarquía social también. Por eso la identidad tiene mucho que ver con el oficio, la profesión, el empleo.

Lo otro que nos da identidad social –en las poblaciones pequeñas– es la filiación, el apellido, de dónde venimos, a qué familia pertenemos.

El otro elemento de identidad es el territorio y muchas veces se lo utiliza como manera de nombrar a alguien: "es salteño", boliviano, etc.

Siempre es profesión –oficio, trabajo– filiación y territorio. Estas personas no tienen ninguna de esas tres cosas, entonces hay que mirarlo en perspectiva. Para los que están internados recuperar esas dimensiones es complejo, difícil e implica todo un desafío. Pero para las personas que tienen su primer episodio agudo, que llegan –realmente– con un primer momento de trastorno, es muy importante cuidar esas tres cosas: que esas personas no pierdan su filiación, que mantengan alguna forma de vínculo familiar aunque sea terrible, porque como decía Winnicott: siempre es mejor una madre mala que

no tener madre, en alguna medida la familia es dadora de identidad, bien o mal; y al mismo tiempo hay que cuidar el problema del territorio, no aislarlo de su lugar, y el problema del empleo, de preservar u obtener el trabajo, estos tres ítems son esenciales para la integración social.

Hay que mantener de entrada el criterio de una integración social, que requiere que las personas tengan habilidades sociales y capacidades de trabajo, pero también eso que de algún modo Pierre Bourdieu llamó “capital social”; las personas en sociedad existimos, y nuestras posibilidades de movernos en la vida social dependen, de con qué capital social contamos. Ese capital social son relaciones –básicamente–conocimiento, familiaridad con los códigos del lugar, vínculos. Las personas ricas –por ejemplo– suelen tener mucho capital social porque están vinculadas con muchos lugares, tienen acceso a distintas personas que pueden socorrerlos en los momentos que tengan necesidad.

Tiene que haber una recuperación de derechos, estas personas son privadas de ciudadanía; recuperar la ciudadanía requiere del esfuerzo del Estado, ninguna política de mercado va a devolverles nunca a estas personas esa condición de ciudadanía. Por otro lado no es posible la recuperación de ciudadanía si no se dan los elementos con los cuales las personas sostienen su condición de ciudadano, que es tener un ingreso mínimo –nadie puede vivir sin un ingreso económico–, tener algún apoyo social, por ejemplo en Francia existe un ingreso mínimo para la inserción social, el RMI; lo mismo existe en el caso de España, en Alemania, etc. Es una política pública planteada que es esencial en el caso de la Salud Mental, porque que se pueda evitar el deterioro social de estas personas; o rehabilitarse de un deterioro ya sufrido por la internación, requiere tener algún sistema de ingreso y de apoyo social para sostener esa capacidad.

Venimos de un tiempo en el cual el daño que se ha producido es mucho, en Argentina todavía tenemos 42 hospitales psiquiátricos, 11 colonias en el interior del país, 23.000 personas encerradas, 25.000 jóvenes en institutos de menores. Tenemos una deuda enorme con esa gente. Los hospitales psiquiátricos han hecho esfuerzos, muchas personas comprometidas con el cambio han hecho esfuerzos dentro de los hospitales mismos, las condiciones de internación han cambiado mucho pero una internación breve como se acepta hoy –de diez, quince días– para contener y resolver una situación crítica y una internación de seis meses, es a veces el juego entre la vida y la muerte.

Porque de una crisis de quince días una persona es posible de recuperar si se actúa con todo lo que se necesita para que recupere su capacidad social; después de seis meses internado en un hospital psiquiátrico es muy difícil recuperar la capacidad social perdida. El deterioro psíquico del paciente es a la vez, siempre, el deterioro de su capacidad de vivir en sociedad.

Internaciones de más de un año, de cinco años, de diez años –como son los promedios de muchos hospitales psiquiátricos nuestros, aquí en Buenos Aires mismo– significan un daño, un deterioro muy severo y es muy difícil recuperar esas capacidades que de algún modo se han perdido o que han sido suprimidas por el mismo dispositivo institucional.

Esta es la deuda con el pasado: cómo resolver eso, qué se hace con esta población, cómo se recupera... ese es todo un empeño.

Y por otro lado si hemos entendido esto, si el mundo ha entendido esto, si está muy claro para todos los que ya han participado de la experiencia de la reforma –llevamos treinta, cuarenta años de reforma en casi todos los países de Europa– ya no se habla más ni siquiera del enfermo crónico mental, en algunos lugares –como en Francia o en España– se está hablando del “nuevo enfermo mental crónico”, para entender que estas enfermedades cuyos sujetos no se institucionalizan, pueden ser de un único episodio o evolucionar con recaídas. La evolución al deterioro o la demencia, como pensó la psiquiatría clásica, es un efecto institucional. Una parte de los casos son enfermedades o trastornos que tienen recaídas y que si se ponen en juego desde el comienzo los dispositivos sociales de ayuda con estas personas, esas recaídas son menores y las recuperaciones son mayores. Si ya sabemos esto, si lo conocemos, ¿cómo es posible que sigamos jugando la vida de estas personas proponiéndoles internaciones que no sabemos nunca cuánto se van a prolongar?, porque muchos psiquiatras dicen: “sí, se internó con una crisis y a los veinte días estaba más o menos recuperado, pero no hay familia, vino de una provincia del interior, no tenemos contacto con nadie, ¿cómo va a salir si no tiene trabajo, no tiene dónde vivir, no tiene ingresos, no tiene nada?”

Entonces somos responsables –de algún modo– de introducir a estas personas dentro de esta población dañada y deteriorada por la propia institucionalización.

Yo creo que hay que entender que lo que está en juego en el núcleo de esto es poder transformar lo que ha sido una forma de relación

humana. Acuérdense que la Revolución Francesa no sólo planteó libertad, igualdad y fraternidad, también imperó el terror y también le debemos a la Revolución Francesa bastante de la implementación del terror como método del Estado para controlar aquello que puede disturbar, perturbar, alterar. Como venimos de esa relación de poder, los psiquiatras encarnaron mucho esa relación, en el libro que escribimos con Zaffaroni y Kraut justamente transcribimos mucho de la legislación internacional para hacerla más visible, porque toda la legislación –desde las Naciones Unidas con los principios de cuidados de la Salud Mental del año '91, como las declaraciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos– casi toda la legislación internacional está dirigida a recortar el poder de los psiquiatras. La esencia del problema es cómo limitar el poder de los psiquiatras, el poder de la prescripción y del encierro.

Consentimiento informado para el tratamiento, Argentina no lo cumple o lo cumple muy poco.

Legislación para evitar las internaciones compulsivas, de manera que tengan resguardo y tutela judicial para evitar la arbitrariedad y donde el Estado tiene que hacerse cargo de la condición de ciudadano al que debe cuidar.

Toda la legislación está vinculada a ese recorte de poder. El problema entre cuidadores y cuidados en el campo psiquiátrico y en el campo de Salud Mental es un problema de poder. Cuando hablamos de generar una dimensión ética diferente, estamos hablando de crear condiciones para que el otro –al que atendemos– sea un sujeto, sea un semejante, sea alguien como nosotros, es decir que pueda también tener voz, capacidad de decisión y pueda compartir las decisiones que se tomen acerca de su propia salud.

Yo recuerdo una frase que me impresionó mucho, me tocó oírla en una Mesa Redonda acá en Buenos Aires hace un tiempo. Un psicoanalista que trabaja en un hospital psiquiátrico –que lo conozco y sé que tiene buena intención y buena formación como analista– dijo una cosa que me pareció terrible porque puso en juego todo esto que hemos estado hablando hoy. Dijo así: cuando fracasa la transferencia, se hace necesaria la internación.

¿Saben lo que quiere decir eso?, cuando ya no puedo más con el otro, lo castigo, lo encierro.

Eso se lo podemos tolerar a una mamá que puede decir una frase así: “¡ya no sé qué hacer con el nene!”, entonces lo encierro en el baño hasta que se calme”; pero llevado al terreno de la atención de un

paciente en cualquier lugar, si no puedo con él, si la relación no me permite tener un cierto dominio sobre él, lo interno... Ese es el núcleo del poder que mantuvo la psiquiatría, que dio lugar a los manicomios, y si no deshacemos ese núcleo puede no haber establecimientos pero seguramente tendremos ese mismo ejercicio de poder en distintos consultorios externos.

Gracias por la paciencia.

Norma Slepoy: Muchas gracias a vos, Emiliano. Sería interesante que intercambiemos; si desean hacer comentarios, preguntas, transmitir experiencias...

Intervención: Yo soy médico psiquiatra y me preguntaba si este colega del comentario del final hablaba de una necesidad de dominio y castigo, o se refería a la situación en que se acotan los límites del instrumento analítico en términos de la interpretación, y el encuadre no llega a ser continente respecto del padecimiento del paciente; cuando el paciente padece lo que Freud llamaba angustia traumática –que indica una desestructuración del psiquismo–, me preguntaba si la internación no es un recurso recomendable, aconsejable, como para contenerlo. De acuerdo a lo que usted comentaba estaríamos siguiendo un esquema de poder y de dominación. Pero yo lo pensaba también en términos de una contención y de una ayuda.

Emiliano Galende: Hay dos cosas en su comentario: una es que más allá de las actitudes personales hay que tener en perspectiva que actuamos dentro de sistemas disciplinarios que incluyen la internación. Cuando hablo de internación compulsiva: internarlo o “atarlo” es un método que ofrece la disciplina. Es distinto con un paciente muy angustiado o que está en una crisis... uno puede acordar con él o con la familia algún dispositivo de contención. Por eso dije que una internación de diez días o quince días en una situación de crisis puede ser un modo de acompañar y ayudar a una persona.

La internación compulsiva no tiene plazos en general, inclusive la legislación argentina en este momento obliga a una tutela judicial que no se cumple, los juzgados no se ocupan realmente o se ocupan malamente si no hay alguien que esté detrás del trámite judicial. Esa es una sentencia. Cuando ese psicoanalista dice eso –por eso dije que es una persona que conozco– no lo dice de mala fe, no sabe que está

operando dentro de un sistema y está aplicando una regla del sistema: “si no lo puedo dominar, lo interno”.

Lo comentaba justamente para mostrar cómo los psicoanalistas podemos perder y dejar de ser psicoanalistas si no entendemos el sistema en el que estamos trabajando.

Si un psicoanalista se sienta al lado de la cama de un paciente atado para querer entender algo, ese psicoanalista está –de algún modo– suicidando su propia posición de psicoanalista, porque un psicoanalista no puede atender a otro o escuchar a otro sino en una posición de semejante. La transferencia nos obliga a preservar esa condición de semejante del otro.

En ese sentido yo trataba de decir que a veces las personas para poder no actuar de acuerdo a lo que el sistema o la disciplina imponen, tienen que poder plantear una mirada crítica sobre la disciplina misma. Si un psicoanalista no tiene una perspectiva de lo que significa el hospital psiquiátrico, los manicomios, las relaciones de poder que están allí, puede fácilmente reproducir aquello con lo cual está operando.

No es que esté en contra de que se contenga, se cuide a una persona. En España no hay prácticamente hospitales psiquiátricos, quedan algunos en Cataluña que son hospitales pequeños y muy abiertos para internaciones de crisis. Eso es lo nuevo que se está viendo ya desde hace años, cuando ocurren esas crisis las personas se internan a veces con un familiar, a veces va alguien del servicio y se internan en sus casas y los cuidan en sus casas; pero son modos de contener, de tranquilizar, de esperar que tenga efectos... hoy contamos con una serie de fármacos que no teníamos antes, hoy realmente es difícil que una crisis sobrepase los doce, quince días sin atenuarse, aún en las crisis donde haya fenómenos delirantes fuertes en general en quince o veinte días las crisis remiten.

El problema es que cuando se violenta mucho a una persona... yo he conservado muchas de las historias de pacientes que conocí en mis años de hospital y me acuerdo de estar de noche –porque yo estaba todas las noches allí– y venía a la guardia un chico de dieciocho años con un trastorno, esos trastornos típicos que Freud veía como vivencia de fin del mundo, que en realidad son trastornos donde alguien se despierta un día despersonalizado, confundido, asustado, que de golpe empieza a interpretar gestos, señales que lo aterrorizan, se cierra, puede a veces gritar, asustarse... la familia llama a un vecino o llama a otro pariente y lo traen al hospital psiquiátrico, a

veces con la policía. Un primer episodio de alguien que se despersonalizó. Ese chico que entraba a la noche amanecía atado a la cama, amanecía sedado con Ampliaclil y Fenergan –o sea que con su cabeza embotada y sin poder pensar–, se despertaba en una sala donde había otras veinte personas deambulando –extrañas, todas rarísimas, vestidas de un modo extraño– y yo no sé si cualquiera de nosotros en esa circunstancia no se enloquece un poco porque no sabía dónde lo habían llevado, dónde estaba, no sabía por qué estaba atado... No creo que sean formas de calmar a una persona que está angustiada y ansiosa. Ni digamos si al otro día no se empezaba con el tratamiento –cuando se hacían las famosas series de shocks como manera de control– o la misma farmacología, porque muchas veces los fármacos pueden ser utilizados para ir orientando un tratamiento, pero muchas veces son utilizados como un chaleco químico. ¿Saben el efecto que tiene un neuroléptico?, cuando uno se toma uno o dos miligramos de Halopidol, la cabeza cambia, uno tiene otra sensibilidad, tiene otra torpeza en el movimiento muscular. Los mismos neurolépticos modernos alteran todo eso, las personas cambian con la medicación, de allí que seamos cuidadosos y progresivos en el modo de indicarla porque todos estos medicamentos tienen efectos secundarios.

Hay que pensar que la disciplina no inventó la internación para contener, cuidar, proteger y permitir pasar una crisis. La disciplina genera la internación como forma de disciplinamiento y de algún modo de castigo, por eso aparecen todos estos dispositivos del llavín, la puerta cerrada, la atadura a la cama, etc., etc.

Intervención: Una experiencia muy reciente en relación a los neurolépticos. Una paciente medicada con neurolépticos por un episodio maníaco, me decía que le planteaba a su psiquiatra: “Yo perdí el control sobre mí misma y no puedo pensar, ¿el medicamento lo está haciendo mientras tanto, hasta que yo me recupere?”

Intervención: En realidad ya hace un par de años que vengo leyendo sobre desmanicomialización y algo me hace ruido, la desarticulación de la desmanicomialización con la lucha por un cambio social; es decir, por las condiciones sociales. En muchos lugares se trabaja el tema de la desmanicomialización, pero lo mejor que se logra es que la persona consiga un puesto de trabajo en el mercado y las leyes del mercado son leyes de explotación, en condiciones de explotación. Entonces, ¿cómo

articular las luchas?, porque se habla de interdisciplina pero, a su vez, también a veces se sigue sosteniendo demasiado la disciplina. Entonces, cómo hacer en relación a esta cuestión del otro, con el otro, porque a uno también le puede pasar, en algún momento. Quizás estoy cuestionando el punto de vista estructural, pero creo que cualquiera puede pasar por una situación de crisis en algún momento y estar necesitado de contención. Y esto me lleva a pensar que vivimos en tiempos de crisis, en tiempos donde los lazos subjetivos están debilitados. Justamente este año leí tu libro –*Psicoanálisis y Salud Mental*– y pienso que explicás muy bien que, en realidad, lo que está oculto, así como lo reprimido inconsciente, es la dominación, la opresión en el sistema.

Entonces, ¿cómo se articulan estas dos luchas? O quizás se trate de reconocer que hay gente que se encarga de algún tipo de lucha y otra gente de otra... ¿Cómo lo pensás?

Emiliano Galende: No creo que –en general– el llamado enfermo mental sea un luchador, es un derrotado de entrada, es alguien que está derrotado, es alguien que –en todo caso– actúa sobre él mismo más allá de las causas que lo hayan llevado, porque no hay duda que el desamparo, la pobreza, la marginalidad, las formas de exclusión social, la historia familiar, la fortaleza psíquica o no que tengan las personas... todas esas cosas interfieren y forman parte de un complejo causal.

Freud decía –lo que podía ser una definición de Salud Mental– que la capacidad de actuar sobre la realidad para transformar esa realidad en función del deseo, es una condición propia del sujeto no neurótico; el neurótico se caracteriza porque tiende a actuar más sobre sí mismo que sobre la realidad en la que está. Con estas personas pasa lo mismo, cuando Freud dice que en situaciones extremas un psicótico hace esta defensa extrema que llama *verwerfung*, no puede actuar sobre la familia que lo enloquece o la sociedad que lo perturba; actúa sobre sí mismo, destruye su propia capacidad de pensar o su cabeza.

Entonces el enfermo no es un luchador, básicamente es un derrotado. Cuando alguien desempleado hace una depresión mayor es un derrotado, porque alguien que no está derrotado busca alguna alternativa para luchar.

Segundo, yo creo que en los cinco mil años que conocemos de historia humana ha habido estas cosas, estos comportamientos, la posibilidad de la locura, el delirio. Esto ha existido en todas las

épocas y en todas las sociedades, no podemos decir que sea la sociedad capitalista la que ha producido este tipo de trastornos. Tiene sus particularidades porque cada época histórica y cada organización social da particularidades a los modos de enfermar. Lo cual es un poco obvio, porque todos somos –siempre– sujetos de una época y una época nos marca patrones de sensibilidad: las formas del amor son siempre epochales, las formas en que construimos la amistad, los modos en que se dan relaciones fraternas entre los grupos humanos. Construimos modos de sensibilidad, cómo nos vinculamos con el sufrimiento del otro o contra nuestro propio sufrimiento... Entonces si eso siempre es epochal, también la ansiedad, la angustia –aunque sean emociones y afectos humanos más continuos en la historia– están condicionados por cada época.

Entonces cuando decimos que alguien mejora sus capacidades y tiene trabajo y tiene ingresos y estamos llamando a eso integración social, no hacemos juicios sobre a qué sociedad se integra; en esta sociedad el problema es si estamos integrados, porque para poder actuar en una transformación de lo social hay que estar integrado en lo social.

Entonces en principio ciertas condiciones de Salud Mental implican este punto básico que es un lazo social eficaz, efectivo. Sin lazo social no hay posibilidad de actuar y transformar las condiciones en que uno está existiendo o viviendo.

Intervención: Muchas gracias por esta disertación, me parece un muy buen desarrollo, pero ahora yo estoy esperando al Galende que me hable otro día, de aquí en más, cómo encaramos las cosas. Porque justamente todo este cuadro terrorífico que realmente existe, es lo que me ha llevado a escuchar –realmente espantada– que la violencia es un prejuicio. Es decir gente que no tiene experiencia con pacientes psiquiátricos graves –en mi caso la tuve y cuerpo a cuerpo– dice que la violencia es un prejuicio.

Quince días no alcanzan para una crisis, en quince días recién un antidepresivo puede comenzar a hacer efecto, y en el momento en que hace efecto se le da el alta al paciente y se suicida.

Es un problema muy difícil; en Trieste tardaron de siete a ocho años y aún así admitieron que se quedaron muy cortos.

Yo creo que en principio la omnipotencia es de todos los médicos, desde que Arce entraba con la galera al hospital de Clínicas a hacer las visitas de sala, a los psiquiatras que desde que tengo uso de razón

están en contra de los psicólogos y de los psicoanalistas... Es decir la omnipotencia médica es terrible, a tal punto que hoy no hace falta ser psiquiatra para ser un médico omnipotente que ni toca al paciente y pide nada más que estudios. Eso es omnipotencia. En los psiquiatras se agrega el manejo, a veces indebido, de psicofármacos.

Creo que la tarea que nos queda ahora no es quejarnos de todo lo que ha pasado y que está pasando –que ha sido y es siniestro– sino la de encarar un plan donde el paciente sea cuidado contra sí mismo, contra otros; al mismo tiempo cuidando los vínculos familiares, los laborales, de manera tal que no sea un número, un caso o alguien que –a lo sumo por estar enfermo– merezca nada más que malos tratos.

Este problema no se resuelve dejando a toda la gente afuera en la calle, no se resuelve con cuatro o cinco Casas de Medio Camino.

¿Cómo recuperar la ley 448?, en la que se despliega un plan de Salud Mental.

Sabemos que de alguna forma hay que salir pero no es tan fácil hacerlo, no es tan fácil.

Emiliano Galende: No digo que sea fácil, por supuesto, pero ojo también en esto: es verdad que Argentina tiene un atraso fenomenal en estas cuestiones, hoy hay una experiencia mundial de más de treinta años que muestra que es posible.

Yo insisto en esto, yo no estaba hablando de la persona del psiquiatra sino de la disciplina y daba el ejemplo de un psicoanalista que creo que quedó preso de la disciplina y dio una opinión psiquiátrica, no psicoanalítica.

Es posible, si uno recibe un episodio, una crisis –yo en esto he trabajado concretamente–, si uno tiene todo el dispositivo, en el mismo momento que el médico está atendiendo la crisis, está el trabajador social hablando con la familia, se están interesando en el problema que está pasando para ver qué pasó con el trabajo –si este muchacho trabajaba o no trabajaba–, se está pensando cuál es la relación con la familia –si él puede o no convivir con la familia–, si uno actúa en toda la complejidad que tienen estos trastornos en el primer momento, en el momento mismo en que llega, seguramente la evolución del trastorno es diferente.

En Argentina, en Buenos Aires mismo –donde hay más de tres mil colegas trabajando en el sector público de Salud Mental– tener un servicio donde haya un psicólogo y eventualmente un psiquiatra y que uno hace psicoterapia y el otro medicación, eso es no tener un

recurso de Salud Mental; hoy un recurso de Salud Mental significa que uno tiene mínimamente la capacidad de actuar en todos los niveles complejos que presenta el trastorno, hay un área social –debe haber un trabajo social, alguien que se ocupe de esa área–, hay un área médica si hay necesidad de control de salud y medicación; hay un área psicológica que hay que intervenir y cuidar; hay áreas que tienen que ver con empleo, por lo cual hay que tener acuerdos con el sector de empleos para ver si esta persona tiene o no un trabajo subsidiado; tiene que haber un área vinculada con vivienda para saber si esa persona puede volver a su casa o hay que buscarle esa misma noche otro lugar donde vivir porque con la familia no puede...

Si uno tiene esos dispositivos, por ejemplo en España existe una cosa que es automática que es lo que se llama carga familiar, si la persona vuelve a su casa pero tiene que estar cuidada por alguien porque está deprimida o para que no se suicide, tiene que haber un hermano, un pariente, un amigo... alguien que lo cuide; el Estado le paga un sueldo para que lo cuiden, en vez de internarlo el Estado paga un sueldo para que un familiar lo cuide en su casa, que es más barato que internarlo, además...

Intervención: Y es más peligroso. Lo digo por casos clínicos comprobados en los que se da a la familia el cuidado del paciente y la familia no puede ser institución. Hay que tener mucho cuidado con eso.

Emiliano Galende: Entiendo su preocupación, pero si yo pienso en el destino de miles y miles de personas por pensar en la peligrosidad y en el riesgo... es también para tener mucho cuidado con lo otro. Los dispositivos manicomiales han destruido la vida de muchas personas, no se puede ignorar eso. Tenemos que ser muy –muy– cuidadosos cuando uno toma una decisión de este tipo y además creo que son decisiones donde necesariamente la persona debe participar; debe participar, debe haber no sólo consentimiento informado, debe haber una actividad protagónica del paciente y las medidas que se van a tomar para su cuidado deben ser acordadas con él.

Yo creo que el daño y el riesgo mayor nuestro es imponer cosas que de algún modo traen otras consecuencias.

Norma Slepoy: Quiero hacer un breve comentario, porque observo que en distintas intervenciones ha surgido el tema de la continen-

cia y el de la gente que queda en la calle. Más allá de los motivos que han suscitado estas intervenciones, suele suceder en distintos ámbitos que se equipara desmanicomialización con desprotección de los pacientes. Me impresiona la regularidad con que aparece esta equivalencia, inclusive por parte de los pacientes de los neuropsiquiátricos. Creo que no se relaciona solamente con una ignorancia respecto de la posibilidad de una red alternativa, de un sistema de Salud Mental alternativo a la estructura manicomial. Me parece que responde a ideas muy acendradas, socialmente reproducidas, vinculadas a la tendencia a encerrar, en la que el otro es el apartado, o el propio sujeto consiente en ser encerrado.

Intervención: Quiero hacer referencia a dos o tres cuestiones. Una de ellas es el comentario de ese psicoanalista. Me parece que debería diferenciarse el pasaje de la persona que entra en un proceso de enfermedad –puede ser una psicosis– del pasaje en el que la institucionalización lo decreta loco. Y en esta cuestión me parece que lo primero que debería operar en cada uno de los saberes es la propia castración, y no hablamos –justamente– de la concepción interdisciplinaria. Hay que desarrollar el problema del abordaje de la locura, que no es el abordaje exclusivo de la psiquiatría, ni del psicoanálisis o la psicología; sino de una conjunción de saberes que cada día se van multiplicando y complejizando.

Hay que diferenciar lo que ocurre en el resto del mundo y lo que ocurre en Argentina y en Latinoamérica. Si uno recuerda lo que fue la declaración de Caracas, creo que ha quedado en el camino una reforma psiquiátrica. Y entonces, el manicomio que en un principio era disciplinamiento, después pasó a un estadio de control social y hoy es una unidad de producción, porque produce bienes –aunque parezca mentira– y sin embargo creo que también está operando un fuerte disciplinamiento, no para los que están internados sino hacia el afuera. La necesidad, justamente, a la que se refirió recién la colega, de un sistema económico, productivo, social y político que necesita la supresión de las diferencias; y la supresión de las diferencias es la anulación del sujeto porque se necesita una masificación en pos de una dominación que tiene muchas facetas y no la podemos ignorar. Y en esto tiene que ver la concepción de la normalidad, se requiere que siga vigente una concepción de normalidad y una concepción de naturalización de lo instituido.

Respecto de la pregunta de la colega, ¿qué hacemos de ahora en

más?, me parece que lo primero que hay que visualizar es que hay muy buenas intenciones –caso la ley de la ciudad de Buenos Aires– pero que hay muy fuertes obstáculos que a veces se los reniega; y estos obstáculos son políticos, estos obstáculos son sociales, estos obstáculos son corporativos y estos obstáculos son mercantilistas. Corporativos justamente, de aquellas profesiones que tienen cierta hegemonía y están ligadas a una serie de intereses económicos con los sectores mercantilistas farmacéuticos.

Por ejemplo, venimos peleando para que se puedan poner camas de internación en hospitales generales y la corporación médica determinó que no, que no quieren locos en los hospitales generales. Así va a ser muy difícil sacar el manicomio porque justamente, en la medida que hay dispositivos sustitutivos, se puede eliminar el manicomio. Así no se va a poder sacar nunca, porque hay una fuerte oposición. Hoy, cada cama de internación en el Borda y en el Moyano sale cinco mil quinientos pesos, se imaginan que –como decía Emiliano– con menos de la mitad uno podría subsidiar al paciente y a la familia para que no perdiera el lazo social.

Y respecto de los suicidios, yo creo que hay dos mil seres humanos que se vienen suicidando desde hace cuarenta, cincuenta años dentro de los hospitales y no se hace absolutamente nada. Hay un estudio reciente en España donde la incidencia de la violencia de los enfermos psiquiátricos es mucho menor –cuantitativamente– que en la población supuestamente normal. Y los invito a que vayan a la página web de la Auditoría General de Buenos Aires, donde hay un informe reciente del hospital Moyano y ahí hay muertes de pacientes que no están fundamentadas ni explicadas por la misma autoridad, ¿y esto qué otra cosa es que un asesinato, o un genocidio, que se está silenciando?

Intervención: Mi pregunta tenía que ver con todo esto, me llamó la atención que no incluyera los costos económicos que tendría esta reforma; y no solamente los costos económicos, sino los costos sociales y los costos políticos en nuestro país.

Emiliano Galende: Claro, yo no introduce para nada el país y ni siquiera pensar el programa de reforma en Argentina. Por supuesto que hay costos, pero hay muchos beneficios económicos, políticos y sociales.

Yo insisto en una cosa, yo creo que en Argentina las corporaciones

que se han opuesto, que impiden, que obstaculizan... están las corporaciones, no hay un movimiento de familias que se hayan movido como para reclamar más esto, no hay un movimiento de usuarios como ha habido en otros países, no hay una ubicación en la agenda política del tema de Salud Mental. Es muy gracioso –casi– lo que pasa, si ustedes leen todos los días los diarios se van a encontrar con temas de Salud Mental, todos los días aparece algún tema que tiene que ver con nuestro ámbito: violencia familiar, ahora la discusión por las drogas... está en los medios pero sin embargo nadie vincula que todos esos problemas van a parar a los servicios, así que –entonces– en los servicios está pasando eso.

Hay costos y beneficios, yo creo que lo que se vio en los países que han ido avanzando y se está viendo –en el caso de América Latina con Chile y se está viendo bastante en Brasil– desde el punto de vista del costo económico está muy claro. Hay desde hace quince años un grupo de estudios intereuropeo que se llama *Psicost* que estudia los costos de la atención desde la estructura de los viejos hospitales psiquiátricos a la nueva estructura de atención en servicios comunitarios. Hay publicado un estudio muy amplio, en el que participó una docente chilena, donde se ve que en costos es mucho más económico: el último dato que yo tenía muestra que –por ejemplo en España– el servicio de atención directa al paciente, no sólo la medicación, si está yendo a un hospital de día, si está siendo integrado a una empresa social... porque desde el primer contacto el paciente entra en lo que ellos llaman un protocolo complejo donde las medidas no son puramente médico-psiquiátricas-psicológicas; de entrada está el tema del empleo, la relación con la familia, la vida social, la vivienda... entra con todo eso y está el subsidio por carga familiar porque si la familia tiene que ocuparse hay que pagar el salario de alguno que lo cuide y lo陪伴e, no existe la figura que se inventó acá del acompañante terapéutico; ahora en algunos lugares, como Andalucía, se incorpora el amigo como también posible receptor de carga de ayuda... donde el servicio le explica qué hacer y están en comunicación por si la necesitan; son pacientes que no están en un delirio agudo con situación de mucho descontrol, son pacientes donde se evalúa si pueden estar o no en su casa. También han habilitado camas, muchos de los servicios comunitarios han habilitado una habitación con camas, como no hace falta tecnología son cuartos donde existe la posibilidad que alguien esté al lado del paciente las veinticuatro horas del día cuidándolo. Además se sabe

muy bien que si alguien está todo el tiempo cuidándolo, es más fácil que atarlo a la cama. Atado a la cama un tipo está juntando rencor, rabia y violencia; con alguien que está conversando la violencia, el rencor y la rabia la vehiculiza en el vínculo que está estableciendo con el que está al lado, aunque estén forcejeando: eso también ocurre, forcejean porque nadie quiere estar encerrado y entonces se quieren ir, el otro no los deja... pero eso permanece en un espacio humano.

Yo creo que hay costos al revés, el costo político sería el beneficio político de restablecer ciudadanos a la vida ciudadana y además generar un sistema de salud que fuera más respetuoso y más cuidador de las condiciones de ciudadanía, porque una de las primeras cosas que pierden estas personas es la condición de ciudadanos; hasta no hace mucho perdían el derecho al voto, es decir que no sólo pierden la libertad. Es una alteración, una anormalidad en la vida.

Acá se agita mucho el fantasma de los pacientes, la peligrosidad si salen... la tasa de delitos violentos de las personas que han padecido o que padecen trastornos mentales es muchísimo más baja que en la población normal. El problema del suicidio, hay un estudio que muestra que en Estados Unidos está subiendo enormemente la tasa de suicidios juveniles –entre los catorce y los dieciocho años– y se está viendo que son suicidios fuera de los servicios.

Norma Slepoy: Muchas gracias Emilio, muchas gracias a todos.

Los invitamos a continuar participando de este ciclo que culminará con la Mesa Redonda sobre Desmanicomialización en la apertura del Simposio Anual de APdeBA.

Emiliano Galende
Soler 4311
(1425) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Argentina