

# Avatares de la cronicidad: políticas, instituciones, dispositivos y terapeutas

Gustavo Pablo Rossi

*Licenciado en Psicología  
Profesor Adjunto a cargo de la Práctica Profesional en Acompañamiento Terapéutico,  
Facultad de Psicología, UBA  
Miembro del Capítulo de Historia y Epistemología de la Asociación de Psiquiatras Argentinos  
Miembro de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia  
Presidente del Capítulo de Acompañamiento Terapéutico de la Asociación Argentina de Salud Mental  
E-mail: grossi@sinfomed.org.ar*

## Introducción

Al hablar de cronicidad resulta complejo considerar hoy este término en forma unívoca, por lo cual vamos a tomar distintos sesgos de la inscripción de esta problemática en nuestra cultura. Aunque aparecen en línea, los fenómenos de la cronicidad, la exclusión, la institucionalización, el deterioro, tienen también elementos de disyunción. Habrá que diferenciar

*cronicidad de exclusión*. No todo aquel denominado crónico es un *excluido*. Y hay *excluidos* por cuestiones precisamente sociales, culturales, políticas, penales, que no tienen la característica de ser *crónicos*. Debe diferenciarse también *cronicidad de institucionalización*. No todos los *crónicos* están en instituciones. Ni podría afirmarse hoy que todas las institucio-

---

## Resumen

Se abordan diferentes vectores que hacen a la problemática de la cronicidad. El individual, del paciente; el sociopolítico; el inherente al lugar del terapeuta, los dispositivos, las instituciones en el abordaje de los pacientes crónicos. Se realiza un recorrido temático y de autores que tiende a repensar la posición del terapeuta (psiquiatra, psicólogo, psicoanalista) ante estos pacientes. Ubicados a veces como inclasificables o refractarios, que -como se ha dicho- en la valoración de los profesionales son intrínsecamente difíciles y poco "gratificantes", nos llevan a considerar los ideales de salud, las expectativas, así como las incomodidades de los modelos de tratamientos y dispositivos institucionales.

**Palabras clave:** Cronificación - Políticas y dispositivos de desinstitucionalización - Aburrimiento - Objetivos terapéuticos.

UPS AND DOWNS OF CHRONICITY: POLICIES, INSTITUTIONS, MECHANISMS AND THERAPISTS

## Summary

Chronicity is approached from several angles: that of the individual patient, the sociopolitical background, the therapist's role, the institutional framework for the treatment of chronic patients. Relevant themes are discussed and authors visited that contribute to fresh thinking regarding the position of the therapist (psychiatrist, psychologist, psychoanalyst) towards these patients. More often than not, these patients are classified as unclassifiable, or refractory. As it has been said before, this implies that from the professional's viewpoint these patients are intrinsically difficult and "little rewarding". This raises the question of health ideals and expectations, as well as the institutional inconveniences of current models of treatments and institutional devices.

**Key words:** Chronicity - Political and therapeutic devices of desinstitutionalization - Boredom - Therapeutic purpose.

nes generan necesariamente cronicidad. Y, deslizándonos hacia la idea de cronificación, no es válido decir que ésta sea un efecto exclusivo de la institución.

A partir de esto, nos preguntamos acerca de las dimensiones que atraviesan la problemática de la cronicidad: ¿es una cuestión sociopolítica, científica, técnica, ética? El abordaje debe estar compuesto de vectores que se articulan en el análisis.

Voy a realizar una división esquemática en tres vectores para pensar este tema; los dos primeros nos trazan las coordenadas más amplias para llegar al punto que quisiera enfocar especialmente.

1- Una cuestión es la específica del paciente que tiene un padecimiento psíquico severo, del defecto o incapacidad que presenta en términos médicos y de la subjetividad; los efectos de algunos cuadros clínicos, de ciertas estructuras psíquicas, en su relación con la cronicidad.

2- Otro nivel de análisis remite a la cuestión sociopolítica, que implica la problemática de los pacientes crónicos desde una perspectiva más amplia (la menos abarcable para nuestro artículo), social, política y económica, tanto en el área de Salud, en Salud Mental, como en lo que se llama la biopolítica o en la dimensión más cercana al control social. Ubicamos aquí el lugar de las instituciones cerradas en las políticas públicas, así como los recursos, programas y sistemas abiertos para pacientes crónicos, con su tenue existencia y sus líneas de inercia.

3- Y otro sesgo posible al pensar esta problemática es la referente al funcionamiento de las instituciones, los dispositivos, los terapeutas, e incluyo acá también cuestiones de la cultura de época en que podemos enmarcar hoy la cronicidad. En términos de esa cuestión cultural, me interesa introducir también la idea de aburrimiento, que ubico en sintonía con lo que me inspira el tema de la cronicidad. Si puede elegirse un color para estos pacientes, sería el gris, no es el paciente blanco (el que cumple con las expectativas, el que presentamos en los ateneos, el del fin de la cura), ni el negro (el complicado pero de producción interesante, el de las crisis "floridas", el que nos desafía, el que también presentamos en los ateneos aunque más recordado).

### Lo crónico de la enfermedad y del enfermo

En los cuadros clínicos asociados a la locura, desde mediados del siglo XIX la psiquiatría se basará en la diacronía para hacer una distinción en el estudio de las enfermedades, tomando en cuenta dos términos que quedan asociados: cronicidad y deterioro. De acuerdo con lo planteado por J. C. Stagnaro (25) es interesante diferenciar el concepto de cronificación respecto de la idea de cronicidad propia de la estructura psíquica. Destaca que, mientras por una parte existe cierta cronicidad a manera de un "defecto" que se va acentuando, descrito en forma paradigmática en algunas formas de las psicosis, la *cronificación* será inherente a los efectos de la institucionalización, del

encierro, digamos, del des-tratamiento equivocado. En relación a esto, vemos dos polos: 1- aquel en que se ubica la cronicidad como una "evolución natural" de la enfermedad; y 2- cuando la cronicidad resulta una secuela generada por el mismo tratamiento, donde incluiría desde lo específicamente institucional a la sobremedicalización o medicalización inadecuada, el aislamiento, la ausencia de estímulos mínimos en la vida diaria, etc.

En términos más llanos, suele hablarse hoy de "cronicidad de la enfermedad", mientras se alude a la cronificación del enfermo y de las instituciones (15, 20, 25).

¿Es una manera de contextualizar la vieja idea de cronicidad en esta época? Al respecto, cabe apelar a alguna definición de diccionario: a diferencia de *cronicidad*, tengamos en cuenta que la palabra *cronificación* va a aparecer recién en la próxima 23<sup>a</sup> edición del Diccionario de la Real Academia Española (DRAE) con el significado de "acción y efecto de cronificar" (la última edición es de 2001). Cronicidad aparece en el DRAE como un término médico que significa "cualidad de crónico", esto es, que una dolencia se haga crónica. Según la edición actual, lo crónico en una enfermedad es que sea larga, que una dolencia sea algo habitual. Lo agudo, por contraposición, dicho de una enfermedad es "que sea grave y de no larga duración". La cronicidad se refiere a una patología que progresa o persiste durante un tiempo prolongado, generalmente toda la vida.

En la historia de la medicina, en la segunda mitad del siglo XX hubo un cambio significativo en la incidencia y prevalencia de las enfermedades, reflejado en la variación de los últimos 30 años a nivel de morbilidad y mortalidad. A partir de la década del setenta van adquiriendo mayor importancia las enfermedades de origen no infeccioso.

Hay efectos de estos desarrollos científicos, sociales y de la tecnologización en el área de la Salud, que se observan en el surgimiento de campos de intervención relativamente nuevos; un ejemplo es el de los "cuidados paliativos", que pueden ubicarse como respuestas a problemáticas que son efecto principalmente de los avances científico-técnicos de una época. Un médico especialista en cuidados paliativos, Jean-Michel Lassaunière, ubica en este terreno la cuestión misma de la cronicidad para la ciencia médica. "La medicina moderna, por su misma eficacia en prolongar la vida, ha generado la cronicidad: en 1970, un paciente con leucemia aguda sobrevivía unas pocas semanas; hoy, vive cuatro o cinco años, pero con recaídas, problemas frecuentes que merecen atención. Aquí se ubica la noción de cuidado paliativo, cuyo punto de partida fue el tratamiento del dolor..." (17).

En el ámbito psi la idea de paciente crónico ha sido motivo de controversias, aunque hay acuerdo en hablar de cronicidad cuando los trastornos recurrentes se asocian a "incapacidades de larga duración", con necesidades que hacen al paciente altamente dependiente, con severas dificultades para afron-

tar las demandas de la vida diaria. También aparece como figura relativamente nueva: la del *paciente crónico que no se liga en forma directa a un cuadro clínico*, a un diagnóstico, sino que aparece con la característica de permanecer cristalizado largo tiempo en el marco institucional, o en el ámbito relativamente cerrado de diversos tratamientos psi (22). En este grupo incluiría los pacientes “intratables”, refractarios, o incurables<sup>1</sup> (26), cuyo rasgo común es el de no responder a las diferentes ofertas de tratamiento institucional, o por tener una posición de ausencia de demanda al tratamiento, rechazos intermitentes, indiferencia o abulia frente a las propuestas terapéuticas. Pacientes que se deslizan paulatinamente hacia ese mundo gris de la cronificación.

### Entre la cuestión sociopolítica, la técnica y la ciencia

#### *Políticas crónicas*

Es sabido que este tema no puede pensarse fuera del marco socio-político de un país y de una región, ni de las políticas en Salud y Salud Mental, sus programas, su articulación o desarticulación, sus limitaciones, sus efectos.

Debemos contextualizar también que las condiciones socio-políticas, económicas, *inciden* -tan temprano como tarde- en los efectos de cronificación en las personas vulnerables, en las propuestas de tratamiento, en los recursos posibles. En nuestro país deben situarse las transformaciones que implicó la década del 90, con años de devastación para la inserción laboral y la distribución del ingreso (4); en un contexto de empuje a la globalización -a un orden globalizado hoy en crisis-. Asimismo, las problemáticas ligadas al aislamiento se agravan en tiempos donde la dinámica social está especialmente fragmentada, con una marcada incapacidad de producir cohesiones duraderas y de conjunto, redes de solidaridad amistosas y familiares, incluso para la construcción de fuerzas grupales o pertenencias políticas. En tiempos donde el Estado es absorbido por la lógica del mercado, donde prima el desinterés por lo “no-rentable”, dónde el ciudadano queda desplazado a la figura del *consumidor*, cabe preguntarse: ¿dónde queda aquel que no puede entrar en el circuito de los “consumidores”? Nos encontramos con personas que van perdiendo cada vez más (para sí y para los demás) esa categoría de *ciudadano*, con derechos y obligaciones, que parecen intrínsecas de un determinado *pertenecer*...

En este contexto, resulta fundamental el aporte que pueden hacer al diseño de Políticas en Salud Mental, a la planificación de sistemas de tratamiento, tanto los dispositivos ambulatorios como el trabajo en red, así como las estrategias que permita una continuidad

entre las distintas instancias terapéuticas (internación - hospital de día - consultorios externos), con herramientas como los talleres protegidos y de ocupaciones específicas -recreativos, educativos, laborales-, el acompañamiento terapéutico, los grupos de usuarios, el apoyo a las familias, etc. (22). Lamentablemente, en Argentina no suelen ser tomadas en cuenta una importante cantidad (y calidad) de recursos y herramientas terapéuticas ambulatorias en este campo, tanto para ampliar la visión en la instancia de planificación como en la implementación de las Políticas en Salud Mental.

Y cuando se vuelve a hablar de des-institucionalización, no puede obviarse la existencia de esa gama de recursos y estrategias de asistencia que permitan sostener el “afuera” (de la institución y del consultorio) en estos pacientes. Mientras en la ciudad de Buenos Aires se retoman proyectos en este tema, bajo sospechas de negocios inmobiliarios o más recorte presupuestario, se desoye la Ley de Salud Mental 448, que se sancionó para garantizar una mejor calidad y efectividad de la atención mediante un sistema de redes, de asistencia en domicilio, con dispositivos y equipos que contemplen el mantenimiento de vínculos y contactos del paciente con familiares, allegados y el entorno laboral y social; esto es, lo que hace a la vida diaria, con servicios y apoyos ubicados en la comunidad, alternativas laborales y alguna opción de recursos para su supervivencia económica.

Resulta necesario igualmente pensar esa “supervivencia” también en términos de la subjetividad, del sostén diario posible para la propia persona “asistida”. Con quién, cuál va a ser el “sentido” de su cotidianidad en los nuevos contextos vitales, en qué comunidad/es se va a encontrar. Esto es, no se trata de crear *pequeños manicomios* con mejor hotelería para algunos, pero enmarcados en la misma lógica, del encierro y la cronificación.

También esa Ley plantea el desarrollo de acciones en conjunto entre las áreas de Trabajo, Educación, Promoción Social, etc. Esto se presenta en sintonía, por ejemplo, con la productiva experiencia española de “continuidad de cuidados en Salud Mental” (20, 22), cuyo recorrido es interesante para cotejar con la realidad local. Con influencia de conceptos de la Salud Mental Comunitaria, en España la Continuidad de Cuidados, contempla un entramado de recursos e instituciones, situados “tanto en la red territorial como en la dimensión temporal”, a partir de pasar de un “modelo centrado en la exclusión a otro basado en la integración a la comunidad”. Y “en el sujeto como elemento activo en su proceso de integración social, y poseedor de derechos y deberes” (20).

Destacan, igualmente, que en la atención comunitaria a personas con un trastorno mental crónico “puede tener más efectos terapéuticos el vínculo y el

<sup>1</sup> Resulta muy interesante al respecto el artículo sobre “Psicosis actuales” de E. Vaschetto, a quien agradezco los aportes bibliográficos en relación a esta perspectiva para pensar los pacientes refractarios, así como sus comentarios respecto del trabajo que realizó junto a un equipo del Hospital Central de San Isidro, que se publicó con el nombre de “Incurables” -ambos en Vaschetto E (comp.), 2008-.

buen trato de una trabajadora familiar con frecuencia en el domicilio”, que la atención con una frecuencia esporádica de los especialistas sanitarios (20). Lo más razonable -dicen y acordamos- es la combinación adecuada de las distintas intervenciones, sociales, psicológicas y farmacológicas (20).

Para avanzar, traemos como contrapunto algunos aspectos del informe que publica el libro “Vidas arrasadas” (4), donde quedan expuestas situaciones de desarticulación, de manejo irracional de recursos, desarticulación, entre otros problemas. “El alto grado de hospitalización a largo plazo en grandes instituciones consume los recursos públicos que deberían ser usados para desarrollar servicios integrados a la comunidad”, lo cual implica además gastos innecesarios y en aumento, a veces por la sobremedicación, que se suma a las enfermedades asociadas producto de la creciente cronificación de los pacientes internados. Por ejemplo, en la Ciudad de Buenos Aires, las tres instituciones psiquiátricas más grandes “gastan el 80 por ciento del presupuesto de salud mental” (4). Además, en todo el país “aproximadamente el 70% de las personas internadas permanecen segregadas de sus comunidades por razones sociales”. “El principal factor que contribuye con la institucionalización a largo plazo es la carencia de servicios y apoyos adecuados en la comunidad”. El desarrollo de “estrategias innovadoras de atención para la salud mental” -como ser el subsidio económico para la vivienda, la rehabilitación psicosocial y el apoyo de los pares- “ha probado que la gran mayoría de las personas con discapacidades mentales” puede vivir en sociedad, con mayor o menor asistencia según el caso (4).

La segregación a gran escala de la que son objeto las personas institucionalizadas en el sistema de

salud mental argentino es injustificada, según dicho informe. Argentina es uno de los países con más psiquiatras y psicólogos per cápita del mundo. Amplios sectores de la población urbana argentina financian individualmente su psicoterapia durante largos períodos de tiempo. Sin embargo, esta riqueza de recursos *no se traduce en políticas generales conducentes*.

Ahora bien, la masiva institucionalización y sus consecuencias en la cronificación de los pacientes, pueden atribuirse a *decisiones políticas erróneas* “que se traducen en una mala asignación de recursos gubernamentales y en la ausencia de planificación en políticas específicas que se orienten a proveer atención a la salud mental centrada en la comunidad” (4).

Y según estudios sobre las variables económicas del tema (20, 24), se agrega que desde hace muchos años los procesos de desinstitucionalización, cuando se implementan gradualmente a través de hospitales de día, casas de medio camino, etc., presentan muy buenos resultados, “ya que indica una reducción de costos operativos y de capital de carácter significativo para el sistema de salud. En lo económico, los estudios de costo/efectividad al respecto, indican la conveniencia de implementar dichos procesos” (24).

Entonces, aunque la queja frecuente acerca de la falta de recursos económicos da cuenta de una necesidad imprescindible en relación a un proyecto político-económico, debe igualmente tomarse en cuenta que en algunos aspectos no es una cuestión de mayor presupuesto. Al respecto, no suele ponderarse el costo que tiene, en el terreno de las políticas en Salud Mental, las deficiencias en la articulación entre los sectores públicos y privados, y entre las instituciones y profesionales dedicados a la asistencia (que inciden por ejemplo en el llamado síndrome de las puertas



giratorias, de reinternación cíclica). A veces se supone que la tan mentada "eficacia" es contradictoria con la idea de implementar acciones en red, en equipo interdisciplinario, poniendo como obstáculo central lo referente al costo económico que tendría. Sin embargo, en el estricto plano económico, la falta de planificación política y la ubicación de los costos de manera "cortoplacista" hace que no se consideren los "beneficios" que tiene para la/s institución/es (de los diferentes subsectores del ámbito sanitario, en última instancia para las políticas públicas) el hecho de que sus pacientes/afiliados no se cronifiquen, es decir que no se agraven en su estado de salud, en su vínculo social, en su inserción laboral, en fin, si se toman en cuenta las cuestiones ligadas al deterioro, los efectos en el entorno familiar, las secuelas del aislamiento y la falta de estimulación, etc. (2, 24).

"Con una pequeña inversión, los grupos de familiares y usuarios o ex-pacientes pueden ser un recurso inmenso que permitiría desarrollar iniciativas de apoyo y defensa de los derechos de las personas con discapacidades mentales en la comunicada" (4).

No es únicamente entonces una cuestión de política de Estado lo que está en juego, aunque la decisión política es una base, otorga un "fundamento", un horizonte, para implementar acciones individuales y de conjunto, para el diseño de programas, hasta para la formación de los trabajadores de la Salud Mental.

Por mi experiencia de trabajo con el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico (en la clínica privada y en instituciones hospitalarias), vengo sosteniendo que la inclusión de recursos menos medicalizados, que den lugar a la escucha y la presencia en el entramado de la vida de un paciente y su familia, nos ayuda a sostener tratamientos más dinámicos en relación

a situaciones de cronicidad. Donde el armado singular de un trabajo en red permita programar una desinstitucionalización, y avanzar en el tratamiento ambulatorio con un sostén que articule el plano de la subjetividad (del paciente y los familiares) con la eficacia en el uso de los recursos cotidianos económico-sociales (21, 22, 24). Destaqué aquí la noción de "cuidados" *no-anónimos* (22) como posición para *propiciar y alojar la palabra*, desde la clínica, en dispositivos con anclaje social, que faciliten una *expresión subjetiva*.

### Cronificación, instituciones y control social

Ahora bien, tampoco podemos ignorar las implicancias del par institucionalización-cronificación en relación al tema del control social, desde la vieja mirada del encierro y aislamiento del loco para sostener el orden social. En el siglo XX la antipsiquiatría y otras escuelas teórico-clínicas (entre las que se destacaron algunas corrientes del psicoanálisis, junto a movimientos sociales), llevan adelante una lucha contra la institución manicomial, puesta en el centro de las críticas por el efecto de cronificación al que ha quedado ligado el devenir del modelo pineliano (2, 25).

En la segunda mitad del siglo XX, para pensar este giro que toma el cuestionamiento de la psiquiatría asilar traemos brevemente una puntuación de ideas de Michel Foucault y de los desarrollos de Franco Basaglia. Foucault manifiesta su preocupación porque la lucha contra el manicomio pueda llevar "a exportar la psiquiatría al exterior, multiplicando sus intervenciones en la vida cotidiana" (11). El planteo, que se sostiene desde distintos autores ligados a la antipsiquiatría, es que el control social se ha des-



plazado ahora hacia afuera del hospital, cobrando un alcance más extenso, de connotación macropolítica.

En línea con esto, luego de las reformas de desinstitucionalización, Basaglia encuentra el peligro en que *el problema del enfermo mental* sea definitivamente "medicalizado" en detrimento de una toma de conciencia de su *dimensión sociopolítica*. Es que, si al suprimirse los manicomios todo tenderá a partir de allí a ingresar en la vasta área de la medicina, el problema dirá Basaglia es que "no todo se puede medicalizar. Queda afuera, en efecto, todo el conjunto de individuos que son paraenfermos, parapsiquiatrizados, drogadictos, alcohólicos, etcétera" (6). Esto implica crear así "un ejército de técnicos para asistir a estas personas que se encuentran entre la medicina y la Justicia, en tanto crean problemas de orden público" (6). Se podría rehacer así la trama médico-judicial que se asociaba a la institución asilar, donde el cuidado del enfermo está al servicio de cuidar el orden público.

Si se amplía la medicalización del problema del enfermo mental, una franja mucho *más amplia y menos definida de individuos*, que se encuentra a mitad de camino entre la medicina y la justicia, puede controlarse mediante un ejército de nuevos técnicos y puede ser sancionada por una "norma" cuyos límites, al ser imprecisos, se vuelven omnicomprendidos. En esta perspectiva, las tecnologías disciplinarias (el manicomio, la cárcel, la fábrica, el ejército) tienden a desaparecer en favor de la proliferación y la dispersión reticular de los *mecanismos disciplinarios* dentro de la sociedad.

Para esta corriente antipsiquiátrica, la abolición del manicomio no debe determinar una psiquiatrización de lo cotidiano. Ahora bien, dos negaciones aparecen de algún modo como contradictorias: ¿cómo se puede dismantelar el hospital psiquiátrico sin potenciar la prevención, la poscura, la continuidad terapéutica? (6). Lo complejo de la problemática, tanto desde el punto de vista conceptual como práctico, hace que no pretendamos cerrar esta pregunta ahora, sino traer elementos en tensión para repensar la clínica en su cruce con lo social.

Rescatamos finalmente de Basaglia el llamado a los psiquiatras para no ignorar los *aspectos sociopolíticos* del problema de la enfermedad mental, y de sus tratamientos, sus instituciones y cronificaciones, lo cual llevaría a limitar su acción "al solo aspecto sanitario" (si pudiera hacerlo), y convertirse "en el técnico que pone a disposición su ciencia para adaptar mejor al oprimido al opresor", llamado que es válido también para psicoanalistas y demás trabajadores de este campo.

Y ampliamos este desarrollo con un libro de Paulo Amarante (2), para quien los aportes de la antipsiquiatría y de la corriente basagliana de desinstitucionalización, hacen que "la salud y la enfermedad ganan concreción histórico-social, se vuelven fenómenos datados en la realidad política de los sujetos sociales. La abstracción operada por la mirada positivista de las instituciones psiquiátricas puede ser recolocada

y situada en la existencia de toda una relación entre saberes/poderes/subjetividades, hechos prácticas sociales" (2).

Para Amarante, desinstitucionalizar tampoco se restringe a deshospitar, a la supresión de organizaciones hospitalarias manicomiales, sino que "significa entender institución en un sentido dinámico y necesariamente complejo de las prácticas y saberes que producen determinadas formas de percibir, entender y relacionarse con los fenómenos sociales e históricos" (2), como la locura, la cronificación.

Desde el psicoanálisis, que es el punto con el cual finalizamos este artículo, una concepción que apela a lo comunitario también sostendrá los derechos del paciente como *ciudadano*. Ello nos lleva a su vez la defensa de los *derechos humanos* como prioridad en las políticas en este campo de la salud y la salud mental, donde lo *inclusivo* es central. Y también a sostener que los derechos humanos, los derechos ciudadanos son algo previo, una premisa indispensable, sin la cual no podemos pensar un tratamiento posible, sin la cual no hay psicoanálisis posible, siendo ésta una controversia que puede considerarse ya agotada para los analistas después de décadas (8, 18, 19, 22).

## ¿Antipsicofarmacología?

Para continuar hilvanando este recorrido, traigo los aportes de un reconocido psicofarmacólogo, crítico, David Healy. Escribe que con la llegada de la antipsiquiatría "se alegró que las camisas de fuerza tradicionales habían sido simplemente reemplazadas por camisas de fuerza químicas, por la 'camisola' química. Sin duda se había conseguido el silencio tras los muros de los psiquiátricos, pero era el silencio de los cementerios" (13). El silencio de la cronicidad también, acotamos.

Rescata que en los argumentos de la antipsiquiatría "subyacía la idea de que nuestra forma de goberarnos ha cambiado y de que la psiquiatría ha pasado a formar parte del «nuevo orden» de gobierno". Aunque se está de acuerdo en que ha existido una desinstitucionalización, sin embargo Healy dice que por ejemplo en "Gran Bretaña al menos, se retienen durante periodos tres veces mayores que hace cincuenta años, se admiten en un índice quince veces superior y -como media- ocupan camas durante más tiempo que en ninguna otra época. Además, los hospitales están admitiendo nuevos pacientes, como los que sufren desórdenes de personalidad, y la gestión de la violencia y de los problemas sociales ha pasado a ser cuestión de la psiquiatría" (13). Como vemos, no está lejos de varios puntos que traíamos de los planteos del propio Basaglia.

Además, expone otras ideas que alimentan la polémica, a diestra y siniestra: "El mundo cambió. La psiquiatría y la antipsiquiatría fueron borradas del mapa y reemplazadas por una nueva *psiquiatría de las corporaciones*. El propio Galbraith ha denunciado que ya no tenemos mercados libres, sino que las empresas par-

ten de lo que quieren vender y acto seguido preparan el mercado para que consumamos esos productos. Si funciona con los automóviles, con la gasolina y con todo lo demás, ¿por qué no iba a funcionar con la psiquiatría?” (13).

Se ha pasado, dice Healy, al “lenguaje de la *gran ciencia*, donde empresas y médicos comparten los mismos intereses”. Se podrá así abandonar el concepto mismo de enfermedad. “Los ejecutivos de las empresas farmacéuticas y de otras corporaciones ya han renunciado a él y hablan abiertamente de *agentes de estilo de vida*” (13). ¿Habrán un estilo de vida para el paciente crónico?

Y predice que el cambio que viene no estará ligado al mundo “de la medicina tradicional, donde las drogas trataban enfermedades para restaurar el orden social. Será un mundo donde las intervenciones psicofarmacológicas *podrán cambiar dicho orden*” (13).

¿Será para tanto? ¿Estamos ante un capitalismo decepcionado que no puede abrir su mente más allá de la economía de mercado? ¿Podemos hablar en términos de *predicciones*, sin irnos de la *ciencia*? No tratamos de responder cada pregunta, pero al menos nos pareció necesario hacerlas, en pos de no caer en una ingenuidad bajo la supuesta asepsia científica.

### Excluidos, náufragos, innumbrables crónicos

En el terreno de las acciones y políticas que apuntan a la resocialización y reinserción, nos aporta al tema Patrick Declerck, antropólogo y psicoanalista, quien cuestiona desde su perspectiva la ideología que sustenta la noción de “reinserción”, aunque el libro “Los náufragos” se aboca especialmente al trabajo con sujetos crónicos de la indigencia, esto es, personas indomiciliadas, vagabundos (donde por supuesto se encuentran enfermos mentales crónicos), que ubica como *innumbrables*. “La reinserción supone, la mayoría de las veces de manera implícita más que explícita, la idea de un regreso del sujeto al seno de la *normalidad social y económica*” (7). Esta representación viene junto a una dimensión espacial, donde se imagina al sujeto como una pieza del *puzzle* aislada y, por eso mismo, carente de sentido, que volveríamos a colocar -afirma- “en su lugar preciso, insertado, ciudadano por fin entre otros, en el marco de las obligaciones del funcionamiento social, económico y relacional. Curado, autónomo, viviría el resto de su existencia, colmado de las delicias de la normalidad, es decir, en definitiva, del trabajo” (7).

Como plantea también Olivier Douville al escribir sobre el tema (10), pensemos que muchos hombres y mujeres que sobreviven en los límites de la razón social y de la razón humana, nunca han estado “insertados”.

La reinserción aparece ligada a la categoría compleja de “exclusión”, con la cual socialmente se identifica con una *colección* de individuos que son agrupados en función de un dato que los homogeneiza (3, 7), donde también tiende a suponerse la causa de

su exclusión (desde el esquizofrénico al “adicto”, o el desocupado, el delincuente, etc.), que produce en muchos casos cronicidad.

En este punto, Douville afirma que considerar la existencia de una categoría supuestamente homogénea de excluidos es una *ficción*. No se trata de un grupo homogéneo, aunque si hace que la sociedad se forje una *manera de estigmatizar*. “Hoy, con el fenómeno masivo de la exclusión social, los clínicos y los trabajadores sociales se encuentran atrapados en un vértigo entre medicalizar lo social o ‘etnologizar’ el sufrimiento psíquico” (10).

“La exclusión es un fenómeno sociológicamente dudoso, pues al fin y al cabo, ¿qué otra cosa es el margen o el envés de la sociedad, sino también la sociedad?” (7).

La idea de exclusión designa al mismo tiempo “el estado y la causa”, y supone un individuo que no está, o que ya no está, integrado en una red de solidaridad familiar, amistosa o de barrio. Semejante definición establece además una línea divisoria entre exclusión y precariedad. Existen barrios, poblaciones en situación económica precaria pero en los que se producen sistemas y redes de solidaridad económica, basados unas veces en el trueque, otras en economías marginales o poco legales. Debido a la existencia de esas redes de solidaridad, no puede hablarse en esos casos de exclusión. A la inversa, “en ciertos islotes de exclusión, no-lugares situados en las orillas de lo que muestra y permite el desplazamiento de los cuerpos y de los objetos, de lo que da presencia y hace físicamente palpable la velocidad” (cruces de ramales y puentes de conexión de autopistas, *halls* de estaciones o de aeropuertos), se puede ver cómo se reúnen algunos “encejados fuera”, “exiliados del interior”... El excluido -en estos términos- es el que ha superado una línea, un umbral, un pasaje, que llevó a cabo “un salto en el que se ausenta del vínculo social y la fraternidad de discurso”. “Es a menudo a través de una relación catastrófica con el espacio común, con la polis, como la precariedad se inclina hacia la exclusión” (10).

Como se vió también en los procesos de desinstitucionalización en Salud Mental, Douville refiere que “los excluidos niegan la mayoría de las veces los trayectos de reinserción que se les proponen”.

Coincidimos en que no se trata entonces de “reincorporar o re-insertar”: en estos trabajos se propone facilitar que esos sujetos puedan utilizar mejor “las funciones de abrigo y de cuidado que ofrecen algunas instituciones. Hay exilios del interior, sin gran retorno posible hacia soluciones sociales convencionales, pero a los que se puede ayudar a no seguir destruyéndose” (10). ¿Un programa *mínimo, resignado, derrotista*? Un programa que más bien toma en serio lo que se estaría destituyendo, dice Douville, para colocar en primer plano “la función asilar del cuidado psíquico, actualmente despreciada en provecho de la función promocional del cuidado educativo” (10). ¿Es que hoy en día sólo queda la calle como lugar en el que se pueda estar loco?

Hay entonces aquí una apuesta a reconsiderar la noción de *exclusión*, que trae consecuencias para la problemática de la cronicidad. Al fabricarse una masificación de la categoría, los excluidos se ubican sin ninguna pertinencia clínica, además de hacer de los «excluidos» una suma de víctimas, “por encima de toda sospecha”, que tienen que aprender a mantenerse en pie “como todo el mundo”, lo cual resulta ser -en el caso de los indigentes tanto como en nuestros casos crónicos- “un ideal terapéutico no sólo ilusorio sino catastrófico” (7).

La víctima es a la vez objetivada y absuelta. Esto es, queda en el lugar de objeto, donde ya no sería pertinente apelar a ninguna responsabilidad posible.

También en la cuestión de la cronicidad debería abandonarse la fascinación por el extranjero y por la víctima. Y como hemos escrito a propósito del tratamiento de las psicosis (22), una de las primeras cuestiones básicas a transmitir es la de no tratar al “paciente” como un “extraño”, como aquel con quien no se puede conversar con alguna espontaneidad, como quien conversa con un amigo o un semejante, sea por verlo peligroso, sea por verlo en el lugar de la víctima (12, 22). En el plano de las terapéuticas posibles, se observa que resultan productivas las experiencias donde se apela al vínculo del sujeto con pares, donde algo del imaginario de un vínculo amistoso se juega, y el diálogo implica la presencia de un otro como semejante y no una interrogación desde el lugar del Saber/Poder del terapeuta (sea psiquiatra, psicólogo, psicoanalista, acompañante terapéutico o cualquiera de las funciones *psi* disponibles).

Decimos, para pasar el punto siguiente, que la *exclusión* implica un sujeto deshilvanado de una red social que lo contiene, aislado muchas veces, segregado no sólo en términos de marginalidad económica (por fuera del circuito laboral, del acceso a los derechos fundamentales de vivienda, salud, educación, etc.), sino también en términos simbólicos, en términos de lo que significa para el sujeto humano la necesidad de *inclusión* en una cultura, y los riesgos de quedar a la deriva, en la cornisa del lazo social... Este riesgo, es *subjetivo*, pero justamente en el punto en que es necesario que el sujeto humano (para constituirse) haga *lazo* en lo social<sup>2</sup> (8, 22, 27).

Y con ese riesgo trabajamos también psicólogos y psiquiatras, para lo cual se conoce que el mantenimiento de los procesos de reforma socio-sanitarios necesitan de determinadas condiciones de sensibilidad y solidaridad sociales (9), que nos incumben.

## Cronicidad y tiempo: el de los terapeutas, el de la época

### *Lo crónico y el aburrimiento*

Si es obvio que al hablar de cronicidad hablamos del tiempo, avanzo ahora para ubicar el tiempo en

términos de la época y sus malestares, y en especial cómo se encarnan éstos en los profesionales y los dispositivos terapéuticos.

Mientras escribo sobre cronicidad, me encuentro que por otro lado en estos años se habla de la “urgencia generalizada”, como tema que se fue ampliando en su teorización desde el psicoanálisis, en contacto con el ensayo social y filosófico (1, 28). Esto nos confronta con la atención de la prisa y la impulsividad, nos lleva frente al tiempo en su dimensión de velocidad, nos ubica como terapeutas con la necesidad de dar una respuesta en lo inmediato. Se habla de la urgencia subjetiva como la situación donde *alguna respuesta no puede ser diferida*. La posición del terapeuta buscará, sin embargo, incluir allí alguna pausa, *ganar algún tiempo*, en esa línea irá en tal caso su respuesta.

¿Que tendrá que ver con la cronicidad? No es el tema a que nos convoca este artículo, lo utilizamos precisamente como contrapunto con nuestro título. Una definición posible de la urgencia, deducida de un conocido psicoanalista francés, será la de ubicarla como “lo imposible de soportar para un sujeto al que *nada divierte*”...

Como contracara de esa urgencia, podemos ver, en este mundo donde el discurso de la ciencia y el orden del consumo y su ligazón con la *tecnocultura* estratifica la sociedad entre consumidores y no consumidores, algo que es efecto de esto, en unos y otros, que es algo así como un rasgo de “*aburrimiento generalizado*”. Siempre necesitamos *algún consumo más* para divertirnos, cuando no para *entretenernos*. ¿Tenernos entre quienes?, sería la pregunta. Lo llamativo, es que esto suele decirse, por ejemplo, en aquellos que están aburridos, solos, sin obligaciones estables: “hago esto para entretenerme”. ¿Entre -sí mismo- tenerse? Hay formas y formas de sostenerse en “homeostasis” con *lo sintomático* de cada uno, lo sabemos, aunque el valor del entretenimiento es una marca propia de ciertas culturas, puesto en su máxima expresión en el “negocio del ocio”.

También, al hablar de tiempo nos encontramos con esa dimensión contraria a la prisa, ahí donde “el tiempo no pasa”. ¿Estamos así con los pacientes “crónicos”? En una *pausa* que se nos hace eterna, aunque no llegue a ser eso *imposible de soportar*.

Traigo aquí a una autora muy interesante, Diana Cohen Agrest, para quien si hay un problema verdaderamente filosófico es el aburrimiento. En un artículo reciente sobre el tema (5), que da elementos para un desarrollo mucho más amplio, comenta que hasta Kierkegaard hace entonces crearon a los seres humanos”. Y también “Adán estaba aburrido porque estaba solo, entonces crearon a Eva. Desde entonces, el aburrimiento ingresó en la Creación” (5). Nietzsche no le fue en zaga cuando con sarcasmo sugirió que *en*

<sup>2</sup> O se inserten en alguna “comunidad de vida”, como argumentan Vaschetto-Faraoni (22), considerándolo más preciso que ubicar -en algunos individuos- la existencia del lazo social, en tanto el mismo implica superar la relación dual.

su descanso sabatino Dios se habría aburrido espantosamente. Como leerán, se liga el aburrimiento a la soledad, de los dioses, de Adán, del sábado de descanso, sin humanos, sin amigos, sin Evas a la vista.

Volviendo a esta pensadora, dice que “*exonerado del campo de las patologías*, el aburrimiento no suele ser de interés ni para los psicólogos ni para los psiquiatras, aun cuando es vivido como una pérdida de identidad que denuncia el corte entre el sentido y el vacío de sentido”. Sin embargo, ahí donde se perpetúa, “se transforma en el *taedium vitae*, el tedio de la vida ante el cual la jurisprudencia de la antigua Roma legitimaba el derecho al suicidio”.

Llegados a este punto: ¿podría plantearse una *terapéutica* para la cronicidad cercana a una *terapéutica del aburrimiento*? Se suele decir que “el aburrimiento se cura a fuerza de sudor”, pero “quien recurre al trabajo como remedio confunde la desaparición temporaria de los síntomas con la cura de la enfermedad” (5).

En estos tiempos, lo sabemos entre los profesionales *psi*, el que tiene mucho trabajo se aburre, padece ese agobio, incluso que lo lleva a no saber que hacer cuando tiene ese tiempo llamado libre.

Pero en la realidad actual por fuera de nuestra burbuja, esa particular *temporalidad* también aburre a aquel que no tiene trabajo, que padece ese *tiempo muerto*, a veces con la característica de ser tan “eterno” que hace desaparecer la angustia: como quien vive ese tiempo, muerto. Si volvemos a la cuestión socio-económica, cabe recordar que hay poblaciones extensas, donde nos encontramos frecuentemente con varias generaciones de desocupados, ya personas que tienen ese rasgo común de *deshilvandados* del sistema social, que aunque en el discurso massmediático aparecen como minorías son (en Latinoamérica el menos) una mayoría -a veces- silenciosa. Nos encontramos incluso con el paradójal *aburrimiento crónico* de esos adolescentes cuya salida es la impulsión, la cumbia o el rock & roll, el arrebato, la ruptura como llamado desesperado, que en Winnicott se nombró como *tendencia antisocial*.

Para no caer ahora en la desesperanza, subrayo igualmente con Cohen Agrest la idea de ubicar en el aburrimiento más una cuestión de *sentido* que de pereza, desocupación o vagancia. Y sobre esto nos enseñan tanto los pibes chorros como los ancianos que hacen ciclismo por los bosques de Palermo o al borde de la ruta (nunca más precisa la imagen como metáfora).

Nuestra filósofa finaliza ese artículo diciendo que “si no se tolera cierto grado de ese mal, se vive una vida reducida a huir del aburrimiento” (5). ¿Huir o tolerar? Opción por la ironía, al fin, ante la idea de una terapéutica del aburrimiento.

## Los analistas y la cronicidad: ¿el aburrimiento de quién?

Desde el psicoanálisis, en un recorte y sin ánimo de realizar un estudio histórico, si vamos a su fundador y a Lacan como un analista paradigmático de la segunda mitad del siglo XX, ambos prácticamente no hablan de cronicidad. Freud utiliza el término “crónico” pocas veces, para adjetivar algún caso, como ser al referirse al alcoholismo crónico, mientras que Lacan se refiere en ocasiones a la cronicidad del delirio. Ambos hacen alusión al delirio crónico de las psicosis.

Ahora bien, de algo de lo cual habla J. Lacan es del aburrimiento. Típicamente llega incluso a formularse al sujeto que está aburrido como aquel que *quisiera otra cosa*<sup>3</sup> (16). Alain Didier-Weil, un interlocutor de los Seminarios en París, dirá que el aburrimiento “en el fondo es lo que se produce cuando un sujeto ya no es apto para la sorpresa, para el asombro”. Y esto tendrá relación con el desgaste de lo que Lacan llama la *metáfora paterna* (aquello que instaura el deseo en el sujeto), con la repetición en tanto monotonía, incluso en una dimensión donde esa repetición afecta al cuerpo, en su dimensión de quedar como desecho, como resto.

Nos llamó la atención que, en la búsqueda bibliográfica, otros analistas de distintas orientaciones, por muchas décadas escasamente hablan de la temática de lo crónico, de la cronificación. ¿Un problema de época?, ¿de tiempo? O más bien: ¿de *falta de tiempo*, de los analistas, para pensar y trabajar sobre el tema? Parece quedar del lado de lo que está por fuera de los tratamientos, del alcance de los análisis, de los intereses de los analistas. Pacientes crónicos, cronificados, pacientes “sociales”, ¿mejor que queden para la asistencia social? ¿Un problema político, no de deseo? Ni los analistas ni los psiquiatras tendríamos que ver con esto.

Como aporte rescato un texto de E. Laurent, quien al referirse al problema de la cronicidad, donde incluimos nosotros la idea de cronificación, dice que “no es un problema de duración”, porque un sujeto con determinado trastorno mental “puede requerir un tratamiento de por vida”. Sino que la cronicidad “se produce cuando ya no quedan objetivos terapéuticos” (19). Queda del lado del terapeuta, del analista, pero en otra dimensión, ligada al deseo, la cuestión de la cronicidad. Continúa diciendo que “en la lucha contra la desesperación, contra la falta de proyectos, de objetivos, no sólo de tipo comportamental, sino pensando la vida de un sujeto, el psicoanálisis tuvo una participación, por ejemplo, luchando contra *las formas de depresión del terapeuta*”. Y “participó en la *evaluación del límite* con que tropiezan las distintas formas de reordenar los tratamientos en Salud Mental” (19).

Entonces -como lo tratamos en otros textos (22, 23)-, si ubicamos la cronificación en consonancia con

<sup>3</sup> Como lo expresa J. Lacan, en el Seminario 5, Clase 9, y lo retoma en Radiofonía y Televisión (1970): el “aburrimiento, es decir con el afecto del deseo de Otra-cosa”.

la "falta de objetivos terapéuticos", podrán encontrarse, si quieren, con las cuestiones atinentes al *aburrimiento... de los terapeutas*, con sus dispositivos y sus instituciones.

No se trata de plantear algún imperativo hedonista para huir de él, mucho menos pensemos que la vía para alejarnos de ese aburrimiento es el *furor por curar*, o la búsqueda de soluciones terapéuticas ideales en situaciones cuya "realidad" (tan subjetiva como objetiva, si cabe hacer esta divisoria) puede resultar angustiante.

Como he destacado al pensar el trabajo de coordinación y supervisión de equipos con el dispositivo de Acompañamiento Terapéutico (22), nos encontramos en muchos de estos tratamientos con pacientes que *no demandan nada*. H. Heinrich (14) dice al respecto que hay sujetos que no pueden articular una demanda, "...al menos todavía", utilizando un adverbio cuya temporalidad remite a la necesidad de una presencia y una escucha, que no es cualquiera. Hubo durante años teorizaciones que nos resguardaban de intentar trabajar sobre esto. "No teníamos que hacer ninguna oferta para que esa demanda se produjera", afirma Heinrich. Y más que esperar a que los pacientes se adecuen a nuestro dispositivo, cabe preguntarnos qué dispositivo es el adecuado para estos pacientes. Para cada paciente. Y entonces se requiere ubicar una oferta, acorde al sujeto.

Se trata, y es otra manera de pensar muchos de estos casos, de sujetos que tienen ese rasgo de *falta de confianza*<sup>4</sup> en que alguien pueda escucharlos, "entenderlos", y por lo tanto no pueden depositar un saber y confiar en un analista/terapeuta. Nos encontramos allí con una ausencia de esa especie de acto de fé que implica la vida social (27), lo cual tiene consecuencias en el devenir subjetivo.

Y Heinrich hace una apreciación muy atinente: "Algunas propuestas del psicoanálisis en general y del lacanismo en particular, han sido degradadas de tal manera que se ha confundido por ejemplo abstinencia con indolencia (como dice Ulloa), encuadre con rigidez, no satisfacer la demanda con ser descorteses, no comprender con no acompañar..." (14). Pero además esto se ha confundido con la mudez, con no responder a nada, siendo esa "no respuesta" también algo estereotipado, que lleva al analista a un lugar donde nada puede ser "depositado" allí -en términos transferenciales-.

Ahora bien, luego estos casos serán considerados *inalizables*, a partir de una tautología donde la posición del analista no permite ningún trabajo de análisis posible, *ningún juego*, apelando a la famosa analogía con el lugar del analista como el del *muerto*, en el juego del bridge. Son los sentimientos del analista los que *sólo tienen ese lugar posible*, anotemos.

Y Heinrich habla del "desafío para el psicoanálisis en el nuevo milenio, en el que la palabra está tan degradada y en el que hay tanta terapias que ofre-

cen soluciones mágicas", "¿...realmente creemos que alcanza con poner cara de nada y preguntar a usted qué le parece?" (14)

El problema para el terapeuta, y lo decíamos también para el acompañante terapéutico (22), es que produce bastante malestar esa posición de estos pacientes que no vienen a demandar un saber, esa falta de confianza, que hasta puede llevarnos en este punto al *acting*, creyendo que con nuestra *prisa* hacemos una intervención terapéutica.

Junto a aquellos sujetos que en la vertiente de la demanda se presentan así, nos encontramos en este terreno de la cronificación con pacientes que no necesariamente son los clásicos cuyos defectos aparecen descriptos en relación a la inapropiada permanencia en una institución, ni siquiera con los defectos producto de una excesiva y errónea medicalización. Son aquellos -tanto del orden de lo *inclasificable* como casos de psicosis crónicas- en los cuales hay un aplastamiento indefinido de su tono anímico, una apatía permanente o cíclica que lo deja en un círculo cerrado aunque esté inserto en un marco institucional abierto como el de un hospital de día, con problemáticas que aparecen solidificadas en una lógica institucional asocial, que lleva después de varios años a una especie de "meseta" que aplasta al sujeto, cuyo rasgo en común es la reacción -contratransferencial- que generan en el/los terapeuta/s (suelen ser múltiples...).

En estos casos que se presentan con el fenómeno de la cronicidad, no está de más recordar que hay cierta lógica a revertir: aprender a ser "más pacientes", esto es, a saber *esperar*, tolerando ese "no saber" que podrá hacerse en el devenir del tratamiento, cuando nos encontramos con el silencio constante, con la ausencia de palabras.

Se habla de la *errancia* de estos pacientes respecto del ideal de la institución (27). La cuestión es qué pasa con aquellos que quedan fuera del ideal de paciente, y no me refiero a que queden alejados del ideal de salud (podemos tolerarlo), sino el ser humano no agrupable en el conjunto ligado a lo "tratable", lo "analizable", lo "curable"...

Por una o varias de sus características *no-psicopatológicas* estos pacientes, por su presentación para quienes trabajamos en instituciones, conducen a veces a cierto "aplastamiento" también en los terapeutas, al aburrimiento no tan abundantemente informado en los papers y manuales de las especialidades.

Rafael Huertas hace mención al "paciente crónico adulto joven", donde el tema de la cronicidad (15) podemos asociarlo a la incapacidad de las instituciones y los profesionales para ofrecer soluciones, lo cual "crea el problema", o lo recrea hasta el infinito.

Es que, despejando estas cuestiones "inherentes al lugar del terapeuta", podemos ver muchas veces que el *sujeto* etiquetado por su *déficit* seguirá su rumbo, singular, con marchas y contramarchas, a veces sin poder sostenerse y sin contar con recursos que lo acompañen

<sup>4</sup> En términos de A. Didier Weill puede definirse como "falta de confianza en el significante".

-cuando es necesario- en ese devenir, muchas veces sin poder ser *alojado* desde ningún espacio de abordaje (23).

Esto lleva finalmente a valorar el trabajo en equipo, en el espacio de control/supervisión, así como la apuesta a incluir recursos y herramientas alternativas o complementarias, artesanales, en el marco de un proyecto terapéutico, permitiendo no "agotar" a los terapeutas, que terminan también "cronificándose" o abandonando/derivando el caso. Ubicar un objetivo terapéutico puede estar a veces simplemente en el hecho ofrecer y sostener *alguna escucha*, la singular, para cada sujeto. Considerando además que algo de la cronicidad podrá limitarse si apuntamos a evitar los efectos de la desinserción social, y mitigamos en cuanto sea posible la caída del sujeto respecto de las redes y los lazos que le dan humanidad. Que es una caída donde no es indiferente la dimensión del lazo transferencial que pueda establecer ese sujeto.

Leyendo a Freud, en su correspondencia con E. Weiss, subrayamos una "recomendación" que viene al tema: dirá que es conveniente no mostrar "impaciencia", y advierte también sobre el furor o la "ambición terapéutica", que puede jugarnos en contra en estos casos, que resulta tan negativo en muchas situaciones en especial con pacientes con tratamientos recurrentes, con este estigma de "cronificación", en pacientes con deterioros y lesiones orgánicas, etc. (22). Al respecto, expresa que "debemos estar contentos de haber aprendido algo en cada caso", apelando al *deseo* que ponemos en juego en cada tratamiento, en esas situaciones que resultan tan agotadoras, que se presentan como muy "frustrantes", como queda dicho en la frase "este paciente no avanza".

En los proyectos terapéuticos con sujetos en situación de cronicidad, nos encontramos con intersecciones que suelen ser polémicas: entre la particularidad del trabajo clínico y la tarea que permita sostener o reformular el lazo social; entre el psicoanálisis y la psiquiatría; entre los recursos anónimos de las políticas sanitarias y la apelación al sujeto en su singularidad; entre el adentro y el afuera; entre la serie y la artesanía; entre las rupturas y la continuidad; también finalmente entre lo ideológico-político y la asepsia de técnico-científica; para lo cual apelamos a conti-

nuar abriendo el debate, que esperamos nos aporte a pensar en términos del armado de un rompecabezas (de uso recomendable para evitar la cronicidad, según los especialistas), escurridizo esta vez, para no quedar encerrados en una opción (bi)polar, crónica.

### Tiempo de concluir

Finalmente, quisimos subrayar las necesidades que implica pensar la clínica actual en su intersección con el *espacio social*, en una continuidad no exenta de complejidades, con la implicancia que tendrá para aquellos decididos a alojar el padecimiento psíquico en sus formas más severas. Si de alojar al sujeto se trata, no será para pretender atarlo a alguna regla, a algún ideal, aunque creamos que sea lo mejor.

Con este recorrido conceptual, apostamos a orientar en la práctica un punto de inicio, que es un reinicio si se trata de pacientes institucionalizados, con frustrados intentos de tratamientos durante años.

Destacamos también que el abordaje terapéutico tendrá otro horizonte, y otras posibilidades de sostenerse, si consideramos aquellas coordinadas que hacen al *más allá* del tiempo y espacio de la atención en la institución o el consultorio, y que tocan justamente temas de la cotidianidad, de los vínculos sociales y familiares, de la economía, que no es solamente las condiciones materiales sino también la economía subjetiva, esa del *sentido* para el día a día. Es en esa conjunción de vectores donde entendemos que la consideración social de la problemática también determina la asistencia institucional, las posibles reformas y el tipo de asistencia que en cada momento una sociedad, y sus terapeutas, organizan. Y en ese contexto es donde también ponemos el acento en la vertiente de la cronicidad que nos incumbe: para permitir que las cronificaciones no sean efecto de la falta de atención, de la ausencia de escucha, de la inercia frente a la posibilidad de construcción de dispositivos y redes artesanales, de la ignorancia respecto de la dimensión político-cultural del problema. Es decir, se trata de evitar lo evitable, aunque parezca obvio. Para que en esto no se nos vaya la vida, la nuestra y la de aquellos que llamamos pacientes ■

## Referencias bibliográficas

1. AAVV. La urgencia generalizada. Belaga G (comp.). Buenos Aires, Ed. Grama, 2004.
2. Amarante P. Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil. Buenos Aires, Ed. Madres de Plaza de Mayo, 2006.
3. Castel R. La inseguridad social. Buenos Aires, Ed. Manantial, 2004.
4. Cels-Mdri. Vidas arrasadas; la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI, 2008.
5. Cohen Agrest D. El aburrimiento. Buenos Aires, Revista La Nación, 15/1/2009.
6. Colucci M, Di Vittorio. Ni manicomio ni control social. Buenos Aires, Diario Página 12, 19/10/2006.
7. Declerck P. Los Náufragos. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006.
8. Delgado O (comp.). Los bordes en la clínica. Buenos Aires, JVE Ediciones, 1999.
9. Desvat M. Editorial. *Rev Psiquiatría Pública* 1999; 11 (3), Madrid.
10. Douville O. Salud Mental y Cultura - Sobre Los Náufragos... *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 2006; 26 (98): 391-396.
11. Foucault M. Microfísica del poder. Madrid, Ed. La Piqueta, 1979.
12. Gueller D. Entrevista a Roland Broca. *Rev Psicoanálisis Hospital* 1994; año 2, n° 4, Buenos Aires.
13. Healy D. Psicofarmacología y dominación del ego. Gran Bretaña, La Insignia, 2002.
14. Heinrich H. Clínica del nuevo milenio – Impulsiones y formalización sintomática. *Clepios* 2003; 9 (31).
15. Huertas R. Los laboratorios de la norma. Barcelona, Ed. Octaedro-CSIC, 2008.
16. Lacan J. El Seminario libro 5. Las formaciones del inconsciente. Buenos Aires, Ed. Paidós, 2007.
17. Lassaunière J. Reportaje. En: Diario Página 12, Buenos Aires, 4/6/2007.
18. Laurent E. Ciudades analíticas. Buenos Aires, Ed. Tres Haches, 2004.
19. Laurent E. Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires, Ed. Tres Haches, 2000.
20. Leal Rubio J, Escudero A (comp.). La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental. Madrid, Ed. Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006.
21. Matusevich D, et al. Modelo de comunidad terapéutica en internaciones psiquiátricas breves. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr* 2006; 17 (65): 55-64.
22. Rossi G. Acompañamiento Terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores. Buenos Aires, Ed. Polemos, 2007.
23. Rossi G. El día, más allá del Hospital, en el libro Hospital de Día, particularidades de la clínica. AAVV. Bertran G (comp.). Buenos Aires, Ed. Minerva, 2004.
24. Scheiger A. El sector Salud Mental, influencias político-económicas y nuevas perspectivas. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr* 1997; 7 (30): 289-290.
25. Stagnaro JC. Cronicidad y cronificación, efecto de sujeto y efecto social. *Vertex, Rev Arg Psiquiatr* 1993; 4 (14).
26. Vaschetto E (comp.). Psicosis actuales. Buenos Aires, Ed. Grama, 2008.
27. Vaschetto E, Faraoni J. Del no-grupo al residuo singular. En AAVV: Psicoanálisis y Psiquiatría. Ed. Grama, 2008.
28. Virilio P. Ciudad pánico. Buenos Aires, Ed. Del Zorzal, 2006.