

Nota

El padecimiento psíquico desde la perspectiva de los profesionales de un hospital neuropsiquiátrico argentino

RAMIRO TEJO, JULIETA DE BATTISTA

RAMIRO TEJO
Licenciado en Psicología.
Comisión Nacional Salud
Investiga, Hospital Dr. Alejandro
Korn. Buenos Aires,
R. Argentina.

JULIETA DE BATTISTA
Doctora en Psicopatología.
Facultad de Psicología,
Universidad Nacional de La
Plata (UNLP). Consejo Nacional
de Investigaciones Científicas y
Técnicas (Conicet).
Buenos Aires, R. Argentina.

*Fuente de financiamiento:
el presente trabajo de
investigación fue realizado con
el apoyo del programa de becas
«Ramón Carrillo-Arturo Oñativía»,
categoría individual,
beca otorgada por el Ministerio
de Salud de la Nación, a través
de la Comisión Nacional Salud
Investiga.*

CORRESPONDENCIA
Dra. Julieta de Battista.
JA Cabrera 5778,
C1414BHF. Ciudad Autónoma
de Buenos Aires,
R. Argentina;
julietadebattista@gmail.com

Este estudio se propuso indagar qué aspectos eran considerados como favorables/desfavorables en el abordaje del padecimiento psíquico de acuerdo a la perspectiva de los profesionales del [Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos](#) Dr. A. Korn. También se obtuvo información sobre la concepción del padecimiento psíquico y la posible presencia de modificaciones en la atención a partir de la sanción de la Ley 26.657. Se utilizó una metodología de corte cualitativo (entrevistas semi-estructuradas a profesionales de diferentes disciplinas). Se encontraron dos lógicas antinómicas de funcionamiento: una inclusiva y la otra segregativa. Los profesionales señalaron la dificultad para modificar ésta última, dado que en los dispositivos que funcionan inclusivamente puede aparecer la inercia de lo segregativo. En la discusión se resalta el papel de la formación continua de los profesionales como una herramienta fundamental para que una lógica inclusiva y versátil de los dispositivos pueda instalarse en la atención en salud mental

Palabras clave: Evaluación de Servicios de Salud Mental – HIEAC Dr. A. Korn – Psicoanálisis – Desmanicomialización.

Psychic Suffering from the Perspective of the Professionals of an Argentine Neuropsychiatric Hospital

The aim of this study was to investigate which aspects were considered as favorable / unfavorable when addressing [psychic suffering](#) according to the [perspective of the professionals](#) working at HIEAC ([Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos](#)) Dr. A. Korn. Information was also obtained on the conception of [psychic suffering](#) and the possible modifications in attention since the enactment of Law 26657. For this exploratory study it was used a qualitative methodology (semi-structured interviews [with professionals from different disciplines](#)). The analysis of their answers led to two paradoxical logics of operation: an inclusive one and a segregative one. [The professionals pointed out](#) the difficulty to modify the latter, since even [in the case of](#) devices that work inclusively the inertia of the segregative logic [may appear](#). In the discussion, it is highlighted the role of education and continuous professional training as a key to encouraged an inclusive and versatile logic devices in Mental Health care.

Key words: Evaluation of Health Services – HIEAC Dr. A. Korn – Psychoanalysis – Deinstitutionalization.

En Argentina, el campo de la **salud mental** se ha configurado en la última década distinguiéndose en forma paulatina del modelo de intervención centrado en la institucionalización como respuesta propia del paradigma manicomial. El marco legal se modificó en 2010 a partir de la sanción de la Nueva Ley de Salud Mental 26.657 y su posterior reglamentación en 2013.¹ La ley está basada en los Principios propuestos en los **años 90** por los organismos internacionales² y su sanción supone garantizar los derechos de las personas con padecimiento mental, al legitimar un abanico de prácticas que se oponen al paradigma anterior.

A nivel local, la sanción de la ley ha tenido consecuencias diversas: muchas prácticas que se sostenían han sido deslegitimadas e incluso prohibidas. Comienzan a modificarse estructuras organizativas y de poder predominantes durante décadas. Por otra parte, hay modificaciones que están en curso: consolidación de equipos interdisciplinarios, sustitución de modalidades manicomiales de abordaje, evaluación de servicios existentes y creación de nuevas ofertas de asistencia en el ámbito comunitario.

En este contexto, la coyuntura es extremadamente problemática para los hospitales llamados «monovalentes», tal es el caso del Hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero (en adelante HIEAC Dr. A. Korn). La ley prohíbe su creación y promueve la sustitución de los existentes por otros dispositivos. En la práctica, surge el problema de la externación de pacientes que viven en el hospital hace muchísimos años y la

capacitación de los profesionales que han trabajado inmersos en el paradigma anterior [4].

Los debates acerca de la implementación de la ley destacan la dificultad para sustituir los dispositivos actuales por otros alternativos y la importancia en este contexto de la formación de los recursos humanos que ya posee el sistema de salud [13].

Las transformaciones que hemos mencionado responden a sucesivos cambios socio-históricos que podemos caracterizar en dos grandes momentos. El primero responde a lo que Menéndez conceptualizó como «Modelo Médico Hegemónico» [18] y se caracteriza por la primacía del modelo asilar. El hospicio opera aislando al enfermo y organizando los tiempos y los espacios, el trabajo, las comidas y todo lo que concierne a la vida diaria [7, 8, 11, 15]. La marca de este modelo aún podemos encontrarla en los nombres de las salas, en la configuración de los espacios y en la organización estructural de los servicios según el «curso de la enfermedad» (agudos, crónicos). En este paradigma la «Enfermedad Mental» es considerada siempre orgánica en su etiología [6] y las manifestaciones subjetivas se clasifican en categorías según un corpus de saber semiológico estandarizado [3].

La crisis de este modelo fue dando lugar a la configuración de la «Salud Mental» como un campo disciplinar más vasto en el que conviven prácticas basadas en concepciones diversas. Este segundo momento puede situarse a partir de la «crisis del modelo médico en psiquiatría» en la década del 60 [10]. El movimiento de la anti-psiquiatría en Francia, la reforma psiquiátrica en Italia, la inclusión de profesionales de otras disciplinas, las declaraciones y principios de organismos internacionales sobre el carácter iatrogénico de las instituciones manicomiales, así como las nuevas legislaciones en diferentes países, empiezan a cuestionar lo que hasta entonces era el poder psiquiátrico hegemónico.

Estos dos grandes momentos históricos se caracterizan por concepciones diferentes que promueven distintos abordajes.

El primero promueve la asistencia de la enfer-

¹ Cfr. Nueva Ley Nacional de Salud Mental de la República Argentina N°26. 657, disponible en www.msal.gov.ar

² Cfr. Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, 1990; Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991 y Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990.

medad mental desde el aislamiento asilar, con el objetivo de la supresión sintomática. El «enfermo» es objeto de intervención del médico, posición pasiva complementada por el paternalismo de la institución.

El segundo parte de la preservación del sujeto de derecho y su «padecimiento mental». Expresa la necesidad de crear nuevos abordajes que favorezcan la participación activa en la cura. La concepción del sufrimiento mental se modifica e incluye no sólo factores etiológicos orgánicos sino una multi-causalidad que incorpora lo psicológico, lo social y lo histórico. Comienza a hablarse de «padecimiento mental», aunque el término no suprime las ambigüedades. Todavía es un interrogante qué lugar ocupará esta concepción en los dispositivos de atención que se constituyan como alternativa al manicomio.

Desde nuestro marco teórico proponemos hablar de «padecimiento «psíquico», entendiéndolo que es propio de la condición humana, dado que el psiquismo está compuesto por diferentes instancias en un inevitable, continuo y vital conflicto. El síntoma no sería la manifestación semiológica de una enfermedad mental, sino una solución de compromiso singular a un conflicto psíquico que encierra una cuota de sufrimiento y, paradójicamente, también de satisfacción [9, 16]. Desde esta concepción, la condición de lo normal y lo patológico no puede permanecer inmutable sino que determinado sujeto en determinada crisis caracterizada por coyunturas propias de su historia podrá experimentar un sufrimiento que le resulte insoportable. Preferimos este término de «padecimiento «psíquico» al de «mental», dado que éste último se utiliza en ocasiones en la institución con visos estigmatizantes, por ejemplo cuando en los hospitales generales se habla de «pacientes mentales», como un sinónimo de pacientes psiquiátricos, para diferenciarlos de los supuestos «normales».

En esta coyuntura de grandes cambios aparece uno de los problemas que esta investigación se propone indagar: el de los profesionales y trabajadores que se han formado y trabajado de acuerdo al viejo paradigma durante décadas, y que ahora se encuentran con un cambio radical en el tipo de

abordaje. Por otra parte, se abre el interrogante de cómo entender el padecimiento psíquico y su tratamiento más allá de las respuestas cuya finalidad es mantener el orden social.

La problemática es de relevancia ya que para poder producir cambios en la Atención en Salud Mental no sólo es necesaria la limitación de una lógica de abordaje declarada obsoleta, sino también la producción de una nueva que atienda el padecimiento y para ello habría que precisar cuáles son los elementos que permiten respuestas más favorables y cuáles no.

En la mayoría de los países que han hecho reformas psiquiátricas (Italia, Canadá, Brasil, España) existió una evaluación de los Servicios de Salud Mental que contempló la perspectiva de todos los actores involucrados y la necesidad de planificar nuevos modos de atención que se ajusten a un paradigma interdisciplinario. Este tipo de *evaluación [apreciación / tasación]* se inscribe en la Evaluación de Cuarta Generación que, desde una perspectiva constructivista, se propone como alternativa a evaluaciones anteriores en las que no se incluían grupos de intereses y se privilegiaban análisis de tipo cuantitativo (indicadores de estructura, proceso, resultados) [1, 12, 24].

Por ejemplo en Brasil, luego de la reforma psiquiátrica, se han realizado varios estudios cualitativos con el objetivo de indagar las concepciones, creencias y valores vinculados a la salud mental desde la perspectiva de usuarios, familiares y profesionales [2, 20]. Esta misma perspectiva es propuesta por investigadores españoles: «(...) en los problemas de salud mental se hace aún más necesaria la evaluación múltiple contando con los puntos de vista de profesionales, pacientes, observadores, y familiares pues no son siempre coincidentes en sus apreciaciones y, no lo olvidemos, no existen criterios de calidad objetivos (*golden criteria*) que, inapelablemente, ofrezcan una visión única y objetiva de la realidad» [23].

En Argentina, la sanción de la nueva Ley ha dado un fuerte impulso a organizaciones de usuarios y familiares, pero la bibliografía es escasa en investigaciones científicas que recojan los puntos de vista de los grupos de interés. Sólo algunos

investigadores han señalado la importancia de la participación de los actores involucrados en la evaluación en Salud Mental [4, 22].³

La pregunta que orientó esta investigación puede formularse en los siguientes términos: ¿qué aspectos de los servicios de atención en Salud Mental son reconocidos por los profesionales como favorables en el abordaje del padecimiento psíquico y qué entienden por esta última noción?

Esta investigación se proyectó con un alcance exploratorio, ya que se propuso indagar un problema de investigación poco estudiado y con el que intentamos familiarizarnos desde una investigación cualitativa, adecuada para captar los significados que las personas dan a sus experiencias [14, 17]. Se utilizaron entrevistas en profundidad como instrumento para captar las perspectivas de los profesionales [21]. La muestra estuvo conformada por 10 profesionales que *actualmente* trabajaban en diferentes servicios (Atención en Crisis y Guardia, Consultorios Externos, Agudos Hombres y mujeres, Sub-Agudos, Rehabilitación y Externación): 3 psiquiatras, 4 psicólogos, 1 trabajador social, 1 terapeuta ocupacional, 1 profesora de arte, cuya antigüedad en la institución variaba entre 3 y 35 años.

Este proyecto de investigación obtuvo el aval de la comisión de ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, utilizó consentimiento informado y tuvo en consideración no sólo las normativas que regulan la práctica de la investigación en Psicología sino también los Códigos internacionales de Ética de las disciplinas médicas [19].⁴

³ Ver también Stolkiner A. Metodologías de evaluación no tecnocráticas; 2009, disponible en <http://www.alames.org/documentos/EJE02-26.pdf>

⁴ Cfr. CIOMS, OMS. Propuesta de normas internacionales para la investigación biomédica en sujetos humanos, Ginebra, 2009; COPSIBA, Código de Ética Profesional, 2000; Declaración de Helsinki: Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos, 1989; FEPPRA, Código de Ética, 1999; Guía para Investigaciones en Salud Humana publicada por el Ministerio de Salud de la Nación, año; OMS, Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, año; OMS, Normas Éticas Internacionales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos, PC 563, 1996.

Con respecto a la *concepción del padecimiento mental*, se pudo establecer que está abierta a una multiplicidad de sentidos. Ante esta pregunta se producía cierta desorientación o vacilación en las respuestas. Hubo puntos en común en casi todas las entrevistas: la singularidad del padecimiento vinculado a la historia de un sujeto (sin homologarlo a enfermedad mental, ni a un diagnóstico); su irreductibilidad e incurabilidad; la dificultad para captarlo, dada su complejidad (necesidad de un trabajo clínico de puesta en forma); las diferentes respuestas del sujeto ante el padecimiento; la importancia de los dispositivos en tanto pueden mejorar, diversificar esas respuestas y abrir a otras elaboraciones.

En cuanto a los *aspectos favorables del abordaje*, todos los entrevistados destacaron la importancia de la participación de diferentes disciplinas, y se enfatizó el lazo de los profesionales y trabajadores entre sí como posibilidad de producir un trabajo interdisciplinario conjunto, al subrayar la importancia del respeto por cada una de las disciplinas. Una de las entrevistadas señaló que, a su criterio, el buen funcionamiento de un servicio se basa en *el*: «*respeto entre las disciplinas, en cada situación alguna disciplina cobra mayor importancia y entonces no está predeterminado, en otros lugares el psiquiatra es el más importante y el resto acompaña la estrategia*». Esta valoración del trabajo interdisciplinario se vincula a la necesidad de trazar estrategias en conjunto y descompletar perspectivas totalizadoras, al dar lugar a posiciones diferentes. Una profesional señaló la importancia de «*no tomar decisiones apresuradas porque uno no sabe qué hacer con eso, no acallar los conflictos aunque no se sepa qué hacer*».

Otro de los rasgos destacados como favorables es el interés y compromiso de los profesionales tanto en su formación continua como en las transformaciones institucionales (búsqueda de producir novedades, salir del «*aplastamiento institucional*»). También la elaboración de una estrategia específica para cada caso, en estrecha relación con la singularidad del padecimiento psíquico. Se notó cierta tendencia a invertir la concepción clásica donde la institución tiene una propuesta asistencial a la que el paciente debe adecuarse y se enfatizó en que el dispositivo

acompaña la respuesta del sujeto y no simplemente se incluye al usuario en un dispositivo. Una profesional dijo: *«el lugar del sujeto, con voz y voto para buscar las herramientas para apaliar el padecimiento y el espacio que se le brinda de acompañamiento»*, jerarquizando una idea de sujeto activo, no deficitario. Otra de nuestras entrevistadas mencionaba: *«proponerle al paciente una lectura de su caso»*. Se destacó la importancia de sostener la dimensión clínica, la discusión de los casos y la planificación de estrategias, sin dejar de lado cuestiones institucionales: *«se trabaja el caso por caso, se trata de captar la problemática singular y ver qué se puede ofertar e inventar para ofrecer al paciente»*, *«Ni que lo institucional aplaste la clínica, ni que la clínica desconozca lo institucional»*.

Se jerarquizó también que usuarios y trabajadores puedan «apropiarse» del dispositivo como una condición para poder hacer un uso efectivo del mismo (el dispositivo como lugar de «referencia» accesible para el usuario): *«estamos más accesibles a la atención, los pacientes tienen nuestros celulares»*, *«estamos ahí cualquier cosa»*.

Otro de los factores señalados fue la disponibilidad de los recursos humanos y materiales: importancia de incorporar recursos humanos formados en el hospital (por ejemplo, residentes), importancia de un abordaje que apunte a dar una respuesta a las necesidades básicas (comida, techo, acceso a beneficios sociales).

Otro aspecto subrayado como favorable fue la oferta de espacios que promuevan el lazo social: actividades, talleres, cine, biblioteca, espacios de mate; *«no todo es salud, hay talleres de canto (...) es un no-todo salud donde se arman cosas buenas, hay varios discursos dando vuelta»*. Implícitamente puede leerse en este fragmento que la concepción de salud continúa sin embargo ligada a la ausencia de enfermedad, ya que las actividades recreativas en este caso parecerían quedar del lado del «no-todo salud».

Con respecto a los aspectos desfavorables en el abordaje del padecimiento psíquico todos los profesionales señalaron la ausencia de un equipo de trabajo interdisciplinario o los intentos de

«dominación» de una disciplina sobre las otras, aún cuando se acepte que en determinada estrategia una disciplina puede resultar más preponderante que las otras. Esta característica fue referida a las salas de rehabilitación, donde prima lo asilar y la intervención es mayoritariamente sólo psiquiátrica.

Anudado a lo anterior, se destaca como desfavorable la presencia de ideales de pretendida validez universal, en tanto podrían obturar el trabajo con el caso en singular. Una de las entrevistadas hablaba de *«estrategias prefabricadas»* aplicadas como intervención a todos los sujetos por igual o *«posiciones paternalistas»* en las cuales se borra la dimensión de la responsabilidad subjetiva. En este sentido, la inflexibilidad, las «respuestas por el todo o nada», la anulación de las diferencias fueron señaladas como posicionamientos desfavorables. También las posiciones paternalistas se ubicaron como un obstáculo a que el sujeto pueda responsabilizarse respecto de su situación. Muchos profesionales destacaron la dificultad de decidir a qué demandas responder y a cuáles no, para no obstaculizar la posibilidad de que un sujeto pueda afrontar ciertas dificultades con sus propios recursos.

Otra de las cuestiones desfavorables fueron los abordajes que responden a cuestiones *«burocráticas»* o puramente *«normativas»*, dejando de lado la dimensión clínica: *«cuando se piensa en la disponibilidad de camas»*, por sobre la estrategia pensada para el caso. También se consideró desfavorable que los equipos o los profesionales y trabajadores de los servicios no cuenten con formación suficiente para el trabajo o que estén desinteresados o descomprometidos: *«no apropiarse de los espacios»*. Una profesional señaló que en algunas salas *«puede haber un almanaque del 2005 y nadie lo saca»*, como ejemplo de ajenidad con el lugar de trabajo. Asimismo otra entrevistada mencionó: *«el cansancio profesional, muchos años en el hospital, trabajo rutinario en la sala, en la guardia, la gente cansada no apuesta a otras formas de trabajo»*.

La falta de articulación entre servicios del hospital y otras instituciones, que obstaculiza la

continuidad y coherencia en los tratamientos también se destacó como desfavorable junto a la falta de accesibilidad de los pacientes a los profesionales y trabajadores en algunos servicios del hospital: «*los pacientes golpean la puerta y no te atienden*».

Por último se destacó como desfavorable la falta de recursos materiales y humanos en varios servicios del hospital, en tanto no permi-

ten la elaboración de estrategias necesarias para un abordaje adecuado, ni se cumple el derecho a condiciones de vida dignas.

Esta caracterización de los servicios de salud mental por los profesionales nos permite realizar un contrapunto del que pueden extraerse dos lógicas antinómicas ligadas a la atención, que proponemos llamar «lógica inclusiva» y «lógica segregativa» (ver tabla 1).

Tabla 1. Falta título

Lógica inclusiva	Lógica segregativa
Trabajo interdisciplinario	Trabajo unidisciplinario
Discusión clínica	Estrategias preconcebidas
Orientación por lo singular	Orientación por el ideal
Trabajo con recursos (humanos y materiales)	Trabajo sin recursos
Responsabilidad subjetiva	Paternalismo
Apropiación de los espacios	Ajenidad con los espacios
Accesibilidad en la atención	Desarticulación, inaccesibilidad
Sujeto en comunidad	Sujeto institucionalizado
Flexibilidad	Rigidez
Interés profesional	Desinterés profesional

Todos los aspectos que son destacados como favorables tienen en común que permiten «hacer lugar» a aquello que los mismos profesionales y trabajadores fueron definiendo como padecimiento psíquico, fuertemente vinculado a una dimensión subjetiva, singular e histórica del padecer. Este «*hacer lugar*» pareciera ser el elemento en común de los aspectos favorables en contraposición a un «*no hacer lugar*» a aquello que es singular y tiene carácter de otredad. Los elementos que caracterizan al abordaje desfavorable, se destacan por ser refractarios al padecimiento psíquico. Por otra parte, es de destacar que en los profesionales entrevistados ya puede escucharse una fuerte impronta de lo inclusivo por sobre lo segregativo, aunque también se resalta la dificultad para eliminar los funcionamientos de corte segregativo.

Con respecto a los *cambios percibidos por los profesionales a partir de la sanción de la Ley 26.657*, los profesionales entrevistados consideran que en los últimos años ha habido transformaciones que apuntan a generar otro tipo de atención en el hospital, ya sea por la creación de dispositivos nuevos, por el incremento en los beneficios económicos para los usuarios y por el

lugar que se le ha empezado a dar a los derechos de los pacientes. Asimismo consideran que estos movimientos se han producido en conjunto con la sanción de la Ley, pero no establecen entre ellos una relación causal, dando a entender que algunos profesionales trabajaban desde esta perspectiva con anterioridad. Se menciona que la nueva Ley ha posibilitado, en palabras de una entrevistada, «*destrabar el poder hegemónico de la psiquiatría*» e instalar una «*pluralidad de discursos*». En este sentido casi todos los profesionales coinciden con el contenido de la ley y reciben su sanción como algo positivo.

Sin embargo, en la mayoría de los casos no consideran que haya habido cambios significativos en el abordaje del padecimiento psíquico. Se enfatiza que ha habido un efecto no esperado de burocratización: muchos profesionales atienden al texto de la ley por miedo, el hospital se ha vuelto menos accesible a algunos usuarios que requerirían atención, ya que en algunos casos se apela a la ley para no internar pacientes, aún en ocasiones donde una evaluación clínica lo considera necesario. Otros sostienen que es una herramienta útil y operativa en estrategias que antes eran difíciles de imple-

mentar, pero realizan una crítica dirigida a los ámbitos de toma de decisiones, donde se habla en nombre de la ley pero luego las acciones no se condicen con el espíritu de la misma.

La mayoría considera que la aplicación de la Ley requiere de la presencia del Estado en cuanto a la inclusión de recursos que hoy no están presentes y señalan la ausencia de políticas de planificación que respondan a la *ley legislación* y que permitan su aplicación plena.

De lo extraído de las entrevistas resulta importante subrayar que los servicios que se asocian a las características favorables de abordaje se han constituido a partir de iniciativas de un grupo de trabajo y no surgieron de políticas de planificación a nivel ministerial. La continuidad queda supeditada al interés que tienen los profesionales de los equipos de atención en sostener otro tipo de atención. De manera que estos servicios muchas veces funcionan de manera aislada con respecto a otros servicios del hospital, principalmente a aquellos que se configuran en una lógica de segregación. Esta *desarticulación* aparece señalada por los entrevistados en diferentes niveles: desarticulación de los servicios entre sí, entre hospitales, entre las políticas de planificación y la atención, entre el marco legal y su aplicación, entre disciplinas, etc.

El abordaje favorable del padecimiento psíquico resulta problemático ya que depende pura y exclusivamente de una conjunción de condiciones que no se propician claramente desde los órganos de planificación, sino que aparece en condiciones especiales, excepcionales.

Las lógicas de abordaje, inclusiva/segregativa, pueden relacionarse con aquellas extraídas del estudio con usuarios mencionado, donde se proponían dos tipos de funcionamiento: el de los «dispositivos versátiles» y el de los «dispositivos no versátiles». Hemos señalado que si bien estas dos modalidades tienen cierta correlación con lo que se plantea como el paradigma manicomial donde prima el Modelo Médico Hegemónico, y por otro lado el paradigma de la Salud Mental, esa correlación no es del todo exacta. Una de las cuestiones que pudo ubicarse como diferencial y

que objeta esta correlación, concernía a la cuestión del deseo en los profesionales, como un aspecto que los usuarios tomaban en cuenta y al cual estaban atentos, considerándolo un factor importante en la eficacia de los tratamientos [5]. Este factor ligado al deseo era el que producía que la correlación entre lo versátil y lo no versátil no fuera exacta, es decir que no se pudiera establecer la ecuación Paradigma manicomial = no versátil, Paradigma de la Salud Mental = versátil. El signo de deseo en profesionales inmersos en salas vinculadas a lo asilar, producía en ocasiones incalculadamente efectos sorprendidos en los tratamientos, y a su vez los dispositivos alternativos no estaban exentos de recaer en lógicas asilares.

En el presente estudio el punto de vista de los profesionales enriquece aquello que los usuarios ya habían planteado, dado que también el interés o desinterés de los profesionales cobra un lugar de relevancia entre los elementos favorecedores en el abordaje del padecimiento psíquico. La noción de «dispositivos versátiles» encuentra su par en la «lógica inclusiva», que hemos desprendido de las perspectivas de los profesionales. Pero a su vez, los profesionales han mostrado cómo en aquellos espacios donde aparece algo novedoso, ligado a lo *versátil* en su concepción, también hace su aparición la hegemonía de lo *no versátil*, la inercia, la burocratización, que termina absorbiendo elementos de lo nuevo, señalando que parece haber cierta inercia propia de la institución manicomial que quizás pueda explicar su continuidad en el tiempo y las dificultades que se encuentran para desmontarla. Habría una dificultad inherente al abordaje de lo singular a partir de estructuras, ya sean normativas o institucionales que se fundan en una universalidad. Articular lo singular del sufrimiento con la universalidad de la ley o del ideal de salud institucional parecería ser el desafío que enfrentan aquellos profesionales y trabajadores que se vuelcan a la lógica inclusiva de los *dispositivos versátiles*. La versatilidad de los dispositivos requiere necesariamente de la presencia del deseo de sus trabajadores y profesionales, una clara implicación subjetiva, ya que cuando esto no está en funcionamiento rápidamente tiende a instalarse lo *no versátil* que puede derivar en

lógicas segregativas. La lógica de lo *no versátil* puede fácilmente instalarse de un modo rutinario y para todos por igual, no requiere de un trabajo inventivo e implicado en el caso por caso.

Pareciera que la instalación de nuevos dispositivos en Salud Mental requiere por un lado de aquellos marcos normativos que fundan universales, pero también de la participación activa de quienes conforman esos dispositivos para poder establecer la dimensión de lo singular, tanto con respecto a los usuarios como a los trabajadores de la salud. Este esfuerzo permanente responde a las características del padecimiento psiqui-

co que se distingue de otros padecimientos.

El problema que se desprende de este estudio y que puede abrir nuevos campos de investigación se vincula a cómo desde el campo político pueden propiciarse condiciones para la producción de *dispositivos versátiles* y de lógicas inclusivas de abordaje, cómo favorecer el encuentro de aquellos aspectos que dan lugar a la singularidad del sujeto a partir de la planificación política.

Creemos que en este punto la formación de los recursos humanos resultará de fundamental importancia.

Referencias

1. Aparicio Basauri V. Evaluación de Servicios de Salud Mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1993.
2. Bazanelli Prebianchi H, Giacometti Falleiros G. Doença mental: representações de usuários e de profissionais da saúde. *Psicologia em Estudo*. 2011; 16 (1):33-41.
3. Clavrel J. El orden médico. Barcelona: Argot; 1978.
4. De Battista J. Condiciones subjetivas que inciden en el abandono del tratamiento de pacientes psicóticos re-internados en un hospital neuropsiquiátrico argentino. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat*. 2012; 58(1):11-21.
5. De Battista J. El deseo en las psicosis. Buenos Aires: Letra Viva; 2015.
6. Ey H. Estudios psiquiátricos. Buenos Aires: Polemos; 2008.
7. Foucault M. El poder psiquiátrico. Buenos Aires: FCE; 1974.
8. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. México: FCE; 1964.
9. Freud S. Psicoanálisis y psiquiatría. En: Freud, S. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu 1998, pp. 223-234.
10. Galende E. Crisis del modelo médico en psiquiatría. *Cuadernos Médicos Sociales*. 1983; 23:1-7.
11. Goffman E. Internados, ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1961.
12. Guba EG, Lincoln YS. Fourth Generation evaluation. Newbury Park: Sage publications; 1989.
13. Hermosilla AM, Cataldo R. Estudio exploratorio sobre la opinión de profesionales marplatenses sobre la Ley de Salud Mental. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat*. 2014; 60 (2):130-39.
14. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación (2da. ed.). México: McGraw-Hill; 1998.
15. Ingenieros, J. La locura en argentina. Buenos Aires: [Cooperativa editorial limitada](#), 1919.
16. Lacan J. El Seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós; 1964.
17. Llovet J, Ramos S. Hacia unas Ciencias sociales con la medicina. Obstáculos y promesas. In: Hardy M, Duarte Osis, Rodríguez Crespo, eds. Ciencias Sociales e medicina. Atualidades e Perspectivas Latino-americanas. Sao Paulo: CEMI-CAMP; 1995. p.43-72.
18. Menéndez E. Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*. 1998; 51:17-22.
19. OPS. Informe especial de Bioética, Vol. 108, nº 5 y 6, 1990.
20. Rodríguez Castro F. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. *Estudos de Psicologia*. 2003; 8(1):117-25.
21. Taylor SJ, Bodgam R. Introducción a los métodos cualitativos en investigación. Buenos Aires: Paidós; 1986.
22. Tejo R, De Battista J. El padecimiento psíquico desde la perspectiva de los usuarios de un hospital neuropsiquiátrico argentino. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat*. 2014; 60 (2):108-15.
23. Vázquez M, Muñoz E, Muñoz B, López L, Hernangómez M. La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos. *Revista de la Asociación Española de Neurosiquiatría*. 2000; 20(74):207-28.
24. Wetzel C. [Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo. \[Internet\] Tese \(Doutorado\). São Paulo, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.](#)