

Original [comunicación preliminar]

El padecimiento psíquico desde la perspectiva de los usuarios 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.

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo del programa de becas «Ramón Carrillo-Arturo Oñativia», categoría individual, beca otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga. El Lic. Tejo se desempeñó como becario y la Dra. De Battista como directora de la investigación.

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

Este estudio se enmarca en la problemática de la evaluación de los Servicios de Atención de la Salud Mental desde el punto de vista de los usuarios. El problema abordado es el de los aspectos de los servicios que los usuarios destacan como beneficiosos y como perjudiciales en el tratamiento de su padecimiento psíquico. La metodología propuesta es de corte cualitativo para un estudio exploratorio, utilizando como técnica las entrevistas semi-estructuradas para la obtención de datos en una muestra de 10 pacientes, hombres y mujeres comprendidos en un rango etario de entre 30 y 63 años. Se pudo establecer que los pacientes realizan usos singulares de los servicios que exceden los objetivos explícitos definidos por la institución. Del análisis de los resultados se extraen dos lógicas de funcionamiento: la de los dispositivos versátiles y la de los dispositivos no versátiles. Los primeros facilitan este uso singular por parte de los sujetos y los segundos lo obstaculizan.

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

Psychic Suffering from the perspective of the users of an Argentine Neuropsychiatric Hospital

This study is part of the general problem regarding the evaluation of Mental Health Services from the point of view of the users. The problem addressed is that of the aspects of the services that users highlight as beneficial and those they found harmful in the treatment of their mental illness. The methodology applied for this exploratory study was qualitative. The technique used was semi-structured interviews to obtain data on a sample of 10 male and female patients between 30 and 63 years old. It was found that patients make singular uses of services that exceed the explicit objectives defined by the institution. From the analysis of the results, we could extract two operating modes: the versatile devices and non-versatile devices. The first ones facilitate this singular use on the part of the individuals and the latter ones hinder it.

Keywords: Evaluation of Health Services – HIEAC Dr. A. Korn – Psychoanalysis - Deinstitutionalization.

Esta investigación se inscribe en un contexto de transformaciones de la atención de la salud mental en las instituciones públicas argentinas a partir de la sanción de la nueva Ley Nacional de Salud Mental —n°26.657— en el año 2010. Toda transformación conlleva momentos de tensión y debate con los modelos que regían previamente el accionar. El hospital neuro-psiquiátrico se constituye así en un entrecruzamiento de discursos, dando lugar a lo nuevo y a la vez conservando elementos propios de lo manicomial. Tal entrecruzamiento establece el campo hospitalario como un espacio de conflictos en el que diferentes disciplinas participan en el planeamiento y ejecución de los distintos abordajes del padecimiento mental.

La sanción de la nueva ley de salud mental, fuertemente resistida por algunos sectores de la medicina, puso en cuestión el modelo médico hegemónico [7,13] predominante en el campo de la salud mental, proponiendo alternativas al modelo asilar. La ley promueve el abordaje interdisciplinario, reorganiza los lugares de poder permitiendo que las jefaturas de servicio puedan ser ocupadas por profesionales no médicos, prohíbe la creación de nuevos manicomios, restringe las medidas internativas apostando al sostén del lazo social contrario al aislamiento y apuntando a la creación de nuevos dispositivos de atención. Se basa entonces en una concepción que no reduce el individuo a un organismo enfermo, sino que lo considera un sujeto de derecho en cuya salud inciden factores no sólo biológicos sino también históricos, socio-económicos, culturales y psicológicos.

La sanción de la nueva ley no implica empero que el modelo médico hegemónico deje de existir. Dos grandes modelos atraviesan la institución y se caracterizan por concepciones diferentes que promueven distintas estrategias: el primero, caracterizado por el abordaje de la enfermedad mental en el aislamiento asilar, tiene como objetivo la supresión sintomática, considerando al «enfermo» como objeto de intervención de lo médico; el segun-

do, basado en la preservación de un sujeto de derecho, formula la problemática en términos de «padecimiento mental» y ya no de enfermedad, expresando la necesidad de la creación de nuevos modos de abordaje.

La implementación de la nueva legislación genera el problema de la adecuación de las concepciones vigentes a la nueva normativa. En este contexto creemos que la consideración del paciente como sujeto de derecho requiere incluir la voz de los usuarios de servicios de salud mental en la planificación y evaluación de los nuevos abordajes.

Los Servicios de Atención en Salud Mental han sido evaluados históricamente en diversas partes del mundo a partir de análisis de tipo cuantitativo en función de indicadores de estructura, proceso y resultados. Esta tendencia comenzó a revertirse en los últimos treinta años cuando se empezó a incluir el punto de vista del usuario en la evaluación de los Servicios [1,2,14,15], hasta entonces excluída tanto de la evaluación, como de la configuración de los nuevos servicios. Investigaciones realizadas en diversas partes del mundo, dan cuenta de la importancia creciente de este tipo de estudio en la planificación y transformación de dichos Servicios. La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina considera fundamental la participación de los usuarios en las transformaciones que se producen en el campo de la Salud Mental.

El hospital «Alejandro Korn» de Melchor Romero (La Plata, Buenos Aires, R. Argentina) registra escasos estudios que tengan en cuenta la perspectiva de los usuarios del hospital. Se han realizado algunas investigaciones de la problemática de la eficacia de la atención, focalizándose en el gran número de re-internaciones [3,4], pero sólo el último de estos estudios localiza la importancia del punto de vista del usuario y el factor subjetivo que incide en las re-internaciones hospitalarias. La escasa bibliografía sobre la participación de los usuarios en la evaluación de los

servicios da cuenta de un déficit en este tipo de prácticas, que implica desaprovechar el conocimiento que los usuarios podrían aportar.

El presente estudio se propone entonces acrecentar el conocimiento de los dispositivos de atención vigentes desde la perspectiva de los usuarios, apuntando a favorecer la formulación de nuevos desarrollos conceptuales en un campo que aún sigue siendo desconocido. De esta manera, se pretende contribuir a la construcción de herramientas que permitan una aplicación acorde a las legislaciones vigentes.

El problema a trabajar puede formularse en los siguientes términos: ¿cuáles son los aspectos de los servicios de atención en salud mental que los usuarios reconocen como eficaces en el tratamiento de su padecimiento? ¿Qué características resaltan? La investigación parte del siguiente supuesto de carácter hipotético: los usuarios realizan usos singulares de los servicios de salud mental que exceden los usos estándares prescritos por la institución.

Esta investigación se fundamenta en una concepción de sujeto que pertenece a la teoría psicoanalítica y que resulta afín a la noción de «sujeto de derecho» propugnada por la nueva ley de salud mental. La noción de sujeto en psicoanálisis ha sido elaborada por Lacan a partir de un retorno a la teoría freudiana e implica la introducción de una actividad inconsciente cuya eficacia propia se manifiesta en las producciones discursivas, y en las manifestaciones sintomáticas. La concepción de síntoma, históricamente patrimonio de la disciplina médica, fue subvertida por Freud quien descubrió que el síntoma de algunas «enfermedades mentales» respondía a determinantes que excedían la explicación anátomo-patológica. El síntoma se ubica entonces no como el índice semiológico de una enfermedad mental de causa supuestamente orgánica, sino como una solución de compromiso de un conflicto psíquico, que

como tal encierra una cuota de sufrimiento. El conflicto psíquico es entonces inherente y constitutivo del ser humano [6]. Así entendido, el síntoma implica un arreglo, un orden subjetivo que opera y que no se confunde ni con el Yo Autónomo, ni con la Conciencia. Suponer una actividad subjetiva en el síntoma introduce que el sujeto no sólo está implicado en aquello de lo que padece, sino que además puede hacer algo con ello [11]. En consonancia con esto, la noción de usuario implica que el sujeto es activo en la construcción de procesos de salud y no es mero objeto pasivo de prácticas. De allí se desprende el supuesto de la existencia de usos singulares de los servicios¹ que exceden los objetivos propuestos explícitamente por la institución. Estos usos singulares podrían estar vinculados a la continuidad del tratamiento, demostrando la importancia de la incidencia del factor subjetivo [4].

Este saber-hacer que implica una actividad por parte del sujeto, no es ajeno a las condiciones del Otro con que cada sujeto se encuentra y a las posibilidades de establecer lazos sociales [10,11]. La teoría psicoanalítica considera que estas condiciones del Otro tienen una incidencia importantísima en la constitución y en el devenir subjetivo. Clínicamente puede constatarse cómo el sujeto se ve modificado ante los movimientos que pueden producirse en quienes encarnen este Otro para él. En este sentido el hospital mismo encarna un Otro capaz de responder o no ante la enfermedad o el sufrimiento, Otro al que el sujeto enfermo o sufriente le supone en ocasiones un saber capaz de curar. En el campo de la Salud Mental la respuesta que este Otro institucional dé al pedido de ayuda, tendrá necesariamente consecuencias para ese sujeto. Podemos suponer que los efectos serán distintos, si se da lugar o no se da lugar

¹ Con respecto a los Servicios de Atención de la Salud Mental, tomamos como referencia el organigrama hospitalario que considera «Servicio» al nivel de organización y administración de las actividades que se cumplen en el Agrupamiento de Salas, Consultorios y otras acciones profesionales que concurren al diagnóstico y tratamiento.

a un trabajo subjetivo sobre el sufrimiento, si se lo facilita o se lo obstaculiza [4].

Esta investigación tiene como objetivo identificar y describir los aspectos de los servicios de atención en salud mental, que los usuarios de los mismos señalan como eficaces en el abordaje de su padecimiento psíquico, localizar los usos singulares que los sujetos realizan de diferentes servicios, intentando establecer cómo el uso del Servicio se anuda o no a una respuesta del sujeto a su padecimiento, así como cuán eficaz es y qué alcance tiene para un sujeto la oferta institucional en lo que respecta al abordaje.

Método. a) Tipo de diseño: se trata de un estudio de tipo exploratorio, ya que apunta a un problema poco investigado, y de diseño fenomenológico, en tanto se enfoca en la experiencia individual subjetiva de los participantes. Este diseño se inscribe en una investigación cualitativa que define su especificidad en tanto «permite comprender los significados que los sujetos asignan a las cosas y a los demás sujetos, así como a las relaciones de las unas y los otros. Su meta es recuperar el sentido de las acciones humanas» [12]. Los métodos cualitativos apuntan a la captación de los significados que las personas dan a sus experiencias y se focalizan justamente en obtener los puntos de vista de los participantes [9]

b) Población y ámbito de estudio: el universo o población objetivo estuvo constituido por los usuarios de Servicios de Salud Mental de los Servicios de Rehabilitación y de Externación del Hospital «Alejandro Korn» de Melchor Romero, hombres y mujeres en un rango etario de entre 30 y 63 años. El período de estudio fue junio de 2012-mayo de 2013. Los Servicios en los que se realizó la investigación corresponden a los de Rehabilitación y de Externación del Hospital «Alejandro Korn». La elección de los mismos, nos ofrece un punto de observación privilegiado, dado que sus usuarios han transitado por varios Servicios del hospital: Guardia, Agudos, Sub-Agudos, Rehabilitación y Externación.

c) Muestra: la muestra estuvo conformada por diez usuarios —dos mujeres y ocho hombres— que cumplieron con los criterios de inclusión-exclusión. Dichos usuarios corresponden al CERPS del Servicio de Rehabilitación y a la Casa de Prealta del Servicio de Externación. Los criterios de inclusión fueron: ser actualmente usuario de un Servicio de Salud Mental del Hospital del área de Rehabilitación o de Externación; haber sido usuario de dos o más Servicios del Hospital; condiciones psíquicas favorables para sostener una entrevista y capacidad de expresión; y obtención del consentimiento informado por parte del paciente y de un familiar o su representante legal. En cuanto a los criterios de exclusión: usuarios de primera consulta; usuarios atendidos en un solo servicio del hospital; incapacidad de expresarse o imposibilidad de sostener una entrevista y negación a dar consentimiento informado.

c) Técnicas de recolección de datos: con el fin de poder contar con datos relevantes para los objetivos de la investigación, se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista en profundidad, que es considerada como una herramienta básica de la investigación cualitativa para comprender la perspectiva de los sujetos.

d) Plan de análisis de los resultados: se realizó siguiendo una serie de operaciones, entre ellas, transcripción de las entrevistas, identificación de unidades de significado vinculadas a los aspectos abordados por la investigación, categorización de las unidades de significado, indización de las categorías y definición conceptual de las mismas a fin de evitar errores o confusiones en la codificación de cada unidad de significado, y por último interpretación de los resultados.

Este proyecto de investigación se inscribe institucionalmente en el ámbito hospitalario, y se llevó a cabo por psicólogos. Tuvo en consideración no sólo las normativas que regulan la práctica de la investigación en Psicología sino también los códigos interna-

cionales de Ética consensuados para las disciplinas médicas. El diseño del estudio fue examinado por la comisión de ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires y cuenta con su aval en lo que respecta a las implicancias éticas de los procedimientos propuestos.

Resultados. Al tratarse de un estudio exploratorio, los resultados aquí expuestos constituyen una primera aproximación a la problemática investigada. En la consecución del estudio mismo ha resultado sorprendente el modo detallado en que los participantes recortado y jerarquizado los elementos asistenciales que consideran beneficiosos, diferenciándolos de aquellos que no han favorecido el abordaje de su padecimiento psíquico.

Los diez sujetos entrevistados cuentan con un recorrido en la institución que va de los 5 a los 20 años y han sido atendidos en varios servicios del HIEAC «Dr. Alejandro Korn». Los usuarios han discriminado diferentes momentos en su recorrido institucional y han ubicado distintas modalidades que adopta lo institucional según la coyuntura singular del padecimiento o el servicio hospitalario con el cual se han encontrado.

En las entrevistas pudo detectarse que los usuarios sitúan un elemento en particular como determinante para favorecer su tratamiento. Este elemento es propio de cada uno (el trato, la libertad, la rutina, la relación, la convivencia, etc.). Se desprende entonces que el encuentro con lo institucional es singular, un usuario puede resaltar determinado elemento que le resultó beneficioso de un servicio, en tanto que otro usuario señala que ese elemento le resultó ineficaz o perjudicial. Tal elemento revela así su naturaleza de posibilitar un uso singular y es de destacar que el elemento señalado por cada usuario guarda coherencia con la coyuntura de aparición del padecimiento y con las modalidades de arreglo que el sujeto tenía antes de ser internado.

Aun cuando el encuentro y el elemento de vinculación con lo institucional es singular en cada caso, pueden aislarse notas comunes. Los usuarios rescatan la importancia de un trato que los particularice y que apunte a generar una convivencia que muchos nombran como «familiar». Resaltan entonces la importancia de respetar su condición de sujetos singulares que pueden formar lazos sociales en determinadas condiciones.

Otro dato a tener en cuenta es que los usuarios sitúan una discontinuidad entre el funcionamiento de las Salas de internación en el sector de Agudos y los servicios Casa de Peralta y CERPS, así como la valoración de los mismos. Dicha discontinuidad se manifiesta en una serie de oposiciones que se desprende del discurso de los participantes, a saber: «Libertad-Encierro», «Trato personalizado-Trato impersonal y anónimo», «Flexibilidad en las reglas-Rigidez», «Atención-Indiferencia», «Tranquilidad-Insalubridad».

Estos términos antinómicos han sido recortados de los dichos de los usuarios y parecen expresar los elementos de dos lógicas diferentes de funcionamiento. Consideramos que no es azaroso que los usuarios hayan realizado tan claramente esta distinción, y que de la misma pueden extraerse ciertas invariantes estructurales que subyacen al funcionamiento de los servicios, que trascienden el uso singular que cada sujeto puede hacer y que pretendemos deslindar.

La diferenciación que los usuarios realizan entre Salas y Servicios de Agudos por un lado y CERPS y Casa de Peralta por otro, atañe a diferentes características que componen la oferta de abordaje institucional. Un primer dato histórico es que tanto las Salas como los Servicios de Agudos, corresponden a modalidades de abordaje que se asientan en una lógica principalmente manicomial basada en la medida del aislamiento y el abordaje farmacológico. Son servicios de internación psiquiátrica cuyos equipos asistenciales no

están compuestos en todos los casos por equipos interdisciplinarios. Los servicios CERPS y Casa de Prealta surgen como respuesta crítica al abordaje asilar tradicional. Ambos son Servicios «nuevos» en el Hospital y tienen dentro de sus equipos asistenciales profesionales de diferentes disciplinas.

Proponemos nombrar a estas dos lógicas de funcionamiento de los servicios, entendiendo que hay *dispositivos versátiles* a los usos singulares que los sujetos realizan de ellos y *dispositivos no versátiles*. Entenderemos por *versátil* «algo capaz de adaptarse con facilidad y rapidez a diversas funciones», tal como lo indica su definición en el diccionario de la Real Academia Española. Se trata entonces de algo que debe ser flexible, maleable. Entenderemos por *dispositivos no versátiles* a aquellos que no son capaces de adaptarse a diversas funciones requeridas por diferentes usuarios, reproduciendo una lógica que vale igual para todos los casos sin considerar las diferencias subjetivas. El paradigma del dispositivo *no versátil* es el asilo, tal como lo han descrito Foucault [5] y Goffman [8] con el concepto de «institución total».

Ahora bien, la versatilidad o no de un dispositivo no puede determinarse a priori en la planificación, sino que está ligada al tipo de encuentro que se produce con determinado usuario. El funcionamiento no versátil para un usuario puede resultar versátil para otro. Por lo que no sería exagerado pensar que, desde esta perspectiva, hay un dispositivo por cada sujeto según el encuentro que se produce. Sin embargo, eso no nos impide interrogar cuáles son las invariantes estructurales que producen el carácter versátil o no de un dispositivo, entendiendo que determinadas organizaciones se apuntalan más en la versatilidad que otras.

Discusión. Históricamente los dispositivos de salud mental fueron diseñados a partir del saber médico imperante durante los siglos XIX y XX. Ese saber organizaba el modo en que

un dispositivo se aplicaba a un sujeto, trazando una dirección que iba del dispositivo al sujeto. La expresión «inserción del enfermo en el dispositivo» o «adherencia al tratamiento» nos ilustran cómo el sujeto y el dispositivo fueron pensados en una relación de exterioridad, donde uno se insertaba dentro de otro. Si lo pensáramos a partir de un modelo topográfico podríamos pensar el dispositivo sería una esfera y el sujeto un elemento que se inserta dentro. Esta concepción de dispositivo traza toda una serie de políticas que componen el espacio hospitalario, éste se ofrece como espacio preexistente ya constituido y el sujeto debe ser admitido en él a partir de criterios de inclusión o criterios de admisión. Es una topología que traza un adentro y un afuera bien delimitados.

Las categorías de *dispositivo versátil* y de *uso*, nos ofrecen la posibilidad de pensar la relación de los usuarios y los dispositivos desde una perspectiva topológica diferente. Si el dispositivo es versátil es justamente porque no es un espacio predefinido de manera rígida, antes del uso que cada sujeto pueda darle. sino que puede tomar forma a partir del uso que un sujeto le da. El sujeto define por el uso, si eso sirve o no sirve en su tratamiento. Ya no se trataría de la aplicación del dispositivo al sujeto, sino de la aplicación que el sujeto le da al dispositivo; ni del ingreso de un usuario dentro de una lógica rígida e igual para todos, sino del engarce novedoso del sujeto con la oferta institucional, oferta que incluye el vacío necesario para que ese enlace sea posible.

Tomaremos ahora de nuestro marco teórico psicoanalítico las categorías de *Otro* y de *Discurso*, para intentar trazar las diferencias estructurales de estas dos lógicas de funcionamiento institucional y avanzar así en su formalización. Lacan teorizó las diferentes modalidades que adopta el lazo social a partir de la escritura de cuatro tipos de discursos. Las cuatro configuraciones posibles son: el discurso del Amo, el discurso universitario, el discurso de la histérica y el discurso analítico [10]. Esta breve mención nos resulta

necesaria para despejar las invariantes estructurales que subyacen a los funcionamientos de los Servicios, ya que el predominio de uno u otro de estos Discursos forma parte de la lógica que organiza los diferentes dispositivos.

Proponemos entonces que en aquellos dispositivos que denominamos *no versátiles* predominan el discurso del Amo y el discurso universitario, cuya característica principal es que se organizan organizarse de manera consistente ubicando como agente un ideal o el saber. El Saber y el Ideal se anteponen rígidamente a cualquier signo singular de un sujeto, se organizan bajo lógicas universales, sin dar lugar a la diferencia, en tanto ambos responden a una lógica del «para todos». El funcionamiento de estos dos discursos puede localizarse en los dichos de dos entrevistados: «*en la sala es todo enrejado, si uno quería bañarse no podía, tenía que hacerlo antes de que cerraran las piezas*», «*la doctora me dijo que tenía una esquizofrenia prácticamente irreversible*».

Los dispositivos *versátiles*, en cambio, se prestan a los usos singulares, posibilitando la emergencia de un sujeto. Si bien el discurso del Amo y el discurso universitario están presentes, también lo están el discurso de la histeria y el discurso analítico, ambos bajo distintas formas dan lugar a la dimensión del sujeto deseante. La entrada de estos dos discursos en los dispositivos posibilita un uso singular. Tanto el enfermero que incluye un deseo propio invitando a uno de los pacientes para que lo acompañe a cenar (vivido por el paciente como un «trato excepcional»), como el analista que escucha el padecimiento de un sujeto suspendiendo su saber para dar lugar al del sujeto. Estos discursos habilitan la dimensión del deseo y por lo tanto la dimensión subjetiva. En los dispositivos versátiles hay rotación de discursos que hace lugar a lo contingente. De esta manera, el funcionamiento de los dispositivos está íntimamente ligado a la inclusión o no de la dimensión deseante de quienes lo conforman.

Conclusión. Este estudio pudo establecer que los usuarios distinguen y caracterizan los servicios por los que han transitado indicando qué aspectos les resultaron beneficiosos o perjudiciales. A partir de la caracterización que realizaron los usuarios hemos construido dos categorías: los *dispositivos no versátiles* y los *dispositivos versátiles*. El resultado al que hemos arribado es que la eficacia y el alcance de los dispositivos están en correlación con la versatilidad y por ende con la posibilidad de uso.

De lo dicho anteriormente podemos extraer una serie de principios que corresponden a los *dispositivos versátiles*:

- 1) No se definen a priori sino por la posibilidad de su uso.
- 2) La posibilidad de su uso está dada por la flexibilidad que poseen para prestarse a lo singular de cada sujeto.
- 3) En ellos, hay rotación discursiva, que correlaciona con la conformación interdisciplinaria y con diferentes enfoques dentro de los equipos asistenciales.
- 4) Valoran el saber hacer de los sujetos y dan lugar a su desarrollo.
- 5) No funcionan según una lógica de la repetición, sino que alojan las contingencias, dan lugar a las excepciones, buscan la posibilidad de adaptar su funcionamiento a lo diferente.
- 6) Se oponen en su funcionamiento a la lógica manicomial y asilar de los hospitales.
- 7) Un dispositivo no es versátil *per se* sino por los efectos en el tratamiento del padecimiento de los sujetos.
- 8) El uso posible que un sujeto puede hacer de un dispositivo se desprende de un trabajo clínico en torno a la singularidad del mismo.
- 9) La versatilidad de los dispositivos puede ser una orientación para pensar en nuevas políticas sanitarias en Salud Mental.

Anexo

Guía para la entrevista semi-estructurada utilizada en la investigación

1. ¿Cuánto tiempo hace que usted es paciente

- de este servicio del hospital?
2. ¿Cuáles son los motivos por los cuales usted considera que realiza un tratamiento en este servicio?
 3. ¿En qué consiste el tratamiento en este servicio?
 4. ¿Considera que el tratamiento aquí le ha ayudado en algo?
 5. ¿En qué considera que le ha ayudado?
 6. ¿Cuáles son los aspectos del tratamiento que usted considera que le han ayudado?
 7. ¿Qué le parece que le ha ayudado más en su tratamiento?
 8. Si tuviera que imaginar: ¿Qué cosas le gustaría que fuesen distintas en el tratamiento?, ¿Qué cosas le gustaría que fuesen igual en el tratamiento?
 9. ¿Qué es lo que más le ha servido del tratamiento aquí brindado y por qué?
 10. ¿Qué es lo que menos le ha servido el tratamiento aquí brindado y por qué?
 11. ¿Hay alguna diferencia entre lo que usted esperaba del tratamiento al comenzar y lo que el tratamiento es?
 12. ¿Cuáles son esas diferencias?
 13. ¿En qué otros servicios ha estado en tratamiento?
 14. ¿Qué diferencias encuentra con el servicio en el que está actualmente?

Referencias

1. Aparicio Basauri V. Evaluación de Servicios de Salud Mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1993.
2. Bittencourt Bandeira M, Rezende Andrade MC, Silva Costa C, Aparecida da Silva M. Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da Escala de Mudança Percibida. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2011; 24(2):236-44.
3. Cattáneo A. Descripción de los principales condicionantes que afectan las internaciones psiquiátricas en el hospital Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero. *Vertex*. 2006; 17(65):43-7.
4. De Battista J. Condiciones subjetivas que inciden en el abandono del tratamiento de pacientes psicóticos re-internados en un hospital psiquiátrico argentino. *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat*. 2012; 58(1):11-21.
5. Foucault M. El poder psiquiátrico. Buenos Aires: FCE; 2012.
6. Freud S. El Malestar en la Cultura. En: Freud S. Obras completas, TXXI, Buenos Aires: Amorrortu; 1994. pp. 57-140.
7. Galende E. Crisis del modelo médico en psiquiatría. *Cuadernos Médicos Sociales*. 1983; 23:1-7.
8. Goffman E. Internados, ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 1961.
9. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 2da. ed. México: McGraw-Hill; 1998.
10. Lacan J. El Seminario. Libro 17. El reverso del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós; 1992.
11. Lacan J. El Seminario. Libro 23. El Sinthome. Buenos Aires: Paidós; 2006.
12. Llovet J, Ramos S. Hacia unas ciencias sociales con la medicina. Obstáculos y promesas. En: Hardy M, Duarte Osis, Rodríguez Crespo (eds.). *Ciencias sociais e medicina. Atualidades e perspectivas latino-americanas*, Sao Paulo: CEMI- CAMP; 1995. pp. 43-72.
13. Menéndez E. Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*. 1998; 51:17-22.
14. Mercier L, Landry M, Corbiere M, Perreault M. Measuring client's perception as outcome measurement. In: Roberts AR, Yeager KR. *Evidence-based Practice Manual: Research an Outcome. Measures in Health and Human Services*. Oxford: University Press; 2004. pp. 904-9.
15. Robles P, Lechuga Pérez F, Moya Ollé J. La satisfacción del paciente de un centro de salud mental utilizando el método del informe del usuario. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2003; XXII(85):137-52.