



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad
de Humanidades
y Ciencias de la Educación

Alcoholizado y *encanizado*
Rescatar la Persona
entre trayectorias alcohólicas y tratamientos psiquiátricos
desde un abordaje de Antropología y Salud

Fabrizio Martínez Dibarboure

Programa de Doctorado en Humanidades opción Antropología
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
Universidad de la República

Montevideo - Uruguay
Mayo 2019



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad
de Humanidades
y Ciencias de la Educación

Alcoholizado y *encanicado*
Rescatar la Persona
entre trayectorias alcohólicas y tratamientos psiquiátricos
desde un abordaje de Antropología y Salud

Fabrizio Martínez Dibarboure

Tesis de Doctorado presentada al Programa de Doctorado en Humanidades opción Antropología, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República, como parte de los requisitos necesarios para la obtención del título de Doctor en Humanidades opción Antropología.

Directora de tesis:

Prof. Agda. Dra. Sonia Romero Gorski

Montevideo - Uruguay
Mayo 2019

Martínez Dibarboure, Fabrizio

Alcoholizado y *encanizado*. Rescatar la Persona entre trayectorias alcohólicas y tratamientos psiquiátricos desde un abordaje de Antropología y Salud.

Montevideo: Universidad de la República, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, 2019.

Directora de tesis:

Prof. Agda. Dra. Sonia Romero Gorski

Tesis de Doctorado. Universidad de la República, Programa de Doctorado en Humanidades opción Antropología.

Referencias bibliográficas: pp. 269-298.

Palabras claves: Persona, trayectorias alcohólicas, tratamientos psiquiátricos, Antropología y Salud.

Integrantes del tribunal de defensa de Tesis

Montevideo - Uruguay
Mayo 2019

Aval de directora de Tesis



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN



Montevideo, 30 de abril de 2019.

Estimados/as integrantes de la Comisión de Posgrados de la FHCE.

Por la presente dejo constancia que estoy de acuerdo que Fabrizio Martínez Dibarboure entregue su tesis doctoral titulada "Alcoholizado y encanizado. Rescatar la Persona entre trayectorias alcohólicas y tratamientos psiquiátricos desde un abordaje de Antropología y Salud".

Como tutora de tesis he seguido todo el proceso de su formación dentro del Programa de Posgrados, Doctorado en Antropología, en la FHCE y en particular he estado atenta a la investigación que llevó adelante en la temática planteada y dentro del Hospital Vilardebó.

Aprecio la preocupación demostrada por el candidato al título del Doctorado en Antropología, por avanzar en conocimientos y en producir un abordaje comprometido, desde una mirada multi e inter disciplinaria, con metodología adaptada.

Considero que alcanzó las metas planteadas y se encuentra en condiciones de someter su trabajo, sus resultados, al requisito de una defensa ante tribunal calificado.

Queda así expresado en términos formales mi aval a la presentación y depósito de la tesis para su defensa.

Saludo con alta consideración y estima.

Sonia Romero Gorski

Doctora en Etnología, tutora de tesis doctoral de Fabrizio Martínez

Magallanes 1577 - 11200 Montevideo, Uruguay

Dedicado a quienes me dedicaron su tiempo, apoyo, comprensión y amor:

Marcos, Mateo y María Emilia, nuestros hijos;

María Eugenia, mi esposa.

Dedicado, también, a los pacientes y funcionarios del Hospital Vilardebó,

con quienes seguimos profundizando este

aprehender de Antropología y Salud.

Agradecimientos

Primeramente, deseo agradecer a mi esposa María Eugenia por su amor y apoyo... ella sabe bien, entre tantas cosas, lo que es hacer una “tesis de posgrado” trabajando y con tres hijos pequeños...

A nuestros amados hijos Marcos, Mateo y María Emilia que me comprendieron cuando no les podía dedicar más tiempo para jugar con ellos...

A nuestras familias, que siempre están y con su apoyo constante permitieron que “siguiéramos” estudiando... mientras nos cuidaban a los niños...

A todos los pacientes y funcionarios del Hospital “Dr. Teodoro Vilardebó”, particularmente aquellos que entrevisté para esta investigación, por todo lo compartido y lo que me enseñaron...

A los compañeros y autoridades del Departamento de Enfermería y Dirección del Hospital “Dr. Teodoro Vilardebó”, por su apoyo.

A la Prof. Agda. Dra. Sonia Romero, de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (UdelaR), por ser la directora de tesis de este trabajo de investigación, por sus enseñanzas, apoyo desinteresado y contagiarme su entusiasmo.

Al Prof. Ag. Dr. Pablo Fielitz, de la Facultad de Medicina (UdelaR), por su apoyo y sugerencias.

A los compañeros integrantes del Programa Antropología y Salud (FHCE, UdelaR), por su apoyo, sugerencias y enseñanzas...

A los docentes que nos compartieron sus conocimientos en los Seminarios y a los compañeros de generación del Doctorado, por sus aportes, sugerencias y enseñanzas...

A la Universidad de la República, en su Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, particularmente a la Unidad de Profundización, Especialización y Posgrado, por esta posibilidad que nos brindan de seguirnos formando, a esta instancia, en nuestra educación pública.

A los integrantes del tribunal de defensa de Tesis, por haber aceptado formar parte del mismo.

A todos los autores citados en la bibliografía por tanto estudio, reflexión, compromiso e investigación, que nos ayudaron en nuestro trabajo.

Ojalá que el apoyo, esfuerzo y cariño de tantas personas e instituciones se vea reflejado en esta investigación... sin duda que las fortalezas de este trabajo son estas construcciones colectivas... y las debilidades son mis limitaciones para captar tanta vida compartida...

Resumen

La presente tesis doctoral es un trabajo de investigación etnográfica en el campo sanitario, haciendo confluír *Antropología y Salud*. La misma tiene como objetivos reconstruir *trayectorias* de *Personas* con “trastornos mentales y de comportamiento” por uso de alcohol e identificar representaciones y prácticas en los *tratamientos psiquiátricos* brindados en el Hospital “Dr. Teodoro Vilardebó” (Uruguay), en torno a los Procesos de Alcoholización. Las narrativas de los pacientes estudiados fueron relatando una ruptura biográfica ocurrida mayoritariamente en la adolescencia donde, a partir de ahí, comienza un consumo problemático de alcohol, llevando a una reorganización de la identidad social de orden simbólico, derivando hoy, desde el encuadramiento en una institución total, en una narrativa medicalizada que incluye el disciplinamiento; estando la mayoría de los mismos disconformes con la atención, reclamando ser más escuchados. Por otra parte, la integralidad de Antropología y Salud, ensamblando cultura y cuidado, propone totalizar a las dimensiones físicas los aspectos emocionales, familiares, culturales y sociales.

Palabras claves

Persona, trayectorias alcohólicas, tratamientos psiquiátricos, Antropología y Salud.

Abstract

The present doctoral thesis is an ethnographic research work in the health field, bringing together *Anthropology and Health*. It aims to reconstruct *trajectories of people* with "mental and behavioral disorders" due to alcohol use and to identify representations and practices in the *psychiatric treatments* provided at the "Dr. Teodoro Vilardebó" (Uruguay), around the Processes of Alcoholization. The narratives of the patients studied were recounting a biographical rupture that occurred mostly in adolescence where, starting from there, a problematic alcohol consumption begins, leading to a reorganization of the symbolic social identity, deriving today, from the frame in a total institution, in a medicalized narrative that includes discipline; most of them are dissatisfied with the attention, claiming to be more listened to. On the other hand, the integrality of Anthropology and Health, assembling culture and care, proposes to totalize the emotional, family, cultural and social aspects to the physical dimensions.

Key words

Person, alcohol trajectories, psychiatric treatments, Anthropology and Health.

Lista de figuras

	página
1. Fachada de Hospital Vilardebó.....	10
2. Planos de planta física de Hospital Vilardebó.....	11
3. Detalle de portada Periódico “El Observador” (26/06/2016).....	14
4. Estudio de acuarela.....	53
5. “ <i>La nave de los locos</i> ”.....	72
6. Vista del Asilo Sainte Anne.....	93
7. Logo de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay.....	103
8. Detalle de portada Periódico “La Diaria” (11/08/2017).....	111
9. Pintura realizada con fibra a tinta sobre papel.....	174
10. Detalle de portada Periódico “El País” (27/02/2016).....	175
11. Detalle de portada Semanario “Brecha” (13/05/2016).....	178
12. Detalle de portada Periódico “La República” (26/04/2016).....	180
13. Pintura realizada con fibra a tinta sobre papel.....	183
14. Detalle de portada Periódico “El País” (15/03/2016).....	215
15. Acuarela realizada por paciente (julio de 1953).....	231
16. “ <i>La cruz elemental</i> ”.....	235
17. “ <i>El triunfo de Baco</i> ”.....	237
18. “ <i>La extracción de la piedra de la locura</i> ”.....	239
19. Detalle de portada Periódico “La Diaria” (08/02/2019).....	264

Lista de fotografías

página

1. Paciente caminando por pasillo interno (sector masculino).....	1
2. Paciente caminando por patio externo (sector masculino).....	27
3. <i>Escabio</i> (“licor carcelario”).....	61
4. Detalle de la torre de la iglesia (sector masculino).....	94
5. Hospital Vilardebó a comienzos del siglo XX.....	98
6. Religiosas y enfermeras del Vilardebó a comienzos del siglo XX.....	102
7. Médicos y enfermeros del Vilardebó a comienzos del siglo XX.....	102
8. Detalle de una pared (sector policlínica).....	115
9. Vista del sector internación masculina (emergencia).....	118
10. Vista del patio externo (sector masculino).....	127
11. Patio externo (sector femenino).....	152
12. Patio externo (sector femenino).....	153
13. Patio externo (sector femenino).....	157
14. Espacio huerta.....	162
15. Patio externo (sector masculino).....	166
16. Detalle de la torre y estatua de la Virgen María.....	169
17. Ingreso a los sectores de internación.....	170
18. Pintura realizada en columna patio externo (sector policlínica).....	177
19. Vista de la Enfermería desde patio (Sala 11).....	181
20. Paciente caminando por patio externo (sector masculino).....	185
21. Vista de la Enfermería desde patio (Sala 11).....	219
22. Pacientes interactuando (sector femenino).....	244

23. Vista de la torre (sector policlínica).....	254
24. Paciente caminando por patio externo (sector masculino).....	255
25. Pacientes tomando mate en patio externo (sector femenino).....	260

Lista de gráficos

página

1. Consultas e internaciones en Servicio de Emergencia..... 119
2. Ingresos anuales de pacientes a Salas de Internación..... 122
3. Tratamiento con Electro-Convulso-Terapia..... 123

Lista de siglas

AA	Alcohólicos Anónimos
APA	American Psychiatric Association
ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
AUDIT	Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol
BCU	Banco Central del Uruguay
BPS	Banco de Previsión Social
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión
COMCAR	Complejo Carcelario
DSM V	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición
EE.UU.	Estados Unidos (de América)
FFSP	Federación de Funcionarios de Salud Pública
FHCE	Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
GEO	Grupo Especial de Operaciones
IAE	Intento de autoeliminación
IMM	Intendencia Municipal de Montevideo
INAU	Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay

INE	Instituto Nacional de Estadística
ITF	Instituto Técnico Forense
JND	Junta Nacional de Drogas
LSD	Ácido lisérgico
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTSS	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Proceso de Atención de Enfermería
Pit-Cnt	Plenario Intersindical de Trabajadores- Convención Nacional de Trabajadores
RAE	Real Academia Española
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
UdelaR	Universidad de la República
UNITRA	Unidad de Trastornos Relacionados con el Alcohol

Tabla de contenidos

Lista de figuras.....	XIII
Lista de fotografías.....	XIV
Lista de gráficos.....	XVI
Lista de siglas.....	XVII
Primera Parte: El camino antropológico.....	1
Capítulo I: Una construcción de Antropología y Salud.....	3
Capítulo II: El objeto de estudio.....	9
Capítulo III: Los obstáculos epistemológicos.....	21
Segunda Parte: De los planteos teóricos a la problemática social.....	27
Capítulo IV: La persona y sus circunstancias.....	29
Capítulo V: Construcción temática.....	41
Tercera Parte: La atención médica-psiquiátrica al consumo de alcohol.....	61
Capítulo VI: Los umbrales del alcohol.....	63
Capítulo VII: La medicalización del consumo.....	71
Capítulo VIII: La atención psiquiátrica nacional.....	89
Capítulo IX: La atención actual en el Hospital Vilardebó.....	113
Cuarta Parte: Alcoholizado y encanicado.....	127
Capítulo X: Recorridos de las pacientes mujeres.....	129

Capítulo XI: Recorridos de los pacientes varones.....	141
Capítulo XII: Trayectorias femeninas.....	151
Capítulo XIII: Trayectorias masculinas.....	161
Capítulo XIV: Relatos etnográficos.....	169
Quinta Parte: Representaciones y prácticas psiquiátricas.....	185
Capítulo XV: Representaciones psiquiátricas.....	187
Capítulo XVI: Prácticas psiquiátricas.....	213
Sexta Parte: Hacia una cultura de cuidados en salud mental.....	231
Capítulo XVII: El eterno retorno: la vuelta a los antiguos.....	233
Capítulo XVIII: Hacia una antropología de los cuidados.....	241
Consideraciones finales.....	255
Capítulo XIX: (In)conclusión: el aprehender Antropología y Salud.....	257
Bibliografía.....	269

Primera Parte
El camino antropológico



Foto 1. Autor Fabrizio Martínez. Paciente caminando por pasillo interno del sector de internación masculina, Hospital Vilardebó (junio, 2016).

*“Oigo tu voz llamándome,
silencio en el silencio y siento
que es el vino que me engaña otra vez”.*

Alfredo Zitarrosa

Capítulo I

Una construcción de Antropología y Salud

Hace poco más de doscientos años, en el trayecto de Montevideo a Paysandú, al ir a visitar al general José Artigas¹, al campamento de Purificación, el presbítero Dámaso Antonio Larrañaga², escribía en su “Diario de viaje” con fecha 31 de mayo de 1815:

“tuvimos la desagradable noticia que dos indios tapes hermanos, que cuidaban de las mulas, y que habían ido a los Cerrillos por otro más, sin duda ebrios, se pelearon y uno de ellos cosió al otro a puñaladas, y últimamente ciego, y olvidado de hasta los más íntimos sentimientos de la sangre, lo degolló, dejándolo tendido en el campo. Por la mañana vinieron ambos a la villa, el uno para darle sepultura en el cementerio, y el otro para asegurarlo en la cárcel...” (Larrañaga, 2011 [1815]: 5).

Desde esta anécdota, en una “reunión ampliada” que participé³, un integrante de “Alcohólicos Anónimos” (AA) planteaba los destinos de los

¹ José Gervasio Artigas, nacido en Montevideo (1764) y fallecido en Ibiray, cerca de Asunción del Paraguay (1850); hijo de las primeras familias montevidéanas, educado por los frailes franciscanos; de joven fue “baqueano” y de adulto militar, llegando a ser el “Jefe de los Orientales”; portador del federalismo en el Río de la Plata, que lo llevó a ser el “Protector de los Pueblos Libres” y a quien los guaraníes llamarán *oberá pacaraí*, “señor que resplandece” (Cayota, 2007).

² Nacido y fallecido en Montevideo (1771-1848), fue un sacerdote católico que llegó a ser el primer Vicario Apostólico (el equivalente a un obispo diocesano), de la que fuera la Provincia Oriental, célebre por sus investigaciones en el campo de las ciencias naturales, fundador de la Biblioteca Nacional (1816) y contribuyó en la futura creación de la Universidad de la República.

³ Cuando se inaugura un nuevo grupo de AA, generalmente se realiza una reunión donde se invita a familiares y amigos interesados por la problemática del consumo de alcohol, para escuchar los distintos testimonios de las trayectorias de sus integrantes.

“alcohólicos” esbozando que esa trayectoria podría terminar en la muerte, la cárcel o, y agregaba en forma esperanzadora, la “internación”⁴...

Poco tiempo antes de esta experiencia en la Maestría en Ciencias Humanas, cursada en esta casa de estudios, realicé la orientación en Antropología de la Cuenca del Plata, profundizando la senda de Antropología y Salud (Romero, 2009a; 2014; 2018), plasmando una investigación etnográfica en el chaco boliviano (Martínez, 2013), sobre las representaciones y las prácticas que los Ava-Guaraní⁵ tienen del alcohol de los “karai”⁶. Ese fue “mi primer viaje”⁷...

Hablar de Antropología de la Enfermedad, Antropología de la Salud, Antropología Médica, Etnomedicina, etc, si bien pueden utilizarse como sinónimos, no obstante, implican concepciones diferentes. Así el antropólogo argentino Eduardo Menéndez refiere que, “pese a hablar de producir o promover la salud, no sólo la Biomedicina, sino la Salud Pública, la Psicología Clínica o las Ciencias Antropológicas y Sociales siguen trabajando básicamente sobre la enfermedad” (Menéndez, 2012a: 6), por lo tanto, él habla de Antropología Médica y no de otra manera. No obstante, sin perjuicio de lo anterior, el término Antropología y Salud me parece más inclusivo (Romero, 2009a), viendo entre ambas la unión por intermedio de esa conjunción copulativa (“y”), que desde el punto de vista de la Lógica nos refiere que esa posibilidad es verdadera en la medida que ambas lo sean.

⁴ “Desde hace 150 años, la *organización manicomial* sigue siendo hoy, en nuestro país y en el mundo occidental, la solución de elección (si entendemos por elección lo que las estadísticas señalan como agobiante mayoría de casos) para dar un destino de vida (eufemismo que designa lo que es un destino de muerte civil y humana) a estos seres que se separan de la norma” (Viñar, 2002: 112).

⁵ Etnia guaraní habitante del chaco boliviano (sudeste de Bolivia).

⁶ De esta forma los guaraníes del chaco boliviano denominan a las personas forasteras y/o blancas.

⁷ “El etnólogo, al final de su primer viaje, elabora un modelo de reflexión que le servirá para las siguientes experiencias (el terreno de la primera experiencia nunca se olvida) y que orientará sus futuros estudios, ya conciernen al primer terreno visitado o a otro completamente distinto” (Augé, 2007b: 66).

Así dentro del Doctorado en Humanidades, opción Antropología, seguí profundizando en la línea de Antropología y Salud (Kleinman, 1988; 2004; Laplantine, 1999; Van Dongen, 2003; Frankenberg, 2003; Romero, 2003; 2009c; 2013; 2014; Fassin, 2004; 2014; 2018b; Pizza, 2006; Ramírez, 2009b; Grimberg, 2009; Margulies, 2010; Mozo, 2013; Epele, 2013; Martínez-Hernández, 2015; 2017), disciplina que, según el antropólogo estadounidense Craig Janes (2003), “se sitúa en la intersección de la antropología y la salud pública” (En: Wainwright, 2013: 275). Su contribución específica, viene de su capacidad de articular el sentido que las personas y las comunidades, atribuyen a los Procesos de Salud/Enfermedad/Atención-Prevención, “y como eso se sitúa dentro de los sistemas de relaciones sociales a nivel más amplio. Ese trabajo trata de explicar cómo los procesos biológicos universales están sujetos a influencias sociales y culturales a nivel local” (Wainwright, 2013: 275); desde una integración en el *Programa de Antropología y Salud*, de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación perteneciente a la Universidad de la República (Uruguay).

Desde este preámbulo, me ubico en mi contexto humano existencial, aprendiendo que “una parte del trabajo antropológico es autobiográfico” (Menéndez, 2012a: 6); conociendo que “los aspectos subjetivos y biográficos del investigador no sólo acompañan la totalidad del proceso de investigación, sino que lo preceden. Se expresan en los motivos de acercamiento a un problema, el tipo de interés y el estilo de investigación, entre otras dimensiones” (Mantilla, 2008: 95).

Esto me lleva a relacionarme con aquellas personas que se encuentran internadas en el Hospital “Dr. Teodoro Vilardebó”⁸, por encontrarse inmersas en un *Proceso de Alcoholización*, que “refiere a los procesos económico-políticos y

⁸ Hospital público uruguayo de referencia nacional en Psiquiatría y Salud Mental, en donde investigué en las salas “abiertas” de internación femenina y masculina, dado que son áreas donde no se han realizado investigaciones etnográficas, como si se han hecho sobre acontecimientos de la historia del nosomio (Vomero, 2010) y sobre la “Radio Vilardevoz” (Evia, 2010).

socioculturales que operan en una situación históricamente determinada para establecer las características dominantes del uso y consumo de alcohol (incluyendo el no uso y no consumo) por sujetos y conjuntos sociales” (Menéndez y Di Pardo, 1996: 62); para poder así analizar sus *trayectorias*⁹ de consumo, o *narrativas del padecer* (Kleinman, 1988; Van Dongen, 2003), o la *carrera moral del paciente* (Goffman, 2001b)...

Por lo que, desde un sentido epistémico, me pregunto por esta alteridad muy próxima de personas internadas por “trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol”¹⁰, pues al ser parte del equipo asistencial desde hace varios años como licenciado en Enfermería¹¹, observo esta dificultad y la misma se fue transformando de “un problema sanitario” en “una pregunta etnográfica” (Augé, 2007a; Menéndez, 2012a), al irse cambiando mi enfoque desde una “participación observante”, que buscaba un cambio en la atención, a una “observación participante”, donde la razón de ser es conocer (Fassin, 2014)... y así llegar a “construir conocimientos para transformar-nos” (Achilli, 2005: 43)...

En estas coyunturas visualizaré, desde la etnografía¹², la atención “psi”¹³, desde las representaciones¹⁴ y prácticas¹⁵ llevadas adelante por el personal encargado de la asistencia: médicos psiquiatras, médicos generales, psicólogos,

⁹ También podríamos hablar de una *carrera*, transitada por estos usuarios, pues “en este tipo de abordaje se pone el foco en las construcciones del paciente sobre su experiencia y se analizan las estrategias que estos adoptan en dichos trayectos. El énfasis en las narrativas sobre el padecimiento, así como en los modelos explicativos de los pacientes, ha servido para importantes propósitos terapéuticos” (Evia, 2015: 539).

¹⁰ Forma de denominación (diagnóstico) de este problema según la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima revisión (CIE 10), de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

¹¹ Egresado de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (Uruguay).

¹² “La etnografía, método por antonomasia de la antropología utilizado... para abordar... la conformación y las prácticas de determinados grupos profesionales, como los de la medicina y la psiquiatría” (Mantilla y Alonso, 2012: 100).

¹³ “Apócope neológica de uso en Francia para referirse a cualquier profesional del área psicológica (psiquiatra, psicoanalista, psicoterapeuta, psicólogo, rehabilitador), en oposición a los trabajadores de la salud del área somática” (Guyotat, 1994: 72).

¹⁴ Pensando la *representación* como “la articulación entre los modos de percibir, categorizar y significar” (Del Río, 2010: 27).

¹⁵ Concibiendo las *prácticas* como “las secuencias de interacción, sus modos de acción y sus estrategias” (Del Río, 2010: 27).

trabajadores sociales, licenciados en Enfermería, auxiliares de Enfermería y vigilantes.

Como premisa, concibo por *cuidado* en el ámbito de la atención sanitaria, desde una perspectiva ética, el *vínculo con todas las dimensiones de la Persona*.

Así la enfermera francesa Marie Françoise Collière (1930-2005), planteaba que la *Enfermería* es “el arte de cuidar” (1993)¹⁶.

En lo referente a una *cultura de los cuidados*, continúo el planteo de la enfermera y antropóloga estadounidense Madeleine Leininger (1925-2012), quien refería que los mismos son aquellos que consideran la totalidad de la vida y existencia humana, a lo largo del ciclo vital, teniendo en cuenta la cosmovisión de la persona, la cultura, la estructura social, los contextos ambientales, las expresiones lingüísticas y los sistemas populares y profesionales (Marriner-Tomey, 2007).

Como meta, también, en el marco de esta investigación, formalicé aportes para la construcción de una *cultura de cuidados en salud mental*, considerando que “la interpretación del sentido de la enfermedad puede también contribuir a la provisión de unos cuidados más eficaces” (Kleinman y Benson, 2004: 23) y así, al decir del médico y antropólogo estadounidense Arthur Kleinman (1988), “las fuentes fundamentales de la eficacia terapéutica son el desarrollo de una exitosa relación terapéutica y el uso retórico¹⁷ de la personalidad del terapeuta y de sus capacidades comunicativas para habilitar al enfermo y persuadirlo hacia una competencia exitosa” (En: Granero, 2003: 124).

¹⁶ Siguiendo esta perspectiva la Ley N° 18.815, aprobada por el Parlamento Nacional (2011), que regula la profesión de Enfermería, en la República Oriental del Uruguay, en su artículo 4° numeral C establece que, entre otras funciones, al profesional universitario en Enfermería le compete “participar con enfoque preventivo en el cuidado y educación en salud de familias y comunidades, así como directamente en el proceso de atención de salud de los individuos en todo su ciclo vital”.

¹⁷ Para el filósofo griego Aristóteles (384-322 a.C.), la *Retórica* (2004) es un arte (“ciencia” poética), compuesto por tres argumentos persuasivos: el *ethos* (de orden moral y que atañe al emisor), el *pathos* (de orden afectivo y que concierne al receptor) y el *logos* (de orden lógico y que pertenece al discurso).

Capítulo II

El objeto de estudio

Retomando ese sendero abordo como *locus* antropológico, siguiendo el planteo del antropólogo estadounidense Clifford Geertz (1926-2006), quien refería que el mismo no es el objeto del estudio sino el objeto en donde se estudia (1987), “mi lugar de trabajo”¹⁸: el Hospital “Dr. Teodoro Vilardebó”, al cual se lo puede considerar, desde las Ciencias Sociales, una *institución total* pues “puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 2001b [1961]: 13). o, desde la Filosofía, un *manicomio mental* (Pelbart, 1990); eligiendo esta institución sanitaria, entre otras cosas, dada la factibilidad de poder realizar allí esta investigación etnográfica (Alonso, 2013: 2543).

Dicho nosocomio se encuentra ubicado en avenida Millán 2515, en el barrio Reducto, cerca del centro de Montevideo, ubicado en la región centro-sur del departamento. En sus adyacencias encontramos importantes vías de circulación

¹⁸ “La etnografía es “un método de investigación social basado en la observación cercana y en el terreno de personas e instituciones en tiempos y espacios reales, en el que el investigador se inserta cerca (o dentro) del fenómeno para detectar cómo y por qué los actores en escena actúan, piensan y sienten en la forma en que lo hacen” (Wacquant, 2003). En el caso del hospital, este abordaje supone abordar las lógicas institucionales y el modo en que estas inciden en las prácticas profesionales, la forma en que se realizan las intervenciones y se administran los tratamientos, las interacciones entre pacientes y profesionales y la experiencia de los diferentes actores involucrados. Al respecto, se ha señalado el papel y la potencialidad que este tipo de estudios tiene en la construcción de servicios de salud más eficientes, efectivos y humanos, al dar cuenta de los procesos interaccionales y organizacionales en que los tratamientos y cuidados son llevados a cabo en estas instituciones (Murphy y Dingwall, 2007)” (Mantilla y Alonso, 2012: 101).

como Boulevard Artigas, Avenida Gral. Flores, Avenida San Martín y Avenida Agraciada, lo que permite su accesibilidad desde los distintos puntos de la capital (Giraldéz, 2009).

Fundado como “Manicomio Nacional”, en el predio de la antigua “Quinta de Vilardebó”, el 25 de mayo de 1880; fue declarado monumento histórico nacional en 1975 y llegó a ser considerado, hace cien años, “el mejor” de América Latina en su especialidad, alcanzando a albergar a 1500 “pacientes”¹⁹. Aunque, también, casi desde sus orígenes se lo “viene” criticando pues, “por lo que se ve el ingeniero constructor ni siquiera había ojeado un texto de higiene, así como tampoco leído algo que tratara sobre construcción de establecimientos frenopáticos” (Crovetto, 1884: 23) y “el manicomio sigue padeciendo del pecado original de su construcción: fue concebido y planeado como un ‘depósito de locos’; dormitorios inmensos, patios enrejados como grandes jaulas, pesadas puertas de hierro, cuadros de celdas lóbregas, húmedas y frías. Y todavía, en este viejo manicomio, vive la psiquiatría del siglo pasado; la tradición conserva, como en una urna, en su primitivo molde arquitectónico, los antiguos sistemas terapéuticos” (Sicco, 1930: 14).

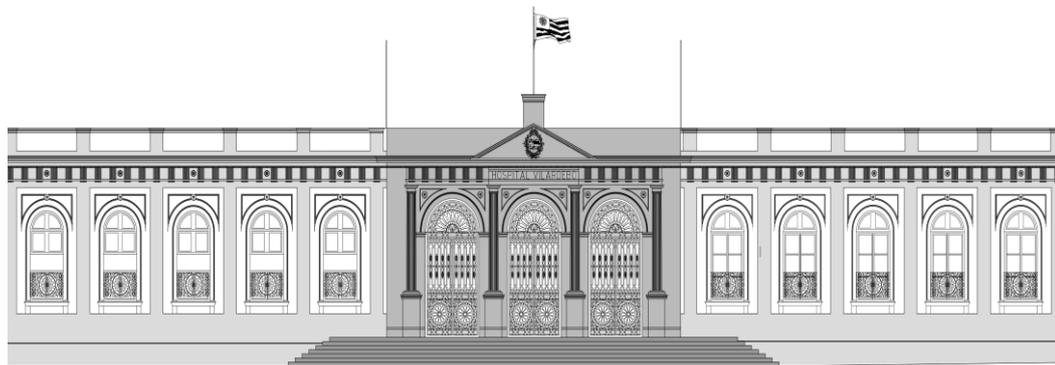


Figura 1. Autor desconocido. Acervo de planos de Hospital Vilardebó. Fachada de Hospital Vilardebó (suministrada por División Arquitectura, ASSE).

¹⁹ “Paciente”: como se denomina a las personas que se asisten en el “Vilardebó”, por lo cual utilizaré esta expresión “nativa”.

Hoy, dado que es la única institución del país en su especialidad (Giraldéz, 2009), se ha convertido en el centro de referencia público nacional en Psiquiatría y Salud Mental, para “pacientes agudos”²⁰, mayores de 15 años de edad, dependiendo de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), la antes llamada “Salud Pública”, de la República Oriental del Uruguay.

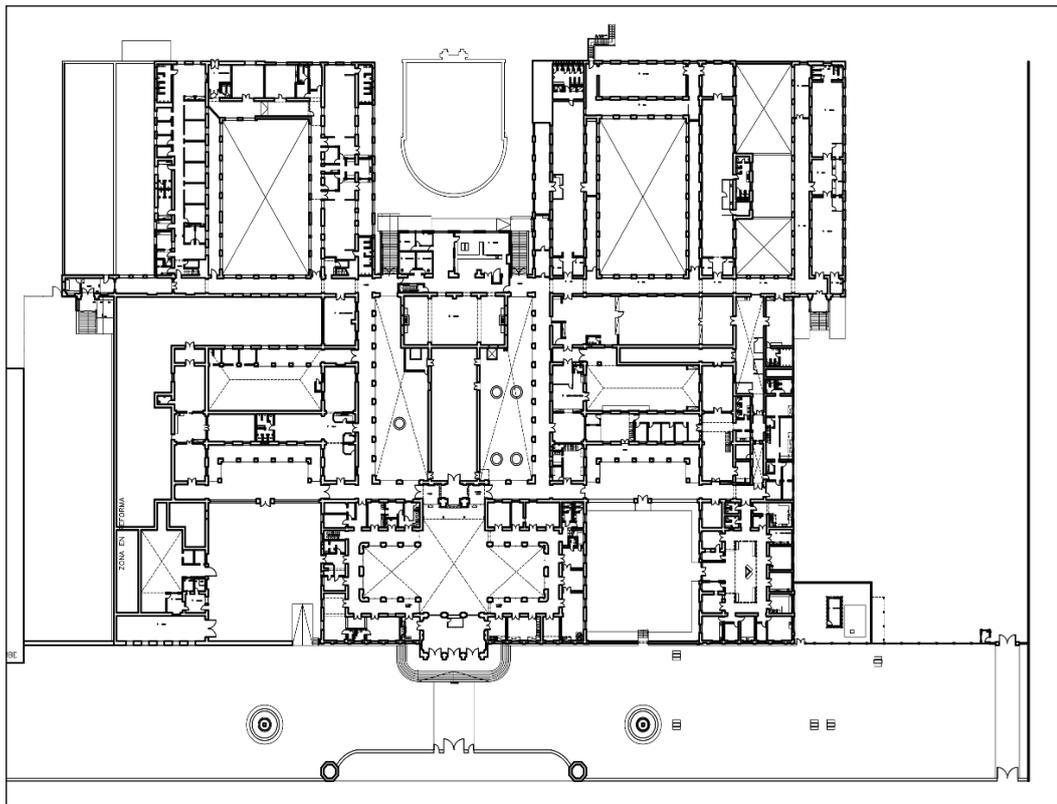


Figura 2. Autor desconocido. Acervo de planos de Hospital Vilardebó. Planta física de Hospital Vilardebó (suministrada por División Arquitectura, ASSE).

Su área abarca unos 15.000 m² (Soiza, 1983; Giraldéz, 2009). La planta física, donde se brinda la atención, presenta una capacidad de internación actual

²⁰ “Parte de las discusiones generadas por los procesos de reforma psiquiátrica se vincula con el pasaje de “paciente psiquiátrico” a “usuario de salud mental” o “enfermo mental” a “portador de sufrimiento mental” (Mantilla y Alonso, 2012: 103).

para 335 pacientes (210 “camas” masculinas y 125 “camas” femeninas), unidades que desde hace varios años siempre se encuentran colmadas; contando con un servicio de emergencia mixto, ocho salas de internación para varones (incluidas dos salas de seguridad), cinco salas de internación para mujeres (incluida la sala de seguridad) y un área cerrada donde se realiza la Electro-Convulso-Terapia (ECT). En la parte anexa al hospital se encuentra el centro diurno, la policlínica, el laboratorio y la farmacia; y en el fondo la huerta. El mismo se encuentra rodeado “de jardines y espacios verdes con una muy variada vegetación, lo que le da un carácter singular” (Giraldéz, 2009: 142).

A dicho servicio son derivados la mayoría de los usuarios de ASSE, con alteraciones en su Salud Mental, como así también las personas derivadas por el Poder Judicial con estas complicaciones. Esto lleva a que, a veces, se tenga la percepción de que “somos el fondo de la bolsa de la salud”, en palabras de un médico psiquiatra de la institución...

Por otra parte, desde hace ya casi treinta años se nos viene diciendo que, “el ‘alcoholismo’, en forma directa (cirrosis hepática, psicosis alcohólicas) e indirectas (accidentes, homicidios), constituye una de las primeras causas de muerte en países latinoamericanos” (Menéndez, 1990: 9). También, han pasado cinco años, de que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en mayo de 2014, publicó el “Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014”²¹. En el mismo se establece que, en el año 2012, murieron en el mundo casi tres millones y medio de personas a consecuencia del uso nocivo de alcohol, lo que representó el 5,9% del total de los fallecimientos. Y el año pasado la OMS, en su mensaje con respecto al día de la Salud Mental²², ha vuelto a decir que, en el mundo hay 450 millones de personas

²¹ Editado en inglés, bajo el título “Global status report on alcohol and health 2014”.

²² Mensaje de la OMS en el día de la Salud Mental, 10 de octubre de 2018.

que sufren trastornos mentales y, entre ellos, 150 millones de personas padecen depresión y 125 millones de personas padecen alcoholismo; habiendo un total de 800.000 suicidios al año (el 20% en países de ingresos bajos), siendo esta la segunda causa de muerte entre los 15 y los 29 años²³.

El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. Por ejemplo, si consideramos el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol (OMS, 2014). Se da, también, una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, generando una “carga” sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad (OMS, 2014).

A nivel mundial, en promedio, se consume 6,8 litros de alcohol puro al año por persona. Europa es el continente con mayor promedio con 10,9 litros, seguido de Latinoamérica con 8,4 litros de alcohol puro per cápita, ocupando Uruguay, en este último, el octavo lugar con un consumo promedio de 7,6 litros de alcohol puro al año por persona (OMS, 2014).

En el espacio correspondiente a Uruguay (OMS, 2014: 171), se da que, con respecto al consumo total de bebidas alcohólicas, un 60% corresponde al consumo de vino²⁴, un 31% al consumo de cerveza²⁵ y un 9% al consumo de bebidas “espirituosas” o destiladas²⁶. Además, los varones consumen el doble que las mujeres. Los consumidores problemáticos, con episodios de excesos en los últimos

²³ Según un Informe del Ministerio de Salud Pública, publicado en el Periódico “El País” (15 de julio de 2016), en Uruguay, durante el año 2015, se registró la mayor tasa de suicidios desde la crisis del año 2002. La cifra fue de 18,55 cada 100.000 habitantes, lo que se traduce en un total de 643 muertes. Dos años después siguieron aumentando, pues “en el año 2017 los suicidios totales en Uruguay fueron 686, lo que representa una tasa de 19,64 cada 100.000 habitantes” (Romano et al, 2018: 25). Por su parte, en el año 2002 se llegó a 20,62, equivalente a 690 personas. El mayor aumento fue en varones y en el rango etario que va desde los 20 a los 24 años.

²⁴ Con una graduación alcohólica entre 5,5 y 14°, es decir entre 5,5 y 14% de alcohol, o sea entre 55 y 140 ml de etanol por litro.

²⁵ Con una graduación alcohólica entre 2,5 y 15°.

²⁶ Con una graduación alcohólica entre 28 y 60°.

30 días, representan 9,4% de la población. El 7,9% de los varones tiene desórdenes con el alcohol y el 3,8% es alcohólico, mientras que en las mujeres se da en 2,9% y son alcohólicas un 1,7%.

En nuestro país, también, según la “VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas” (2016), elaborada por la Junta Nacional de Drogas (JND), dependiente de Presidencia de la República, nueve de cada diez personas, entre 15 y 65 años, han consumido alcohol alguna vez en su vida y siete de cada diez personas lo ha hecho en el último año. El 52,1%, según la encuesta, ha declarado un consumo habitual de alcohol (2016: 13), siendo los varones los que presentan un mayor consumo que las mujeres; y que uno de cada cinco consumidores habituales presenta un *uso problemático de alcohol*, sea por abuso, consumo de riesgo o dependencia, representando a 261.000 personas en términos absolutos, un 8% de la población total del país²⁷.



Figura 3. Detalle de la portada del Periódico “El Observador”, edición del sábado 26 de junio de 2016 (Extraído de: <https://www.elobservador.com.uy>. Fecha de acceso: 26 de junio de 2016).

Desde estos datos, la Unidad de Trastornos Relacionados con el Alcohol (UNITRA), dependiente de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la

²⁷ El Censo poblacional de 2011 establece que en Uruguay hay 3.286.314 personas, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), de Uruguay.

Universidad de la República (UdelaR)²⁸, que funciona en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”²⁹, plantea que, en nuestro país, hay 261.000 personas con uso problemático de alcohol y 60.000 personas dependientes de alcohol³⁰.

Por lo tanto, en la actualidad, el alcohol es la droga más consumida en nuestro país, de la que más se abusa y la que más problemas sociales y sanitarios causa (JND, 2016). Esto lleva a que sea muy relevante el abordaje de este problema, dado que es una prioridad en las actuales políticas sanitarias impulsadas por la OMS, a nivel mundial, y por el Ministerio de Salud Pública, a nivel nacional³¹; desde la prevención, la atención y la rehabilitación, recordando que formamos parte de “un proceso abierto, por tanto, cuyos únicos motores y únicos respaldos son la democracia y la educación” (Augé, 2007a: 45). Por lo que, desde el ámbito académico, podemos aportar a esta campaña nacional...

En esta coyuntura desde los planteos antropológicos, tanto clásicos como contemporáneos, sobre la *Persona* (Mauss, 1979 [1950]; Benedict, 2015 [1934]; Mead, 1975; Lévi-Strauss, 1970; 1993; Le Breton, 2002; Comaroff y Comaroff, 2013) y la *Cura* (Benedict, 1971; Mead, 1975; Lévi-Strauss, 1987; Le Breton, 1999; Epele, 2013), desde los *Procesos de Salud/Enfermedad/Atención-Prevención* (Menéndez, 2002; 2012a; Romero, 1997; 2002; 2003; Ramírez, 2009a; 2011; Martínez-Hernández, 2009; 2015; 2017); las miradas sobre el *Padecer* (Heidegger, 2009 [1927]; Foucault, 2012a; Das, 2008; Epele, 2013; Martínez-Hernández, 2017;

²⁸ Su director es el Prof. Ag. Dr. Pablo Fielitz.

²⁹ Fundado en 1953, cerca del centro de Montevideo, es el hospital universitario, dependiente de la UdelaR, donde se forman la mayoría de los profesionales del área de la Salud.

³⁰ Datos aportados en el “Primer Simposio Internacional sobre uso problemático de alcohol”, celebrado en Montevideo en agosto de 2014.

³¹ A modo de ejemplo, en una conferencia brindada en el Ministerio de Salud Pública (Uruguay), en abril de 2016, se anunciaban las medidas que se comenzarían a tomar para disminuir el consumo de alcohol en mujeres embarazadas; pues, según un estudio realizado en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, hospital público de referencia nacional en pediatría y ginecología (fundado en 1908, muy cerca del centro capitalino), dio como resultado que un 54% de las mujeres embarazadas, que habían consultado en dicho servicio, habían consumido alcohol alguna vez durante el embarazo y un 30% lo había hecho en el último mes de gestación (Moraes et al, 2016).

Fassin, 2018a; 2018b) y la asociación entre *trastornos mentales y abuso de alcohol* que desde hace tiempo establece la psiquiatría (Crovetto, 1884; Castro, 1899; Sicco, 1930; Haedo, 1952; Ramírez et al, 1969; Costa e Silva et al, 1982; Acuña, 2004; Caldas de Almeida, 2007; Fielitz et al, 2009a; 2010; 2013), como pregunta de investigación doctoral me formulé:

¿qué hace sobre la Persona con trayectoria de dependencia alcohólica la internación psiquiátrica hospitalaria?

Y, desde esta articulación, qué tipo de relación se establece:

¿entre dos Personas (paciente-funcionario) o entre un individuo (diagnosticado) y un tratamiento (particularmente farmacológico)?

... llevándome las mismas a las interrogantes antropológicas³² fundamentales (Álvarez, 2009; Martínez-Hernández, 2017; Fassin, 2018a) ...

Por lo tanto, el *área* de esta investigación en Salud, se sitúa en un marco transdisciplinario. Así, “el enfoque que propongo no es convencional, escapa a las delimitaciones disciplinarias. Híbrido, adopta diversos tipos de saberes que son raramente movilizados al mismo tiempo pero que me pareció útil pensar en forma conjunta” (Fassin, 2018a: 46-47).

³² Desde el campo de la antropología filosófica, el filósofo austríaco Martin Buber (1878-1965), en la primera parte de su libro “*¿Qué es el hombre?*”, retoma las preguntas formuladas por el filósofo alemán Immanuel Kant (1724-1804), diciendo que, “según él, se puede delimitar el campo de esta filosofía en sentido universal mediante estas cuatro preguntas: ‘1.- ¿Qué puede saber? 2.- ¿Qué debo hacer? 3.- ¿Qué me cabe esperar? 4.- ¿Qué es el hombre? A la primera pregunta responde la metafísica, a la segunda la moral, a la tercera la religión y a la cuarta la antropología’. Y añade Kant: ‘En el fondo, todas estas disciplinas se podrían refundir en la antropología, porque las tres primeras cuestiones revierten en la última’” (Buber, 1964 [1942]: 12-13).

Esto me llevó a que el *tema* de investigación, como un aspecto concreto dentro del área, no sea algo *único*, sino una construcción compleja, buscando integrar enfoque antropológico con mi experiencia profesional en atención en Salud Mental, con quince años de ejercicio en este hospital público de referencia nacional en Psiquiatría y Salud Mental³³... de esta manera considero que “elegir un tema es construir un problema” (Achilli, 2005: 45)...

Así observo que la construcción del *objeto de estudio*, es recomponer el problema desde otra lógica; por lo que me acerco al tema de estudio desde una perspectiva dialéctica y compleja, que concibe ese entorno social como contradictorio y en permanente movimiento, es decir una dialéctica relacional.

Desde aquí “la antropología puede ser descripta como una manera de aprehender los mundos sociales con una propensión al asombro, es decir, una aptitud para examinar los hechos y las situaciones no como el producto de una ineluctable necesidad sino como el resultado de configuraciones particulares que se han constituido a lo largo del tiempo” (Fassin, 2018a: 47)...

El objeto de investigación se comenzó a suscitar una mañana, en que ingresó a Sala de Observación de Emergencia un “paciente conocido del servicio”³⁴; al

³³ Me vinculé al mismo, primeramente, desde el Departamento de Enfermería en Salud Mental de la Facultad de Enfermería (UdelaR), donde me desempeñé como docente en la práctica del “Módulo Paciente Crítico” (durante el cuarto año de la carrera Licenciatura en Enfermería), en la opción “Enfermería Psiquiátrica” (cuya práctica se realiza en el Hospital Vilardebó), durante los años 2003-2010. A partir del año 2010, comencé a desempeñarme como licenciado en Enfermería del Departamento de Enfermería del Hospital Vilardebó. Desde el año 2010 al 2013 fui nurse de la Emergencia en el Turno Vespertino; en el año 2013 pasé al Turno Matutino, estando hasta el 2016, como nurse de salas de seguridad (de lunes a viernes) y en Emergencia (los fines de semana); desde el 2016 al 2018 estuve como nurse en Electro-Convulso-Terapia y, desde el año 2018, he vuelto a estar como nurse en la Emergencia...

Sumado a lo anterior, estuve tiempo trabajando en centros de rehabilitación de adicciones, tanto a nivel público como privado... junto a mis quince años de labor docente en Educación Secundaria como profesor de Filosofía, egresado del Instituto de Profesores “Artigas” (IPA, Uruguay)... por lo que, mi trayectoria con respecto al *locus* antropológico fue primeramente *etic* (desde el punto de vista “extranjero”) y luego *emic* (desde el punto de vista “nativo”), permitiéndome otra vez, esta investigación, ir distanciándome desde el compromiso...

³⁴ Así se designa a los que “van regularmente” a “atenderse en la Emergencia”.

saludarlo y comenzar a realizarle la valoración, para la realización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE)³⁵, le pregunté cómo estaba, el “paciente” me responde: *“acá ando nurse, alcoholizado y encanicado”*. Esta última expresión hace referencia a los comprimidos de psicofármacos que los “pacientes” del “Vilardebó” denominan “canicas”; por lo que la expresión “encanicado”, significaría una ingesta masiva de “pastillas”, con diversos fines, entre ellos el intento de autoeliminación (IAE), motivo de consulta muy prevalente en la Emergencia del Vilardebó... como así también, a la mixtura de alcohol y tranquilizantes, los pacientes la denominan “jarra loca” (Fielitz et al, 2009)...

De esa manera abordé a las personas implicadas en los procesos de alcoholización (Menéndez, 1990; 1991; 1996; 2003), reconstruyendo las trayectorias de las personas con trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol durante la internación en el Hospital “Dr. Teodoro Vilardebó” (Foucault, 2002; 2012a; 2013; 2014) y analicé las representaciones y prácticas psiquiátricas en esa institución (Szasz, 1994; 2001; Ramírez, 2009b); dado que “la investigación etnográfica es aquella que nos invita a ‘sumergirse’ en la realidad investigada, conociéndola de cerca y por dentro” (De Freitas, 2013: 16³⁶), la misma me estimuló, también, a poder realizar aportes en la construcción de una cultura de cuidados en Salud Mental.

Lo que incentiva mi reflexión, es considerar que “a pesar de que no somos capaces de aceptarlo fácilmente, la experiencia de una buena relación terapéutica puede facilitar la curación; que las relaciones pueden curar” (Granero, 2003: 123), pues “en definitiva, el antropólogo suele construir una coherencia de la que está

³⁵ Método utilizado por los licenciados en Enfermería, para elaborar el plan de cuidados específicos para cada usuario. Se sistematiza en una valoración, diagnósticos de enfermería, plan de acción, ejecución y evaluación. La ejecución, por lo general, es llevada a cabo por los auxiliares de Enfermería; de ahí que, el abordaje a los usuarios desde la Enfermería, se haga en equipo.

³⁶ Nuestra traducción (original en portugués).

seguro que es subyacente a los hechos, pero que conserva sin embargo el carácter de una hipótesis inductiva” (Augé, 2007a: 52).

Fue el médico psiquiatra estadounidense Horacio Fabrega (1971) “quien introdujo en el campo de la antropología médica la distinción *illness* y *disease*, vertidas al castellano, respectivamente, como *padecimiento* y *enfermedad*; además, correlaciona la primera a la perspectiva *emic* y a la segunda al enfoque *etic*” (En: Reyes, 2011: 6).

Desde estos presupuestos establecí como *objetivos generales*, que toman “el problema de investigación a modo de una acción de conocimiento” (Achilli 2005: 50):

- Reconstruir trayectorias de personas con dependencia alcohólica.
- Visibilizar representaciones y prácticas, en la atención psiquiátrica hospitalaria, en torno a los Procesos de Alcoholización.

El primer objetivo general lo vínculo a la dimensión *illness* (desde la Antropología). Por su parte, al segundo objetivo general, lo ligo a la a la dimensión *disease* (desde el campo de las profesiones sanitarias), al ver las *representaciones*, privilegiando la significación como condición básica de todo proceso social y a las *prácticas*, como un proceso dinámico cuyos parámetros, entre otros, son el padecimiento, que tendrán el correlato del *pathos* (de la Filosofía).

Me planteé como *objetivos específicos*, que “desagregan el objetivo general especificándolo y particularizándolo” (Achilli 2005: 50):

- Ahondar en las trayectorias de personas con dependencia alcohólica.
- Exponer representaciones y prácticas psiquiátricas en torno a los Procesos de Alcoholización.
- Enunciar aportes para la construcción de una cultura de cuidados en salud mental desde una mirada antropológica centrada en la Persona.

Los dos primeros objetivos específicos, particularizan a los objetivos generales. En cambio, el tercer objetivo específico me permite desde la dimensión *sickness*, relacionar las vertientes *disease* e *illness*, de los objetivos generales, permitiéndome, de esa manera, profundizar en la *Teoría de la Enfermería Transcultural*³⁷.

³⁷ Buscando que sea un aporte específico, es decir una meta.

Capítulo III

Los obstáculos epistemológicos

En lo referente a la metodología, busqué realizar una descripción densa etnográfica (Geertz, 1987), pretendiendo dar cuenta de las articulaciones que se dan entre las trayectorias de las personas internadas por trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol y las representaciones y prácticas psiquiátricas llevadas adelante en ese lugar de internación (Ramírez, 2009b); contando con los avales de los Comité de Ética del Hospital Vilardebó y de Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (UdelaR).

En este entorno, “el método etnográfico descansa sobre una presencia prolongada en un mundo social que permite el establecimiento de relaciones de confianza mutua con sus miembros y la adquisición de una cierta familiaridad con sus modos de pensar y de actuar” (Fassin, 2018a: 48); caracterizándose por el conocimiento del “otro”, como una persona internada en este caso, a partir del “compromiso establecido en términos éticos y de relaciones humanas” (Ramírez, 2009a: 65). De esta manera, desde mi rol profesional en esa *institución total*, “la etnografía se presenta como un medio limitado de compromiso social autocrítico en nuestro tiempo” (Kleinman y Benson, 2004: 25), que permite seguir “descubriendo en los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención aspectos que las otras disciplinas no ven” (Menéndez, 2012a: 7).

Como estrategias de investigación comencé por la recolección de información, la revisión bibliográfica, los antecedentes de investigaciones precedentes, las entrevistas en profundidad, los cuestionarios, la lectura de las Historias Clínicas de los pacientes abordados, la observación directa y un diario de campo donde registré diariamente mis impresiones.

Desde un trabajo de campo etnográfico que implicó participar en diferentes servicios del hospital, situaciones, espacios, horarios, días, estaciones del año, etc; abordé durante dieciocho meses, desde junio del año 2015 a noviembre del año 2016, a cuarenta personas internadas tanto femeninas como masculinas, mayores de edad, que voluntariamente quisieron participar previo consentimiento informado de los mismos y que ingresaron a salas “abiertas” de internación, femeninas y masculinas, del Hospital “Dr. Teodoro Vilardebó”, con el diagnóstico de “*trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol*” (F10)³⁸ y “*trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de múltiples sustancias*” (F19)³⁹, estos últimos que incluyan alcohol, buscando una *antropología de la illness*⁴⁰.

Como criterio de exclusión, no abordé a los “pacientes” que ingresaron solamente a las salas de observación de la Emergencia y a los que fueron derivados a las salas de “seguridad” tanto femeninas como masculinas, dado que mi desempeño profesional como funcionario se realizaba en dichos servicios, es decir formaba parte de los Equipos de Atención de esos sectores. Considero que dicho enfoque me permitió poder mantener una “distancia en la implicancia”.

³⁸ Estandarización de la CIE 10, de la OMS.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ La “antropología de la illness”, es aquella “que insiste en la necesidad de recuperar la perspectiva del paciente, su cosmovisión, porque de esta manera se está teniendo en cuenta un elemento fundamental para la curación: la elaboración significativa de su experiencia” (Mozo, 2013: 4).

En los últimos años, la cantidad de “pacientes” que han ingresado anualmente a salas “abiertas” de internación (sin contar las salas de “seguridad”) con diagnóstico de F10, han oscilado entre 13 y 34 personas; pudiendo ascender al medio centenar si consideramos el diagnóstico F19, que incluya alcohol⁴¹.

Utilicé, también, como forma de valoración de los mismos, el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), de la OMS (Babor et al, 2001); analizando así, desde las perspectivas anteriores, sus trayectorias...

Además realicé entrevistas semiestructuradas⁴² a cuarenta funcionarios integrantes de los equipos de sala (médicos psiquiatras, médicos generales, psicólogos, trabajadores sociales, licenciados en Enfermería, auxiliares de Enfermería y vigilantes), que voluntariamente quisieron participar, dándoles información sobre la investigación, como asimismo a los familiares (de los “pacientes” abordados) y referentes de Alcohólicos Anónimos (que concurren a la reuniones en dicho nosocomio⁴³), y observé su quehacer, para poder llegar a determinar representaciones y prácticas psiquiátricas, en la atención hospitalaria, en torno a los Procesos de Alcoholización.

Desde aquí, “uno de los principales aportes de la Antropología Social (incluida la Antropología Médica) ha sido plantearse el estudio de lo obvio, de lo que está tan cerca que no lo vemos, de externar nuestra interioridad para poder observarla desde dentro y desde afuera, y en consecuencia hacer surgir las obviedades que vemos pero que no observamos” (Menéndez, 2012a: 7).

⁴¹ Informes anuales (2010-2016) del Departamento de Estadística del Hospital Vilardebó.

⁴² Son aquellas que están “focalizadas en una temática” (Achilli, 2005: 70).

⁴³ El grupo de Alcohólicos Anónimos (AA) que se reúne en Sala 12 bis, sector de internación masculina, lo hace los días lunes, miércoles y sábados de 16 a 18 horas. Por su parte, en ese mismo sector, funciona un grupo de Narcóticos Anónimos (NA), los días jueves a las 15 horas.

En estas circunstancias de funcionario-investigador (Elias, 1990), mi visión es la del “nurse”⁴⁴ que pretende tener una *antropología de la mirada*, siguiendo la invitación de Marc Augé, de tener *un ojo en el detalle y otro en el contexto*, lo que el antropólogo francés denomina *estrabismo antropológico*, buscando analizar el detalle en su contexto⁴⁵... pero también el llevar adelante ambos atisbos, me vieron forzado “a vivir al filo doloroso de la navaja, conservando al mismo tiempo dos formas de pensamiento separadas y tomando decisiones sobre acciones que resulten en un alivio temporario en el presente, sin destruir la posibilidad de prevención a largo plazo” (Frankenberg, 2003: 13).

Por lo tanto, realicé una investigación etnográfica *situada e implicada*.

Situada, “dentro de una determinada forma de acceder al campo de trabajo, que ha apostado por una investigación no encubierta en la institución sanitaria” (Blázquez, 2008: 25). *Implicada*, al decir del médico y antropólogo francés Didier Fassin, “que interviene y quiere contribuir con el objeto de estudio, mediante la mejora de los servicios sanitarios, la praxis sanitaria, la promoción de un mayor control de la población sobre su salud... pero manteniendo una distancia epistemológica que le permita una actitud crítica tanto sobre su objeto de estudio, como sobre su propia práctica antropológica” (En: Blázquez, 2008: 26).

Así “la bidireccionalidad y la participación no son posibles sin una “experiencia próxima” por parte de los profesionales; y aquí la etnografía con su dialéctica oscilatoria entre el extrañamiento y la pertenencia, entre la observación y la participación, ofrece un modelo tanto para el análisis de la realidad social como

⁴⁴ Como se designa a los licenciados en Enfermería en el ámbito asistencial de nuestro país.

⁴⁵ “Un día se da cuenta de que se ha pasado la vida haciéndose las mismas preguntas y de que ningún otro desplazamiento en el espacio podrá aportarle una respuesta más clara; llega a la conclusión de que no es un explorador. Ya sólo le queda establecer un balance de las conclusiones que ha podido establecer, pero, al contrario que el viajero nostálgico, las aplica al futuro: a aquellos que realizarán otros viajes y que, de un modo u otro, las proseguirán, las modificarán y prolongarán su propio recorrido” (Augé, 2007b: 68).

para el establecimiento de puentes de comunicación con ella” (Martínez-Hernández, 2015: 186).

De esta manera, previo al comienzo del trabajo de campo (diciembre de 2014), en el Salón de Actos del Hospital Vilardebó, realicé una exposición titulada: “*Los procesos de alcoholización desde una mirada de la Antropología de la Salud*”, donde expuse mi investigación de maestría y presenté mi proyecto de investigación doctoral (tema, antecedentes, preguntas, objetivos y metodología), ante un importante número de funcionarios, tanto del equipo de Dirección como de los equipos de Sala y, también, docentes universitarios y estudiantes de grado y posgrado de distintas facultades del área Salud de la Universidad de la República... y cuatro años después (diciembre de 2018), en el mismo lugar y en el marco de una jornada de divulgación científica, presenté avances de esta tesis doctoral...

Por lo tanto, este enfoque antropológico abarca tanto el *compromiso* (como funcionario) como la *distancia* (como investigador), siguiendo a Didier Fassin, quien nos plantea que la postura *comprometida* privilegia una posición política y la *distancia* privilegia una posición epistemológica, considerando *indisociables* ambas posiciones (Fassin, 1998), pues “cuanto más delicados son los temas en la sociedad del antropólogo, más fuerte es la tensión entre la preocupación por la objetivación y la implicancia subjetiva” (Fassin, 2018b: 142)... superando así, los *obstáculos epistemológicos*, al decir del epistemólogo francés Gastón Bachelard (1884-1962), que encontré y esto “anima las posibilidades de estudiar nuestro momento histórico para rastrear en él cómo surgen nuevas formas de lucha y de transformación que necesiten el desarrollo de una nueva epistemología que pueda dar cuenta de ellas” (De la Flor, 2009: 5)... De esta manera el *etnógrafo* adquiere *un continuum “estar entre”* (Martínez-Hernández, 2015: 188)...

En síntesis, “la antropología es ante todo un análisis crítico de los etnocentrismos culturales locales o, dicho de otro modo, que su principal objeto, su foco, es la tensión entre sentido y libertad (sentido social y libertad individual), tensión de la que proceden todos los modelos de organización social, desde los más elementales a los más complejos” (Augé, 2007a: 61- 62).

Segunda Parte

De los planteos teóricos a la problemática social



Foto 2. Autor Fabrizio Martínez. Paciente caminando por patio externo del sector de internación masculina, Hospital Vilardebó (junio, 2016).

*“Navegaba el pescador, el timón a la deriva.
La nave nunca volvió, la nave no volvería”.*

Alfredo Zitarrosa

Capítulo IV

La persona y sus circunstancias

La palabra *persona*, “nace en los orígenes de la civilización latina” (Mauss, 1979 [1950]: 322) y proviene del griego *prósopon*, haciendo referencia, como bien nos recuerda el etnólogo francés Marcel Mauss (1872-1950), a “máscara, máscara trágica, máscara ritual y máscara de antepasado” (Mauss, 1979 [1950]: 322), siendo utilizada por los actores en el teatro clásico griego, de ahí el *personaje* (RAE, 2014). También puede provenir de *persono*, que significa hacer resonar la voz (RAE, 2014), pues “la explicación de los etimólogos latinos para los cuales *persona* viene de *per/sonare* [la máscara a través de la cual (*per*) resuena la voz (del actor)]” (Mauss, 1979 [1950]: 324) y que pareciera “que la palabra no es de origen latino, sino de origen etrusco” (Mauss, 1979 [1950]: 324), que a su vez la tomaron del griego, pues “la palabra *πρόσωπον* tenía el mismo sentido que *persona*, máscara, pero también expresa el personaje que cada uno es y que cada uno quiere ser, su carácter” (Mauss, 1979 [1950]: 327).

En occidente, a diferencia de oriente, los latinos fueron creando la noción de persona a partir de lo jurídico; así “para el derecho, dicen los juristas, sólo existen: las *personas*, las *res* y las *actiones*, principio que todavía hoy rige la división de nuestros códigos. Este principio es resultado de una evolución especial del derecho romano” (Mauss, 1979 [1950]: 324), donde “el derecho a la persona se ha creado ya, sólo queda excluido el esclavo. *Servum non habet personam*, carece de personalidad” (Mauss, 1979 [1950]: 327).

Este ser “carente” de personalidad y de derechos, nos figura la imagen histórica del *adicto*. La arcaica etimología latina “*addictus*”, nos habla de un individuo muy favorable o inclinado a, dedicado o entregado a, adjudicado legalmente a (RAE, 2014)... por lo que este vocablo designaba, en la antigua Roma, a un tipo muy concreto de *esclavo*, al que era en principio una persona libre y había sido adjudicada a otra mediante juicio o acto legal. Se llegaba a esta situación por *deudas*, así se podía ser esclavo temporal o permanente hasta saldar la deuda (literalmente “entregado a otro”, que debe enormes dineros o favores); y también como *botín de guerra*, donde quiere decir “adjudicado” o “heredado”; después de una guerra los romanos hacían una “subasta”, donde licitaban o regalaban esclavos a los soldados que mejor se habían desempeñado en combate... pero un tiempo después, “aunque los siervos no son todavía propietarios de su cuerpo, poseen ya un alma, el alma que les concede el cristianismo” (Mauss, 1979 [1950]: 327)...

Otro aporte latino fue la costumbre “de los nombres, prenombrados y apellidos, la que consiguió la misma finalidad. El ciudadano romano tenía derecho al *nomen*, al *praenomen* y al *cognomen* que su *gens* le atribuía” (Mauss, 1979 [1950]: 326).

Hace dos mil años, la filosofía estoica comienza a reflexionar sobre que, “la conciencia de sí, se transforma en patrimonio de la persona moral. Epicteto⁴⁶ conserva todavía el sentido de las dos imágenes, sobre las que ha trabajado esa civilización, cuando escribe lo que Marco Aurelio⁴⁷ cita, ‘esculpe tu máscara’, plasma tu ‘personaje’, tu ‘tipo’, tu ‘carácter’, cuando le proporciona lo que luego ha sido nuestro examen de conciencia” (Mauss, 1979 [1950]: 329).

Luego, “son los cristianos quienes han hecho de la persona moral una entidad metafísica. Nuestra noción de persona humana es fundamentalmente una

⁴⁶ Filósofo griego estoico (50-135), que vivió parte de su vida como esclavo en Roma.

⁴⁷ Filósofo romano estoico (121-180), que fuera emperador del Imperio Romano los últimos nueve años de su vida.

noción cristiana” (Mauss, 1979 [1950]: 330), pues en esta perspectiva se va a ir dando “el paso de la noción de *persona*, *hombre revestido de un estado*, a la noción de hombre sin más, a la de persona humana” (Mauss, 1979 [1950]: 330). Este concepto fue gestándose a partir de las disputas teológicas de los siglos IV y V, entorno a las controversias cristológicas, donde la filosofía cristiana para encontrar un lenguaje común entre las diferentes escuelas teológicas, tomando las anteriores referencias, del antiguo teatro griego y del derecho romano, se las aplica a la figura del λόγος, es decir la “palabra” o el “verbo”, que se “encarna” en la “persona” de Jesucristo. De esta manera irá surgiendo como la singularidad de cada individuo de la especie humana, haciendo referencia a un ser racional, que posee conciencia de sí mismo y que cuenta con su propia identidad (Denzinger, 1963).

San Agustín de Hipona (354-430), nacido en el África romana, calificado como el último filósofo antiguo y el primer filósofo medieval, además de su ser teólogo, planteaba que un individuo podía ser considerado *persona* por su capacidad de autorreflexión, es decir que, siendo consciente de sus limitaciones y responsabilidades, debe analizar sus actos para que los mismos no lo delaten ni alejen del camino de la verdad y la felicidad (Agustín de Hipona, 1994 [398]).

El filósofo romano Boecio (480-525), definía a la persona como *rationalis naturae individua substantia*, traducido del latín al castellano como “Persona es la sustancia individual de naturaleza racional” (Tomás de Aquino, 2001 [1274]: 320)⁴⁸; por lo que la persona se caracteriza por tres notas: la sustancialidad, la individualidad y la racionalidad.

De esta manera el término no es algo genérico ya que indica un “quién” y no un “qué”, ni designa una naturaleza común sino una incomunicabilidad; a partir de aquí, “sólo faltaba transformar esta sustancia racional individual en lo que es

⁴⁸ “La definición de persona que da Boecio en el libro *De Duabus Naturis* y que es la siguiente: *Persona es la sustancia individual de naturaleza racional*”. En: *Suma de Teología*. I, C.29 a.1.

ahora, en una conciencia, en una categoría, y eso fue obra de un largo trabajo por parte de los filósofos...” (Mauss, 1979 [1950]: 331).

A modo de ejemplo, de este prolongado camino de reflexión, Santo Tomás de Aquino (1225-1274), filósofo y teólogo italiano, fue sentenciando *Persona significat id quod est perfectissimum in tota natura, scilicet subsistens in rationali natura*, traducido del latín al castellano como “Persona significa lo que en toda naturaleza es perfectísimo, es decir, lo que subsiste en la naturaleza racional” (Tomás de Aquino, 2001 [1274]: 326)⁴⁹; planteando la incomunicabilidad en el modo de existir, distinguiendo entre el todo y la parte, entre persona y naturaleza; y así, en el pensamiento de Tomás de Aquino, ser persona es estar abierto a la Trascendencia, a un más allá, a Dios...

Más tarde, “la noción de persona tenía que sufrir otra transformación antes de convertirse en la que es desde hace menos de siglo y medio, la *categoría del ‘yo’*” (Mauss, 1979 [1950]: 332); lográndose con el filósofo francés René Descartes (1596-1650), quien en la cuarta parte de su *Discurso del Método*, nos dirá: “yo, que pensaba, debía ser necesariamente alguna cosa; y observando que esta verdad: *pienso, luego existo*, era tan firme y tan segura...” (Descartes, 1954 [1637]: 58); por lo que, aplicando con rigor su método, sostuvo que *Cogito, ergo sum*, era la única certeza racional y sobre este principio comenzó a reconstruir el conocimiento. Así fue llegando a que no hay nada cierto, sino yo, y *Ego sum res cogitans*, es decir, “yo no soy más que una cosa que piensa”, de esta manera, el hombre se queda solo con sus pensamientos, fundándose la filosofía en la persona como conciencia y

⁴⁹ En: *Suma de Teología*. I, C.29 a.3.

razón (Descartes, 1954 [1637])... y así, este derrotero en torno a la noción de persona hará surgir, siglos más tarde, a la Antropología Filosófica⁵⁰...

Por lo que, “el recorrido es complejo, de una simple mascarada se pasa a la máscara, del personaje a la persona, al nombre, al individuo: de éste se pasa a la consideración del ser con un valor metafísico y moral, de una conciencia moral a un ser sagrado, y de éste a una forma fundamental del pensamiento y de la acción” (Mauss, 1979 [1950]: 334)...

El concepto de *persona*, en los pueblos indígenas sudamericanos, fue analizado por el antropólogo francés Claude Lévi-Strauss (1908-2009), a partir de su trabajo de campo con los *bororo*⁵¹, donde nos refiere que, “había que estar pintado para ser hombre; el que permanecía al natural no se distinguía de los irracionales” (Lévi-Strauss, 1970: 178); pues “las pinturas del rostro confieren en primer lugar al individuo su dignidad de ser humano; operan el paso de la naturaleza a la cultura... poseen una función sociológica” (Lévi-Strauss, 1970: 186).

Así con respecto a la finitud humana, “para los bororo no hay muerte natural: un hombre no es para ellos un individuo, sino una persona. Forma parte de un universo sociológico: la aldea que existe desde siempre, junto al universo físico, este mismo compuesto por otros seres animados (cuerpos celestes y fenómenos meteorológicos)” (Lévi-Strauss, 1970: 225).

⁵⁰ El filósofo alemán Max Scheler (1874-1928), sugirió el término “Antropología Filosófica” para describir el estudio de las distintas maneras de concebir la humanidad en clave filosófica; así “se puede llamar ‘antropología filosófica’ a todo intento de asumir la problemática específica del hombre. Se trata de intentos que pretenden aclarar, según una reflexión metódica filosófica, el gran interrogante que el hombre se plantea a sí mismo: ¿qué significa ‘ser hombre’? En otras palabras, la antropología filosófica es la disciplina que toma al hombre como objeto de su investigación, en el intento de aclarar y de establecer en cierto modo su ser, esto es, los aspectos fundamentales de su esencia o naturaleza. Podría decirse también que la antropología filosófica (o filosofía del hombre) estudia al hombre desde el punto de vista del hombre, para enunciar en qué consiste el misterio del ser hombre” (Gevaert, 1993: 21).

⁵¹ Etnia indígena de la amazonia brasileña.

Por lo tanto, “a partir de *Tristes Trópicos*, él planteaba la complementariedad de lo psíquico, lo cultural y las condiciones materiales: en este nuevo desarrollo, el etnólogo hace una alianza entre etnología y genética, encargadas de estudiar la complementariedad entre la evolución natural y la orgánica” (Clément, 2003: 147).

Siguiendo a Lévi-Strauss (1993), al *individuo* lo podemos considerar una existencia biopsíquica única, es decir un ser distinto e indivisible desde lo biológico y lo social, la unidad de cuerpo y mente⁵²; y a la *persona*, una constelación de relaciones sociales⁵³. Por su parte al *yo*, la pareja de antropólogos sudafricanos Jean Comaroff y John Comaroff (2013), lo comprenden como una unidad subjetiva única... aunque en la práctica “psi”, que nos ocupa, esta distinción tiende a hacerse borrosa...

En lo referente a la noción de *persona*, en los pueblos africanos subsaharianos, estos antropólogos sudafricanos nos refieren que, “la noción de persona era una construcción intrínsecamente social... nadie existía o podía llegar a ser conocido si no era en relación con y en referencia a, o incluso como parte de un vasto grupo de otros significativos” (Comaroff y Comaroff, 2013: 91).

Otro aspecto es que, “el primer principio de la noción de la persona tsuana⁵⁴ contemporánea: no hace referencia a un estado de ser sino a un estado de devenir. Ningún ser viviente puede permanecer estático. La quietud significa la muerte social” (Comaroff y Comaroff, 2013: 96); por lo que, “esto deja entrever que la noción fundacional del ser-como-devenir, del ser consciente como agente activo en

⁵² “El *suicidio* es, probablemente, el primer intento positivo y sistemático de explicar una conducta como resultado de fuerzas sociales que convierten al individuo, como afirmará unos cuantos años más tarde Lévi-Strauss en *La identidad* (1981:10), en una función inestable y efímera” (Martínez-Hernández, 2015: 130).

⁵³ “Nunca tuve, tampoco ahora, la percepción del sentimiento de mi identidad personal. Yo mismo aparezco como el lugar por cuyo intermedio suceden cosas, pero el ‘yo’ (*je*) no existe, no existe el ‘yo’ (*moi*). Cada uno de nosotros es una especie de encrucijada donde suceden cosas, encrucijadas que son puramente pasivas: algo sucede en ese lugar. Otras cosas igualmente válidas suceden en otros puntos. No existe opción: es una cuestión de probabilidades” (Lévi-Strauss, 2012 [1978]: 28).

⁵⁴ Es el nombre de una etnia del sur de África.

el mundo, estaba tan internalizada que constituía un pacto tácito. A lo largo de la vida (en forma encarnada) y aún después de la muerte (como presencia narrada) la persona era un sujeto dotado de la capacidad de participar del acto de completarse y aumentarse a sí mismo” (Comaroff y Comaroff, 2013: 98).

Y nos aclaran que, “como nunca se cansa de advertir la antropología, la noción de persona, más allá de su formulación cultural, constituye *siempre* una creación social en igual medida que *siempre* responde a las exigencias de la historia” (Comaroff y Comaroff, 2013: 105)...

A estos planteamientos sobre la persona, la antropóloga estadounidense Ruth Benedict (1887-1948), agregará la perspectiva cultural, diciendo que la misma, “no es un complejo transmitido biológicamente” (Benedict, 1971: 19); sino que:

“la historia de la vida del individuo es ante todo y sobre todo una acomodación a las normas y pautas tradicionalmente transmitidas en su comunidad. Desde el momento del nacimiento, las costumbres en medio de las cuales ha nacido modelan su experiencia y su conducta. Desde el momento en que puede hablar, es la pequeña criatura de la cultura, y cuando ha crecido y se ha hecho capaz de participar en actividades de ella, sus hábitos son los de ella; sus creencias las de ella, y lo mismo ocurre con sus limitaciones. Todo niño nacido en su grupo participará con él de ellas, y ninguna de sus antípodas lo logrará jamás, ni siquiera en la milésima parte. No hay problema social cuya comprensión nos importa más que el papel de la costumbre. Hasta que entendamos sus leyes y variedades, permanecerán ininteligibles los principales hechos complejos de la vida humana” (Benedict, 1971: 10-11).

Visualizando el concepto de persona y de cultura, la antropóloga estadounidense Margaret Mead (1901-1978), analiza que “nuestro objetivo es la humanidad como ésta debe haber sido, como ésta es, y como debe ser, si el hombre sobrevive” (Mead, 1975: 18) y nos invita a reflexionar sobre “la intensidad de un humanismo que no consideraba todavía a la ciencia como ajena a los más profundos valores del hombre” (Mead, 1975: 11) y así, vamos realizando “nuestras propias

anotaciones sobre el papel a medida que escuchamos y aceptamos los hechos proporcionados por la historia” (Mead, 1975: 10), en el vínculo con las personas, pues “este contacto con el material viviente es nuestra marca distintiva” (Mead, 1975: 10).

A lo que Claude Lévi-Strauss dirá: “éste es precisamente el camino que sigue el etnógrafo cuando se instala en el terreno, porque (por escrupuloso y objetivo que quiera ser) nunca se encuentra ni consigo mismo ni con el otro al término de su encuesta” (Lévi-Strauss, 1968: XXVI), dado que, “la antropología no se habría visto llevada a desempeñar el papel que es ahora el suyo: cuestionar al hombre mismo en cada uno de sus ejemplos particulares” (Lévi-Strauss, 1968: XLVIII), por lo tanto, “el etnógrafo, a la vez que admitiéndose humano, trata de conocer y juzgar al hombre” (Lévi-Strauss, 1970: 43)...

Desde la existencia de la persona andando por el diario vivir, el sociólogo canadiense Erving Goffman (1922-1982), nos plantea que el teatro es una metáfora de la vida cotidiana, por eso, “probablemente no sea un mero accidente histórico que el significado original de la persona sea máscara. Es más bien un reconocimiento del hecho de que, más o menos conscientemente, siempre y por doquier, cada uno de nosotros desempeña un rol... Es en estos roles donde nos conocemos mutuamente; es en estos roles donde nos conocemos a nosotros mismos” (Goffman, 2001a [1959]: 31).

En el interaccionismo simbólico⁵⁵ que se puede dar, en la vida cotidiana, resulta evidente que, “en cierto sentido, y en la medida en que esta máscara representa el concepto que nos hemos formado de nosotros mismos (el rol de acuerdo con el cual nos esforzamos por vivir), esta máscara es nuestro ‘sí mismo’ más verdadero, el yo que quisiéramos ser” (Goffman, 2001a [1959]: 31).

⁵⁵ “El interaccionismo simbólico entiende el significado y la construcción intersubjetiva de la realidad, el sujeto y el objeto como producto social” (Mantilla y Alonso, 2012: 102).

Por lo que, “nuestra concepción del rol llega a ser una segunda naturaleza y parte integrante de nuestra personalidad. Venimos al mundo como individuos, logramos un carácter y llegamos a ser personas” (Goffman, 2001a [1959]: 31)...

Llegamos así al momento que la *persona* atraviesa, también, distintas vicisitudes a lo largo del camino de la vida, particularmente cuando surca problemas entorno a lo normal y lo patológico (Canguilhem, 1971) y a su atención. Así Benedict nos plantea que, “el ejemplo más espectacular de la definición cultural de la normalidad lo brindan aquellas culturas en las que una anormalidad de nuestra cultura constituye la piedra de toque de su estructura social” (Benedict, 2015 [1934]: 5); dado que, “la normalidad, en su sentido más general, se define culturalmente. Es, primordialmente, un término para el segmento socialmente elaborado del comportamiento humano en cualquier cultura; en tanto la anormalidad es un término para el segmento que una civilización en particular no usa” (Benedict, 2015 [1934]: 10).

Nos recuerda también, la *carrera moral del paciente* (Goffman, 2001b), pues “el concepto de lo normal es, en realidad, una variante del concepto de ‘el bien’. Refiere a lo que la sociedad ha aprobado. Una acción moral es aquella que cae dentro de los límites del comportamiento esperado por una sociedad en particular” (Benedict, 2015 [1934]: 11); luego, “la vasta mayoría de los individuos se forman con acuerdo a los usos y tradiciones de su cultura. En otras palabras, la mayor parte de los individuos son moldeables por la fuerza de la sociedad en la cual han nacido. En una sociedad que valoriza el trance, como en la India, los individuos han de tener experiencia supranormal” (Benedict, 2015 [1934]: 12).

Referente a los *trastornos* mentales, es paradójico observar que, “la cultura, de acuerdo con sus preocupaciones principales, incrementará e intensificará los síntomas histéricos, epilépticos y paranoides, al mismo tiempo que dependerá socialmente en un grado cada vez mayor de estos individuos” (Benedict, 2015 [1934]: 12); por lo tanto, “en esta cuestión de los padecimientos mentales, debemos

enfrentar el hecho de que incluso nuestra normalidad es un producto humano y es resultado de nuestras propias búsquedas” (Benedict, 2015 [1934]: 13).

Y, estos trastornos mentales en nuestro entorno, se terminan convirtiendo en una marca indeleble de la persona, en un *estigma*, pues “mientras el extraño está presente ante nosotros puede demostrar ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente de los demás (dentro de la categoría de personas a la que él tiene acceso) y lo convierte en alguien menos apetecible –en casos extremos, en una persona casi enteramente malvada, peligrosa o débil–. De ese modo, dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado” (Goffman, 2006 [1963]: 12).

El pasado siglo XX (y podríamos agregar lo que va del presente), desde la filosofía existencialista fue catalogado como un tiempo de *angustia*. Por lo que el filósofo alemán Martin Heidegger (1889-1976), nos dirá: “la angustia, como posibilidad del ser del ‘ser ahí’ y a una con el ‘ser ahí’ mismo abierto a ella, da la base fenoménica para apresar en forma explícita la totalidad original del ser del ‘ser ahí’. Este ser se desemboza como ‘cura’” (Heidegger, 2009 [1927]: 202)...

Y así, con respecto al “curar”, Heidegger en su obra “*El ser y el tiempo*” (1927), al hablarnos de (la) “cura”, nos contaba esta fábula que se le atribuye al célebre escritor hispano-latino Cayo Julio Higino (64 a.C.- 17 d.C.):

“Una vez llegó Cura a un río y vio terrones de arcilla. Cavilando, cogió un trozo y empezó a modelarlo. Mientras piensa para sí qué había hecho, se acerca Júpiter. Cura le pide que infunda espíritu al modelado trozo de arcilla. Júpiter se lo concede con gusto. Pero al querer Cura poner su nombre a su obra, Júpiter se lo prohibió, diciendo que debía dársele el suyo. Mientras Cura y Júpiter litigaban sobre el nombre, se levantó la Tierra (Tellus) y pidió que se le pusiera su nombre, puesto que ella era quien había dado para la misma un trozo de su cuerpo. Los litigantes escogieron por juez a Saturno. Y Saturno les dio la siguiente sentencia evidentemente justa: ‘Tú, Júpiter, por haber puesto el espíritu, lo recibirás a su muerte; tú, Tierra, por haber ofrecido el cuerpo, recibirás el cuerpo. Pero por haber sido Cura quien primero dio forma a este ser, que mientras viva lo posea Cura. Y en cuanto al litigio sobre el nombre, que se llame ‘homo’, puesto que está hecho de humus (tierra)’” (Heidegger, 2009 [1927]: 218-219).

Esta fábula cobra una significación especial, por el hecho de ver en la “*cura*” y desde ahí el *cuidar*⁵⁶, aquello a lo que tendríamos que estar dedicados durante toda la vida.

El *hombre*, recibe su nombre (*homo*) del elemento del que está compuesto (*humus*). Lo *original* del relato, “lo dice la sentencia de Saturno: el tiempo, la temporalidad (nacimiento-muerte) y aquella forma de ser que domina su paso temporal por el mundo: el cuidado, en el que tiene origen y en el que está retenido y dominado mientras viva. Todo lo demás que el posee (entendimiento, voluntad, deseo, pasiones, etc) provienen, como lo dice la fábula, del cuidado como expresión del ser del hombre. Y también proviene de él el cuidado de la salud como práctica de la vida, basada, en un principio, en los saberes domésticos (el saber-hacer, el saber-cómo) y, luego, en los saberes científicos (una de las formas del saber-qué). La práctica del cuidado es central en la vida de los hombres y atraviesa la historia, pudiendo distinguir en ella diversas etapas: doméstica, vocacional y profesional” (Díaz, 2008: 3)...

Y una cura efectiva, tiene que recordar que, “la integridad física no resiste a la disolución de la personalidad social” (Lévi-Strauss, 1968: 151); dado que, “la efectividad es la nodriza de los símbolos. La cura pone en relación estos polos opuestos, asegura el pasaje de uno a otro y manifiesta, en una experiencia total, la coherencia del universo psíquico, proyección a su vez del universo social” (Lévi-Strauss, 1968: 166)...

Así al abordar a *la persona y sus circunstancias*, recordando la magistral frase del filósofo español José Ortega y Gasset (1883-1955), “*Yo soy yo y mi*

⁵⁶ Lo propio del *ser enfermero*...

circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo” (1942: 30)⁵⁷; podemos decir “que la antropología social, la sociología y la historia nos enseñan cómo ‘camina’ el pensamiento humano, que consigue articularse lentamente a través del tiempo, de las sociedades, de sus contactos y cambios, siguiendo a veces los caminos en apariencia más azarosos. Trabajamos para demostrar cómo tenemos que ir tomando conciencia de nosotros mismos con objeto de perfeccionarla y articularla mejor” (Mauss, 1979 [1950]: 334)...

⁵⁷ Y dicha cita continúa diciendo: “*Benefac loco illi quo natus es*, leemos en la Biblia. Y en la escuela platónica se nos da como empresa de toda cultura, ésta: ‘salvar las apariencias’, los fenómenos. Es decir, buscar el sentido de lo que nos rodea” (Ortega y Gasset, 1942: 30).

Capítulo V

Construcción temática

La etimología latina indica que “investigar” es “seguir las huellas” de un problema. Comenzando a recorrer el camino, observamos que en “casi todas las sociedades que el hombre conoció, recurrieron en sus períodos evolutivos a las drogas que alteraban el estado mental⁵⁸, por motivos religiosos, curativos e incluso en ceremonias, pero en estos usos formales en tribus pequeñas, el hombre parecía gozar el uso de las drogas y descubrir que las mismas disminuían la angustia o facilitaban la sociabilidad, siendo sin embargo, este uso de la tribu, casi siempre cuestionado por las costumbres o por la presencia de otros” (Costa e Silva et al, 1982)⁵⁹.

De esta manera, estudios e investigaciones realizadas desde la *perspectiva médica-psiquiatra*, en el ámbito nacional, nos van dando el siguiente “estado de la cuestión”⁶⁰, sobre los problemas del alcohol y la internación en el hospital psiquiátrico.

Entre 1847 y 1848, Teodoro Vilardebó (1803-1857), “el primer médico uruguayo”⁶¹, participa en el Primer Curso sobre *Physiologie Expérimentale*, dictado por Claude Bernard en el Collège de France; en los apuntes, de su tercer cuaderno,

⁵⁸ Lo que llamamos sustancias psicoactivas, es decir aquellas que ejercen su efecto predominantemente en el Sistema Nervioso Central, produciendo cambios en el estado de ánimo y en la conciencia (en lo que tiene que ver con la vigilia y la orientación temporo-espacial).

⁵⁹ En: Coll, Óscar y Ginés, Ángel (ed). 2004. *Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina: 1943-2003*. CSIC, Montevideo. p. 182.

⁶⁰ Como preámbulo, tenemos los datos vertidos desde la página 12 a la página 15.

⁶¹ En palabras del Dr. Fernando Mañé Garzón, profesor de Historia de la Medicina (Uruguay).

se analiza el Sistema Nervioso Central y la influencia que ejercen, sobre el mismo, ciertos tóxicos (En: Gil y Garzón, 1993: 199), como por ejemplo el alcohol...

En 1884 Andrés Crovetto⁶², presenta su Tesis para optar al Grado de Doctor en Medicina y Cirugía, titulada “*Algo sobre manicomios*”, donde nos dice que ahí uno “realmente se vuelve loco, si no lo está, por encontrar allí todos los medios para ello” (Crovetto, 1884: 28)...

Quince años después, en 1899, Enrique Castro escribirá, también, su Tesis para optar al Grado de Doctor en Medicina y Cirugía, denominándola “*Legislación sobre alienados*”, en que nos refiere que, en el año 1893, de 175 pacientes que ingresaron al manicomio, 36 (21%) eran alcoholistas; en el año 1894, de 210 pacientes que ingresaron al manicomio, 35 (17%) eran alcoholistas; en el año 1895, de 183 pacientes que ingresaron al manicomio, 37 (20%) eran alcoholistas y en el año 1896, de 238 pacientes que ingresaron al manicomio, 42 (17%), eran alcoholistas (Castro, 1899: 116).

En el *Congreso Médico del Centenario*, celebrado en Montevideo en octubre de 1930, Antonio Sicco, quien en ese momento se desempeñaba como profesor agregado de Psiquiatría y como médico del Hospital Vilardebó, nos dice que “las enfermedades mentales se producen en el seno de la sociedad” (Sicco, 1930: 7), y de que, ya en ese tiempo, “la mayoría de los enfermos agudos, bien que mal, se asisten en el Vilardebó, donde la familia se resigna a llevarlos en los casos extremos” (Sicco, 1930: 9) y “por otra parte el Vilardebó sufre de la mala reputación de todos los manicomios” (Sicco, 1930: 10)...

Luego, otras investigaciones de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina (UdelaR), nos van diciendo que, “el alcoholismo crónico es una entidad mórbida bien definida, que sobrepasa los límites de la Clínica Psiquiátrica y hace su irrupción en los amplios dominios ‘económico-social’ del mundo entero y por

⁶² “Desde una perspectiva antropológica interesa hoy tomar la tesis de A. Crovetto como documento revelador de parámetros de época, no sólo médicos, sino culturales en sentido amplio. El texto tiene así un valor de reconstrucción histórico-cultural en el terreno específico de la atención a la salud mental en el país” (Vomero, 2018: 44).

su acción destructora se erige en un verdadero monstruo” (Haedo, 1952)⁶³; hacen recalcar “la acción del alcohol en el estallido de manifestaciones psíquicas anormales de carácter agudo, por una parte, y por otro, el señalar también la vinculación del alcohol con diversas formas delictivas” (Reyes, 1952)⁶⁴; definen al alcoholista “como el sujeto que presenta un trastorno crónico de la conducta, caracterizado por dependencia física al alcohol, expresada a través de dos síntomas fundamentales: 1º Incapacidad de detener la ingesta de alcohol una vez iniciada. 2º Y/o incapacidad de abstenerse de las ingestas de alcohol” (Ramírez et al, 1969)⁶⁵; nos advierten también que “hoy, la droga llegó a la juventud, envolviendo día a día, cada vez más, a nuestros jóvenes, razón por la cual, del estudio meticulado y cuidadoso, en el sentido de analizar los motivos y las consecuencias de este fenómeno, de las actitudes tomadas frente a él por la sociedad, dependerá el hecho de transformarlo o no en una amenaza más al futuro del hombre” (Costa e Silva et al, 1982)⁶⁶.

Haciendo un contrapunteo, sobre la dualidad de dependencia alcohólica e internación psiquiátrica, podemos puntualizar, por un lado, un estudio realizado en la Emergencia del Hospital Vilardebó (2004) donde nos plantea que, allí “no son posibles de internación pacientes alcoholistas crónicos ni pacientes con trastorno por consumo de sustancias para tratamientos de desintoxicación o de rehabilitación, dado que dichos tratamientos no se encuentran enmarcados dentro de la Misión del Hospital” (Acuña, 2004: 199); y por otro lado ese vínculo donde “desde hace mucho tiempo se reconoce la asociación entre los trastornos mentales y el desempleo, la exclusión social, la pobreza y el abuso de alcohol y drogas, condiciones que imponen costos elevados a la sociedad” (Caldas de Almeida, 2007: 111). Por lo que, “la crisis de la psiquiatría no es coyuntural sino conceptual, resulta en inicio

⁶³ En: Coll, Óscar y Ginés, Ángel (ed). 2004. *Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina: 1943-2003*. CSIC, Montevideo. p. 96.

⁶⁴ Idem. p. 96.

⁶⁵ Idem. p. 139.

⁶⁶ Idem. p. 182.

de una fragmentación en conceptualizaciones, técnicas y estructuras muy diversas, así como de la expansión de sus intereses” (Romano, 2007: 110).

Así, es importante remarcar que, “la instancia semiológica principal de la *praxis* psiquiátrica es el encuentro y comunicación con la otra persona, que concurre a consultar en forma voluntaria o por iniciativa de un tercero. En este encuentro el psiquiatra es un observador participante que interactúa, comunica y percibe, selecciona y organiza los datos de acuerdo a su marco de referencia. Este proceso involucra la observación objetiva de comportamientos de la otra persona y a la vez el análisis introspectivo del registro vivencial de este encuentro” (Romano, 2013: 13).

Por otra parte, se ha seguido profundizando, también, la relación entre consumo de alcohol, enfermedad mental y homicidio; en donde los pacientes homicidas, internados en Sala 11 (sala de máxima seguridad masculina) del Hospital Vilardebó, presentaron un 47,6% de co-morbilidad (Fielitz et al, 2006). Con respecto a esto, la antropología nos muestra que “la primera causa de encarcelamiento en EE.UU. es por problemas relacionados con el consumo de alcohol” (Menéndez, 2012a: 2). Observamos así que, en el Hospital Vilardebó, “el 58% de la población masculina internada en dicho centro tiene algún componente judicial asociado a su patología. A su vez, de la población masculina con alguna característica judicial el 74%, pueden egresar del hospital sólo luego de que, dada el alta médica, el juzgado ordene su salida del centro, lo que incide sensiblemente en las posibilidades del centro en asilar a población sin aspectos judiciales” (Giraldéz, 2009: 144).

En otro servicio asistencial de ASSE, como lo es la Puerta de Emergencia del Hospital Pasteur⁶⁷, se estudió el consumo de sustancias psicoactivas de los

⁶⁷ Hospital público ubicado en el barrio de la Unión (Montevideo), fue fundado en 1922, centenario del nacimiento del bacteriólogo francés Louis Pasteur (1822-1895).

pacientes que consultaban (2009). El 10% de las consultas en la Emergencia estuvo asociada al consumo de sustancias psicoactivas; donde los motivos de ingreso en los consumidores fueron los accidentes (dos veces más frecuentes), situaciones de violencia (cinco veces más frecuentes) e intentos de autoeliminación (tres veces más frecuentes). El 90,5% de las personas entre 15 y 18 años, consumió alcohol en los últimos doce meses (mayor que la encontrada en estudiantes de Educación Secundaria, con 70,4%)... dándose una gran prevalencia del consumo de “*jarra loca*”, la mezcla de alcohol y tranquilizantes (Fielitz et al, 2009)...

Un estudio similar realizado en la Puerta de Emergencia del Hospital Vilardebó (2010), mostró que la prevalencia de consumo reciente en los pacientes con Trastornos Psicóticos que ingresaron a dicho servicio fue de 17,9%; lo que llevó al equipo investigador a orientarse a “la hipótesis que el consumo de sustancias psicoactivas en este grupo favorecería la descompensación delirante” (Fielitz et al, 2010: 111).

Un estudio realizado, desde una mirada de la *geografía de la Salud*, sobre los ingresos primarios entre los años 2007 y 2008, al Hospital Vilardebó, refiere que, “en función de las características de la población a estudio, observándose al respecto un bajo nivel de instrucción (acentuado en hombres), un elevado porcentaje de personas sin actividad laboral (acentuado en mujeres), a lo que se agrega un pequeño porcentaje que lo hace formalmente y el hecho de que tan solo una cuarta parte de la población percibe algún tipo de subsidio” (Giraldéz, 2015: 62), sumado al hecho de que muchas de estas personas provenían de la zona este y noreste de Montevideo.

Otro estudio descriptivo de posgrado, en *psicología*, sobre los pacientes con reingresos múltiples al Hospital Vilardebó en el bienio 2013-2014, donde en 69 casos abordados, “pudo observarse que el 65% de la población era femenina y el 35% masculina” (Pezzani, 2017: 33); el 83% reside en Montevideo; un 14% es

“población reclusa” (Pezzani, 2017: 34); un 60% son solteros; el 73% tenía hijos; el 86% “no trabajaba, aspecto que plantea la alta dependencia económica y la profunda vulnerabilidad en la que se encuentra el grupo estudiado. Si bien el 47,6% percibía subsidio estatal por discapacidad, una tercera parte no percibía ingreso alguno” (Pezzani, 2017: 34). También nos refiere que, “si se considera los diagnósticos en función del sexo se observa que la población masculina presentó un predominio de trastornos psicóticos (41%), seguido de un 27% de trastornos afectivos, un 23% de trastornos de la personalidad y un 9% de retraso mental. El escenario fue diferente en la población femenina, en donde los trastornos de la personalidad se ubicaron en primer lugar con un 39%. Por su parte, los trastornos afectivos representaron el 32%; los trastornos psicóticos, el 27% y el retraso mental, el 2%” (Pezzani, 2017: 34-35). En lo concerniente al consumo de sustancias psicoactivas, el 52% de los casos abordados, “se incluía en esta categoría, prevaleciendo la pasta base de cocaína (73%), seguida de alcohol (67%), marihuana (61%) y cocaína (27%)” (Pezzani, 2017: 35-36); y un 33% presentó policonsumo en el año 2013 y un 47% tuvo el mismo problema en el año 2014 (Pezzani, 2017: 36).

Volviendo a la mirada médica-psiquiatra, estudios realizados en otros contextos internacionales, nos plantean que los pacientes alcohólicos suelen presentar síndromes psiquiátricos asociados y también que “el alcoholismo y la ansiedad pueden ser transmitidos de manera independientes dentro de los familiares” (Casas et al, 2002: 195) y que “entre las personas que se suicidan, el 15-30% son pacientes alcohólicos. La depresión y el alcoholismo, se encuentran entre las primeras causas del suicidio y con frecuencia están asociados” (Casas et al, 2002: 205) y, complementando lo antepuesto, “al tradicional problema del abuso de bebidas alcohólicas entre los varones de edad media, se han sumado las mujeres y una población adolescente” (Medina-Mora et al, 2004: 7).

Nos hablan, también, de la asistencia hospitalaria, pues “en la internación psiquiátrica, la medicación es experimentada como impuesta y no negociada”

(Serpa et al, 2014: 1070⁶⁸); por lo que algunos abrevan en el psicoanálisis, pues “de esta manera, guardando su especificidad médica y sin disolverse en el campo psicoanalítico, la psiquiatría puede encontrar en el campo psicoanalítico los fundamentos antropológicos, o más específicamente, una teoría del sujeto, compatible con los fenómenos psicopatológicos de los que se ocupa y capaz de sostener una intervención propiamente médica frente a los excesos de ese sufrimiento subjetivo, sin que en ese movimiento sea necesario o inevitable sofocar la emergencia del sujeto del interior de su *pathos* específico” (Costa, 2014: 1049⁶⁹).

Otro tanto se menciona sobre lo difícil que es “diagnosticar” en psiquiatría, dado que, “la profunda inseguridad ontológica, vivida en la esquizofrenia, desafía la concepción occidental moderna en la cual la persona sana debe ser unificada, delimitada e integrada” (Monteiro et al, 2015: 883⁷⁰), por lo que “el trabajo narrativo exige tiempo y paciencia, siendo producido junto al interlocutor” (Monteiro et al, 2015: 883⁷¹).

Cuando desde una “arqueología del saber”, volvemos a algunos autores que marcaron un hito en la *perspectiva de las ciencias humanas y sociales*, con respecto al análisis de los trastornos mentales, la internación psiquiátrica, la dependencia alcohólica y la medicalización de la sociedad, Michel Foucault, Erving Goffman, Eduardo Menéndez son referentes internacionales ineludibles, como así también, a nivel local, la obra de José Pedro Barrán. He aquí cuatro breves pinceladas.

Michel Foucault (1926-1984), filósofo y psicólogo francés, con respecto al símbolo arquetípico del trastorno mental nos advierte: “el loco es reconocido por su sociedad como extranjero en su propia patria; no se le libera de su responsabilidad, se le asigna, al menos bajo la forma de parentesco y de vecindad

⁶⁸ Nuestra traducción (original en portugués).

⁶⁹ Nuestra traducción (original en portugués).

⁷⁰ Nuestra traducción (original en portugués).

⁷¹ Nuestra traducción (original en portugués).

cómplices, una culpabilidad moral. Se les designa como el Otro, como el Extranjero, como el Excluido” (Foucault, 2012a [1964]: 210).

Erving Goffman de la internación en un hospital psiquiátrico infiere que: “en nuestra sociedad, son los internados donde se transforma a las personas; cada una es un experimento natural sobre lo que puede hacerse al yo” (Goffman, 2001b [1961]: 25).

Eduardo Menéndez con respecto a los problemas derivados del consumo de alcohol, plantea que: “la producción antropológica se caracteriza por diferenciar el alcoholismo de la alcoholización; siendo el primero un concepto que refiere explícita o implícitamente a las consecuencias patológicas generadas por el consumo de alcohol y el segundo, un término que coloca la ingesta dentro de un proceso que la instituye y le da funcionalidades específicas dentro del juego de relaciones dominantes en una sociedad o cultura determinadas” (Menéndez, 1991a: 14); por lo que, “las investigaciones socioantropológicas han venido planteando desde la década de 1930 que el ‘alcoholismo’, como parte del proceso de alcoholización, constituye un fenómeno que en gran medida debe ser referido, en su causalidad y desarrollo, a procesos socioculturales y económico-políticos” (Menéndez, 1990: 9).

José Pedro Barrán (1934-2009), historiador uruguayo, nos plantea la medicalización del “Uruguay del novecientos”, dado que “en el siglo XIX era difícil que faltara el sacerdote en el lecho del moribundo; el que a menudo no estaba era el médico. En el Novecientos los hechos ocurren exactamente a la inversa; la muerte se ha medicalizado” (Barrán, 2002: 155). Y así, “el endiosamiento colectivo acuñó el nacimiento de ‘la clase médica’, término con el cual comenzaron los dioses a percibirse, a diferenciarse, término que convocó al monoteísmo, es decir, al ejercicio del poder, a la soberbia del saber científico y al espíritu corporativo” (Barrán, 2002: 158-159).

Sosegando el caminar, desde los aportes de la *perspectiva antropológica*, con respecto al estudio del “problema” del alcohol, quiero puntualizar que ya en el Primer Congreso Mundial de las Ciencias Antropológicas y Etnológicas, celebrado en Londres en 1934, llegaron a la evidencia de lo que “resultó ser un caso clásico de experimentación natural: una sola especie (*Homo sapiens*), una sola sustancia (el alcohol) y una gran diversidad de comportamientos” (Langdon, 2005: 22⁷²).

Deteniéndome, ahora, en las *contribuciones etnográficas nacionales en el campo sanitario*, observo que “las investigaciones en el eje de la Antropología y la Salud comienzan a fines de la década de 1980. En el marco del retorno de profesionales y académicos formados en Europa, la Dra. Sonia Romero Gorski propuso una línea de trabajo basada en la práctica etnográfica como forma de abordar el campo de la salud” (Rial, 2014: 21); observando que “es fundamental el desarrollo de la investigación y de la docencia en el campo de la salud, como unidad, destacando lo empírico/etnográfico como insumo para la producción de interpretaciones y materiales teóricos propios, que promuevan el conocimiento de la realidad local, aportando a la elaboración de tipologías y profundización continua de la teoría antropológica” (Rial, 2014: 22).

De lo anterior, “en tanto que reconstrucción cualitativa, el estudio antropológico permite avanzar en interpretaciones explicativas complementarias de aquellas cuantitativamente descriptivas como índices, promedios, tendencias, etc” (Romero, 1997: 34).

Así, “estudiamos el campo de la salud como un sistema estructurado en el cual importa la posición que ocupan los agentes en ese espacio, el que como configuración relacional se encuentra dotado de una gravedad específica capaz de imponerse a todos los objetos y agentes que penetren en él” (Romero, 2002: 126-127).

⁷² Nuestra traducción (original en francés).

También que, “al interior de un servicio de salud tanto el personal de salud como los pacientes responden a definiciones socioculturales exteriores a ellos mismos, es decir a los factores concretos que enmarcan acciones, gestos y discursos de cada uno” (Romero, 2003: 14).

Y, si bien, “la adhesión a los mandatos médicos forma notoriamente parte de la identidad nacional” (Romero, 2013: 199); cada vez más, “mientras se mantiene alto el nivel de adhesión y demanda de cuidados médicos, al mismo tiempo se registran actitudes de resistencia al sistema médico” (Romero, 2013: 197).

En estas coyunturas, “si nosotros tenemos una hipótesis y una respuesta sobre lo que queremos obtener, de alguna manera vamos a dificultar el camino para entender un hecho complejo con múltiples componentes que no son a priori visibles. Por el contrario, debemos abrir un espacio para colocar supuestos que nos permitan desentrañar lógicas internas, micrológicas, que subyacen y componen los hechos empíricos” (Romero, 2017: 121).

De esta manera, las investigaciones etnográficas contribuyen, a través de una arqueología de las representaciones psiquiátricas a la de-construcción de dichas narrativas (Vomero, 2011); pues “los cambios producidos dentro del campo de la salud, registrados en los últimos años, han vuelto posible la introducción de un conjunto de creencias en el universo de los pacientes y también dentro del conjunto de las prácticas médicas” (Vomero, 2014: 19). Sin embargo, “el llamado ‘enfermo psiquiátrico’ es y fue, desde luego, un enfermo muy particular, ya que por su condición es el único que puede ser internado contra su voluntad, y una vez dentro del hospital, no puede irse cuando lo desee. La *internación* es una forma médica de designar la privación de libertad en personas que no necesariamente cometieron delitos, y solo su carácter de individuos *peligrosos*, parece justificarla. Solo a condición de ser enfermo mental, es que se vuelve socialmente aceptable que un sujeto pueda perder su libertad” (Vomero, 2018: 58).

Las etnografías locales nos refieren, también, que “el trabajo de campo muestra una y otra vez diferentes trayectorias de vida, heterogeneidad en la prácticas de consumo, de cuidado, de subsistencia y demás” (Rossal et al, 2014: 68); analizan la importancia del autocuidado, a través de las narrativas del padecer, pues “no mezclar alcohol con éxtasis, ketamina⁷³ y LSD⁷⁴ es otra pauta de cuidado extendida: ‘a mí me han dicho que no tomes alcohol si tomás keta, que no tomés mucho’; ‘con pastis no podés tomar alcohol, te morís’” (Rossal et al, 2015, 70); y las limitaciones de nuestro Sistema Nacional Integrado de Salud, pues “que los usuarios decidan ingresar al sistema de salud por la puerta de emergencia de hospitales y no desde el primer nivel de atención puede ser un inicio de fragmentación del sistema” (Evia, 2015: 548).

Etnografías realizadas en el Hospital Vilardebó (2010; 2011) nos plantean que, “elegir estudiar las representaciones sociales sobre la locura tomando como voz privilegiada a los propios afectados, a los llamados ‘locos’, ‘pacientes psiquiátricos’, ‘usuarios de los servicios de salud mental’, implica no sólo una decisión teórico metodológica, sino que detrás de ella hay una intención política de legitimación de sus discursos” (Evia, 2010: 209). De esa manera la “antropología encuentra experiencias humanas posibles y normales allí donde la psiquiatría descubre enfermedad y modos patológicos” (Vomero, 2011: 225).

Otra etnografía realizada en el Hospital Maciel⁷⁵ (2009), nos recuerda que las ciencias humanas necesitan ser ciencias de la humanidad, teniendo como objeto de estudio al ser humano como ser complejo desde una actitud de distanciamiento e inmersión, como en la antigua Filosofía (Álvarez, 2009); donde nos indica que el

⁷³ Droga que, si bien es usada en medicina como sedante y anestésica, tiene un potencial alucinógeno.

⁷⁴ El ácido lisérgico es una droga psicodélica.

⁷⁵ Ubicado al sur de la capital, muy cercano al puerto de Montevideo, es un hospital público que depende de ASSE. Fue fundado en 1788 con el nombre “Hospital de Caridad” y a partir de 1911 lleva su nombre actual.

etnógrafo “se encuentra en el hospital si es capaz de observar, describir e interpretar el lugar en sus cualidades antropológicas, las cuales refieren a lo que singulariza y conecta a la vez al espacio con otros, por medio de todo lo que en él se vive y se expresa” (Álvarez, 2010: 125).

Las *ciencias humanas*, desde un abordaje de los tratamientos y las instituciones psiquiátricas en nuestro país, nos recuerdan también que, “el temor a la insania fue de la mano con el horror que ante la enfermedad sintió la sociedad del Novecientos. El discurso de la ciencia médica progresó de forma notable en Uruguay hasta convertirse en un lenguaje dominante, en el sentido que se trató de un saber que adquirió un estatus superior a otros saberes. Esa validación y el aumento de los servicios sanitarios estatales permitieron a los médicos intervenir en la vida pública y privada de los uruguayos. De esta forma la medicina se transformó, desde el último cuarto del siglo XIX, en el centro de un conjunto de nociones asociadas con la civilización y el progreso y se convirtió en una de las piezas claves del proyecto modernizador” (Duffau, 2013: 110). Y otro tanto siguió sucediendo en las primeras décadas del siglo XX, donde “el impulso estatal confirió nuevas potestades a los médicos y favoreció que la psiquiatría ganara un lugar como una disciplina importante dentro del campo médico. Al mismo tiempo, cobró relevancia en la vida cotidiana de la población a través de una serie de prácticas y recomendaciones que buscaban alejar a la población de vicios (alcohol, sexualidad irrefrenable, por caso) que podían derivar en alguna manifestación psicopatológica” (Duffau, 2015: 61).

Por su parte, otro tanto nos aclaran, a nivel internacional, los aportes etnográficos sobre el estudio de organizaciones psiquiátricas, dado que tienen la particularidad de “transformar lo latente en manifiesto” (Munizaga, 1987: 28), destacando que “hay una tendencia a olvidar el papel curativo o patológico que tiene la estructura espacial arquitectónica de la organización psiquiátrica”

(Munizaga, 1987: 31), pues “el contexto de un servicio psiquiátrico hospitalario permite observar los modos efectivos mediante los cuales los agentes definen lugares, objetos, actividades y personas, estableciendo límites o inclusiones” (Visacovsky, 2008: 95), dado que “el espacio es una parte vital de la batalla por el control y la vigilancia de los individuos” (Visacovsky, 2008: 98), ya que “el saber médico refiere al hospital, así como éste al saber médico” (Visacovsky, 2008: 98).

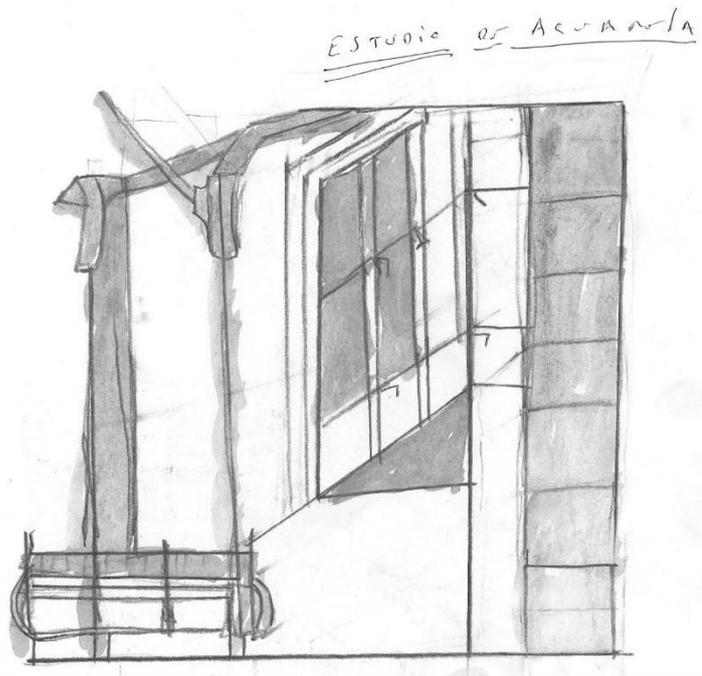


Figura 4. “Estudio de acuarela”. Pintura obsequiada por paciente. Hospital Vilardebó (junio, 2015).

Y en este contexto, “la validez predictiva limitada y la incertidumbre que rodea al diagnóstico en psiquiatría, así como la diversidad de criterios entre profesionales del campo ‘psi’ y la carga de estigma que rodea a algunas etiquetas (por ejemplo, la esquizofrenia), son algunas de las aristas que configuran la

particularidad de la comunicación entre profesionales y pacientes en esta área de atención” (Mantilla y Alonso, 2015: 23).

Con respecto al padecer de los pacientes, se observa que, “un fracaso moral básico de la asistencia médica es que los médicos y el personal de enfermería no llegan a aceptar el hecho de la experiencia de estar enfermo (...) la experiencia de estar enfermo se concreta en cómo quienes sufren, los miembros de la familia y el conjunto de la red social perciben, conviven con y responden a los síntomas, a las incapacidades y al sufrimiento. El hecho de estar enfermo abarca el dolor físico, pero también alcanza dimensiones económicas, como el cuidado de la salud y la inseguridad laboral, y aspectos morales, como la autoestima, la vergüenza y el grupo social. La experiencia de estar enfermo expresa la vida moral de los que sufren” (Kleinman y Benson, 2004: 19); mostrando las paradojas que, “muchos ejemplos recientes vienen a la memoria en los cuales el sufrimiento de las víctimas ha sido apropiado para legitimar a quienes controlan el espacio público de pronunciamiento ético, que a menudo, en su mayor parte, son las instituciones del Estado” (Das, 2008: 448). Por lo que, “una antropología médica crítica por fuerza plantea la cuestión de cuándo las representaciones de la enfermedad son en realidad tergiversaciones que sirven a los intereses de aquellos que detentan el poder” (Good, 2003: 117).

Se analiza también que, “el control sanitario se sigue presentando como el principal sistema de atención para salvaguardar y garantizar la salud de la población, y desde ahí crece su poder y autoridad por la exclusión de otros sistemas y formas de atención, saberes y grupos que parten de otras definiciones de salud” (Blázquez, 2008: 22), pues “el eje central tanto del conocimiento como de la práctica sigue siendo el modelo biomédico que establece una determinada manera de concebir y atender los procesos de salud y enfermedad, de producir el conocimiento sobre estos procesos y de orientar la investigación” (Blázquez, 2008: 27). De ahí que las investigaciones etnográficas nosocomiales, muestran que, “el problema es el deslizamiento que se produce entre esa ética del cuidado y el temor

de la institución a ubicarse en el lugar de objeto de investigación y por ende de indagación sobre sus prácticas” (Mantilla, 2008: 98). Y, “esta aporía constitutiva de las ciencias sociales no funciona simplemente como un obstáculo epistemológico, sino también como una condición de conocimiento” (Fassin, 1998: 42⁷⁶).

Siguiendo en el padecer, “hablar en términos de malestares y padecimientos hacen posible problematizar y mapear modos de sufrir con una batería conceptual propia de la disciplina antropológica. Además, estas perspectivas promueven una aproximación no sólo a los procesos sociales que las producen, sino también a los modos en que la biomedicina (psiquiatría, psicología y otros saberes considerados expertos en general), como los sujetos y las poblaciones los viven y categorizan, los resisten, oponen, sobrellevan y alivian” (Epele, 2013: 8); y desde aquí, “hay que precisar que el cuerpo no está expuesto estáticamente, ni tampoco psíquicamente, sino que está construido a través de relatos autobiográficos o, muchas veces, de fragmentos narrativos en los cuales se sitúan, en el seno de discursos en donde se trata de tomar en cuenta la dimensión argumentativa, las alteraciones que lo afectan” (Fassin, 2004: 55).

Nos reflejan también que, “la biomedicina es la fuente de una actividad cultural que está dirigida a generar el consenso de los actores sociales, un consenso inscrito directamente en su corpus: de hecho, la biomedicina establece las fronteras entre la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, lo normal y lo patológico” (Pizza, 2006: 270), así “la noción de patología de nuestro tiempo parece alejarse progresivamente de su significado etimológico de *pathos* o sufrimiento para recortar, de forma cada vez más atomizada, las unidades que componen el cuerpo biológico. Más que de un *pathos*, como afirma acertadamente Hahn (1995), la

⁷⁶ Nuestra traducción (original en francés).

biomedicina trata de un órgano o una estructura biológica” (Martínez-Hernández, 2015: 50)

De los trabajadores de la salud nos recuerda, como por ejemplo del área de la enfermería que, “conocen gran variedad de situaciones informales del interior de la organización o efectos aparentemente inexplicables. Pero, por lo general, este rico material no aparece en los informes técnicos u oficiales, o se lo considera anecdótico. Por esto no se lo integra dentro de esquemas o marcos científicos teóricos generales de referencia, administrativos o clínicos, o prácticos” (Munizaga, 1987: 28-29); también que, “los médicos más sofisticados, educados y entrenados, son, por supuesto, tan conscientes de las contradicciones entre teoría y realidad como cualquier antropólogo médico” (Frankenberg, 2003: 22) y que, “las dimensiones del cuidado (como opuestas a las dimensiones técnicas) son aspectos poco valorados de los profesionales de la salud sobre su propia práctica, y usualmente desatendidas o invisibilizadas en los análisis sociológicos y antropológicos de los abordajes médicos” (Alonso, 2013: 2542); por lo que, “la contribución única de la antropología médica, o de la salud, vendrá de su aplicación en las intersecciones de las disciplinas” (Wainwright, 2013: 275).

Otras fuentes de investigación, desde un enlace complejo de Etnología y Psiquiatría, nos hablan de *Etnopsiquiatría*; dado que, “en psiquiatría como en otras ciencias, la investigación antropológica es esencialmente comparativa y diferencial” (Guyotat, 1994: 9); especificando que, “tal será, sobre todo, nuestro sistema, que podría inspirarse en la observación de Claude Lévi-Strauss: ‘la antropología trata de elaborar la ciencia social del observado (...) en su descripción toma en cuenta el punto de vista del propio ‘indígena’, es decir, para nosotros del paciente” (Guyotat, 1994: 10). Así su objeto de estudio “es el impacto patológico y por lo tanto doloroso de figuras culturales en cualquier población” (Patiño, 2005: 147). Desde aquí “la locura nos ofrece así esa paradoja de estar a la vez dentro y

fuera de la cultura. Dentro porque ella usa palabras, gestos y herramientas: *la locura también está vestida*, pero de manera tan caricatural que aparece como un supersigno; de tal manera que atrae la mirada por la exageración y la extravagancia. Pero fuera de toda cultura también, la locura está desnuda, mostrando el animal que un esfuerzo milenario quería esconder. Este vestido cultural está lleno de creencias, rituales, prohibiciones y lo contrario” (Patiño, 2005: 144).

Esto último nos lleva a la *Etnoenfermería*, que “se centra en el estudio y clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de Enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tienen de ellos una cultura determinada, a través de las manifestaciones *emic* locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como pueda ser la asistencia, la salud y los factores ambientales” (Leno, 2006: 5- 6), desde donde “cuidar es una actitud antropológica antes que una técnica; el que la adopta no pretende irrumpir agresivamente en la realidad técnicamente sino dejarla ser” (Minguez, 2000: 102).

Por último, una voz que nos hablaba desde el Departamento de Psiquiatría del Hospital Vilardebó, relata ciertas asimetrías, pues el paciente es “persona o personaje de la realidad” (Scasso⁷⁷, 2014: 16), que se encuentra en esta institución total pues “la condición básica para ingresar aquí es la desnudez espiritual” (Scasso, 2014: 18) y donde “la desesperación es propia de los lugares cerrados” (Scasso, 2014: 7)... otro tanto, nos decían voces del Departamento de Enfermería del Hospital Vilardebó, que recuerdan, a nivel macro, “que un profesor de psiquiatría de la Facultad de Medicina y jefe de sala le expresaba que el hospital reproducía la estructura organizacional jerárquica de la sociedad” (Marcolini⁷⁸ y Michelini, 2014:

⁷⁷ Médico psiquiatra, con muchos años de ejercicio en el Hospital Vilardebó.

⁷⁸ Licenciada en Enfermería, con una trayectoria en el Hospital Vilardebó desde 1959 hasta 2004, siendo jefa del Departamento de Enfermería de 1985 a 2004.

99) y a nivel micro, que “el enfermero o la enfermera, al realizar los cuidados, invaden la intimidad del paciente” (Marcolini y Michelini, 2014: 133); y también que, “nuestra capacidad de observar la realidad de manera crítica existe, sí, pero no nos pertenece, pues existe una cultura pre conceptual, que la condiciona de manera cruel y la condena al estancamiento” (Lissignoli⁷⁹, 2015: 23)...

Por lo tanto, “rescatar el concepto persona en el cuidado humanizado de enfermería favorece la comprensión del vínculo persona-persona” (Guillén, 2012: 47), por lo que si queremos una humanización de los cuidados, “que asegure una atención segura y de calidad, y que dé respuestas reales a los problemas de las personas y de la población, es imprescindible dar ‘voz’ a las personas para aportar contenido y narrativa al modelo; para lo que se requiere una metodología estructurada de tipo cualitativo” (Contel, 2018: 2).

Desde estas vertientes, abordamos la *condición humana*⁸⁰ desde las tres macrovariables, que siempre interactúan entre sí, explicándonos el porqué de la diversidad individual y cultural, dado que “el universo biológico, psicológico y cultural son uno” (Patiño, 2005: 144).

Esto último me hace traer a colación, mi contribución a esta construcción conceptual, desde mi *investigación cualitativa* de Maestría en Ciencias Humanas, opción Antropología de la Cuenca del Plata (2013)⁸¹, donde estudié el problema del abuso de consumo de alcohol, introducido por los karai (blancos y/o forasteros), en dos comunidades Avá-Guaraní del chaco boliviano (*Ipitacito e Itaimbeguasú*),

⁷⁹ Auxiliar de Enfermería, del Hospital Vilardebó.

⁸⁰ Cuestión abordada, entre otros, por los filósofos alemanes Erich Fromm (1900-1980) y Hannah Arendt (1906-1975).

⁸¹ “*Karu Guasu*. Entre encuentros y desencuentros: los Ava-Guaraní y su representación y práctica del alcohol de los karai”. Disertación de Maestría. Universidad de la República, Montevideo.

pertenecientes a la Capitanía de Kaaguasu (Provincia Cordillera, Departamento de Santa Cruz, en el sudeste boliviano).

Esta pesquisa etnográfica, arrojó como resultados que, todas las representaciones recogidas en las comunidades estudiadas, a la hora de categorizar y otorgar sentido al alcohol, introducido por los karai, fueron unánimes al rechazarlo y condenarlo... sin embargo a nivel de las prácticas, en lo referente a las estrategias de acción, los padecimientos y las consecuencias, observé disociaciones entre los discursos y las prácticas de los varones Ava-Guaraní. Aprecié una alta prevalencia de consumo de alcohol en los varones, a partir de los 15 años, cuando terminan los estudios primarios y al no tener otras “oportunidades” comienzan a trabajar en el *chaco* (campo); sobre todo en la comunidad de *Itaimbeguasú*, que al ser más apartada presenta menos posibilidades educativas, “entrando” así en el problema del abuso de alcohol, pues al realizar sus tareas llevaban alcohol (de 96° rebajado con agua), tabaco y coca y ya no más la *tutumada* (chicha familiar). Una observación fue que el *mburuvicha guasu* (capitán grande), que nos permitió estudiar el problema del alcohol en la capitanía mencionada, diciendo que el mismo “era un flagelo de los karai”, fue retirado luego de sus funciones por los propios comunarios, por “borracho y por aliarse con los patrones”... otros *mburuvichas*, que también condenaban el alcohol de los karai, hacían “alarde de su prestigio” al derramar cerveza, por ejemplo, frente a los demás... también otros comunarios condenaban el alcohol pero, luego, se embriagaban y se ponían violentos siendo, particularmente, las mujeres y los niños quienes recibían el castigo.

Por lo tanto, el alcoholismo correspondía al “mundo de lo masculino”, siendo el alcohol de los karai un componente perjudicial en la segmentación familiar y comunitaria. Si bien se podían emborrachar con chicha (bebida realizada en base al procesamiento de maíz y su posterior fermentación) difícilmente había mayores problemas; en cambio las borracheras con alcohol originaron muchas dificultades de violencia doméstica (tradicionalmente no sucedía en la cultura guaraní) y otros problemas familiares y comunitarios. El guaraní que se emborrachaba con el alcohol del karai, por lo general adoptaba una postura de

desprecio hacia su familia y comunidad, exteriorizando todo el odio sufrido y que tiene internalizado por siglos de opresión, comportándose como un karai que, bajo los efectos del alcohol, denigra a los suyos, verbal y físicamente, dejando de hablar en guaraní y hablando en castellano cual si fuera un “patrón”...

Por otra parte, la chicha correspondía al “mundo de lo femenino”, siendo un componente simbólico de vital importancia en la unidad familiar y comunitaria. Esto hacía fundamental, que se tuviera en cuenta, lo que pensaban las mujeres en las comunidades. Todas, también, unánimemente condenaron el consumo de alcohol y a la hora de las prácticas, salvo en las fiestas de navidad y en el *arete guasu* (fiesta grande o carnaval), solían no beber alcohol (Martínez, 2014: 290).

Por último deseo subrayar, también, mi conocimiento empírico de esta problemática, que se ha ido construyendo en el ejercicio profesional en este hospital psiquiátrico público de referencia nacional y en dos comunidades terapéuticas, una privada y otra pública, donde en esta última, también, realicé, junto a un grupo de licenciados en Enfermería⁸², una *investigación descriptiva* sobre el problema de las adicciones, titulado “Características de la población que consultó al Servicio de Atención y Orientación Telefónica, en el período comprendido entre mayo y agosto de 2006”. En dicho estudio, de las 1817 consultas, los principales resultados fueron que, el 90% era de sexo masculino, el 46% tenía entre 19 y 25 años, el 72% consultó por uso problemático de pasta base, el 62% llevaba consumiendo de uno a cinco años, el 78% era usuario de Salud Pública, el 78% no estudiaba ni trabajaba, el 87% procedía de Montevideo (particularmente de la zona oeste y noreste) y el 59% no había realizado nunca un tratamiento anterior en adicciones⁸³... y este conocer, “en la tradición antropológica, se trata de un conocimiento que, además, incorpora un acercamiento a los lugares y sujetos implicados en la investigación” (Achilli, 2005: 49)...

⁸² Compuesto por Isabel Alzate, Pablo Budé, Ramiro Díaz, Fabrizio Martínez y Sandra Pérez.

⁸³ En: M. Piovano y M. Cometto (ed). 2006. *X Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*. OPS, Buenos Aires, p. 28.

Tercera Parte

La atención médica-psiquiátrica al consumo de alcohol



Foto 3. Autor Fabrizio Martínez. *Escabio* (“licor carcelario”), “requisado” en Sala 11 (sala de seguridad masculina, para pacientes procesados con prisión), Hospital Vilardebó (octubre, 2015).

*“De golpe no estás, nada más sucedió.
Borrachera fetal que tu muerte me deja”.*

Alfredo Zitarrosa

Capítulo VI

Los umbrales del alcohol

Con respecto al origen de la palabra *alcohol*, hay en su etimología posturas encontradas. Por un lado, “el origen del nombre arábigo *al kohl* que significa ‘*polvo fino*’, es bastante curioso. Los egipcios se pintaban los párpados con un compuesto inorgánico negro que era sulfuro de antimonio. Dicha sustancia se obtenía al molerse, pero finalmente el nombre se aplicó a cualquier esencia, incluyendo el líquido obtenido de la destilación del vino” (Atkins, 2003: 48). Por otro lado, también, se encuentra su origen en la expresión árabe *alcoholéé*, como se llamaba a los *espíritus malignos* y que un ortodoxo religioso islámico lo denominó así, al identificarlo con los espíritus del mal por los efectos que producía en quien lo bebía (Martínez, 2013). A lo largo de la historia y en las diversas culturas, observamos que las personas se han vinculado al alcohol, en el ámbito de celebraciones rituales y comunitarias con el propósito de alcanzar el *éxtasis* (la embriaguez divina) y así ponerse en contacto directo con los dioses (Rigol y Ugalde, 2005). También lo hacían con fines hedonísticos y recreativos (Martínez, 2013), pudiendo observar que, ya en un túmulo egipcio con una antigüedad de 6000 años, se encontró la siguiente inscripción:

“Vivimos en una era decadente.

Los jóvenes ya no respetan a sus padres.

Son descorteses e impacientes. Pasan su tiempo en las tabernas

y no poseen cualquier dominio sobre sí mismos” (En: Costa e Silva, 1982⁸⁴).

⁸⁴ En: Coll, Óscar y Ginés, Ángel (ed). 2004. *Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina: 1943-2003*. CSIC, Montevideo. p. 182.

Siguiendo con la historia, los ejemplos serían abundantes. Podríamos citar la *hidromiel*, utilizada como bebida sagrada por pueblos primitivos; en el 3000 a.C., encontramos la *cerveza* utilizada en el antiguo Egipto; en el siglo VII a.C., en la antigua Grecia, encontramos la *Amanita muscaria*, que era un hongo del cual se preparaba la bebida para las ceremonias religiosas de las “Grandes Eleusinas” (Furst, 2002)⁸⁵; como así también, los griegos, atribuían los efectos relajantes del vino a *Dioniso*⁸⁶, inspirador de la *locura* ritual y el éxtasis (Rigol y Ugalde, 2005), quien “esconde en los pliegues de su manto la primera planta de vid” (Detienne, 2003: 63).

Así nos narra la tradición respecto al origen de la vid:

“un día, de lo alto del cielo, llovió sobre la tierra una gota de sangre de los dioses. En medio de las florestas germinó un arbusto de tallos sarmentosos con zarcillos y pámpanos. Una viña salvaje, que crecía por sí misma (autophués), enrollándose alrededor de los árboles en alturas naturales. Hasta el momento en que Dioniso, errante por el mundo, la encuentra y reconoce en ella el racimo hinchado por un jugo rojo oscuro, anunciado por los oráculos de Rea” (Detienne, 2003: 71).

A lo que el poeta griego Eurípides (480-406 a.C.), en su tragedia de “Las Bacantes”, nos relata sobre el “origen del vino”:

“Hay dos principios fundamentales para los hombres. En primer lugar la diosa Deméter⁸⁷ o la Tierra, cualquiera sea el hombre que se le dé. Ella es la nodriza, la potencia de los alimentos sólidos para los mortales. Viene a continuación, pero con igual poder, el hijo de Sémele⁸⁸, que inventó e introdujo entre los hombres el alimento líquido, la bebida obtenida del racimo: ella apacigua las angustias de los pobres humanos cuando se llenan la garganta con el licor de la vid; les proporciona el don del sueño, del olvido de los males cotidianos, y no hay otro remedio para sus penas. Lo vierte como libación para los otros dioses, él, un dios, y los hombres le deben el bien que les toca”. (En: Detienne, 2003: 62).

⁸⁵ Cultos antiquísimos que se dedicaban a Deméter y a Perséfone.

⁸⁶ Dios del vino, también conocido como *Baco* en la mitología romana, “el gran dios que hace delirar, y lo hace sin piedad” (Detienne, 2003: 91).

⁸⁷ Diosa de la fertilidad y de las cosechas.

⁸⁸ Hija de Cadmo, rey de Tebas y de la diosa Harmonía. Fue elegida por el dios Zeus, como amante, y de él engendró a Dioniso.

Pero también, la tradición nos dice que hay que tener cuidado con el *Dioniso de la zancadilla*, el que nos hace tropezar. Así lo relata el comediante griego Eubulos (400-350 a.C.), en su obra “Dioniso o Sémele”:

“No preparo para la gente sensata más que tres cráteras; una de salud (hugeia) que beben en primer término; la segunda, de amor y de placer; la tercera, de sueño. Después de haber vaciado esta tercera, los prudentes se van a acostar. La cuarta, no la conozco. Pertenece a la insolencia. La quinta está llena de gritos; la sexta desborda maldades y burlas; la séptima tiene los ojos magullados; la octava es el portero; la novena, la bilis; la décima es la locura (manía). Es ésta la que nos hace tropezar (sphallein). Pues vertida en un recipiente estrecho produce fácilmente la zancadilla a quien la ha vaciado” (En: Detienne, 2003: 100).

Con respecto a esta última representación, la tradición judeo-cristiana es rica en referencias pues, en la Biblia, ya en sus textos más antiguos como en el *Génesis*, (que comenzó a “escribirse” en el siglo X a.C.), encontramos que después del diluvio, “Noé se dedicó a la labranza y plantó una viña. Bebió del vino, se embriagó y quedó desnudo en medio de su tienda” (Génesis 9, 20-21)⁸⁹.

El *Levítico*, uno de los libros sagrados del Pentateuco, ordena: “cuando hayan de entrar en la Tienda del Encuentro, no beban vino ni bebida que pueda embriagar, ni tú ni tus hijos, no sea que mueran. Decreto perpetuo es éste para sus descendientes, para que puedan distinguir entre lo sagrado y lo profano, entre lo impuro y lo puro” (Levítico 10, 9-10)⁹⁰.

Por su parte *Isaías*, uno de los profetas mayores del Antiguo Testamento, reflexiona: “¡ay, los que despertando por la mañana andan tras el licor; los que trasnochan encandilados por el vino” (Isaías 5, 11)⁹¹.

⁸⁹ *Biblia de Jerusalén*. 1975. Desclee de Brouwer, Bilbao. p. 23.

⁹⁰ *Idem*. p. 126.

⁹¹ *Idem*. p. 1062.

Asimismo, *Joel*, uno de los profetas menores veterotestamentarios, refiere: “¡despierten, borrachos, y lloren, giman todos los bebedores de vino, por el licor que se les ha quitado de la boca!” (Joel 1, 5)⁹².

El libro de los *Proverbios*, refiere: “arrogante es el vino, tumultuosa la bebida; quien en ella se pierde, no llegará a sabio” (Proverbios 20, 1)⁹³; y también se pregunta: ¿para quiénes son las desgracias?, a lo que el mismo responde: “para los que se eternizan con el vino, los que van en busca de vinos mezclados. No mires el vino: ¡que buen color tiene! ¡como salta en la copa! Pero, a la postre, como serpiente muerde, como víbora pica” (Proverbios 23, 30-32)⁹⁴.

El apóstol San Pablo de Tarso (10-66 d.C.), uno de los personajes más conocidos del Nuevo Testamento, en una de sus cartas, exhorta a sus seguidores de Éfeso diciéndoles: “no se embriaguen con vino, que es causa de libertinaje” (Efesios 5, 18)⁹⁵.

Pero también, el fruto de la vid tiene otras perspectivas positivas en la Biblia.

En el Antiguo Testamento, el *Eclesiastés*, uno de los libros sapienciales, instruye: “anda, come con alegría tu pan y bebe de buen grado tu vino” (Eclesiastés 9, 7)⁹⁶.

Además el libro de los *Salmos*, agradece los esplendores de la creación, pues: “la hierba haces brotar para el ganado, y las plantas para el uso del hombre, para que saque de la tierra el pan y el vino que recrea el corazón del hombre” (Salmo 104, 14-15)⁹⁷.

Amós, uno de los profetas menores, recuerda la fecundidad paradisíaca al decirle al pueblo hebreo que se encontraba en el exilio: “entonces haré volver a los

⁹² Idem. p. 1313.

⁹³ Idem. p. 881.

⁹⁴ Idem. p. 887.

⁹⁵ Idem. p. 1678.

⁹⁶ Idem. p. 908.

⁹⁷ Idem. p. 811.

deportados de mi pueblo Israel; reconstruirán las ciudades devastadas, y habitarán en ellas, plantarán viñas y beberán su vino, harán huertas y comerán sus frutos” (Amós 9, 14)⁹⁸

Por su parte, el Nuevo Testamento, en el *Evangelio según San Mateo*, del mismo Jesús de Nazaret se dice: “vino el Hijo del hombre, que come y bebe, y dicen: ‘ahí tienen un comilón y un borracho, amigo de prostitutas y pecadores” (Evangelio según San Mateo 11, 19)⁹⁹.

Es paradigmático, también, el *Evangelio según San Juan* (finalizado de “escribir” a fines del siglo I d.C.), donde Jesús realiza su “primer milagro” en la boda de Caná al convertir el agua en vino (Evangelio según San Juan 2, 1-12)¹⁰⁰ o al hacer del vino, junto al pan, los símbolos fundamentales de la *Eucaristía* (acción de gracias en griego, o *misa* en latín), uno de los ritos fundamentales del Cristianismo (Evangelio según San Mateo 26, 26-29)¹⁰¹.

También en la antigua tradición griega el vino adquiría este carácter dual, pues ya en la obra del comediante griego Aristófanes (450-385 a.C.), “servirse un buen vaso lleno es jugar a la ruleta rusa: o bien la muerte súbita, como beber sangre de toro, o bien la inspiración, despertar en sí el Buen Genio y profetizar, volverse *Bakis*. En el vino hay un rayo, y es necesario ser herido por él para entonar el ditirambo¹⁰²” (En: Detienne, 2003: 74).

La anterior dicotomía literaria, desde la perspectiva del filósofo alemán Friedrich Nietzsche (1844-1900), se profundizará en una bifurcación filosófica que luego influirá al pensamiento del siglo XX. Así Nietzsche en “*El origen de la tragedia*” (1872), desarrollará la idea del principio dionisiaco, para referirse a lo colectivo, lo irracional y lo lírico; y del principio apolíneo, para denominar al

⁹⁸ Idem. p. 1329.

⁹⁹ Idem. p. 1403.

¹⁰⁰ Idem. pp. 1507-1508.

¹⁰¹ Idem. p. 1427.

¹⁰² Composición lírica griega, de arrebatado entusiasmo, dedicada a Dioniso, como portador de los placeres sensuales.

principio de individualización, racionalidad y conciencia en la sociedad humana; por lo que él, lo expondrá maravillosamente al decir: “la historia de la cultura humana es dominada por una lucha, jamás decidida, entre Apolo, el poderoso dios de la luz, de la disciplina, de la razón y del progreso, y Dioniso, descabellado dios del sueño, del éxtasis, del narcótico” (En: Coll y Ginés, 2004: 182)... remarcando, además, el filósofo que el influjo “dionisiaco quiere convencernos del eterno goce inherente a la existencia; pero no debemos buscar este goce en las apariencias. Debemos reconocer que todo lo que nace debe estar dispuesto a una dolorosa decadencia, estamos obligados a sumergir nuestra mirada en lo horrible de la existencia individual” (Nietzsche, 2007 [1943]: 132)...

Esta profundización será retomada por la antropóloga estadounidense Ruth Benedict, cuando nos reflexiona: “el deseo del dionisiaco, en la experiencia personal o en el rito, es perseguir hasta el fin un cierto estado psicológico: alcanzar el exceso. La más estrecha analogía para las emociones que busca es la embriaguez, y valoriza las iluminaciones del frenesí” (Benedict, 1971: 75). Por su parte, “el apolíneo recela de todo esto, y a menudo tiene una pobre idea de la naturaleza de tales experiencias. Encuentra medios para proscribirlas de su vida consciente. ‘Conoce una sola ley: la medida, en el sentido helénico’. Toma el camino del medio, permanece dentro del mapa conocido, no se embarca en estados psicológicos violentos” (Benedict, 1971: 75).

Volviendo al desarrollo histórico, en el medioevo apareció la técnica de la destilación, introducida por los árabes, que posibilitó obtener bebidas de mayor concentración alcohólica, con la consecuente rapidez en la intoxicación. Los alquimistas creyeron encontrar el “elixir de la vida”, como un remedio contra todas las enfermedades, como lo indica el término *whisky*, que deriva del gaélico y significa “*agua de la vida*” (Rigol y Ugalde, 2005).

Otro tanto podemos encontrar en las culturas indígenas de Sudamérica, con el consumo de *chicha* (Martínez, 2013) y de *ayahuasca* (Guzmán, 2014).

También existía lo que llamaría “utilidad terapéutica” del alcohol, por medio del cual se concedían, a quienes ingerían determinadas sustancias, el “regalo” de la sabiduría, la ampliación de la fuerza corporal, la ancianidad, la curación de enfermedades, la mengua del cansancio o la dolencia, e incluso la “merced” de la inmortalidad (Rigol y Ugalde, 2005).

De esta manera, “la medicina no es más extraña a la preparación del vino que a la filosofía natural de la vid y de la viticultura” (Detienne, 2003: 78). Así, “el vino bien temperado inaugura el género de vida ‘cultivada’ al igual que la comida a base de trigo molido de Deméter, de paso por los campos y las aldeas. Este es el comienzo, y bajo la protección de una y otra divinidad, de un arte de vivir que se rige tanto por la reflexión dietética, las prácticas culinarias y el saber médico” (Detienne, 2003: 78).

Pero también, es una “bebida que un médico griego llama la ‘sangre de la tierra’. Nacido ‘de una madre salvaje’, el vino es una sustancia en la que se mezclan la muerte y la vida considerablemente aumentada, donde se intercambian el fuego ardiente y la humedad que apaga la sed. Es un remedio tanto como un veneno, una droga por la cual se sobrepasa lo humano o se vira hacia la brutalidad, descubre el éxtasis o hunde en la bestialidad” (Detienne, 2003: 72-73).

Aquí se evidencia la dualidad del concepto griego *pharmakon*, que puede significar tanto “medicamento”, como “veneno”; el asunto estará en la dosis, pues algo que podría servir como remedio, en una cantidad excesiva se transforma en tóxico y/o mortal. Y así, habrá que estar “rogando al dios que ‘el uso del *pharmakon*

se haga sin peligro y sea saludable'. Remedio y no veneno ni fuego devorador" (Detienne, 2003: 76).

Así en el ámbito del consumo de esta sustancia psicoactiva, surge "el etanol, o alcohol etílico, es lo que todo el mundo conoce con el nombre de *alcohol*. Desde la antigüedad (aunque ni universalmente ni sin remisión), ha sido el componente esencial de los líquidos intoxicantes socialmente más aceptados. La fermentación ocurrió probablemente por accidente, cuando la miel, cereales o zumos de frutas se encontraron convertidos en hidromiel, cerveza y vino, y concentrados por destilación, descubierta en el 800 a.C. por Jabir ibn Hayyan (conocido en occidente como Gerber)" (Atkins, 2003: 49).

El exceso en el consumo de alcohol, se encontrará "en el delirio, en la manía dionisiaca, una parte de impureza, directamente imputable al hecho de estar fuera de sí, separado de los otros y de sí mismo" (Detienne, 2003: 48).

Y ya no afectará solamente a los varones, sino que, también, "las mujeres enloquecidas comienzan a errar por el campo. Es ya una enfermedad que exige un médico, una mancha que requiere purificación. A continuación, la locura aumenta, se extiende" (Detienne, 2003: 38)...

De lo anterior, "es coherente reconocer que una parte de las consecuencias del uso y consumo de alcohol tiene que ver directamente con la actividad médica y con las prácticas psiquiátrico-psicológicas (curar, reparar, etc). Pero también lo es reconocer que las investigaciones socioantropológicas e históricas han demostrado que el 'alcohol' constituye frecuentemente un instrumento, un medio, en determinados contextos aparentemente imprescindible, para la realización de rituales de interacción social, económica y/o cultural" (Menéndez, 1990: 10)...

Capítulo VII

La medicalización del consumo

En épocas pretéritas, simbólicamente, se creía que las personas que sufrían de “locura” viajaban en la *stultifera navis*¹⁰³...

Así nos lo refería Michel Foucault: “encerrado en el navío de donde no se puede escapar, el loco es entregado al río de mil brazos, al mar de mil caminos, a esa gran incertidumbre exterior a todo. Está prisionero en medio de la más libre y abierta de las rutas: está sólidamente encadenado a la encrucijada infinita. Es el pasajero por excelencia, o sea, el prisionero del viaje. No se sabe en qué tierra desembarcará; tampoco se sabe, cuándo desembarca, de que tierra viene. Sólo tiene verdad y patria en esa extensión infecunda, entre dos tierras que no pueden pertenecerle” (Foucault, 2012a [1964]: 26).

Pero hoy, continúa el filósofo, “la locura ha dejado de ser, en los confines del mundo, del hombre y de la muerte, una figura escatológica; se ha disipado la noche, en la cual tenía ella los ojos fijos, la noche en la cual nacían las formas de lo imposible. El olvido cae sobre ese mundo que surcaba la libre esclavitud de su nave: ya no irá de un más acá del mundo a un más allá, en su tránsito extraño; no será ya nunca ese límite absoluto y fugitivo. Ahora ha atracado entre las cosas y la gente. Retenida y mantenida, ya no es barca, sino hospital” (Foucault, 2012a [1964]: 71-72).

¹⁰³ Stultifera navis: “nave de los locos”, en latín.

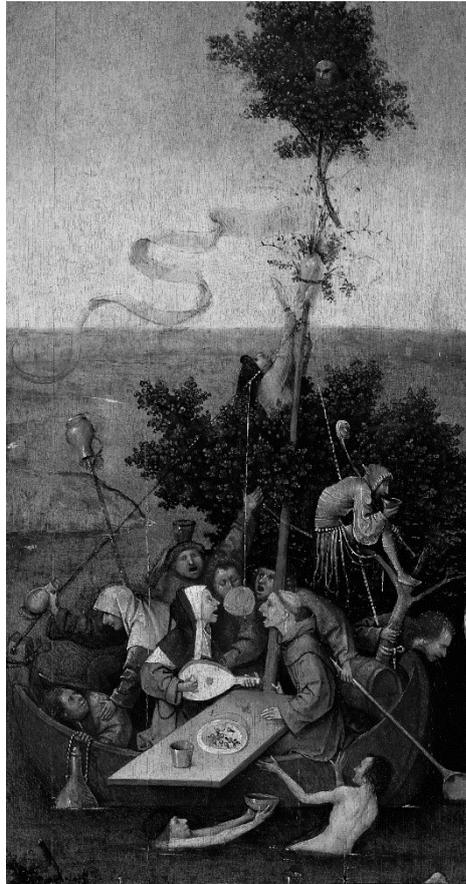


Figura 5. “La nave de los locos”. Obra del pintor flamenco Jheronimus van Aken (1450-1516), conocido en España como Hieronymus Bosch o “el Bosco”; que se encuentra, actualmente, en el Museo del Louvre de París (Extraído de: [https://www. antrophistoria.com](https://www.antrophistoria.com)).

Acercándonos al campo de la *psiquiatría*¹⁰⁴, se observa que dicho término “nacido en 1842 luego de la Revolución Francesa, remite de una manera parcial al mito de Psique” (Fourasté, 1992: 27); pues, la mitología griega ve en ella a la diosa adolescente, con alas de mariposa, como forma de representación del alma humana, de ahí el símbolo Ψ (que representa una mariposa con las alas desplegadas), y este emblema significa *Psi*, la vigésima tercera letra del alfabeto griego, utilizada, entre

¹⁰⁴ “El carácter inquietante de asomarse a un saber sobre la locura es de algún modo exorcizado por la creación de una ciencia, la psiquiatría, construida sobre las pautas del modelo médico, que buscará durante dos siglos las bases biológicas del trastorno.

En el acmé de la confianza iluminista, la razón humana penetrará los misterios del universo, y el orden racional logrará dominar el desorden” (Viñar, 2002: 111).

otras¹⁰⁵, en la palabra *psique*, que históricamente ha ido significando aliento, ánimo, alma, mente (RAE, 2014).

Así, desde una perspectiva médica, “en el siglo XVII nace la psiquiatría. En la compleja situación de contrastes que fue el Renacimiento (L. Vives, Erasmo de Rotterdam, T. Moro y otros), oscilando entre: a) liberar la imaginación del hombre y b) restringir su libertad (la persecución de herejes y brujas del *Malleus Maleficarum*¹⁰⁶, etc), la enfermedad mental se evidenció en su realidad. Por la confluencia de diversos factores históricos y culturales, frente al reconocimiento del hombre como ‘creador de valores’ y por lo mismo libre y responsable, se hizo evidente que algunos hombres están disminuidos patológicamente en ese poder propiamente humano” (Casarotti, 2012: 52).

Claude Lévi-Straus decía que los mitos piensan a los hombres (2012 [1978]), y así, cuando pensamos en la psiquiatría, comúnmente acude a nuestro imaginario colectivo la idea de *locura*. De esta manera, el filósofo humanista holandés Erasmo de Rotterdam (1469-1536), en su obra *Elogio de la locura* (1511), nos habla de su origen, pues:

“dado que no hay muchos que conozcan de qué linaje provengo, eso es lo que voy a intentar exponer con la ayuda de las Musas. Mi padre, en realidad, no fue el Caos ni el Orco, ni Saturno, ni Japeto, ni ningún otro dios de esos anticuados y decadentes, sino sencillamente Pluto¹⁰⁷ en persona, mal les pese a Hesíodo y Homero, y aun al mismo Júpiter, padre de los hombres y de los dioses. A una señal de conformidad de Pluto, ahora como en otro tiempo, se trastorna de arriba abajo todo lo sacro y lo profano... Y éste no me engendró de su cerebro, según el modo en que Júpiter lo hizo con la tétrica y fosca Minerva, sino de Neótete¹⁰⁸, de una ninfa que es, con mucho, la más encantadora de todas, y también la más alegre. Y no lo hizo ligado a ella por un penoso deber conyugal, que es

¹⁰⁵ Utilizada también en *psalmus* (salmo).

¹⁰⁶ Publicada en 1486 por los frailes dominicos Johan Sprenger y Heinrich Kraemer, donde se consideraba la locura como una forma de posesión demoníaca, siendo esta la concepción tomada por la “Santa” Inquisición; enfrentándose al concepto del médico suizo Paracelso (1493-1541), quien en su obra “*Sobre Enfermedades*”, consideraba a la locura como un malestar físico (cf: www.antrohistoria.com).

¹⁰⁷ Pluto: dios de la riqueza, en la mitología griega.

¹⁰⁸ Neótete: la juventud.

como nació aquel cojo forjado, sino unida a ella en la dulzura del amor, según dice nuestro buen Homero” (Erasmus, 2000 [1511]: 18).

Desde sus orígenes la psiquiatría, como “un saber médico específicamente mental” (Casarotti, 2012: 52), ha abordado el problema del consumo de alcohol, pues “la locura dionisiaca lleva en sí un poder de contagio tan grande como la mancha de la sangre derramada” (Detienne, 2003: 19).

Así, el concepto de *alcoholismo*, fue acuñado por el médico sueco Magnus Huss (1807-1890), en 1849, para definir un conjunto de afecciones que afectan al Sistema Nervioso Central, al Sistema Cardiovascular y al Sistema Digestivo Nutricional (tríada a nivel orgánico que siempre se prioriza en los tratamientos asistenciales) y que aparecían ligadas al consumo de alcohol de alta graduación, por lo que el término se ligaba con las bebidas destiladas, mientras que las bebidas de fermentación (como por ejemplo el vino) tenían fama de “saludables” (Martínez, 2013).

Luego la OMS ha abordado esta problemática, desempeñando un papel fundamental en la definición del alcoholismo. En 1952, refiere que los alcohólicos son personas que beben en exceso y cuya dependencia ha llegado al extremo de producirles trastornos mentales evidentes y de padecer problemas físicos que repercutirán en sus relaciones personales y sociales. En 1977, la OMS, propuso la utilización del concepto “*síndrome de dependencia del alcohol*” o “*problemas relacionados con el alcohol*” para sustituir al de “*alcoholismo*”.

En la actualidad las clasificaciones más utilizadas en el ámbito de la asistencia sanitaria, para abordar este fenómeno, son las del DSM V¹⁰⁹ y las de la

¹⁰⁹ “DSM”, son las siglas en inglés del “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” de la Asociación de Psiquiatría Americana, en su quinta revisión, aparecida en inglés, en mayo de 2013.

CIE 10¹¹⁰, que definen la dependencia de alcohol de forma muy similar¹¹¹. El DSM V, en su nueva edición, sustituyó la clasificación de “abuso” y “dependencia” por el de “trastorno por consumo de alcohol” que se evalúa con niveles de gravedad de leve, moderado o grave (APA, 2014).

En la CIE 10¹¹² se considera la categoría de consumo perjudicial de alcohol (OMS, 2010), el cual se diagnostica cuando la ingesta de alcohol causa complicaciones mentales y físicas que pueden producir discapacidad o deteriorar las relaciones interpersonales y se lo clasifica dentro del ámbito de los *Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas [F10-19]*.

La problemática del consumo de alcohol, puede verse agravada por las siguientes manifestaciones clínicas: *intoxicación aguda*, que es una conducta mal adaptada y que se da tras la ingesta reciente de una cantidad suficiente de alcohol como para producir intoxicación en la mayoría de las personas; *abstinencia alcohólica*, que es un síndrome que se asocia a la interrupción del consumo de alcohol en una persona dependiente del mismo; *delirium por abstinencia*, que es una grave complicación de la abstinencia alcohólica y suele aparecer en personas con situaciones médicas comprometidas y una larga historia de alcoholismo y, que si no se trata, puede llegar a ser mortal; *trastornos de ansiedad en alcohólicos*, una de las manifestaciones, que aparecen con más frecuencia en un servicio de emergencia, relacionada con el alcoholismo es la ansiedad y los *trastornos depresivos en alcohólicos*, en las personas alcohólicas hay una elevada prevalencia del síndrome depresivo mayor, que puede llevar al *suicidio* o a realizar un *intento*

¹¹⁰ Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, de la OMS, en su décima revisión.

¹¹¹ “Los seguros volvieron imprescindible la existencia de un manual que pudiera officiar como un árbitro y divulgador útil, comunicable y concreto que evaluara el estado mental y facilidades del servicio, por fuera de las comunes y repetidas querellas médicas. A su vez, estos seguros fueron creciendo al paso de las industrias farmacéuticas, que terminaron por consolidarse como el más importante actor financiero de las instituciones de salud mental” (Acevedo, 2014: 56).

¹¹² Esta clasificación es la que se utiliza en el Hospital Vilardebó.

de autoeliminación (Megías et al, 2005), siendo, lamentablemente, situaciones muy prevalentes en nuestro país¹¹³...

El alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central, que adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores, produciendo desinhibición conductual y emocional. “El etanol parece un estimulante para el que lo bebe, pero de hecho actúa insensibilizando partes de la corteza cerebral frente a controles inhibitorios” (Atkins, 2003: 49), es decir tiene la capacidad para entorpecer el funcionamiento habitual del cerebro, provocando reacciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma, en un proceso de adormecimiento cerebral (González, 1998; Morrison, 1999; Gelder et al, 2000; Buning et al, 2004; Rigol y Ugalde, 2005; Megías et al, 2005; Fielitz, 2010; 2013b).

Para la OMS, el alcoholismo “es la conducta adictiva caracterizada por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas” (Megías et al, 2005: 102). El alcoholismo, al igual que el conjunto de “las adicciones (o dependencias de sustancias) son patologías crónicas¹¹⁴, tanto como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial. Evolucionan con frecuencia teniendo períodos de remisiones y recaídas” (Fielitz, 2013a: 216); siendo progresiva y a menudo mortal. Y así, “contrariamente a lo que habitualmente tendemos a creer, las dos principales causas de muerte en los alcoholistas son cardiovasculares y neoplásicas, seguidas de accidentes y suicidio. La hepatopatía alcohólica y la pancreatitis son frecuentes complicaciones del consumo crónico e intenso de alcohol” (Fielitz, 2013b: 248).

El alcoholismo puede considerarse un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades, pero, por otro lado, puede darse también que “los cuadros

¹¹³ Según informes anuales del MSP.

¹¹⁴ Así lo expresan los integrantes de los grupos de AA cuando, a pesar de que pueden llevar muchos años de abstinencia, se definen como: “soy alcohólico”.

depresivos y los trastornos de ansiedad son particularmente frecuentes en los alcoholistas. También los trastornos de personalidad” (Fielitz, 2013b: 246).

De esta manera, “el consumo de alcohol podría ser visto como una suerte de automedicación, para aliviar el malestar emocional. Tal es el caso en los trastornos depresivos, donde el paciente encuentra en el alcohol un alivio pasajero de su malestar. En la medida que el consumo aumente y se transforme en problemático, el paciente termina teniendo dos problemas que deben ser abordados en forma simultánea para lograr que el tratamiento pueda ser eficaz” (Fielitz, 2013b: 246).

Otro tanto sucede con “el trastorno de ansiedad social (Fobia Social) es otra afección que aumenta el riesgo de desarrollar un uso problemático de alcohol. Como desinhibidor, las bebidas alcohólicas favorecen que la ansiedad social disminuya, facilitando la comunicación y disminuyendo el temor a la interacción social” (Fielitz, 2013b: 246).

Y, también, puede darse que “en ocasiones el trastorno de personalidad precede al desarrollo de la conducta adictiva. Tal es el caso por ejemplo de los trastornos fronterizos (*borderline*) de la personalidad, donde el consumo de sustancias es parte del repertorio conductual signado por la impulsividad, la inestabilidad emocional, las conductas autolesivas o suicidas, en una alteración de la identidad del Yo” (Fielitz, 2013a: 235).

La persona alcohólica presenta una gran dificultad para controlar su conducta, a la hora de beber, como así también los pensamientos relacionados con la bebida, teniendo una menor capacidad para resistirse a dichos pensamientos, como a la búsqueda y al consumo de bebidas alcohólicas; dado que, “existe un común denominador biológico para las diferentes adicciones, y es que estas aumentan la liberación de dopamina en el circuito cerebral de recompensa, en particular en el núcleo *accumbens*. Las sustancias que generan adicción liberan cantidades de dopamina en estos sitios en cantidades mucho mayores que los reforzadores naturales (comida, sexo)” (Fielitz, 2013a: 219).

La sensación de deseo o necesidad de beber, no siempre aparece de manera consciente en la persona. El consumo de alcohol adquiere prioridad frente a otros comportamientos que, en el pasado, fueron importantes y existe una tendencia a la recaída en relación con la severidad del consumo (Martínez, 2013); así, “el consumo prolongado de una sustancia deja una ‘huella cerebral’, de manera tal que una vez expuesto nuevamente a esa sustancia, se reactiva el *craving* y la compulsión del consumo” (Fielitz, 2013a: 219)¹¹⁵.

En el ámbito sanitario, se utilizan los conceptos de *uso*, *abuso* y *dependencia*, con respecto al consumo problemático de sustancias psicoactivas. Hablamos de *uso*, cuando en el tipo de consumo de la sustancia, ya sea por su cantidad, frecuencia o por la situación física, psíquica y social de la persona no se evidencian complicaciones en el consumidor ni en su entorno. Se llama *abuso* a esa manera de relacionarse con las sustancias en la que, ya sea por la cantidad, frecuencia o por la situación física, psíquica y social de la persona, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno (JND, 2006). Según la OMS, la *dependencia*, es “aquella pauta de comportamiento en la que el uso de una sustancia psicoactiva adquiere mayor importancia que otras conductas que antes eran consideradas como más importantes” (JND, 2006: 19). La persona “dedicará la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de drogas, a buscarlas, a obtener financiación para comprarlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc” (JND, 2006: 19). Podríamos decir que toda la vida de la persona gira en torno al consumo de las sustancias, estableciéndose un *vínculo*¹¹⁶ adictivo con las mismas. Como condición necesaria para hablar de dependencia, se tiene que instalar un *síndrome de abstinencia*, en la persona que consume, cuando se suprime el uso de la sustancia.

¹¹⁵ “En los pacientes alcoholistas, aparte del ‘*craving*’ (deseo intenso de consumir, en este caso alcohol) puede existir un efecto de ‘*priming*’ (esto es la incapacidad de frenar el consumo una vez que lo inició)” (Fielitz, 2013b: 245-246).

¹¹⁶ Es un término central en la obra del médico psiquiatra argentino, de origen suizo, Enrique Pichon Rivière (1907-1977), que ubica al sujeto no como un ser aislado, sino incluido en un grupo, cuya base es la familia y está inserta en un campo social... y en esta situación establece una “relación” con la sustancia psicoactiva (Tuzzo, 2009).

La dependencia incluye dos dimensiones. Una es la *dependencia física*, “en este caso, el organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad” (JND, 2006: 19); y otra es la *dependencia psíquica*, “esta se pone en manifiesto por la compulsión por consumir periódicamente la droga, para experimentar un estado afectivo agradable (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc), o para librarse de un estado afectivo desagradable (aburrimiento, timidez, estrés, etc)” (JND, 2006: 20).

La dependencia física, se puede superar tras un período de desintoxicación. Es más complejo desactivar la dependencia psíquica, ya que ésta requiere cambios en la conducta y en el manejo de las emociones del sujeto (Martínez, 2013).

Así, surge el personaje del *adicto*, que proviene del latín “*addictus*” como ya veíamos, y se puede entender como el hábito que domina la voluntad de una persona (RAE, 2014).

Desde una *perspectiva psicoanalítica* podemos decir que, el término proviene del prefijo negativo “*a*” y “*dicto*” (“dicho” en latín), entonces, “adicto” es quien no ha podido poner en palabras su angustia vital (y así comenzado a elaborarla), y por ello ha recurrido al efecto alienante de las drogas como ilusoria vía de escape.

Por lo que, “para que una persona termine siendo adicta se necesitan dos cosas: vulnerabilidad biológica¹¹⁷ para la sustancia y un contexto psico-socio-familiar¹¹⁸ que favorezca el desarrollo del trastorno. Es necesaria la presencia de ambos factores para que se desarrolle una adicción” (Fielitz, 2013a: 217). Hoy las

¹¹⁷ “Por vulnerabilidad biológica, entenderemos las chances que tiene una persona de terminar siendo dependiente de una sustancia si está expuesta por suficiente tiempo e intensidad a la misma” (Fielitz, 2013a: 217).

¹¹⁸ “Desde esta perspectiva, para algunos la familia puede oficiar de ‘lugar de enloquecimiento’ donde la patología del paciente cumple una función homeostática, y a medida que éste mejora aparecen nuevos miembros sintomáticos” (Fielitz, 2013a: 232).

adicciones se han convertido en uno de los principales problemas de todas las sociedades contemporáneas.

Por último, desde la perspectiva de la psiquiatría, seis grandes *vías* se delimitan cuando se valora el establecimiento de una adicción, lo que implica decir que las mismas condicionan el consumo de una persona (González, 1998):

1. *Vía sociocultural*: producto de las costumbres, tradiciones y convenciones culturales (presión de grupos).
2. *Vía hedónica*: búsqueda del placer.
3. *Vía asertiva*: droga como “muleta” para enfrentarse a situaciones temidas o determinantes de inseguridad y ansiedad (personas tímidas).
4. *Vía evasiva*: droga para olvidar experiencias penosas o situaciones dolorosas (“el alcohol para ahogar las penas”).
5. *Vía sintomática*: donde existe una patología subyacente, generalmente psiquiátrica (depresión, manía, fobia, etc).
6. *Vía constitucional*: en sujetos que combinan una gran carga familiar de toxicómanos con un inicio temprano.

Esta medicalización de los problemas generados entorno al consumo de alcohol, donde “la práctica e ideología médicas han evidenciado una constante limitación, así como una notoria falta de eficacia y eficiencia para abatir, o por lo menos disminuir, las consecuencias de este problema” (Menéndez, 1990: 9), se ha ido dando en el marco del *modelo médico hegemónico*, por el cual “entendemos el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado” (Menéndez, 1990: 83).

Esta representación, donde “la práctica y el saber médicos siguen afirmando que el ‘alcoholismo’ constituye un ‘problema médico’, ‘un problema psiquiátrico’, lo cual de hecho margina y secundariza otras alternativas teórico-prácticas” (Menéndez, 1990: 10), ha ido llevando que, “desde la perspectiva médico-psiquiatra dominante el concepto de dependencia implica la inevitabilidad de generar una conducta de consumo alcohólico” (Menéndez, 1991a: 21-22); desembocando así en la *ortopedia*¹¹⁹ del tratamiento...

En los pacientes psiquiátricos se trata de una *ortopedia moral*, que se fue concretando con “la transformación de cierta relación de poder que era de violencia (la prisión, la celda, las cadenas: todo esto corresponde a la vieja forma de poder de soberanía) en una relación de sujeción que es una relación de disciplina” (Foucault, 2014: 47). Y así, de la ortopedia moral pasamos a la *ortopedia mental*, “que debía conducir a la curación” (Foucault, 2014: 49).

En los hospitales públicos, este tratamiento correccional tendrá también una función política de *ortopedia de los pobres* (Barrán, 1992), que se agudiza en un nosocomio psiquiátrico gratuito, dado que “son los más pobres entre los pobres” (Foucault, 2014: 42)...

Así nos encontramos con la *clínica*, donde las futuras generaciones de profesionales sanitarios van aprendiendo, “ya que la enfermedad no tiene la fortuna de encontrar la curación más que si los demás intervienen con su saber, con sus recursos, con su piedad, ya que no hay enfermo curado sino en sociedad, es justo que el mal de los unos sea transformado en experiencia para los otros” (Foucault, 2013 [1963]: 121). Por lo tanto, “la dialéctica simple de la especie patológica y del individuo enfermo, de un espacio cerrado y de un tiempo incierto, es, en principio, desatada. La medicina no deja ver lo verdadero esencial bajo la individualidad sensible; está ante la tarea de percibir, y al infinito, los acontecimientos de un dominio abierto. Esto es la clínica” (Foucault, 2013 [1963]: 137).

¹¹⁹ Es la especialidad médica dedicada a corregir o evitar las deformidades y los traumas del sistema músculo-esquelético, a través de ejercicios corporales, aparatos y cirugías.

La cual cuando se encarna en un hospital, particularmente psiquiátrico, se transforma en una *institución total*, donde “se absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio” (Goffman, 2001b [1961]: 17). Aquí “la tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros, y que suele adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, alambres de púa” (Goffman, 2001b [1961]: 18). Por lo que, “con una autoridad jerárquica, y reglamentaciones difusas, cambiantes e impuestas estrictamente, cabe suponer que los internos, en particular los que recién ingresan, vivan atormentados por la ansiedad crónica de quebrantar reglas y sufrir la consecuencia inevitable... el traslado a una sala inferior...” (Goffman, 2001b [1961]: 52).

Esta dinámica asistencial, va llevando a la pregunta: “¿en qué medida puede un dispositivo de poder ser productor de una serie de enunciados, de discursos y, por consiguiente, de todas las formas de representaciones que a continuación pueden derivarse de él?” (Foucault, 2014: 30)... cuestión clave...

Esto permite analizar la cuestión a la luz de un enfoque cultural. El mismo habilita, al abordar el *campo*¹²⁰ sanitario, dejar de entender la *salud* desde una perspectiva más estática, como lo es la definición de salud de la OMS¹²¹, y concebir a la misma “como un constructo producido según condiciones materiales/biológicas, históricas y socioculturales de la sociedad en su conjunto y de los individuos en particular. En ese sentido, tanto la salud como su atención son productos culturales que se ordenan en instituciones, en conocimientos científicos,

¹²⁰ Siguiendo al sociólogo francés Pierre Bourdieu (1930-2002), al considerar al “campo” como una red de relaciones objetivas entre posiciones objetivamente definidas, siendo espacios de poder, de lucha y de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias. Los campos son las distintas configuraciones de clases o relaciones sociales, donde se unen para relacionarse (Bourdieu et al, 1990).

¹²¹ Al definirla en su Carta Magna Constitucional (1946), como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (En: Organización Mundial de la Salud. 1960. *Constitución de la OMS*. OMS, Ginebra).

en saberes populares, en prácticas y discursos de actores sociales muy concretos, insertos en realidades específicas” (Romero, 2002: 33).

Es interesante, con respecto a lo anterior, traer a colación lo que planteaba el médico psiquiatra húngaro Thomas Szasz (1920-2012), al decir que “en todas las esferas y actividades de la vida, incluida la ciencia, hay discrepancias entre lo que las personas dicen hacer y lo que en realidad hacen... sin duda, no hay razones para suponer que este principio es menos válido para comprender los métodos (y, por ende, la naturaleza y el objeto) de la psiquiatría” (Szasz, 1994 [1961]: 9).

Desde aquí observo que, “tanto la medicina como la rama de la antropología dedicada a su praxis, son disciplinas ubicadas en un continuum entre lo puramente práctico y lo totalmente teórico” (Frankenberg, 2003: 12). Pero, no obstante lo anterior, entre ellas “se crea así un contraste entre el interés médico en la enfermedad (*disease*) biológica episódica y el interés antropológico en el padecimiento (*illness*) culturalmente experimentado. Cada uno refiere a un contexto en el marco de patrones sociales de enfermedad (*sickness*), a los cuales estas disciplinas prestan, sin embargo, una atención diferenciada. Quienes ejercen la medicina buscan respuestas definitivas a las preguntas que se sienten capacitados para entender y que están obligados a resolver pragmáticamente a corto plazo. Quienes investigan en antropología, por su lado, apuntan a producir una problemática críticamente informada, construida a partir de preguntas clave aunque no siempre consensuadas” (Frankenberg, 2003: 12).

Podemos decir, entonces, que “el interés principal tanto del antropólogo como del clínico es descubrir la naturaleza del padecimiento (*illness*) del paciente. Sus pasos posteriores son inevitables y necesariamente diferentes. El médico se encuentra limitado por su entrenamiento y vocación a traducir ese padecimiento a enfermedad (*disease*) y el antropólogo a *sickness*” (Frankenberg, 2003: 23).

Como forma de entretrejer ambos abordajes, el epistemólogo de la salud argentino Juan Samaja (1941-2007), planteaba que “el objeto de las disciplinas de la salud lo constituyen los problemas, las representaciones y las estrategias de acción que se representan en el curso de la reproducción social” (Samaja, 2004: 19); de esta manera, al abordar a una persona con uso problemático de alcohol, hay que tener en cuenta que “los llamados síntomas, formarían parte de *construcciones colectivas* que dependen a su vez de transformaciones socioeconómicas” (Vomero, 2011: 225), inmersas en los Procesos de Alcoholización. Estos últimos, a su vez, se inscriben en los *Procesos de Salud/Enfermedad/Atención-Prevención*, pues “a través de dichos procesos se expresa la sociedad o la cultura, pero sobre todo las particularidades de toda una serie de grupos que operan en una sociedad determinada. Dichos grupos tienen saberes similares, pero también desiguales y diferentes al menos respecto a algunos de los sufrimientos, de las enfermedades o de las estigmatizaciones que los afectan” (Menéndez, 2002: 323).

Así, en estas coyunturas, observamos que, desde el punto de vista epistemológico, en la internación psiquiátrica hospitalaria conviven diversos *paradigmas*, entendiendo al mismo como una *matriz disciplinar* (Kuhn, 1971; 1989).

En Medicina encontramos tres campos de conocimientos y de significaciones médicas, que podríamos llamar “paradigmas”: *Biomédicos*, *Psicomédicos* y *Sociomédicos* (Laplantine, 1999); que van a tener sus correlatos en el área de Enfermería, al hablar de “paradigmas” de: *Categorización*, *Integración* y *Transformación* (Kérouac et al, 1996).

El paradigma *biomédico*, que recibe su influencia del positivismo, es un modelo epistemológico de naturaleza físico-química y es el que domina ampliamente entre los médicos y la población medicada en la sociedad “occidental” (Laplantine, 1999). Este enfoque define a la atención médica como el encuentro de una “técnica científica y de un cuerpo” (Laplantine, 1999: 16), pues la biomedicina,

o medicina “occidental”, ha construido su propia identidad científica en contraste con otros tipos de saberes en el campo de la salud (Pizza, 2006). Podríamos decir que “la biomedicina *construye* los cuerpos y recalibra constantemente su propia acción sobre la de los mismos cuerpos en una dialéctica continua” (Pizza, 2006: 270). En este entorno “la idea que domina con amplitud es que la causalidad (bio)médica es inmune a la representación” (Laplantine, 1999: 17). Este modelo enfoca a la salud como ausencia de enfermedad, donde la etiología, de esta última, será siempre unicausal (de origen orgánico); su campo de estudio es unidisciplinario (Medicina) y la atención se brinda en el marco de lo médico-quirúrgico, siendo un abordaje netamente asistencial, donde la organización sanitaria está centrada en el hospital, abarcando solamente al *individuo* como una existencia biopsíquica única (Lévi-Strauss, 1993).

Pero también se puede tener una mirada transdisciplinaria y aprender de otros oficios... así “el oficio de antropólogo es un oficio del frente a frente y del presente. No hay antropólogo, en el sentido amplio del término, que no lleve consigo la actualidad de sus interlocutores” (Augé, 2007a: 10). Estas otras miradas, nos acercan al paradigma *sociomédico*. El mismo es un modelo epistemológico que se fundamenta en los sistemas relacionales (Laplantine, 1999). Define a la salud como un *constructo* desde un proceso histórico y social, considerando la etiología de la enfermedad como multicausal, donde se tiene en cuenta, entre otras, las causas sociales. Su campo de estudio lo comparten las ciencias de la salud, las ciencias sociales y las ciencias humanas, la atención se da en forma “integral”, donde la organización sanitaria está centrada en la sociedad abarcando la comunidad, la familia y la *persona*, considerándola una constelación de relaciones sociales (Lévi-Strauss, 1993).

De lo anterior, “la teoría antropológica y la metodología etnográfica nos llevan a tomar muy en cuenta detalles, reglas de interacción, de combinación de pensamientos, representaciones, creencias que atraviesan tanto a los individuos, a los grupos, a las instituciones y así como a los profesionales, las comunidades científicas” (Romero, 2013: 202), evidenciando “que existe una dinámica relacional

innovadora en el campo de la salud que introduce nuevas formas de hacer medicina. Medicina(s) dentro de la medicina. Nuevos paradigmas que mueven el ethos médico en otras direcciones fuera del marco estricto de la biomedicina” (Romero, 2013: 200).

Intentando confrontar lo anteriormente planteado con mi experiencia, donde a diario “atiendo” a personas con consumo problemático de alcohol, reflexiono desde una perspectiva filosófica y antropológica, pensando que la cuestión acerca de lo “normal” y lo “patológico” (Canguilhem, 1971), es algo que afecta más a la Filosofía y a las Ciencias Sociales y Humanas que a las Ciencias de la Salud¹²². Estas últimas, en la práctica, desean saber ante todo qué es lo que pueden y lo que no pueden hacer por sus “pacientes”, antes que preocuparse por si los mismos son “normales o patológicos” (Martínez, 2013).

Si esta actitud pragmática queda “justificada” en el campo de la “salud somática”, no debe de ser así en el dominio de la “salud mental”, campo sobradamente invadido por problemas éticos, culturales, sociales y políticos entre otros. Esto nos permite concebir la *Salud Mental*¹²³ como el estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del hombre, como sujeto de cultura¹²⁴. En dicho estado, las personas o grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social, con un “equilibrio

¹²² Como decía el filósofo romano Cicerón (106-43 a.C.) “la filosofía es, en verdad, la medicina del espíritu”.

¹²³ La Ley de Salud Mental N° 19.529, aprobada por el Parlamento Nacional (Uruguay), en agosto de 2017, en el artículo 2° define: “se entiende por salud mental un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos”.

¹²⁴ Siguiendo el planteo de Vicente Galli, médico psiquiatra y psicoanalista argentino (En: Meliá, 2005).

e integración progredientes; con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetivamente u objetivamente” (Meliá, 2005: 26).

Por lo que, para un abordaje integral, es que “traigo” la mirada de otras disciplinas. Así “la etnografía profundiza en el estudio del sufrimiento humano al reenmarcar la experiencia de enfermedad como un proceso interpersonal en un contexto moral. En el ámbito clínico, esto supone que los médicos y los que sufren ni son autónomos ni están en relación de igualdad entre ellos” (Kleinman y Benson, 2004: 25).

Esta autopercepción me parece más eficaz, a la hora de pensar “la cura”, para este problema, pues “las intervenciones médicas, en esta etapa de las especialidades, suponen la transformación del cuerpo en cuerpo-cosa, cuerpo-mecanismo, cuerpo-lugar-de-intervención de instrumentos de observación, corrección, de intervención farmacológica y tecnológica-instrumental, a fin de eliminar las causas de la perturbación y reparar el mecanismo. La persona desaparece y, con ella, el mundo simbólico, social, histórico que la constituye y enferma” (Díaz, 2008: 13).

Esta práctica “curativa” se dará en la encrucijada cultural, donde siguiendo la categorización del filósofo italiano Antonio Gramsci (1891-1937), “reconocemos dos grandes conjuntos culturales en nuestra sociedad: la cultura hegemónica u oficial y la cultura subalterna o popular” (Romero, 2003: 14). Así podemos ubicar, por un lado, a los profesionales de la salud “dentro del contexto de la cultura hegemónica (por formación académica, práctica profesional, discurso técnico y normativo y otros), mientras que la población que se atiende en los Servicios gratuitos” (Romero, 2003: 14), de ASSE¹²⁵, por otro lado, “tiene un estatuto claramente identificable dentro de la cultura subalterna” (Romero, 2003: 14).

¹²⁵ En Uruguay, a partir del año 2007, con la Ley N° 18.211, se crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS); así la antigua “salud pública” pasó a convertirse en ASSE, uno de los prestadores de servicios que integran el SNIS.

Desde lo anterior y profundizando en la *Teoría de los Cuidados Transculturales* de Madeleine Leininger, que tiene como objetivo general determinar la visión *emic* de la persona y de la comunidad sobre el cuidado, tal y como ésta lo entiende y lo práctica, estudiando luego, esta fuente de conocimientos, a la luz de la perspectiva *etic* de la profesión enfermera (Marriner-Tomey, 2007); nos permite ir adquiriendo una manera clara y nueva de pensar sobre viejos problemas, como lo es la humanización de los cuidados brindados por Enfermería (Leddy y Pepper, 1989; Collière, 1993; Kérouac et al, 1996; Morrison, 1999; Minguéz, 2000; Rigol y Ugalde, 2005; Meliá, 2005; Marriner-Tomey, 2007; Guillén, 2012; Martínez, 2013; Contel, 2018).

Por último considero, también, que contribuye a dar una respuesta, para mejorar la satisfacción de la necesidad de una adecuada atención sanitaria que tiene nuestra sociedad, dado que “la deshumanización actual de la medicina sea secundaria no sólo a la decepción respecto a la eficacia omnímoda de un sistema supertecnificado en el manejo de muchas enfermedades, especialmente crónicas o relacionadas con el estilo de vida, sino también a la fragmentación entre lo que hay que tratar y cuidar y la persona cuidada, entre el cuerpo del enfermo y la persona a la que pertenece y que lo experimenta en sí misma” (Granero, 2003: 123)...

Capítulo VIII

La atención psiquiátrica nacional

A los veinte años de la fundación de Montevideo¹²⁶, nos encontramos con el primer caso registrado en nuestra ciudad, sobre una persona con “trastorno mental” cuya trayectoria desencadenará en feminicidio, homicidio y suicidio:

“En el año 1745, contando con 45 años, Demetrio comenzó a exhibir extremas conductas atribuibles a disturbios mentales. Varios incidentes llevaron a que un vecino lo calificara de ‘loco y sin juicio’. El más inquietante fue el mantenido con el capitán Juan Antonio Artigas¹²⁷ que al procurar su detención, fue recibido con un pistoletazo, afortunadamente fallido por estar el arma descargada. Demetrio, atado ‘como un loco’ fue remitido. La enfermedad mental, tal vez un delirio crónico, lo llevó a su trágico fin. El 7 de enero de 1748 degolló a su esposa, apuñaleó a su vecino y se ‘destripo a si mismo’, muriendo a las horas” (Soiza, 1983: 2).

Durante la época colonial, “los locos podían ser recluidos en los calabozos del Cabildo, junto a personas detenidas o procesadas por distintos delitos. En el caso de las mujeres, y cuando se trataba de familias pudientes, podían ser enviadas a las celdas del Convento de San Francisco, donde mayoritariamente se dispensaba

¹²⁶ A comienzos de 1724, el gobernador español de Buenos Aires, Don Bruno Mauricio de Zabala (1682-1736), acompañado por un ejército de militares españoles e indígenas y apoyados por la artillería, fundan el Fuerte de San José, que dará lugar a San Felipe y Santiago de Montevideo, con la intención de expulsar a los portugueses del Río de la Plata.

¹²⁷ Nacido en España (1693) y fallecido en Montevideo (1775), fue un militar y colonizador español, que viniendo con el primer contingente de militares se asentó en Montevideo, siendo admitido en la Venerable Orden Tercera de San Francisco en 1747, como lo será veinte años después su hijo Martín José (1733-1821), padre del general José Gervasio Artigas, siendo, también, terciarios franciscanos “todos los ascendientes inmediatos de nuestro prócer” (Cayota, 2007: 39).

como tratamiento la concurrencia al ceremonial religioso que intentaba combatir la presencia demoníaca” (Duffau, 2015: 45).

Cuarenta años después, de la triste narración anteriormente planteada y que lamentablemente sigue muy vigente en nuestro país, “a iniciativa de la católica Cofradía de San José y la Caridad” (Duffau, 2015: 46), se establece en 1788, como primer nosocomio montevideano, el Hospital de Caridad.

A partir de aquí, según Augusto Soiza (1983)¹²⁸, la asistencia médica en Uruguay, para estas personas con “trastornos mentales”, puede dividirse en cuatro etapas. La primera escala es la *etapa de reclusión piadosa*, que iría desde el año 1788 hasta el año 1860, en que se organiza el Asilo de Dementes.

Así, luego de instalado el Hospital de Caridad en 1788, “entre sus primeros ingresados figuró Juan Acosta, rotulado ‘demente’ y el 8 de marzo de 1816, lo hizo Joaquina Lorente... que conozcamos la primera alienada ingresada al hospital” (Soiza, 1983: 3)... la tradición, también, “ha dicho que en el primitivo hospital murió enajenada, Rosalía Villagrán, prima-hermana y esposa de José Artigas, atribuyéndole alteraciones mentales ya desde el primer año de su matrimonio con el prócer” (Soiza, 1983: 3)... y, así será, como nos señala Enrique Castro en su tesis doctoral en Medicina (1899), hasta que “el año 1822 marca una etapa importante en la hospitalización de la locura entre nosotros, pues en dicha época que se abrieron las puertas del Hospital de Caridad para estos enfermos, porque hasta entonces no eran considerados como tales” (Castro, 1899: 27)¹²⁹.

En el año 1856, se instala en el Hospital de Caridad, “una sala especial para dementes, con separación de sexos. El número de internados llegaba a 24” (Castro, 1899: 29)...

¹²⁸ Médico legista uruguayo, historiador de la medicina nacional.

¹²⁹ Donde también nos dice que, “hasta el año 22’, nuestros locos vagaban por las calles amparados por la caridad privada u eran objetos de burlas y malos tratos de ‘gentes que no faltan’; o bien permanecían encerrados en la celda de un convento o en oscuros y húmedos calabozos del cabildo cuando hubiesen cometido alguna falta contra el orden público” (Castro, 1899: 27).

Un segundo momento es la *etapa de segregación social* donde, “por iniciativa de Francisco Vidal, miembro de la Junta Económico-Administrativa de Montevideo, el Director del Hospital, Juan Ramón Gómez solicitó y obtuvo el traslado a la quinta de Vilardebó” (Castro, 1899: 29), de los pacientes ingresados en la sala antes mencionada. De esta manera, desde el Hospital de Caridad, “una mañana lluviosa del 17 de junio de 1860, 28 pacientes fueron transportados en carruajes por las calles de piedra de la Ciudad Vieja hasta un lejano lugar, el Asilo de Dementes, apartado de la planta urbana, en la quinta de Don Miguel Vilardebó, padre del Dr. Teodoro Vilardebó” (Porciúncula, 2014: 5¹³⁰).

Desde este momento, “la praxis psiquiátrica se inició relacionada al análisis de casos médico-legales, al igual que en la mayor parte de los países. Para cumplir con la atención psiquiátrica se creó para un cuarto millón de habitantes, el primer ‘Asilo de Dementes’” (Casarotti, 2007: 154); por lo que, según Michel Foucault, “es justo decir que sobre el fondo de una experiencia jurídica de la alienación se ha constituido la ciencia médica de las enfermedades mentales” (Foucault, 2012a [1964]: 203) ...

Así, ya un año después de su creación, el asilo contaba con 68 pacientes. En 1864 tenía 130 pacientes. Para 1874 ascenderán a 325 pacientes, siendo atendidos por “dos médicos, doce sirvientes y siete hermanas de Caridad” (Duffau, 2015: 48)¹³¹. En 1879 llegará a asistir a 542 pacientes (Duffau, 2015). Junto a la situación de aglomeración, hacinamiento, y labilidad, “un dato incontrastable que contribuye a entender ese aumento de la población interna es el uso del asilo como un espacio de reclusión de delincuentes por parte de la policía, en especial la montevideana, que de ese modo evitaba el hacinamiento en la cárcel del Cabildo (única penitenciaría del país hasta 1888)” (Duffau, 2015: 49).

¹³⁰ Médico psiquiatra uruguayo, que fuera director del Hospital Vilardebó y director de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE.

¹³¹ Durante nuestro trabajo de campo, el número de camas de internación era el mismo, pero los funcionarios eran alrededor de 750...

Hasta el año 1875 (Soiza, 1983: 4), “la dirección del establecimiento quedó en manos de un homeópata, el sueco Agustín Cristiano D’ Kort, pero un facultativo no especializado en psiquiatría, el doctor Joaquín Nogueira, se encargaba del tratamiento médico de los internos. Los acompañaban en las tareas un capellán, las hermanas de caridad, un ecónomo, un farmacéutico, los practicantes, el jefe de vigilancia y los sirvientes para los diferentes servicios” (Duffau, 2015: 47). Un detalle, no menor, es que “el nosocomio era mixto (y lo seguiría siendo a lo largo de toda su historia) por lo que no se fundaron, como en otros países, establecimientos específicos para hombres o mujeres” (Duffau, 2015: 47). Así el doctor Nogueira “era el encargado de las visitas médicas, y luego del alejamiento del homeópata, se adjuntó el Dr. Pedro Visca. Este renunció en 1878, para ser reemplazado por el Dr. Ángel Canaveris” (Soiza, 1983: 4).

La tercera fase es la *etapa institucional preuniversitaria*, que comienza con la inauguración del Manicomio Nacional. El mismo, “fue construido durante el período militarista (1875-1886) que siguió al agotamiento del viejo Uruguay comercial, pastoril y caudillesco. Esa construcción fue uno de los desarrollos del primer proyecto de modernización del país” (Casarotti, 2007: 154).

Con respecto al desarrollo edilicio del mismo (Vomero, 2018), a “nivel oficial” se piensa, aunque sin certezas, que en 1867 durante el gobierno del Gral. Venancio Flores¹³², el escribano de la Comisión de Caridad, Martín Ximeno, presenta los planos del Ing. Antonio Dupard; pero hacia 1872, solo existe “la Quinta de Vilardebó y esbozos del Manicomio. Hay cimientos y paredes hasta 2 metros, en una extensión de 140 metros de frente por 90 de fondo. Además, un aljibe y caños de desagüe. Pero la obra se ve detenida de años atrás” (Soiza, 1983: 6).

¹³² Militar y político uruguayo (1808-1868), que fuera presidente de la República en dos períodos.

En 1876, con la adquisición de predios vecinos a la quinta, se contrata al Ing. Eduardo Canstatt, director general de Obras Públicas de Montevideo, quien se cree que elaboró el plano bajo la influencia del Asilo Sainte Anne (Soiza, 1983; Duffau, 2015), ubicado al sur de París (Francia) y que fuera inaugurado en 1857, “y que el profesional visitó en un viaje de estudio” (Duffau, 2015: 50).

Dicho nosocomio psiquiátrico francés fue construido en pabellones, pues “los alienistas pensaban que la arquitectura de los asilos era imprescindible para contribuir a su curación” (Molanes, 2018: 60). En base a la influencia de los psiquiatras franceses Philippe Pinel (1745-1826) y Jean Esquirol (1772-1840), aquí se introdujo por primera vez en Francia, “el concepto de trabajo como terapia (terapia ocupacional) y más específicamente el de la hortiterapia (el trabajo agrícola como terapia)” (Molanes, 2018: 61). Más adelante será, “este centro, testigo del nacimiento en 1952 del primer neuroléptico de la historia el Largactil¹³³” (Molanes, 2018: 58)...



Figura 6. Autor desconocido. Vista del Asilo Sainte Anne (Extraído de: Molanes, 2018: 61).

¹³³ Es un antipsicótico tradicional o típico, cuyo descubrimiento produjo una “revolución” en la atención psiquiátrica.

Otra versión, “no oficial”, y que particularmente los “viejos” funcionarios del Vilardebó comentan es que, el gobierno de aquella época envió un comisionado a Francia para que trajera los planos de un “asilo modelo”, para “poderlo replicar acá”... el comisionado gastó los viáticos en cuestiones “ajenas a la moral del funcionario público” y, al finalizar su estadía, solo pudo conseguir los planos de un viejo monasterio. Eso trajo y eso se construyó, según dicen¹³⁴...



Foto 4. Autor Fabrizio Martínez. Detalle de la torre de la iglesia, vista desde el sector izquierdo, patio interior masculino, Hospital Vilardebó (julio, 2016).

En ese sentido, en la planta física¹³⁵ se puede observar que en el centro está la capilla y que, a sus lados, en forma simétrica se encuentran los patios internos y los sectores de internación femeninos y masculinos, a modo de claustros,

¹³⁴ “En la construcción primó una lógica arquitectónica en detrimento de una lógica médica, ya que ningún médico participó del asesoramiento en la construcción. Para Crovetto la arquitectura debía ser parte de la cura misma, todo el edificio se realizó sin seguir ningún principio médico, que hubiera indicado que la edificación no fuera lujosa y siguiera las reglas de higiene” (Vomero, 2018: 48).

¹³⁵ Ver figura N° 2, página 11.

transitables por corredores conformados por arcos de medio punto, al estilo monacal... y tanto el manicomio como el monasterio, pertenecen cada uno, a uno de esos cinco grupos de instituciones de la sociedad a los que Erving Goffman denominó *institución total* (Goffman, 2001a [1961]). Así, en el manicomio, se trata de “cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza para la sociedad” (Goffman, 2001a [1961]: 18) y, con respecto al monasterio, “hay establecimientos concebidos como refugios del mundo, aunque con frecuencia sirven también para la formación de religiosos: entre ellos las abadías, monasterios, conventos y otros claustros” (Goffman, 2001a [1961]: 19)¹³⁶...

El Manicomio Nacional¹³⁷ fue inaugurado el 25 de mayo de 1880 contando, dicho acto, “con la presencia de la plana mayor de las autoridades civiles, incluido el presidente interino Francisco A. Vidal¹³⁸, y religiosas. En su discurso inaugural Julio Pereira, presidente de la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública, luego de saludar a todas las autoridades, llamó al nuevo edificio un ‘verdadero monumento’ que ‘la caridad ha levantado después de muchos afanes, para Asilo de la Humanidad que viene a reclamar un consuelo y un alivio a su

¹³⁶ Al respecto, “se comprende la pertinencia de la relación establecida por los historiadores medievalistas entre *carcer* y *claustrum*, la prisión y el monasterio, siendo la primera poco utilizada para fines punitivos hasta el siglo XVIII mientras que el segundo conoce, a la inversa, una rápida expansión a partir del fin del primer milenio. Este paralelo es tanto más interesante cuando después de haber cohabitado largo tiempo, los dos tipos de establecimientos son en alguna medida superpuestos e incluso sustituidos uno por el otro, cuando el Estado francés, después de 1789, transformó las abadías y los monasterios en bienes públicos y se sirvió de ellos para encerrar allí a los criminales de derecho común” (Fassin, 2018b: 90). Es interesante recordar que, a las habitaciones del monasterio, donde cada monje dormía y oraba en solitario, se las llamaba *celdas*.

¹³⁷ Desde una visión distinta, de las citas anteriores, desde una perspectiva psiquiátrica se plantea que “en la construcción de los diversos espacios para la atención psiquiátrica fue evidente en Uruguay la influencia del pensamiento europeo... el Manicomio Nacional... correspondió al asilo de construcción en ‘bloque ‘desarrollado cuando, abandonada la teoría miasmática, fue posible crear áreas de socialización como factor de curación, en edificios rígidamente separados del mundo exterior. Posteriormente, al igual que en el resto del mundo comenzaron a desarrollarse a partir de comienzos del siglo XX los espacios tipo ‘colonias agrícolas’” (Casarotti, 2007: 158-159).

¹³⁸ Médico y político uruguayo (1825-1889), que fuera presidente de la República en dos breves períodos.

inmensa desgracia'. La construcción de un 'suntuoso edificio' fue señalada como la práctica 'de la caridad con verdadero lujo'" (Duffau, 2015: 50).

En forma inmediata fueron trasladados los "alineados del Asilo al flamante Manicomio" (Soiza, 1983: 5); quedando así registrado:

"El primer enfermo masculino fue Narciso Sierra, oriental de 45 años. Había entrado al Asilo el 13 de marzo de 1861 según se había asentado en su libro 1º, a página 78, afectado de 'demencia'. Al pie, con letra y tinta diferente puede leerse: 'Falleció el 4 de octubre del corriente a las 6 de la tarde a causa de reblandecimiento cerebral. Octubre 5 de 1880'. La primera mujer fue Isabel Peña, española y soltera de 34 años, con diagnóstico 'demencia'. Había ingresado al Asilo el 20 de julio de 1860. Y también al pie la siguiente anotación posterior: 'Octubre 22/97. Falleció a causa de un cáncer intestinal'" (Soiza, 1983: 5).

La administración interna de la institución quedó a cargo de doce Hermanas de la Caridad¹³⁹, quienes "se repartían en la supervisión de la higiene, el régimen alimenticio, el tratamiento terapéutico y la actuación médica. Además, administraban la despensa, la cocina, el lavadero y los primeros talleres para laborterapia así como la capilla" (Duffau, 2015: 50); secundadas por un equipo de servicio de funcionarias mujeres y de funcionarios varones. Con respecto a los galenos, "el número de médicos no aumentó. El primer director médico fue el Dr. Ángel Brian y el primer médico del establecimiento el Dr. Ángel Canaveris" (Duffau, 2015: 51).

Al mes de ser inaugurado, el 23 de junio de 1880, el doctor Canaveris, preocupado por "el envío de enajenados desde las Jefaturas al Manicomio, carentes de todo dato, muchos de ellos ni remotamente enfermos mentales" (Soiza, 1983: 10), proyecta un formulario de ingreso logrando que sea aprobado e impreso. Así,

¹³⁹ La congregación religiosa católica de las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, fundada en 1633 por San Vicente de Paúl (sacerdote francés) y Santa Luisa de Marillac (religiosa francesa), con la finalidad de dedicarse a la asistencia física y espiritual de los enfermos pobres.

dada “la anormal situación creada por la remisión de enfermos de todas partes del país, anárquicamente calificados de ‘mentales’, y donde se percibía una intención política. El Ministerio de Guerra hizo circular entre las Jefaturas del país, el formulario citado” (Soiza, 1983: 10).

En lo referente a la atención médica, una apreciación de Andrés Crovetto (1884)¹⁴⁰, en lo que fuera la primera tesis de doctorado en Medicina, realizada en esta institución, nos dice que, “en el año 1878, el médico del establecimiento era el Dr. Visca, y el tratamiento terapéutico de los enfermos era más o menos el que se emplea hoy; por lo que se ve que poco o nada hemos adelantado, en esta parte, en nuestro manicomio” (Crovetto, 1884: 16).

En ese momento el “poder médico”, estaba subordinado a la “autoridad de las Hermanas... mandan más ellas que el médico” (Crovetto, 1884: 49); dando como ejemplo que “en el Departamento de Mujeres son dueñas absolutas, en el tiempo que fui practicante... si me preguntaban del estado de alguna enferma podía dar tanta razón de ella como el portero del establecimiento, porque solo las veía entrar; a la mitad de las enfermas no las conocía ni de vista. Las Hermanas creo que las observan y dan noticia de su estado al médico, dan el trabajo que creen conveniente y les aplican los medios de corrección” (Crovetto, 1884: 49).

Nos relata, también, que un practicante de Medicina le “dio orden a un sirviente para que sacara el chaleco de fuerza a un enfermo, el que lejos de obedecer fue a dar cuenta a la hermana superiora. Ésta dio órdenes a la hermana Trinidad para que cuando viniera el practicante lo hiciera llamar y le dijera que él no era nada en el Establecimiento, y que la aplicación del chaleco de fuerza, como del servicio, eran ellas las que lo ordenaban, y que por tanto ya estaba enterado” (Crovetto, 1884: 18)¹⁴¹.

¹⁴⁰ “El hecho de relevar el estado de situación del tratamiento a los locos en el llamado Manicomio Nacional, y proponer medidas a tomar con el fin de mejorarlo, convierte a este escrito del año 1884, en caso único” (Vomero, 2018: 44).

¹⁴¹ A este propósito, también, nos cuenta que, “los locos estaban a cargo del capataz, el que en aquella época era el jefe del Establecimiento; y por lo tanto lo reconocían los sirvientes, no obedeciendo más órdenes que las de él. Él ordenaba y aplicaba los castigos cometiendo las mayores herejías con los enfermos” (Crovetto, 1884: 17).

Al Manicomio Nacional, un cronista en 1887 lo define como el “palacio de los locos” (Soiza, 1983; Duffau, 2015; Vomero, 2018), pues “era, pese a todas las críticas, un soberbio edificio. Pero muy costoso. En ese mismo año, cada enfermo le costaba a la Comisión 12 pesos mensuales; y en 1899 ocupaba el segundo lugar en el presupuesto general de la Comisión de Caridad, por detrás nada menos que del Hospital de Caridad” (Soiza, 1983: 11).



Foto 5. Autor desconocido. Acervo de fotos de Hospital Vilardebó. Hospital Vilardebó a comienzos del siglo XX (Extraído de: montevideoantiguo.net).

No obstante, el “suntuoso edificio”, ya desde los comienzos de su vida nosocomial comienza a ser criticado en su estructura¹⁴², dado que “nuestro manicomio, lejos de cumplir con las prescripciones indicadas para la construcción de un edificio de orates, adolece de muchos defectos. Entre los muchos podemos citar como ejemplos los siguientes: 1º) el de no cumplir con las reglas de higiene; 2º) el de no ser cómodo; 3º) el de ser lujoso. Condiciones las dos primeras que bien podían haberse llenado, habiendo empleado el capital que inútilmente se empleó en el lujo” (Crovetto, 1884: 23).

¹⁴² Como veíamos ya al comienzo, en la página 8.

Se le reprocha, también, la falta de perspectiva para la laborterapia, “reclamando las ocupaciones del hombre más espacio fuera del Establecimiento y las de las mujeres dentro del mismo, claro está que al construirlo debía haberse construido las salas de labor y diversiones necesarias a uno y otro sexo” (Crovetto, 1884: 26) y, también, el hecho de que, “en nuestro país, siendo un dato estadístico, el número de locas es menor que el de locos, no debía haberse pasado al ingeniero, el hacer el plano con arreglo a las divisiones necesarias a ambos departamentos” (Crovetto, 1884: 27).

Otro tanto sucede con la ausencia de concepción de distintos servicios específicos, para las diversas fases del tratamiento; así “en nuestro manicomio los enfermos desde su entrada hasta el día de su restablecimiento, tienen que permanecer mezclados con los demás enfermos trayéndole los disgustos y perjuicios consiguientes. Así es que más de una vez los enfermos que están en el período de curación, preguntan cuándo los sacan de allí; mientras que si existiese la sección debida con los medios de distracción convenientes lo pasaría el enfermo más conforme hasta poder salir” (Crovetto, 1884: 28).

Por último, la carencia de un “área de observación”, es “otra de las secciones que debían haber tenido en cuenta, porque es indispensable... no sólo para estudiar la forma de la locura y destinar al enfermo a la sección que le corresponde, sino que también para estudiar al individuo, viendo así si está loco o no; muchas veces es detenido un sujeto por las autoridades, remitiéndolo al manicomio por creerlo loco, o bien alguna familia manda alguno de sus deudos por creerlo también afectado por la enajenación. Este punto debe mirarse con el mayor rigor en un manicomio, porque puede prestarse a muchos abusos en perjuicio del recluso” (Crovetto, 1884: 28).

Así lo refleja, quince años después, otra tesis doctoral ya mencionada, sobre el “encierro arbitrario”:

“L.S., español, de 47 años, casado, comerciante, entrado al manicomio el 28 de abril de 1897. Remitido por la Jefatura Política de la Capital a pedido de su esposa y con certificado médico del Dr. Ramasso.

Antecedentes: exceso en las bebidas alcohólicas. No habiendo presentado durante su permanencia en el establecimiento síntomas de alienación mental, el médico, Dr. Ortiz, puso este hecho en conocimiento de la familia y le manifestó que en su conciencia debía ser dado de alta. La familia, después de empeños inútiles para que se continuase reteniendo al enfermo, determinó sacarlo para seguir la secuestación por su cuenta en una quinta de los alrededores, como así lo hizo” (Castro, 1899: 36).

Por lo que, “la mayor parte de las secuestraciones arbitrarias tienen por causa esconder algo que se considera vergonzoso para la familia. De ahí, desgraciados enfermos, grandes y pequeños, de las altas y de las bajas clases sociales, escondidos en los rincones más apartados de las casas, fuera del alcance de toda mirada y por consiguiente privados de toda libertad, de aire y de luz, a que tiene derecho, en la medida de lo posible, todo ser humano” (Castro, 1899: 37)¹⁴³.

La dificultad radica, para el futuro galeno, en que “con frecuencia se confunden como idénticas estas dos cosas completamente distintas: aislamiento y secuestación (...) El aislamiento es una medida de orden puramente médica, de higiene intelectual y moral, garantizada por la responsabilidad profesional y amparada por el secreto, mientras que la secuestación es una medida de orden judicial que compromete la libertad individual, pero que asegura al enfermo y sus bienes y que sólo puede emanar del Ministerio Público” (Castro, 1899: 45).

¹⁴³ “La internación forzosa del loco en el manicomio, la guetización, culpabilización y aislamiento del neurótico en el seno de su familia, son el testimonio obvio de lo inaguantable que era la enfermedad mental para aquella sociedad, primero, por el miedo que generaba esa afinidad secreta que todos tenemos con la locura, y segundo, por el tipo de desafío estructural al orden establecido que encarnaba el enfermo mental, un ser tan peligroso como el revolucionario social, en los hechos un revolucionario de conductas. Por ello la psiquiatría de esta época halló lazos entre anarquistas y locos...” (Duffau, 2013: 116).

La cuarta fase es la *etapa universitaria*, que comienza en 1908 con la creación de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, perteneciente a la Universidad de la República, cuyo primer profesor fuera Bernardo Etchepare (1869-1925), médico uruguayo formado en Francia.

Así, los tratamientos de “los trastornos mentales fueron afrontados desde la perspectiva médica a partir de la formación de la Clínica Psiquiátrica en 1908; la Clínica universitaria nació de la confluencia de la Facultad de Medicina (1875) con el Manicomio Nacional (1880)” (Coll y Ginés, 2004: 11); aunque “en los años previos a la creación de la Clínica Psiquiátrica, Elías Regules realizó docencia de orientación médica-legal en el Manicomio Nacional” (Coll y Ginés, 2004: 11).

Desde sus comienzos, “el Dr. Bernardo Etchepare, primer catedrático de psiquiatría, sólo estimó válidas las teorías biológicas, incluso al interpretar la psicología freudiana. Su continuador, el Dr. S. Carlos Rossi, también consideraba que los conceptos biológicos eran los únicos consistentes” (Casarotti, 2007: 159)¹⁴⁴.

De esta manera, “los primeros Profesores de Psiquiatría, realizaron una destacada tarea en la fundación de la psiquiatría universitaria y en su honor se designó con sus nombres a la Colonia de Alienados de Santa Lucía, que dio asilo a partir de 1912 a las personas con padecimientos mentales y a otras, que por diversos motivos, padecían marcado desamparo. Los recursos terapéuticos efectivos esperarían aún por décadas; tal vez sólo la disposición solidaria de esos maestros, de sus discípulos y del personal de esas instituciones aproximaba algún alivio a aquellos infelices” (Coll y Ginés, 2004: 11).

¹⁴⁴ “Podríamos pensar que para Barrán (así como para Foucault) lo que transformaba a estos ‘locos’ en objeto de observación y tratamiento no era tanto lo que sufrían (o lo que eran) sino lo que habían hecho, sus comportamientos. El problema podía ser biológico, pero era sobre todo moral” (Duffau, 2013: 116).



Fotos 6 y 7. Autores desconocidos. Acervo de fotos de Hospital Vilardebó. Religiosas y enfermeras; médicos y enfermeros del Hospital Vilardebó a comienzos del siglo XX (Extraídas de: Stonek Fotografía).

Por otra parte, en 1911, José Batlle y Ordoñez (1856-1929)¹⁴⁵, al comienzo de su segundo período como presidente de la República (1911-1915), aceleró “el proceso de secularización de los establecimientos hospitalarios” (Duffau, 2015: 42) y, por decreto del Poder Ejecutivo, al “Manicomio Nacional” se lo red denominó *Hospital Vilardebó* (Soiza, 1983; Casarotti, 2007; Duffau, 2015, Vomero 2018)¹⁴⁶, “y se convirtió en un centro estatal laico para los enfermos mentales pertenecientes a los estratos sociales más bajos” (Duffau, 2015: 42).

Recordando el planteo de Foucault, “el poder controlador de la Iglesia sobre los hombres, típico de la Edad Media, se había prolongado en el Estado moderno-laico a través de los médicos, ya que éstos sustituyeron al sacerdote al momento de la confesión” (Duffau, 2013: 112-113); por lo que, “se refirió a los psiquiatras (en su Historia de la locura) como los “soldados del orden”, en clara alusión al rol de

¹⁴⁵ Periodista y político uruguayo, que fuera Presidente de la República en dos períodos.

¹⁴⁶ Dicha denominación dada “por la recién creada Asistencia Pública Nacional, pero que ya el Dr. Ángel Canaveris habíale dado en su proyecto de Reglamento de 1879. Vilardebó, el más ilustre médico compatriota del siglo XIX, muerto joven en plena epidemia de fiebre amarilla en 1857” (Soiza, 1983: 12). También, dicho decreto, cambió el nombre del “Hospital de Caridad” por el de *Hospital Maciel*, en honor al filántropo montevidiano Francisco Antonio Maciel (1757-1807), conocido como el “padre de los pobres”.

los médicos psiquiatras como defensores del statu quo” (Duffau, 2013: 112). De esa manera se da un cambio, del “viejo” manicomio al “moderno” hospital psiquiátrico, pasando, como veíamos, de una relación de “violencia” a una relación de “disciplina”¹⁴⁷ (Foucault, 2014)¹⁴⁸.

Así, “los médicos jugaron un importante rol en este período, fueron aliados de la presidencia de José Batlle y Ordóñez que impulsó la laicidad del estado, retirando a las jerarquías eclesiásticas de los centros de salud e incorporando a los médicos positivistas” (Garat, 2013: 5)¹⁴⁹.

En 1923 se creó la Sociedad de Psiquiatría que, junto a la Cátedra de Psiquiatría, fueron “dos entidades conformadas por pequeños grupos de técnicos. Estas estructuras docentes y científicas que funcionaron dentro del Hospital Vilardebó fueron el factor primordial en el desarrollo de la psiquiatría nacional” (Casarotti, 2007: 154). A partir de 1929 se comenzó a publicar, hasta la actualidad, la Revista de Psiquiatría del Uruguay (Casarotti, 2007).



Figura 7. Autor desconocido. Logo de la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (Extraído de: Revista de Psiquiatría del Uruguay).

¹⁴⁷ “Sabemos que en su origen la palabra ‘disciplina’ designaba un pequeño látigo que servía para autoflagelarse y que, por lo tanto, permitía la autocrítica; en su sentido degradado, la disciplina se convierte en un medio de flagelar al que se aventura en el terreno de las ideas que el especialista considera como de su propiedad” (Morin, 2002: 116).

¹⁴⁸ “Asilo de Dementes, Manicomio Nacional, Hospital Psiquiátrico. Tres nombres que marcan momentos distintos de la relación de los llamados ‘locos’ con la sociedad, con las instituciones creadas para atenderlos, para encerrarlos” (Vomero, 2018: 55)

¹⁴⁹ “La vida, la enfermedad y la muerte constituyen ahora una trinidad técnica y conceptual... En lugar de ser lo que había sido durante tanto tiempo, esa noche en la cual se borra la vida, en la cual se confunde la enfermedad misma, está dotada, en lo sucesivo, de este gran poder de iluminación que domina y saca a la luz a la vez el espacio del organismo y el tiempo de la enfermedad...” (Foucault, 2013 [1963]: 195).

En el año 1930, en un congreso médico celebrado en torno al centenario de la primera constitución uruguaya¹⁵⁰, desde la Cátedra de Psiquiatría, establecen como tendría que ser la atención psiquiátrica, dada “en un período breve, que a veces solo dura días o semanas, se juega la vida o el porvenir mental del enfermo. Hay que concentrar para esos momentos decisivos todos los recursos de la terapéutica psiquiátrica en un hospital de agudos, organismo ágil, perfectamente armado para el diagnóstico profundo y el tratamiento activo de las enfermedades mentales: el Hospital Psiquiátrico” (Sicco, 1930: 13)...

Pues, “las enfermedades mentales se producen en el seno de la sociedad, traídas por la colaboración de causas lejanas, que actúan a través de la herencia, y de causas presentes, procesos tóxicos o infecciosos, conflictos morales, fatigas, etc” (Sicco, 1930: 7), y “es en el hospital psiquiátrico donde se da la batalla decisiva. Allí se resuelve si el enfermo cura (y es devuelto a la sociedad como un valor útil), o si debe pasar, como crónico, a la colonia” (Sicco, 1930: 15).

Pero el Vilardebó, no solo cumple funciones de “hospital psiquiátrico”, sino también de “asilo” y “reclusión carcelaria”. Y el mismo, “es un viejo hospital, construido al estilo ‘colonial’ o tropical, con patios enormes y numerosas ventanas. Durante el invierno, en sus vastas salas embaldosadas y húmedas, los enfermos, sin ninguna calefacción que los proteja, se hielan de frío y por cualquier debilitamiento hacen complicaciones pulmonares, de las que a veces mueren. En sus sótanos insalubres, bajos, oscuros, húmedos, están alojados cientos de enfermos” (Sicco, 1930: 13)...

Se plantea que, “la moderna psiquiatría no puede vivir en los viejos manicomios, como el nuestro, con sus largos dormitorios de cuarteles, con el hacinamiento de sus ‘cuadros bajos’ y sus secciones horribles de ‘cuartos fuertes’, celdas de enfermos, cruel escarnio de la asistencia médica y de todo sentimiento humanitario. Por eso debemos construir el Hospital Psiquiátrico. Tendremos así

¹⁵⁰ Que se había “jurado” el 18 de julio de 1830.

algo más que un nuevo edificio, tendremos un nuevo sistema terapéutico” (Sicco, 1930: 15).

Y este “nuevo nosocomio”, a modo de buque insignia del nuevo sistema, tendrá que serlo, “no solo, anatómicamente, por su construcción y sus instalaciones debe ser un hospital modelo, debe serlo también, fisiológicamente, por la organización de su funcionamiento, por el orden de su actividad, por la preparación de su personal médico y enfermeros. Por estar animado de espíritu científico y de entusiasmo en el tratamiento de las enfermedades mentales” (Sicco, 1930: 16).

Para contribuir a un “nuevo modelo” que, “es una obra de reeducación que, para los débiles especialmente, es una verdadera ortopedia mental. Este procedimiento terapéutico, esta ortofrenopedia debe pretender llegar a modelar una personalidad capaz de vivir libremente en la sociedad” (Sicco, 1930: 25)...

Un año después, en 1931, es electo presidente de la República el Dr. Gabriel Terra (1873-1942)¹⁵¹, quien dará en 1933 un golpe de Estado. Así, “de 1933 a 1936 el Uruguay pasó por un período de quiebre institucional, durante el cual fueron aprobadas medidas legales relacionadas con los enfermos mentales” (Casarotti, 2007: 155); las mismas estarán vigentes por ochenta años y así, nuestro trabajo de campo, fue realizado con la vigencia de las mismas... “por un lado, el artículo 30 del Código Penal que reconoce la inimputabilidad por patología mental, y por otro la ley 9.581 sobre la organización de la atención psiquiátrica y la regulación de la hospitalización de los pacientes” (Casarotti, 2007: 155); esta última denominada ley del “Psicópata” (aprobada en agosto de 1936), aparte de legislar sobre la asistencia psiquiátrica y sus formas crea, también, la “Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas” (Marcolini y Michelini, 2014: 17)¹⁵².

¹⁵¹ Abogado y político uruguayo.

¹⁵² Desde la perspectiva de la psiquiatría, “esta ley fue elaborada siguiendo los lineamientos de la ley francesa de 1838 en su respeto a la persona del paciente y en su consideración a la seguridad de la comunidad. Las terapéuticas eficaces con que fue contando la psiquiatría a partir de la década del 30 hicieron que en la práctica cotidiana no fuera necesario aplicar sus ítems prescriptivos” (Casarotti, 2007: 160).

De esta manera, “durante la dictadura de Gabriel Terra la prédica médica oficialista radicalizó su discurso higienista propugnando el control del cuerpo y de las costumbres sociales” (Garat, 2013: 5); y desde la creación de “la carta orgánica del Ministerio de Salud Pública (MSP) de 1934 preveía que la secretaría de estado fuera la ‘policía’ de los ‘vicios sociales’” (Garat, 2013: 5).

En 1948 la Organización Mundial de la Salud, “propuso ampliar el concepto de ‘medicina psiquiátrica’ al de ‘salud mental’, que enfatiza la importancia de los factores protectores y los de riesgo en la salud mental de las personas, la familia, la comunidad y su entorno” (Marcolini y Michelini, 2014: 17).

A partir de los descubrimientos farmacológicos en psiquiatría, como fue la introducción de los neurolépticos en 1952, “posibilitó el predominio de la contención farmacológica sobre la contención mecánica y física del paciente, eliminando entre otras técnicas el chaleco de fuerza” (Marcolini y Michelini, 2014: 17); esto posibilitó “el pasaje del modelo de atención asilar al modelo de atención terapéutica” (Marcolini y Michelini, 2014: 17), así “la dotación de camas pasó de aproximadamente 1500 a 500 durante una etapa, y luego a 300” (Marcolini y Michelini, 2014: 17).

La atención a las personas con padecimientos mentales, se hacía casi exclusivamente en Montevideo, “sin organización y con carencia de programas de atención de salud pública. La ‘apertura’ de los servicios psiquiátricos determinada por la evolución terapéutica, hizo sentir la necesidad de reorganizar la asistencia en patología mental. En 1966, sobre la base de las conclusiones del informe de un consultor de la Organización Mundial de la Salud, se hicieron cambios, aunque limitados a los servicios públicos” (Casarotti, 2007: 155), creándose “la primera sala de psiquiatría en un hospital general, en el Hospital de Paysandú” (Romano et al, 2018: 31).

Luego, “se comenzó a poner énfasis en la importancia de la prevención primaria y de la actuación del equipo interdisciplinario de salud mental, de acuerdo a los lineamientos del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública de 1972” (Marcolini y Michelini, 2014: 17).

Otra vez, en 1973, el presidente de la República, Juan María Bordaberry (1928-2011)¹⁵³, dará un golpe de Estado que iniciará otra dictadura (1973-1985). De esta forma, “el Ministerio de Salud Pública del gobierno dictatorial inició cambios en la organización psiquiátrica. Extendió al interior del país la asistencia por la creación de servicios de hospitalización y la radicación de psiquiatras en algunos departamentos” (Casarotti, 2007: 156).

Durante los primeros años de la última dictadura uruguaya, con respecto a las personas con consumo problemático de sustancias, “uno de los criterios que se utilizaban para evaluar los casos era el factor socio-económico, el sector público debía evaluar el ‘estado mental del enfermo y su adaptación social y económica’, para definir su destino en las instituciones estatales (cárcel o manicomio) explicaba Mario Gaggero, consejero de la dictadura. 1054 personas fueron detenidas por la Policía, 425 procesados por la justicia y 217 pasaron por el Hospital Vilardebó entre la segunda mitad de 1972 y el primer semestre de 1978” (Garat, 2013: 7).

También, un número importante de presos políticos estuvieron internados en el Vilardebó, durante estos años de noche oscura traídos por las alas del Plan Cóndor...

Durante este triste tiempo “en Montevideo, se disminuyó la población de pacientes hospitalizados y se abrieron simultáneamente servicios de ‘salud mental’ de atención externa, y se intentó luego cerrar el Hospital Vilardebó y abrir otro hospital en el área suburbana” (Casarotti, 2007: 156)¹⁵⁴...

¹⁵³ Político uruguayo, presidente constitucional entre 1972 y 1973 y dictador entre 1973 y 1976.

¹⁵⁴ El *Hospital Psiquiátrico Musto*, ubicado en la zona de Colón, en la periferia montevideana, que fuera cerrado en 1996 por el MSP, luego convertido, en el año 2002, en Centro Nacional de Rehabilitación (como lugar de egreso desde la cárcel a la vida en libertad) y hoy, desde el año 2010, se convirtió en la “Unidad N° 5 Femenina” o *Cárcel de Mujeres*...

Al año del retorno de la democracia, “en 1986, el Ministerio de Salud Pública aprobó como prioritario el Plan Nacional de Salud Mental” (Marcolini y Michelena, 2014: 17); extendiéndose, a los hospitales generales públicos, la atención psiquiátrica y adquiriendo relevancia “el primer nivel de atención, con predominio de actividades de psicoeducación y trabajo de grupo” (Marcolini y Michelena, 2014: 18); pues dicho plan, “contenía propuestas de descentralización administrativa y una concepción de campo de salud mental integrador del cuerpo social, donde se enfatizaba el modelo de atención en la comunidad, con servicios de atención integral en salud mental y de coordinación intersectorial” (Meliá, 2005: 186).

No obstante lo anterior, “visto desde la perspectiva de la década de 1990 el hospital psiquiátrico, o la psiquiatría en general, eran parte del repertorio de instituciones con que contaba el Estado para controlar y disciplinar a la población no normalizada” (Duffau, 2013: 111); por lo que, “la enfermedad se convierte, así, en un fenómeno dependiente no sólo de procesos fisiopatológicos o psicopatológicos, sino de las propias relaciones sociales y especialmente de sus conjuntos normativos. La enfermedad es desviación (aunque normativizada), es disfunción y ruptura con las obligaciones sociales habituales, es dependencia y sujeción a un marco de dispositivos institucionales encaminados a la curación y a la rehabilitación, aunque también a la resolución de la desviación” (Martínez-Hernández, 2015: 145).

Así, las personas se convierten en pacientes, y “somos pacientes en lo de esperar el alta; creímos en el cartel dantesco que colgaba sobre la ventanilla de la recepción, ‘Deje aquí su autonomía antes de entrar’, de manera que ni bien el médico firme la autorización, retiro mi soberanía y mi subjetividad secuestradas por la institución médica y retomo el control de mi avatar” (Núñez, 2014: 13-14).

Pero, ¿qué pasa con muchos pacientes del Vilardebó? “Ahora bien: ¿qué ocurre si ya no hay alta, si ‘alta’ ya no tiene sentido alguno?, ¿y si vivimos en un estado eterno de emergencia generalizada y abstracta? (Núñez, 2014: 14).

Pensando ahora en la atención de personas con dependencia de sustancias psicoactivas, a mediados también de 1990, “se ha encarado el abuso y adicción de alcohol y drogas, en sus aspectos asistenciales, y también preventivos y de rehabilitación” (Casarotti, 2007: 156); y unos años después, “el gobierno de Batlle¹⁵⁵ dotó a la Junta Nacional de Drogas (JND) de presupuesto, personal y puso a funcionar una serie de iniciativas de reducción de riesgos y daños” (Garat, 2013: 9).

Pero, a partir de la crisis del año 2002, “el consumo de pasta base se transformó en la estrella de la discusión eclipsando los abordajes integrales sobre el asunto de las drogas” (Garat, 2013: 9)... que llevó a que, en abril de 2006, durante el primer año de gobierno del Dr. Tabaré Vázquez¹⁵⁶, se creara “un centro especializado de tratamiento de usuarios problemáticos y se regularon las prácticas de las comunidades terapéuticas que funcionaron durante décadas sin parámetros claros” (Garat, 2013: 10).

Sustancialmente sigue sucediendo, en la atención a las personas con dependencias de sustancias psicoactivas que, “a pesar de tratarse de patologías crónicas, los dispositivos de tratamiento habituales están pensados para actuar durante un período de uno o dos años, luego de los cuales el paciente egresa y se desvincula de la Institución donde llevó a cabo su tratamiento” (Fielitz, 2013a: 216).

¹⁵⁵ Jorge Batlle Ibañez (1927-2016), fue un abogado, periodista y político uruguayo, presidente de la República entre el año 2000 y el año 2005.

¹⁵⁶ Médico y político uruguayo, nacido en 1940, presidente de la República entre los años 2005 y 2010 y actual presidente de la República, a partir del 1º de marzo de 2015. Durante éste, su segundo período presidencial, realizamos el trabajo de campo.

Y, cuando específicamente observamos, “la asistencia para los pacientes alcoholistas en el presente se encuentra desorganizada y fragmentada en el sistema de salud, careciendo de un enfoque interdisciplinario. En este sentido, por ejemplo, la asistencia a los pacientes adictos a drogas comparativamente ha cobrado en los últimos años un mayor desarrollo de grupos de trabajo a pesar de la menor prevalencia del consumo de estas sustancias” (Fielitz, 2013b: 244).

Por último, en el año 2013 como ya vimos, es publicado el DSM V, como forma de estandarización y abordaje protocolizado de la atención psiquiátrica. Así, “estos complicados criterios de fiabilidad se ensanchan cuando el manual –que en definitiva, podría tomarse como lo que es, un texto de compromiso entre varias lecturas, con razones específicamente prácticas– es reverenciado como la voz pura de la ciencia (un proceso que está mucho más cerca del litigio entre acuerdos y presiones políticas que de procedimientos científicos en sí mismos)” (Acevedo, 2014: 59). Por lo que, “el proceso, más que segmentar, trata de producir flujos de individuación y construcción en masa en un mismo pase de magia. En este punto, el paciente en exigencia de llevar una vida plena, y en perpetuo estado de riesgo de enfermedad, verá en los distintos tratamientos, etiquetas y psicofármacos no solo un terreno de seguridad sino de identidad, y así podrá reformularse a sí mismo, incluso cuando ya no haya pathos, cuando sea, sencillamente, un recauchutaje, una versión 2.0 de sí mismo” (Acevedo, 2014: 65).

Un año después de finalizado nuestro trabajo de campo, el Parlamento Nacional aprobó la Ley de Salud Mental N° 19.529. La misma tiene por “objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de los habitantes residentes en el país, con una perspectiva de respeto a los derechos humanos de todas las personas y particularmente de aquellas personas usuarias de los servicios de salud mental en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social” (Artículo 1°); con la finalidad de “reconocer a la

persona de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su unidad singular” (Artículo 3º, inciso A)¹⁵⁷.



Figura 8. Detalle de la portada del Periódico “La Diaria”, edición del viernes 11 de agosto de 2017 (Extraído de: <https://ladiaria.com.uy>. Fecha de acceso: 11 de agosto de 2017).

Aunque parezca paradójico, algunos de sus presupuestos ya, desde hace décadas, son planteados por la psiquiatría; pues “probablemente es la psiquiatría la especialidad de medicina que más necesita del servicio social. Porque las enfermedades mentales, más que ninguna otra, son favorecidas en su producción y en su desarrollo por el medio social” (Sicco, 1930: 11).

Y con respecto a nuestro *locus*, “el Vilardebó nació para satisfacer la necesidad social de un establecimiento destinado a guardar alienados y nació viejo. Fue construido en 1880 con las ideas psiquiátricas y arquitectónicas de los comienzos del pasado siglo. Este geromorfismo explica porque a los 50 años tiene apariencia de centenario” (Sicco, 1930: 27); y, por otra parte, “un sector importante de usuarios problemáticos de sustancias percibe el sistema de salud como una amenaza, un lugar donde van a ser criticados, segregados y no se les va a brindar

¹⁵⁷ El titular del Periódico “La Diaria”, con fecha 11 de agosto de 2017, decía: “En siete minutos el Senado de la República vota la nueva Ley de Salud Mental”, es extraño, pues llevó décadas su discusión... ¿y su implementación?...

soluciones para su problemática. Además, la presencia obligatoria de un guardia policial en las Emergencias Hospitalarias los aleja aún más” (Fielitz, 2013a: 215).

Hoy, muchas veces, en presencia de un *default humanístico*, según la expresión del psicólogo argentino Juan Yaría (En: Fielitz, 2013a: 233), “ya no es ético tratar aisladamente a un dependiente de sustancias. Se requiere de un equipo de trabajo” (Fielitz, 2013a: 238), pues “ninguna disciplina tiene todas las respuestas” (Fielitz, 2013b: 252)¹⁵⁸...

Y así, la realidad tristemente nos sigue marcando, como hace casi ochenta años, que la práctica diaria de la atención hospitalaria del Vilardebó, vive con la angustia de la “gestión de camas” donde sucede que, “es por un lado el hacinamiento y por otro las plazas vacantes que gobiernan el tráfico de enfermos” (Sicco, 1930: 21)... cuestión que sigue sin ser resuelta junto al de una cultura de cuidados en salud mental...

¹⁵⁸ En estos contextos, de *deuda con el ser humano*, o consigo mismo, “la tarea central de los terapeutas es ayudar a los pacientes a reconstruir su propia historia, devolviéndoles su identidad. Se trata, entre otras cosas, de reintroducir el valor de la palabra. Si pensamos que el objetivo único del tratamiento es ‘que no se droguen’ tendríamos una visión profundamente miope de nuestro trabajo. Es necesario que a lo largo del tratamiento el paciente pueda ir armando su propio proyecto de vida, en una dirección distinta del proyecto de muerte en el que estaba embarcado” (Fielitz, 2013a: 237).

Capítulo IX

La atención actual en el Hospital Vilardebó

Antes de plantear cuestiones estadísticas, a nivel epistemológico, es importante comprender que en la “asistencia sanitaria” brindada por el Hospital Vilardebó, aún conviven los tres “modelos de atención”, que podemos encontrar en la historia de la Psiquiatría nacional (Soiza, 1983; Casarrotti, 2007; Marcolini y Michelena, 2014; Duffau, 2015; Vomero; 2018; Romano et al, 2018); lo que, de por sí, complejiza más el análisis de la atención brindada.

El modelo de atención *asilar* (Romano et al, 2018)¹⁵⁹, subsiste desde la fundación del hospital (1880); donde particularmente, por “orden judicial”, el hospital se ha convertido en un “depósito” de personas con algún tipo de alteración en su salud mental; haciéndonos recordar a los orígenes del nosocomio, donde se enviaban “pacientes” para descomprimir la única cárcel existente hasta 1888... Hoy, día a día, siguen llegando “pacientes por orden judicial”, con imperativo de los magistrados de que sean internados en el hospital... a veces los “oficios”, con los que los trae la policía, establece que dentro de tanto tiempo se eleve al juzgado un informe con la evolución del paciente; donde luego el juzgado demorará en responder... Ese preámbulo lleva, a que esa persona, que había “ingresado” por alguna alteración mental, pero sin estar procesada por ningún delito, permanezca

¹⁵⁹ “Tiene su apogeo en el siglo XIX y comienza a ser fuertemente cuestionado a mediados del siglo XX, pese a lo cual persiste como modelo predominante en muchos países. La asistencia es realizada en instituciones de internación de larga estadía, en las cuales la persona recibe la asistencia sanitaria y el sustento de las necesidades básicas, sin participar directamente en las decisiones cotidianas, con bajo o nulo contacto social fuera de la institución” (Romano et al, 2018: 23).

varios meses o incluso llegar al año de internación, porque “todavía” el “juez” no autorizó su alta... También ocurre que hay pacientes procesados, por diversas circunstancias, y están varios años internados “cumpliendo la pena”... Otro tanto sucede con pacientes que, por situaciones “sociales”, donde su familia ya no existe o, la misma, no puede y/o no quiere hacerse cargo del usuario, los mismos estén por años internados... Lo anterior se ha ido agudizando en los últimos años llevando, como veremos a continuación, que el promedio general de estadía de los pacientes se haya incrementado un 100% entre los años 2010 y 2016.

El modelo de atención *hospitalocéntrico* (Romano et al, 2018)¹⁶⁰, perdura desde el retorno democrático (1985), donde la atención psiquiátrica “gira” entorno al Vilardebó, pareciendo, en la práctica, que este fuera el único nosocomio con atención “psi”. En mi práctica profesional diaria, hospitales generales capitalinos con servicio de Psiquiatría (como el Hospital de Clínicas) o con unidades de internación en Salud Mental (como el Hospital Maciel y el Hospital Pasteur), derivan pacientes a la Emergencia del Vilardebó para ser valorados y/o internados; sucediendo, también, esto último con hospitales generales del interior del país, donde, a modo de ejemplo, se han venido a “valorar”, traídos y luego llevados por ambulancia y acompañados por enfermería, pacientes provenientes de los Hospitales de Colonia, Fray Bentos, Rivera y Melo...

En estos dos modelos planteados, y que vienen “impuestos” por la “realidad externa” al Hospital (tanto la judicial como la asistencial de ASSE), es donde percibo una de las grandes dificultades a la hora de implementar la nueva Ley de Salud Mental, donde si bien a nivel de fundamentación la misma presenta aportes sustanciales, hay un desconocimiento de las cuestiones “prácticas” de esta

¹⁶⁰ “Atención en la que los hospitales tienen un lugar central, jerarquiza la asistencia intensiva del momento de agudeza o descompensación, habitualmente con seguimiento médico ambulatorio posterior al alta. La organización se sustenta en el equipo profesional, con baja participación de la población usuaria en la toma de decisiones” (Romano et al, 2018: 23).

población asistida... por lo tanto, es clave, comenzar a construir una cultura de cuidados en salud mental...

El tercer modelo que cohabita en el Vilardebó, junto a los dos anteriores, es el de una *salud mental comunitaria* (Romano et al, 2018)¹⁶¹, que se ha ido potenciando en las dos últimas décadas, teniendo como eje la Policlínica del Vilardebó, con su atención domiciliaria, entre otros aspectos...

Y para ampliar, aún más, la mirada, estos tres “modelos” se yuxtaponen con los tres “paradigmas médicos” (Laplantine, 1999), que, también encontramos en el Vilardebó...



Foto 8. Autor Fabrizio Martínez. Detalle de una pared del sector de Policlínica, frente a la Unidad Docente de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, donde se observan dos carteles de sociedades de psiquiatría, con diversas perspectivas, Hospital Vilardebó (octubre, 2015).

Durante el tiempo en que se desarrolló el trabajo de campo (junio de 2015 a noviembre de 2016), el Hospital Vilardebó tenía una capacidad locativa de 335 camas de internación, 210 camas masculinas y 125 camas femeninas.

¹⁶¹ Esta atención de la Salud Mental está “sustentada en una red de recursos asistenciales diversos que responden a las necesidades de la población, con distribución en el territorio; tiene como orientación la integralidad y continuidad de los cuidados sanitarios y sociales. Plantea a la población usuaria un rol participativo activo en las decisiones” (Romano et al, 2018: 24).

El sector de internación de *Emergencia* consta de 20 camas de internación, 10 camas de internación femenina y 10 camas de internación masculina.

Según informes anuales del Departamento de Estadística del Hospital Vilardebó¹⁶², con respecto a la asistencia brindada en el Servicio de Emergencia, en el período que va desde el año 2010 al año 2016, muestra los siguientes indicadores.

En el año 2010, la Puerta de Emergencia, que funciona las 24 horas del día y los 365 días del año, tuvo un total de 12.959 solicitudes de consulta. De las mismas, 10.776 (el 83,2%) llegaron a consultar con el psiquiatra que brindaba la atención. Este número menor se debe a que algunos usuarios se retiran antes de la consulta, a veces por la larga espera; debiéndose esto, entre otras causas, a que solo quedan dos psiquiatras de guardia para la consulta externa, los pacientes internados en la Emergencia y las salas de internación (cuando no están los psiquiatras de sala, a partir de la tarde y sobre todo los fines de semana), siendo asistidos, en algunos períodos, por los residentes del último año del posgrado en Psiquiatría. De estas consultas se produjeron 2502 internaciones en Sala de Observación de la Emergencia. De las mismas 1357 (54,3%) fueron pacientes de sexo masculino, con un promedio de 113,1 internaciones mensuales y 3,7 internaciones diarias masculinas. Por su parte, se produjeron 1145 (45,7%) internaciones de pacientes de sexo femenino, con un promedio de 95,4 internaciones mensuales y 3,1 internaciones diarias de mujeres.

Durante el año 2011, hubo 13.886 solicitudes, realizándose 8614 (el 62%) consultas con psiquiatra y 2468 personas recibieron internación en Sala de Observación. De las mismas 1364 (55,3%) eran pacientes de sexo masculino, con un promedio de 113,7 internaciones mensuales y de 3,7 internaciones diarias masculinas. Hubo 1104 (44,7%) internaciones de pacientes de sexo femenino, con un promedio de 92,0 internaciones mensuales y 3,0 internaciones diarias femeninas.

¹⁶² Agradezco particularmente al Lic. Gonzalo Giraldez, de dicho servicio.

En el año 2012, hubo 14.096 solicitudes, realizándose 3299 (el 23,4%)¹⁶³ consultas con psiquiatra y 2083 personas recibieron internación en Sala de Observación. De las mismas, 1136 (54,5%) eran pacientes de sexo masculino, con un promedio de 94,7 internaciones mensuales y de 3,1 internaciones diarias masculinas. Hubo 947 (45,5%) internaciones de pacientes de sexo femenino, con un promedio de 78,9 internaciones mensuales y 2,6 internaciones diarias femeninas.

Durante el año 2013, hubo 15.732 solicitudes, realizándose 5293 (el 33,6%) consultas con psiquiatra y 2199 personas recibieron internación en Sala de Observación. De las mismas, 1233 (56,1%) eran pacientes de sexo masculino, con un promedio de 102,8 internaciones mensuales y de 3,3 internaciones diarias masculinas. Hubo 966 (43,9%) internaciones de pacientes de sexo femenino, con un promedio de 80,5 internaciones mensuales y 2,6 internaciones diarias femeninas. En el último trimestre de este año, luego de una larga ocupación del hospital por parte de los funcionarios (por el tema de presupuesto y mayor cantidad de personal), se habilitó la nueva Puerta de Emergencia.

En el año 2014, hubo 16.443 solicitudes, realizándose 10.932 (el 65,7%) consultas con psiquiatra y 2143 personas recibieron internación en Sala de Observación. De las mismas, 1126 (52,5%) eran pacientes de sexo masculino, con un promedio de 93,8 internaciones mensuales y de 2,3 internaciones diarias masculinas. Hubo 1017 (47,5%) internaciones de pacientes de sexo femenino, con un promedio de 84,8 internaciones mensuales y 2,1 internaciones diarias femeninas.

Durante el año 2015, hubo 16.092 solicitudes, realizándose 14.435 (el 89,7%)¹⁶⁴ consultas con psiquiatra y 2170 personas recibieron internación en Sala de Observación. De las mismas, 1155 (53,2%) eran pacientes de sexo masculino, con un promedio de 96,3 internaciones mensuales y de 3,2 internaciones diarias masculinas. Hubo 1015 (46,8%) internaciones de pacientes de sexo femenino, con un promedio de 84,6 internaciones mensuales y 2,8 internaciones diarias femeninas.

¹⁶³ Probablemente se deba a un subregistro.

¹⁶⁴ De las mismas, 315 fueron por problemas de abuso de alcohol (F10).



Foto 9. Autor Fabrizio Martínez. Vista del sector de internación masculina, de la Emergencia, desde la perspectiva del área de descanso del personal, Hospital Vilardebó (octubre, 2015).

En el año 2016, hubo 18.656 solicitudes, realizándose 16.431 (el 88,1%) consultas con psiquiatra y 2305 personas recibieron internación en Sala de Observación¹⁶⁵. De las mismas, 1230 (53,4%) eran pacientes de sexo masculino, con un promedio de 102,5 internaciones mensuales y de 3,4 internaciones diarias masculinas. Hubo 1075 (46,6%) internaciones de pacientes de sexo femenino, con un promedio de 89,6 internaciones mensuales y 2,9 internaciones diarias femeninas.

Por lo tanto, se puede visualizar el aumento significativo de consultas en el Servicio de Emergencia, que pasaron de 10.776 personas (en el año 2010) a 16.431 personas (en el año 2016) que consultaron por problemas en su salud mental...

¹⁶⁵ De las mismas, 222 fueron por problemas de consumo y 778 por trastornos psicóticos.

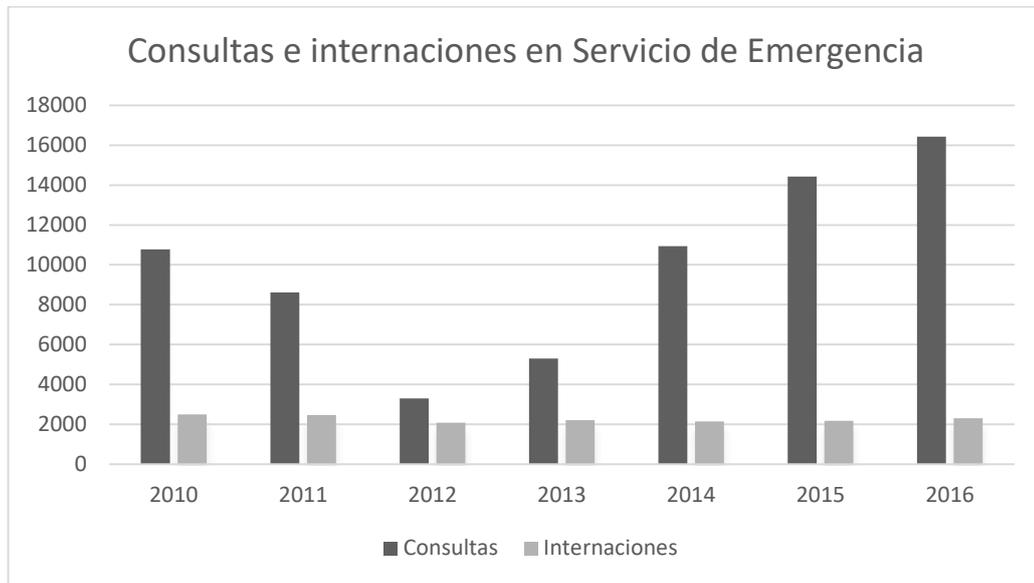


Gráfico 1. Consultas e internaciones en Servicio de Emergencia de Hospital Vilardebó, años 2010-2016.

El área de *internación en Salas*, está compuesta, en el sector femenino, por tres salas de internación “abiertas” (dado que, las pacientes, pueden circular libremente por todo el sector: salas, patio y comedor): Sala 21 (con una capacidad de 23 camas), Sala 23 (con una capacidad de 29 camas, cinco de ellas para funcionarias o familiares de las mismas que requieran internación) y Sala 26 (con una capacidad de 28 camas); por lo que las salas abiertas femeninas tienen una capacidad de internación de 80 camas.

El sector de seguridad femenino consta de 35 camas de internación. Sala 17 (con una capacidad de 12 camas) y Sala 16, máxima seguridad (con una capacidad de 23 camas).

En el sector masculino hay seis salas de internación “abiertas”: Sala 7 (con una capacidad de 16 camas), Sala 7 bis (con una capacidad de 20 camas), Sala 8 (con una capacidad de 27 camas), Sala 8 bis (con una capacidad de 24 camas), Sala

12 (con una capacidad de 29 camas) y Sala 12 bis (con una capacidad de 32 camas, dos de ellas para funcionarios o familiares de los mismos que requieran internación); por lo que las salas abiertas masculinas tienen una capacidad de 148 camas de internación.

El sector de seguridad masculino consta de 52 camas de internación. Sala 10, de seguridad atenuada (con una capacidad de 14 camas) y Sala 11, de máxima seguridad (con una capacidad de 38 camas).

Con respecto a la internación de pacientes, tanto en los servicios femeninos como masculinos, en el año 2010 se produjeron en el Hospital Vilardebó 2130 ingresos de pacientes (1048 varones el 49,2% y 1082 mujeres el 50,8%) a sala (tanto reingresos como primera internación); como diagnóstico principal (dado que puede tener otros diagnósticos asociados), el 33,1% ingresó con diagnóstico de F20¹⁶⁶ (unos 704 casos), el 3,9% ingresó con diagnóstico de F19¹⁶⁷ (unos 83 casos) y el 1% ingresó con diagnóstico de F10¹⁶⁸ (unos 22 casos). Por día se internaban 5,8 pacientes y el promedio general de estadía era de 47,1 días. Ese año se produjeron 2093 egresos, es decir “altas” de pacientes.

En el año 2011 ingresaron 1951 pacientes (936 varones el 48% y 1015 mujeres el 52%) a sala; de ellos el 36,1% ingresó con diagnóstico de F20 (unos 704 casos), el 4,9% ingresó con diagnóstico de F19 (unos 95 casos) y el 1,7% ingresó con diagnóstico de F10 (unos 34 casos). Por día se internaban 5,3 pacientes y el promedio general de estadía era de 51,3 días. Ese año se produjeron 1926 egresos.

En el año 2012 ingresaron 1657 pacientes (788 varones el 47,6% y 869 mujeres el 52,4%) a sala; de ellos el 31,1% ingresó con diagnóstico de F20 (unos 528 casos), el 3,4% ingresó con diagnóstico de F19 (unos 57 casos) y el 0,8% ingresó con diagnóstico de F10 (unos 13 casos). Por día se internaban 4,5 pacientes

¹⁶⁶ “Esquizofrenia”, siguiendo la estandarización de la CIE 10.

¹⁶⁷ “Trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de múltiples sustancias” (CIE 10).

¹⁶⁸ “Trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol” (CIE 10).

y el promedio general de estadía era de 54,1 días. Ese año se produjeron 1686 egresos.

En el año 2013 ingresaron 1622 pacientes (866 varones el 53,4% y 756 mujeres el 46,6%) a sala; de ellos el 30% ingresó con diagnóstico de F20 (unos 487 casos), el 9,5% ingresó con diagnóstico de F19 (unos 154 casos) y el 1,2% ingresó con diagnóstico de F10 (unos 19 casos). Por día se internaban 4,4 pacientes y el promedio general de estadía era de 59,7 días. Ese año se produjeron 1614 egresos.

En el año 2014 ingresaron 1427 pacientes (841 varones el 58,9% y 586 mujeres el 41,1%) a sala; de ellos el 35,1% ingresó con diagnóstico de F20 (unos 501 casos), el 5,1% ingresó con diagnóstico de F19 (unos 73 casos) y el 1,6% ingresó con diagnóstico de F10 (unos 23 casos). Por día se internaban 3,9 pacientes y el promedio general de estadía era de 72,8 días. Ese año se produjeron 1486 egresos.

En el año 2015 ingresaron 1368 pacientes (621 varones el 45,4% y 747 mujeres el 54,6%) a sala; de ellos el 34,9% ingresó con diagnóstico de F20 (unos 477 casos), el 5,8% ingresó con diagnóstico de F19 (unos 79 casos) y el 1,2% ingresó con diagnóstico de F10 (unos 16 casos). Por día se internaban 3,7 pacientes y el promedio general de estadía era de 71,4 días. Ese año se produjeron 1416 egresos.

En el año 2016 ingresaron 1445 pacientes (617 varones el 42,7% y 828 mujeres el 57,3%) a sala; de ellos el 38,2% ingresó con diagnóstico de F20 (unos 551 casos), el 5,2% ingresó con diagnóstico de F19 (unos 75 casos) y el 0,9% ingresó con diagnóstico de F10 (unos 13 casos). Por día se internaban 3,9 pacientes y el promedio general de estadía era de 89,6 días. Ese año se produjeron 1533 egresos.

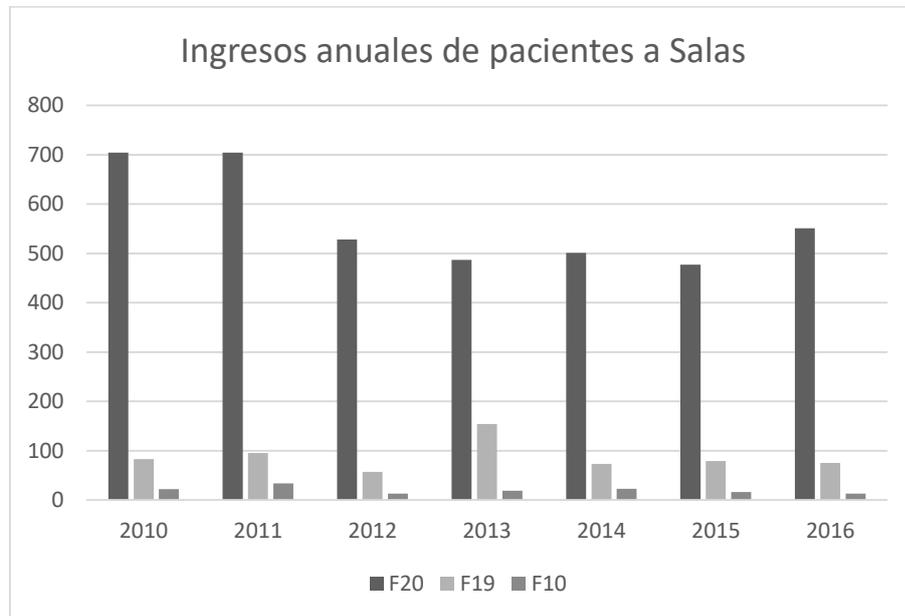


Gráfico 2. Ingresos anuales de pacientes a Salas de internación del Hospital Vilardebó (por patología), años 2010-2016.

Con respecto a los datos referidos, conviene tener en cuenta que el diagnóstico de “co-morbilidad” más frecuente en los ingresos fue el de F19 (policonsumo), que en general incluye alcohol. En el marco de la atención psiquiátrica se habla de “patología dual”, definiendo a la misma como “la existencia simultánea de un Trastorno por Dependencia o Abuso de Sustancias y un Trastorno Psicótico. La presencia de co-morbilidad en esta área supera el 60%. Se piensa que alrededor de la mitad de todos los esquizofrénicos abusan de drogas o alcohol” (Fielitz et al, 2010: 107)...

Referente a los tratamientos con *Electro-Convulso-Terapia* (ECT)¹⁶⁹, conocida también como Micronarcosis (MN), y que desde 1938 es un tratamiento para los trastornos graves del humor y psicóticos (Casarotti et al, 2004; Zurmendi

¹⁶⁹ Dicho servicio contaba, también, con cuatro médicos anesthesiólogos.

et al, 2013); en el año 2010, de las coordinaciones realizadas para los tratamientos diarios, donde se planifica un máximo de veinte pacientes para cada día, funcionando de lunes a sábados en el Turno Matutino, se realizaron 3893 sesiones y no se realizaron 412¹⁷⁰. En el año 2011 se realizaron 4591 sesiones y no se realizaron 448. En el año 2012 se realizaron 3638 sesiones y no se realizaron 395. En el año 2013 se realizaron 4055 sesiones y no se realizaron 355. En el año 2014 se realizaron 4238 sesiones y no se realizaron 413. En el año 2015 se realizaron 3898 sesiones y no se realizaron 356. En el año 2016 se realizaron 3760 sesiones y no se realizaron 329.

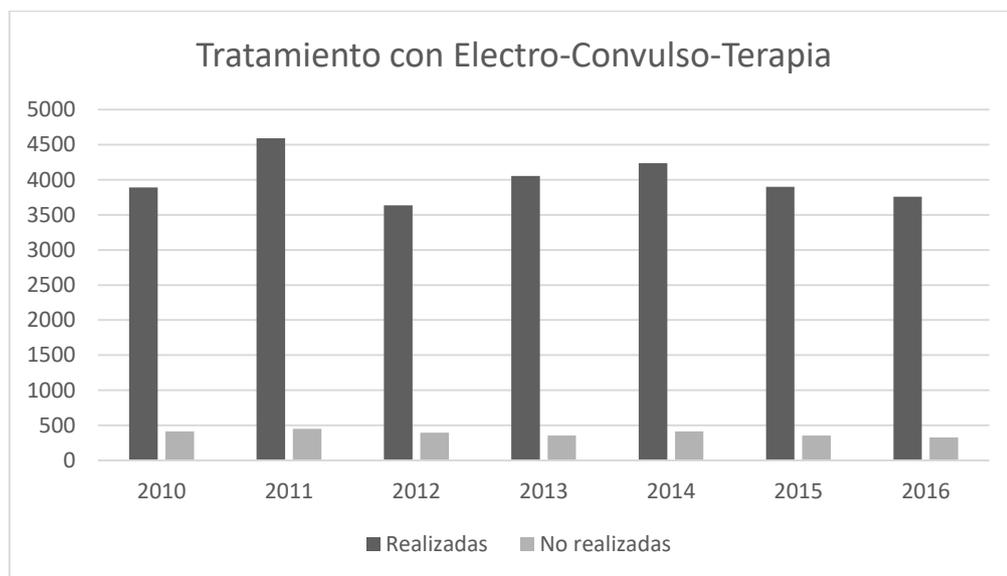


Gráfico 3. Tratamiento con Electro-Convulso-Terapia, Hospital Vilardebó, años 2010-2016.

Cabe aclarar que, en su gran mayoría, los pacientes que se realizan este tratamiento se encuentran internados en el Hospital Vilardebó. Pero también se les

¹⁷⁰ Por lo general, era porque los pacientes perdían el ayuno; pues hay que tener en cuenta que requiere un tipo de cuidados similares a los pre y post intervención quirúrgica (higiene adecuada, ayuno de sólidos por ocho horas y líquidos por tres horas, micción previa, control de signos vitales, etc). Otras causas, por las que no se realiza, son por alguna patología médica (hipertensión arterial, fiebre, vómitos, diarrea, etc); y también por suspensión de tratamiento por psiquiatra tratante.

realiza a pacientes “ambulatorios”, que vienen desde otros servicios de ASSE (como por ejemplo desde las Unidades de Salud Mental del Hospital Pasteur y del Hospital Maciel y desde el Hospital Geriátrico “Dr. Luis Piñeyro del Campo”, en Montevideo; y desde las Unidades de Salud Mental de los hospitales de Carmelo, Florida, Minas y San Carlos, en el Interior), como así también pacientes que vienen desde Casas de Salud o desde sus domicilios particulares; en todos estos casos deben concurrir con acompañante responsable.

Para este volumen de trabajo, durante el período de nuestro trabajo de campo, en lo que respecta a la atención directa de los pacientes, el hospital detallaba la siguiente cantidad de funcionarios.

El Departamento de Enfermería contaba con 226 auxiliares de Enfermería y 27 licenciados en Enfermería. Hay que tener en cuenta que, los mismos, se desempeñan en cuatro turnos: nocturno (de 0 a 6 horas), matutino (de 6 a 12 horas), tarde (de 12 a 18 horas) y vespertino (de 18 a 24 horas); durante todos los días del año. Con un régimen de libre de 3 y 1, es decir, se trabajan tres días seguidos y se descansa uno; con una carga horaria de 36 horas semanales. Por un arreglo gremial cuando se tiene libre el día sábado, al funcionario se le da libre, también, el día domingo, lo que le llaman fin de semana “mejorado”, de esta manera una vez al mes se tiene un fin de semana libre. Tienen dos períodos de licencia, de diez días cada uno, al año. Esto lleva a que, en un día típico de trabajo, en la “guardia” (como le dicen), haya en promedio dos auxiliares de Enfermería por sala y por turno (los feriados y domingos, por lo general, hay uno solo) y un licenciado en Enfermería por sector (por ejemplo, para toda el área de seguridad, que son cuatro salas).

Si pensamos en alguna de las Salas, con la capacidad de internación antes planteada, cada auxiliar de Enfermería tendrá a su cargo más de los pacientes que sugiere la OMS, en el área de internación psiquiátrica; donde el “ideal” establece

una relación de entre seis y ocho personas internadas, por problemas de salud mental, por cada auxiliar de Enfermería y cada tres auxiliares de Enfermería un licenciado en Enfermería (OPS, 2011).

El Departamento de Vigilancia, con un régimen de trabajo igual que Enfermería, es decir 3 y 1, estando también las 24 horas del día y los 365 días del año, tenía 85 funcionarios (mujeres y varones); con una carga horaria semanal, también, de 36 horas.

El Departamento de Psiquiatría contaba con 35 médicos psiquiatras. Los psiquiatras de Sala (generalmente son dos por servicio) concurren de lunes a viernes, con una carga horaria semanal de 24 horas. Por lo que, habitualmente, se los encuentra de lunes a viernes en el horario de la mañana.

Los psiquiatras de guardia de la Emergencia hacen turnos de 24 horas seguidas, un día fijo a la semana; usualmente son dos y se turnan en la atención. Durante ese período había, también, diez estudiantes de Psiquiatría (entre residentes y posgrados), es decir médicos haciendo dicha especialidad.

El Departamento Médico contaba con 18 médicos generales; con un régimen laboral de carga horaria similar al de los psiquiatras (es decir, 24 horas a la semana), en lo que respecta a las Salas (van de lunes a viernes) y Emergencia (realizan una guardia de 24 horas, un día fijo a la semana), con la diferencia de que hay uno solo por sala y en las guardias de Emergencia.

También hay, como veíamos anteriormente, cuatro médicos anestesiólogos, para el Servicio de Electro-Convulso-Terapia.

El Departamento de Trabajo Social contaba con 24 licenciados en Trabajo Social; que, con una carga horaria semanal de 24 horas, van de lunes a viernes (tanto a Salas como a Emergencia, donde hay uno por servicio); rotándose para concurrir los sábados a la Puerta de Emergencia.

El Departamento de Psicología contaba con 18 licenciados en Psicología, con una carga horaria semanal de 24 horas, van de lunes a viernes; y durante este período, también, hubo 5 residentes realizando su especialidad.

De esta manera, durante el tiempo de nuestro trabajo de campo, había 437 funcionarios y 15 residentes para la atención directa de los pacientes. Siendo 320 funcionarios, aproximadamente, para las otras tareas como cocina, mantenimiento, administrativos y otros servicios...

Cuarta Parte

Alcoholizado y encanecado



Foto 10. Autor Fabrizio Martínez. Vista del patio externo del sector masculino desde la perspectiva del Departamento de Enfermería, Hospital Vilardebó (julio, 2016).

*“En las aguas de coral sueña la fragata hundida,
la locura lo siguió, la locura lo seguía”.*

Alfredo Zitarrosa

Capítulo X

Recorridos de las pacientes mujeres

Respecto a la capacidad de internación en los distintos servicios del Hospital Vilardebó, como anteriormente veíamos, si excluimos la Emergencia y ambos sectores de Seguridad¹⁷¹, nos quedarían 228 camas de internación: 148 camas masculinas y 80 camas femeninas. Durante el trabajo de campo entrevisté a 40 “pacientes” (un 17,5% de la capacidad de internación): 14 mujeres (17,5% de la capacidad de internación femenina) y 26 varones (17,5% de la capacidad de internación masculina).

De las entrevistas a las catorce *mujeres*, pacientes que voluntariamente participaron previo consentimiento informado, desde una categoría de análisis observacional, insertándonos en un encuadre biográfico¹⁷², contemplando los *aspectos sociodemográficos* se desprende que las edades de las mismas van de 20 años (la más joven) a 45 años (la mayor); estando siete pacientes en la segunda década de vida, cinco pacientes en la tercera década de vida y dos pacientes en la cuarta década de vida.

Con respecto al estado civil, doce pacientes (86% de las entrevistadas) refieren ser solteras y dos pacientes (14% de las entrevistadas) refieren ser

¹⁷¹ Sectores donde me desempeñaba, como licenciado en Enfermería, durante el tiempo del trabajo de campo.

¹⁷² “En esta línea, la observación participante es el medio ideal para realizar descubrimientos, para examinar críticamente los conceptos teóricos y para anclarlos en realidades concretas, poniendo en comunicación distintas reflexividades” (Guber, 2001: 62).

divorciadas. Doce pacientes, también, refieren haber tenido anteriormente una pareja, seis de ellas (un 50% de las mismas) refieren haberse separado “por problemas de consumo”; otras tres refieren (un 25% de las mismas) haberse separado por su “trabajo de meretriz”, “por violencia doméstica” y “por engaño”.

Actualmente cuatro pacientes (un 28% de las entrevistadas) refieren tener pareja, estando las mismas desde hace más de tres años con esta relación y contando con su apoyo en esta etapa de internación.

Con respecto a la maternidad siete de las pacientes entrevistadas (un 50%) son madres de dos a cuatro hijos, las edades de los mismos oscilan entre los pocos meses a los veintisiete años...

En lo referente a la formación curricular seis pacientes (un 43%) tienen educación primaria completa, siete pacientes (un 50%) tienen educación secundaria incompleta y una paciente (7%) tiene educación terciaria incompleta.

Refieren con respecto a la ocupación, cuatro pacientes (un 28%) ejercer como meretriz, tres pacientes (un 21%) trabajar como empleadas, tres pacientes (un 21%) realizar distintos tipos de “changas”, dos pacientes (un 14%) ser pensionistas y, de las restantes pacientes, una cuida niños, otra es clasificadora y otra es funcionaria pública.

No obstante, estas “referencias”, siete pacientes (un 50%) cobran pensión por invalidez en forma mensual¹⁷³, reajustables al comenzar un nuevo año. Al encontrarse internadas el o la profesional de Trabajo Social, que se desempeña en cada sala de internación, les realiza el trámite para que el Banco de Previsión Social (BPS) les deposite mensualmente “su cobro” en Tesorería del Hospital Vilardebó. Allí se les guarda y al irse de alta se les entrega en su totalidad mediante un cheque. Aunque puede suceder, también, que las pacientes deseen realizar mensualmente

¹⁷³ Es una prestación que se abona mensualmente a personas con discapacidad “común” y carentes de recursos para satisfacer sus necesidades vitales o con discapacidad “severa”; según pautas del Banco de Previsión Social (BPS) de Uruguay.

un “pedido” de diferentes cosas como artículos de higiene, comestibles, ropa, etc, que se lo tramitará el trabajador social y se le descontará de su pensión.

A enero de 2015 la pensión por invalidez ascendía a 8039 pesos uruguayos¹⁷⁴; en ese período el salario mínimo nacional era de 10.000 pesos uruguayos¹⁷⁵, el dólar estadounidense valía 23,70 pesos uruguayos¹⁷⁶, el boleto urbano costaba 24 pesos uruguayos¹⁷⁷ y la canasta familiar básica (calculada para una base de cuatro personas) sumaba 65.343 pesos uruguayos¹⁷⁸. Un año después, es decir para enero de 2016, la pensión por invalidez era de 8443 pesos uruguayos¹⁷⁹; y también para ese lapso de tiempo el salario mínimo nacional llegaba a los 11.150 pesos uruguayos¹⁸⁰, el dólar estadounidense subía a los 29,70 pesos uruguayos¹⁸¹, el boleto urbano salía 28 pesos uruguayos¹⁸² y la canasta básica familiar trepaba a los 66.834 pesos uruguayos¹⁸³.

Es fundamental remarcar que, el que “cobren pensión”, no implica que se les abonará ese importe anteriormente señalado, porque ese monto es para la “pensión total” y algunas de estas pacientes no llegaban a esa cuantía al no reunir todos los requisitos necesarios ante el BPS, o porque, la mayoría de las veces, préstamos que solicitaban les era descontado del mismo.

Al referirse a la ocupación preponderante de su familia, cinco pacientes (36%) refieren que se desempeñaban haciendo “changas”, dos pacientes (14%) refieren que se desempeñaban como clasificadores, también dos pacientes refirieron que se desempeñaban como empleados y una paciente refirió que su padre era comerciante y otra paciente que su madre trabajaba como meretriz.

¹⁷⁴ Según datos del BPS.

¹⁷⁵ Según datos del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS) de Uruguay.

¹⁷⁶ Según datos del Banco Central de Uruguay (BCU) de Uruguay.

¹⁷⁷ Según datos de la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), Uruguay.

¹⁷⁸ Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) de Uruguay.

¹⁷⁹ Según datos del BPS.

¹⁸⁰ Según datos del MTSS.

¹⁸¹ Según datos de BCU.

¹⁸² Según datos de la IMM.

¹⁸³ Según datos del INE.

Con respecto al lugar de su nacimiento, siete pacientes (50%) nacieron en el departamento de Montevideo, una nació en la provincia de Corrientes (República Argentina)¹⁸⁴ y el resto en ciudades capitales de departamentos del interior del país (Colonia, San José, Canelones, Melo, Maldonado y Rocha).

Ocho pacientes residen en Montevideo (57%), tres pacientes (21%) residen en Canelones, una se encuentra institucionalizada (en la Colonia Bernardo Etchepare) y el resto reside una en Colonia y otra en San José. Cuatro pacientes (29%) viven con su familia de origen, dos pacientes (14%) viven con sus parejas, otra vive con sus hijos, una vive sola y seis pacientes (43%) están en “situación de calle”.

A diez pacientes (71%) les gusta escuchar la radio y a cinco pacientes (36%) les gusta leer.

Con respecto a profesar una religión, cuatro pacientes (29%) refieren ser cristianas, dos pacientes (14%) refieren ser católicas y una refiere ser umbandista. Con respecto a la práctica de la religión tanto las católicas como la umbandista son practicantes.

En la capilla del Hospital Vilardebó, todos los sábados a las 16 horas se celebra la Eucaristía (misa católica), presidida por un sacerdote que viene de la cercana Parroquia de Tapes (Nuestra Señora del Perpetuo Socorro y San Alfonso), donde participan los pacientes, tanto varones como mujeres que sean autorizados por su psiquiatra tratante (y lleven consigo el permiso escrito en una receta) y fieles de las inmediaciones. También los domingos, durante la mañana, tanto en el patio externo femenino como masculino, se celebran cultos evangélicos en forma espontánea por los propios pacientes.

¹⁸⁴ Refiere que era de origen guaraní, presentando la misma fenotipo indígena.

Al 64% de las mismas (nueve pacientes) el Hospital Vilardebó les provee de ropa y materiales de higiene, al 29% (cuatro pacientes) es su familia quien les provee estos recursos y al 7% (una paciente) su pareja.

En lo referente al *motivo de internación* el 64% (nueve pacientes) ingresa derivada por juez. De ellas el 14% (dos pacientes) ingresan procesadas. El otro 50% (siete pacientes) ingresan por una orden judicial de internación compulsiva (las causas son lesiones personales, desacato y disturbios en la vía pública). Durante el tiempo del trabajo de campo los jueces se amparaban en la Ley N° 9.581 (de agosto de 1936), o “ley del Psicópata”, que estará vigente por más de 80 años y que luego será derogada por la Ley N° 19.529 (de agosto de 2017), o “ley de Salud Mental”, como ya vimos...

Por su parte, entre las otras pacientes, tres (21%) ingresarán por abandono de tratamiento farmacológico, una por intento de autoeliminación y otra por ideas de muerte.

Con respecto al tiempo de internación, en el momento en que les realicé la primera entrevista, una paciente llevaba dos años y medio internada, cinco pacientes (36%) llevaban un año de internación, otras cinco (36%) llevaban un mes de internación y tres pacientes (21%) hacían quince días que estaban internadas.

Los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes son: trece pacientes (93%) con diagnóstico de F19¹⁸⁵ (la totalidad de ellas tiene dependencia alcohólica), nueve pacientes (64%) con diagnóstico de F60¹⁸⁶, cuatro pacientes (28%) con diagnóstico de F31¹⁸⁷, tres pacientes (21%) con diagnóstico de F20¹⁸⁸ y una paciente con diagnóstico de F10¹⁸⁹.

¹⁸⁵ “Trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de múltiples sustancias” (CIE 10).

¹⁸⁶ “Trastorno de la personalidad” (CIE 10).

¹⁸⁷ “Trastorno bipolar” (CIE 10).

¹⁸⁸ “Esquizofrenia” (CIE 10).

¹⁸⁹ “Trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol” (CIE 10).

Trece pacientes (93%) presentan “patología dual” y ocho pacientes (57%) presentan también otra patología médica (tres pacientes padecen Epilepsia, dos pacientes padecen Asma y otras padecen Diabetes, Hepatitis B y VIH).

Durante el trabajo de campo (de junio de 2015 a noviembre de 2016), tres pacientes (21%) se fueron de alta y no retornaron al Hospital. Las mismas vivían con sus familias de origen (una en Montevideo donde trabajaba como funcionaria pública, otra en Colonia donde realizaba changas y otra en San José donde ejercía como meretriz). Otras cuatro pacientes (28%) se fueron de alta, pero reingresaron al Hospital (dos pacientes reingresaron a los 30 días, una a los 45 días y otra a los 60 días de que se le había otorgado el alta). Cinco pacientes (36%) se fugaron, pero todas retornaron al nosocomio (tres pacientes al otro día de fugarse, una a la semana y otra a los diez días de haberse fugado). Por otra parte, dos pacientes (14%) permanecieron internadas durante todo el trabajo de campo...

El 100% de las pacientes entrevistadas, aparte de su “dependencia” al Alcohol, consumían también otro tipo de sustancias psicoactivas: el 100% fuma Tabaco, el 93% (13 pacientes) fuma Marihuana y el 86% (12 pacientes) consume Pasta Base. Con respecto al tiempo de consumo de estas sustancias cuatro pacientes (28%) habían comenzado a consumir entre cinco y diez años atrás, ocho pacientes (58%) llevaban entre diez y quince años de consumo y dos pacientes (14%) llevaban más de veinte años de consumo...

Cuatro de estas pacientes (28%) tienen un familiar con trastorno psiquiátrico. Diez pacientes (71%) tienen un familiar directo adicto, siete (50%) tienen un padre alcohólico y tres (21%) tienen una madre alcohólica. También trece pacientes (93%) tienen amistades con problemas de adicción.

En lo referente al consumo de alcohol, tres pacientes (21%) habían comenzado a consumir entre diez y quince años atrás, tres pacientes (21%) entre quince y veinte años atrás y ocho pacientes (58%) hacía más de veinte años...

Algunas de las causas que las había llevado a comenzar a consumir alcohol eran: “a los 12 años mi madre me obligó a casarme y mi marido me empezó a golpear y ahí comencé a tomar...”; “de niña mi padre me convidaba”; “a los 15 años, cuando me enteré que era adoptada, comencé a tomar...”; “a los 13 años mi padre me llevaba al boliche”; “comencé a tomar a los 14 años cuando abandoné el Liceo...”; “empecé a tomar a los 15 años, cuando agarré la joda y la calle”; “a los 18 años comencé a tomar porque quería divertirme”; “a los 13 años, cuando murió mi madre, comencé a tomar...”; “a los 9 años, mi madre era prostituta y llevaba los marineros chinos a casa y les daba alcohol y yo comencé a tomar...”

Diez pacientes (71%) consumían alcohol diariamente y cuatro pacientes (29%) consumían dos o tres veces por semana.

Sobre ¿cuánto consumía?, la mayoría respondió “lo que podía”; otras de las respuestas fueron: “hasta que me da el achique (ganas de nada)”; “tres litros de cerveza o cuatro litros de sidra”; “uno o dos litros de vino”; “todo lo que puedo”; “hasta quedar noqueada” ...

En lo referente a si alguna vez había intentado dejar de consumir alcohol, solamente cuatro pacientes (29%) respondieron afirmativamente y diez pacientes (71%) dijeron que no. De las primeras, tres (21%) hizo algún tratamiento; pero no les funcionó porque “no me interesó dejar”, “no me gustaba el entorno donde estaba internada” y una usuaria simplemente me mira y levanta sus cejas...

Al 58% (8 pacientes) alguna vez le dijeron que dejara de tomar alcohol. A cuatro de ellas (29%) se lo dijo su madre; a dos de ellas su padre; a otras dos su pareja y a una sola su médico tratante...

Sobre su *atención en Salud Mental* el 100% había realizado tratamiento psiquiátrico antes de su internación en el hospital. Siete pacientes (50%) llevaban entre 5 y 10 años de tratamiento, tres pacientes (22%) llevaban entre 10 y 15 años de tratamiento, dos pacientes (14%) entre 15 y 20 años de tratamiento y otras dos pacientes (14%) tenían más de 20 años de tratamiento...

Con respecto al tratamiento farmacológico más prevalente, durante el momento de la entrevista, ocho pacientes (58%) tomaban “Clonacepam”¹⁹⁰, siete pacientes (50%) tomaban “Quetiapina 100”¹⁹¹, siete pacientes (50%) tomaban “Di DPA 500”¹⁹², cinco pacientes (35%) tomaban “Olanzapina”¹⁹³, cinco pacientes (35%) tomaban “Flunitracepam”¹⁹⁴, cuatro pacientes (28%) tomaban “Carbamacepina”¹⁹⁵, tres pacientes (21%) tomaban “Haloperidol”¹⁹⁶, tres pacientes (21%) tomaban “Biperideno”¹⁹⁷, tres pacientes (21%) tomaban “Levomepromacina”¹⁹⁸ y tres pacientes (21%) tomaban “Litio”¹⁹⁹.

Al preguntarles si habían tenido problemas con la medicación una paciente me dijo: “sí, soy adicta a las pastillas”, otra respondió: “ya no puedo vivir sin las canicas”...

A siete pacientes (50%) le realizaron Electro-Convulso-Terapia. Con respecto a este tratamiento tres pacientes (21%) no estaban de acuerdo y una de ellas decía: “la micro es una idiotez, tendría que haber voluntarios que te ayuden a

¹⁹⁰ Es un fármaco que pertenece al grupo de las benzodiazepinas. Las mismas actúan sobre el Sistema Nervioso Central y tienen propiedades ansiolíticas, anticonvulsionantes, miorelajantes musculares e hipnóticas (Farmanuario, 2015).

¹⁹¹ Es un fármaco neuroléptico que pertenece al grupo de los antipsicóticos atípicos, con propiedades para el tratamiento de la esquizofrenia y del trastorno bipolar (Farmanuario, 2015).

¹⁹² El ácido valproico es un fármaco antiepiléptico y estabilizador del estado de ánimo, con propiedades para el tratamiento de epilepsia, trastorno bipolar y profilaxis de las migrañas (Farmanuario, 2015).

¹⁹³ Es un fármaco neuroléptico que pertenece al grupo de los antipsicóticos atípicos, con propiedades para el tratamiento de la esquizofrenia y del trastorno bipolar (Farmanuario, 2015).

¹⁹⁴ Es un fármaco hipnótico del grupo de las benzodiazepinas (Farmanuario, 2015).

¹⁹⁵ Es un fármaco anticonvulsivo y estabilizador del estado de ánimo, con propiedades para el tratamiento de la epilepsia y del trastorno bipolar (Farmanuario, 2015).

¹⁹⁶ Es un fármaco neuroléptico que pertenece al grupo de los antipsicóticos tradicionales, con propiedades para el tratamiento de la esquizofrenia, siendo uno de los primeros medicamentos que se utilizaron, en el pasado siglo, para tratar las enfermedades mentales (Farmanuario, 2015).

¹⁹⁷ Es un fármaco anticolinérgico indicado para el tratamiento de los síntomas parkinsonianos (rigidez muscular, temblor) y los extrapiramidales (disonía, acatisia, rigidez, etc) (Farmanuario, 2015).

¹⁹⁸ Es un fármaco neuroléptico que pertenece al grupo de los antipsicóticos tradicionales con efectos sedativos (Farmanuario, 2015).

¹⁹⁹ Es un psicofármaco con propiedades antimaníacas y es utilizado para el tratamiento del trastorno bipolar (Farmanuario, 2015).

salir adelante...”; por su parte a cuatro pacientes (29%) les parecía un buen tratamiento y una planteó: “a mí me hacen bien, me curan...”

Escuchando desde una categoría de análisis conceptual²⁰⁰, en lo referente a las *representaciones*, como una “vivencia intelectual en oposición a emocional” (Stein, 2004 [1917]: 36), las pacientes fueron diciendo con respecto al consumo de alcohol: “es malo”; “es grave, te trasmite y proyecta una vida que no es”; “es una enfermedad”; “es un veneno”; “es una mierda”; “es una mala compañía”; “es una enfermedad que ya no puedo dejar”; por su parte una paciente me miró y se río... ella se prostituía a cambio de dinero o drogas. Otras pacientes me decían: “a mí el alcohol no me trae problemas”; “a mí me divierte, me gusta”... estas dos pacientes se fugaron juntas una noche de carnaval a consumir alcohol y “otras yerbas”; y otras manifestaban: “te ayuda a enfrentar un problema” y “no es un problema para mí porque yo lo controlo”...

¿Qué piensa del tratamiento que le brindan en el Hospital Vilardebó? Nueve pacientes (65%) están disconformes con la atención y algunas refieren: “es una cagada, solo te empastillan y no te escuchan”; “es una mala atención”, “nos atienden muy mal”; “no estoy de acuerdo que te dejen incomunicada”, “no me dan bola”; “no estoy de acuerdo, ante lo mínimo te atan y te pinchan”; “por ahora no me han dado el tratamiento correcto”... Cinco pacientes (35%) refieren estar conformes con la atención brindada refiriendo: “está bien la atención”; “si me hablan bien siento que me ayudan”; “es correcto el tratamiento”...

¿Cómo se siente con el tratamiento que le dan en el Hospital Vilardebó? Aquí se invierte el resultado anterior pues nueve pacientes (65%) refieren “sentirse bien”; por su parte cinco pacientes (35%) plantean “sentirse mal” y argumentan:

²⁰⁰ “Si consideramos que la Antropología puede aportar al conocimiento de aquellos aspectos de la vida cotidiana que no suelen ser ‘observados’ y quedan invisibilizados, en parte, por estar naturalizados o cristalizados como conciencia práctica o como ‘sentido común’, es fundamental para introducirse en ellos tanto ‘la forma’ como ‘el contenido’” (Achilli, 2005: 72).

“me siento rara y fracasada”; “me siento mal pues pierdo mis amistades y contactos”; “no me escuchan ni valoran”; “no me siento valorada como persona”...

¿Qué sugerencia haría para que le traten mejor? Seis pacientes (43%) refieren “que me escuchen más”; dos pacientes (14%) dicen “que tengamos mayor libertad”. Otras refieren “tener WhatsApp”; “que nos presten atención”; “que me pregunten cómo estoy”; “que nos dejen administrarnos”; “que cuando estés bien te den el alta y no te dejen conviviendo con estas locas”... otra paciente me mira y se ríe...

¿Qué sugerencias harían para que las traten mejor? Dos pacientes (14%) refieren “que nos dejen libres”. Otras refieren: “que nos den el alta cuando estamos bien”; “que nos tengan paciencia y nos escuchen”; “que no nos traten mal”; “que sean más humanos”; “que nos escuchen”; “que no te digan una cosa y hagan otra”; “que nos presten más atención”... también otra paciente me dice “que se rescaten todos los espacios verdes que están al pedo y que se arregle la infraestructura que es deprimente”... y no faltó quien me miró y se ríe...

Con respecto a los aspectos adecuados del “tratamiento”, dos pacientes (14%) refieren “la comida” y otra “las amigas”... en lo referente a los aspectos a mejorar argumentan: “que se nos cuiden las pertenencias pues hay mucho robo”; “que se preocupen por lo que verdaderamente necesitamos... y queremos”; “que no solo nos mediquen”; “que tengan en cuenta cómo estamos y nos sentimos”; “que no nos traten mal”; “falta yerba y tabaco”...

¿Cómo se imagina su futuro? Unas respuestas fueron: “la doctora me dijo que voy a estar acá para siempre”; “me gustaría volver a mi ciudad pero estoy institucionalizada”... otras plantearon: “quiero formar una familia”; “me voy a vivir con mi familia”; “trabajando y teniendo un hijo”; “quiero volver a mi pueblo”; “me encantaría volver a mi pueblo y dejar la prostitución y conseguir un trabajo de otra cosa, pero es muy difícil en un pueblo chico, pues todos te conocen y te señalan”... por su parte otras dicen: “quiero estar libre y poder consumir”; “quiero estar

tranquila, tomando sidra y fumando un porrito con mis amigos, porque ahora es legal”...

Respecto a las sugerencias que tienen para mejorar la atención me dicen: “pienso que si hay más personal nos podrían prestar más atención”; “que haya más enfermeros varones en el sector de mujeres, pues nos tienen más paciencia y nos tratan mejor que las enfermeras mujeres”; “que me atiendan como una persona sencilla y normal”; “que nos traten bien”; “lo mejor que me está pasando en la vida es como me estoy sintiendo hoy, pues me siento muy cuidada y tratada con cariño por las personas que me cuidan”... pero también siguen surgiendo las disconformidades: “que no nos lleven más a los cuartos fuertes, es horrible e inhumano”; “los psiquiatras no te escuchan, te mienten y no te dan bola y los asistentes sociales tampoco te dan bola”; “que enfermería nos dé más bola”; “que me dejen libre y administrarme”; “un gran problema que hay acá es la inactividad, no hay nada para hacer, cuando te mejora el tratamiento es tanto el aburrimiento que sola te descompensas, es un círculo vicioso”... y una usuaria me dice: “el alcoholismo tiene mucho que ver con la dictadura... es un camino de búsqueda”...

En lo referente al test de AUDIT, cuyo corte de quiebre es 14 puntos, es decir el valor al partir del cual se evidencia un notorio problema con la ingesta de alcohol, los resultados fueron los siguientes: cuatro pacientes (29%) dieron valores entre 16 y 19 puntos, tres pacientes (21%) dieron valores entre 20 y 25 puntos y siete pacientes (50%) dieron valores entre 26 y 30 puntos.

Capítulo XI

Recorridos de los pacientes varones

Durante el trabajo de campo entrevisté a 26 “pacientes” varones, un 17,5% de la capacidad de internación masculina excluyendo las “camas” de Emergencia y seguridad, como decía anteriormente.

De las entrevistas a los veintiséis *varones*, pacientes que, previo consentimiento informado de los mismos, participaron en forma voluntaria, desde una categoría de análisis observacional, insertándonos en un encuadre biográfico, como veíamos con las pacientes mujeres, de los *aspectos sociodemográficos* se desprende que las edades de ellos van de 19 años (el más joven) a 46 años (el mayor); estando once pacientes (42%) en la segunda década de vida, nueve pacientes (35%) en la tercera década de vida y cinco pacientes (19%) en la cuarta década de vida.

Con respecto al estado civil, veintiún pacientes (81%) refieren ser solteros y cinco pacientes (19%) refieren tener unión estable (uno lleva 23 años de vida en pareja y otro lleva 9 años conviviendo con su pareja). Doce pacientes (46%), refieren haber tenido anteriormente una pareja separándose de la misma, la totalidad de ellos, por sus problemas con el consumo de alcohol. Al momento de la entrevista once pacientes (42%) refieren tener pareja, contando en algunos casos con su apoyo y en otros no, durante esta etapa de internación.

Con respecto a la paternidad nueve pacientes (38%) son padres de uno a siete hijos; la mayoría tiene un solo hijo, uno tiene dos hijos y otro tiene siete hijos; las edades de los mismos van desde los meses de vida hasta los veinticuatro años...

En lo referente a la educación formal ocho pacientes (31%) tienen educación primaria incompleta, siete pacientes (27%) tienen educación primaria completa, diez pacientes (38%) tienen educación secundaria incompleta y un paciente (4%) tiene educación terciaria incompleta. Cabe aclarar que seis pacientes (26%) de los que no finalizaron la Escuela, actualmente no saben leer ni escribir...

En lo referente a su ocupación laboral siete pacientes (27%) son peones en la construcción, cuatro pacientes (15%) realizan changas, cuatro pacientes (15%) son empleados, tres pacientes (12%) son peones rurales, dos pacientes (8%) trabajan en el Mercado Modelo, dos pacientes (8%) trabajan en una pollería, dos pacientes (8%) son albañiles, otro es mecánico y otro refiere ser “contrabandista”...

No obstante, estas “referencias”, quince pacientes (58%) cobran pensión en forma mensual, al igual que veíamos en el capítulo anterior, tanto en el monto como en los descuentos, préstamos, etc.

Al referirse a la ocupación preponderante de su familia de origen, tres pacientes (12%) refieren que se desempeñaban haciendo “changas”, otros tres pacientes refieren que eran empleados, dos pacientes (8%) refieren que se desempeñaban como peones en la construcción y otros dos dicen que eran peones rurales.

Con respecto al lugar de su nacimiento catorce pacientes (54%) nacieron en el departamento de Montevideo, cinco pacientes (19%) nacieron en el departamento de Canelones, tres pacientes (12%) nacieron en el departamento de Cerro Largo, tres pacientes (12%) nacieron en el departamento de Rocha y uno nació en el departamento de Rivera.

Trece pacientes residen en Montevideo (50%), cinco pacientes (19%) residen en Canelones, cuatro pacientes (15%) residen en Cerro Largo, tres pacientes (12%) residen en Rocha y uno reside en Rivera. Doce pacientes (46%) viven con

su familia de origen, cuatro pacientes (15%) viven con su pareja e hijos, cuatro pacientes (15%) viven solos y seis pacientes (23%) están en “situación de calle”.

A dieciocho pacientes (69%) les gusta escuchar la radio y a siete pacientes (27%) les gusta leer.

Veintiún pacientes (81%) refieren profesar una religión y once pacientes (42%) refieren ser practicantes; de ellos el 23% (seis pacientes) son practicantes evangélicos, 15% (cuatro pacientes) son practicantes católicos y 4% (un paciente) es practicante umbandista. Al igual que percibíamos anteriormente, los sábados de tarde hay misa (celebración católica) en la capilla y los domingos de mañana cultos evangélicos espontáneas en los patios externos de internación, tanto del sector masculino como del sector femenino.

Al 58% de las mismos (quince pacientes) el Hospital Vilardebó les provee de ropa y materiales de higiene, el 23% (seis pacientes) se proveen ellos mismos con su pensión y al 19% (cinco pacientes) es su familia quien les provee estos recursos.

En lo referente al *motivo de internación* el 73% (diecinueve pacientes) ingresa derivada por juez. De ellos el 34% (nueve pacientes) ingresan procesados, uno de ellos como “autor inimputable de delito de rapiña cursando síndrome de abstinencia alcohólica”; el otro 39% (diez pacientes) ingresa por “internación compulsiva”, amparándose los magistrados en la Ley N° 9.581 de agosto de 1936, como veíamos con las pacientes mujeres.

El resto de los usuarios, es decir el 27% restante (seis pacientes), ingresaron el 8% por problemas de consumo (dos de ellos), el 8% por violencia doméstica (dos de ellos), uno por heteroagresividad, otro por intento de autoeliminación, otro por abandono de tratamiento farmacológico y otro fue traído por sus familiares.

Con respecto al tiempo de internación, al momento de la primera entrevista, un paciente llevaba siete años internado, otro llevaba cinco años de internación, tres

pacientes (12%) llevaban dos años internados, cinco pacientes (19%) llevaban seis meses internados, seis pacientes (23%) llevaban tres meses de internación y diez pacientes (38%) hacían un mes que estaban internados.

Los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes son: veintiún pacientes (81%) con diagnóstico de F19 (todos ellos con dependencia alcohólica, como ya vimos con las pacientes mujeres), trece pacientes (50%) con diagnóstico de F10, once pacientes (42%) con diagnóstico de F20, nueve pacientes (35%) con diagnóstico de F60, siete pacientes (27%) con diagnóstico de F70²⁰¹ y cuatro pacientes (15%) con diagnóstico de F31.

Veinticuatro pacientes (92%) presentan “patología dual” y ocho pacientes (31%) presentan también otra patología médica (tres pacientes padecen Epilepsia, dos pacientes padecen Hipertensión Arterial, dos pacientes padecen Gastritis y un paciente padece Asma).

Durante el trabajo de campo (de dieciocho meses), cinco pacientes (19%) se fueron de alta y no retornaron al Hospital; los mismos vivían con sus familias constituidas (dos de ellos) y otros tres con su familia de origen (dos en Montevideo donde trabajaban, uno de ellos como empleado y otro como peón en la construcción; uno en Canelones donde trabajaba como peón rural; otro en Rivera donde trabajaba como empleado y otro en Cerro Largo donde trabajaba como peón en la construcción). Un paciente (4%) se fugó del hospital sin retornar. Otros nueve pacientes (35%) se fueron de alta, pero reingresaron al Hospital (siete pacientes reingresaron a los 30 días y dos retornaron a los 60 días de que se le había otorgado el alta). Dos pacientes (7%) se fugaron, pero pronto retornaron al nosocomio (uno a los tres días y otro a los cinco días de haberse fugado). Por otra parte, nueve pacientes (35%) permanecieron internados durante todo el trabajo de campo...

²⁰¹ “Retraso mental leve” (CIE 10).

El 92% (veinticuatro) de los pacientes entrevistados, aparte de su “dependencia” al Alcohol, consumían también otro tipo de sustancias psicoactivas: este total (92%) fuma Tabaco, el 81% (veintiún pacientes) fuma Marihuana y el 58% (quince pacientes) consumen Pasta Base. Con respecto al tiempo de consumo de estas sustancias siete pacientes (27%) habían comenzado a consumir entre cinco y diez años atrás, seis pacientes (23%) llevaban entre diez y quince años de consumo, un paciente (4%) llevaba entre quince y veinte años de consumo y diez pacientes (38%) llevaban más de veinte años de consumo...

Diez pacientes entrevistados (38%) tienen un familiar con trastorno psiquiátrico. Doce pacientes (46%) tienen un familiar directo adicto, nueve (35%) tienen un padre alcohólico y tres (12%) tienen una madre alcohólica. También veintiún pacientes (81%) tienen amistades con problemas de adicción.

En lo referente al consumo de alcohol, dos pacientes (8%) habían comenzado a consumir alcohol entre cinco y diez años atrás, siete pacientes (27%) entre diez y quince años atrás, cinco pacientes (19%) llevaban entre quince y veinte años de consumo y doce pacientes (46%) hacía más de veinte años que habían comenzado a consumir alcohol...

Algunas de las causas por las que habían comenzado a consumir alcohol eran: “me convidaban mis amigos”; “cuando comencé a trabajar y quería ser libre”; “tomaba con mi hermano”; “cuando mis padres se separaron”; “las juntas”; “el querer conocerlo”; “mi padre me golpeaba, me fui a vivir a la calle y ahí empecé a tomar”; “cuando murió mi hermana”; “mi padre me echó de la casa y comencé a tomar ...”; “robé una caja de vino y empecé a tomar”; “las prostitutas” y “cuando me hice “hombre”...

Veintiún pacientes (81%) consumían alcohol diariamente y cinco pacientes (19%) consumían tres o cuatro veces por semana.

Sobre ¿cuánto consumía?, la mayoría respondió “lo que podía”; otras de las respuestas fueron: “hasta que me dormía”; “iba al pueblo y me tomaba todo”; “hasta

que me daba la plata”... este último usuario refiere: “una vez al volver borracho de un boliche llego a casa y mi hija más pequeña se muere en mis brazos”...

Trece pacientes (el 50%) alguna vez intentó dejar de tomar alcohol y el 58% (15 pacientes) realizó algún tipo de tratamiento. La mayoría refiere que “no encare el tratamiento”; otros refieren “me gusta tomar” y un usuario me acoto: “yo trabajo como sereno en un bar y de noche me tomo todos los restos que quedan...” y agrega “el alcohol es la madre de todas las drogas”...

A diecinueve pacientes (73%) alguna vez le dijeron que dejara de tomar alcohol; a diez de ellos (38%) fue su madre y a cuatro de ellos (15%) fue su padre y solo a uno fue su médico tratante... y ¿qué piensa sobre eso que le dijeron? Cinco pacientes (19%) dijeron “tiene razón” y el resto, que es la gran mayoría, hizo silencio...

Referente a su *atención en Salud Mental* el 96% (veinticinco pacientes) habían realizado tratamiento psiquiátrico antes de su internación en el hospital. Cinco pacientes (19%) llevaban entre 5 y 10 años de tratamiento, otros cinco pacientes (19%) llevaban entre 10 y 15 años de tratamiento, también cinco pacientes (19%) tenían entre 15 y 20 años de tratamiento y diez pacientes (38%) llevaban más de 20 años de tratamiento psiquiátrico... uno de estos últimos refiere: “hace veinte años me internaron por problemas de alcohol” y otro plantea: “a los 16 años me internaron por problema de alcohol y me comenzaron a dar medicación psiquiátrica”...

El tratamiento farmacológico más prevalente, al momento de la entrevista, fue: catorce pacientes (54%) eran medicados con “Quetiapina 200”²⁰², trece pacientes (50%) eran medicados con “Flunitracepam”, nueve pacientes (35%) eran medicados con “Clonacepam”, nueve pacientes (35%) eran medicados con “Di DPA 500”, ocho pacientes (31%) eran medicados con “Olanzapina”, seis pacientes

²⁰² Anteriormente explicado.

(23%) eran medicados con “Complejo B”²⁰³, cuatro pacientes (15%) eran medicados con “Biperideno 4 mg”, cuatro pacientes (15%) eran medicados con “Carbamazepina 400”, cuatro pacientes (15%) eran medicados con “Clozapina”²⁰⁴ y cuatro pacientes (15%) eran medicados con “Tiapridal”²⁰⁵.

Tres pacientes (12%) refieren haber tenido problemas con el tratamiento farmacológico; uno plantea “la medicación me hace mal”, otro dice “no me gustan las canicas” y, otro argumenta, “la medicación es brava, soy adicto a la medicación”...

A diez pacientes (38%) le realizaron Electro-Convulso-Terapia. Siete pacientes (27%) plantean su disconformidad con este tratamiento: “es una mierda”; “es una desgracia”; “te deja débil” y muchos se rieron mostrando su disconformidad... Por su parte, tres pacientes (12%) refieren: “me hizo bien”; “a veces te ayuda” y “te borra los recuerdos pero te hace bien”...

Auscultando, desde una categoría de análisis conceptual como visualizábamos anteriormente, en lo referente a las *representaciones* los pacientes fueron exponiendo, en forma peyorativa, con respecto al consumo de alcohol: “te lleva a la locura”; “es grave, cuesta salir”, “es malo”; “es un veneno”; “si estás triste te dan ganas de matarte y a mí, que soy violento, me da por ser más violento”; “es una plaga que no sirve para nada, te trae cáncer, cirrosis y perdés la cabeza”; “es la peor de las drogas porque te lleva a la muerte”; “es la madre de todas las drogas, pues sirve para calentar el pico y pasar a otras drogas”; “es un remedio gerontocida, si tomás mucho te mata”; “es un defecto, una enfermedad”; “es una cagada, pero es

²⁰³ Es un fármaco conformado por un grupo de ocho vitaminas relacionadas con el metabolismo celular y es indicada, entre otros casos, en pacientes alcoholistas (Farmanuario, 2015).

²⁰⁴ Es un fármaco que pertenece al grupo de los antipsicóticos atípicos (fue uno de los primeros de ellos, sintetizado en la década del 50 del pasado siglo), con propiedades para el tratamiento de la esquizofrenia, pero que exige un protocolo de administración riguroso y preciso dado sus reacciones adversas (Farmanuario, 2015).

²⁰⁵ Es un fármaco psicotrópico, con propiedades de regulador psicomotor, utilizado para los síntomas neuro-psíquicos vinculados al alcoholismo crónico o agudo, trastornos de la conducta, agitación y delirio (Farmanuario, 2015).

un apoyo cuando estás solo y triste”; “es un problema de la sociedad, que tenemos todos y tomamos para inhibirlo” y otro agrega: “Jesús es un sinvergüenza pues el vino es muy malo”... Otros pacientes, planteaban lo contrario: “yo lo controlo”; “cada uno toma para divertirse”; “si tiene problemas lo hace para olvidar”; “es una gasolina para empezar a andar”; “para el alcohólico siempre tiene que haber una copita”; “el que se sabe controlar, todo bien, y el que no, la queda”... y, también, algunos se reían...

¿Qué piensa del tratamiento que le brindan en el Hospital Vilardebó? Trece pacientes (50%), refieren que “está bien”, agregando: “la medicación es importante”; “si a mí me dejan salir un día a la semana, a ver a mi familia, yo me quedaría a vivir acá” y otro refiere “se nota la dedicación del personal”. Por su parte los otros trece pacientes (50%) están disconformes con la atención y algunas refieren: “esto no sirve para los adictos”; “a veces te tratan con desprecio”; “quiero recuperarme pero acá no puedo”; “no me gustan las canicas”; “mala atención, te hablan mal”; “te empastillan y te dan el alta” y “te tratan mal, no me gusta que me metan el gaucho”...

¿Cómo se siente con el tratamiento que le dan en el Hospital Vilardebó? Dieciséis pacientes (62%) refieren que “bien”; pues “me sacaron de un pozo”; “yo acá tengo amigos, es un refugio”; “la comida está buena y la medicación te hace bien”. Diez pacientes (38%) plantean su malestar al decir: “no nos escuchan”; “me siento mal porque nunca te preguntan cómo estás”; “nos dan muchas canicas”; “estoy deseando irme”; “acá adentro hay que tener cintura y saber sobrevivir”; “a veces te tratan mal” ...

¿Qué sugerencia haría para que le traten mejor? Diez pacientes (38%) refieren “que te escuchan más”; tres pacientes (12%) dicen “que se les preste más atención a las necesidades de los pacientes”; otros refieren “que le expliquen a los pacientes las cosas buenas que hay acá, como alcohólicos anónimos”; “no me gusta la atención de la doctora, si yo no hago lo que ella quiere me lleva a la aguja”; “que

cambien a los enfermeros”; “que no nos junten con pacientes agresivos y adictos”; “que no se mezcle todo en la misma bolsa, no somos todos iguales, hay que saber diferenciar”; “hay demasiada burocracia y eso aburre”; “más actividad para los pacientes”; “mejor atención”; “que te hablen bien”; “que nos den ropa adecuada”, “poder hacer algo, tener más actividades”; “que no nos den tantas canicas” y que “cuando me siento mal que no sólo me mediquen, sino que me escuchen y atiendan de verdad”...

¿Qué sugerencias harían para que les traten mejor? Cinco pacientes (19%) refieren “que escuchen más a los pacientes”; otros refieren: “que los doctores y enfermeros estuvieran más presentes con los pacientes”; “que sea un hospital psiquiátrico y no solo para adictos o judiciales”; “que cuando vayas a pedir algo te traten bien”; “que no se espere tanto para que te atiendan”; “que haya más actividades”; “que nos den un porro, que nos da hambre y sueño”; “mejor higiene, que no estén sucios los pacientes ‘jediendo’ a pata y a culo”; “mayor atención a nuestras necesidades”; “que nos manden a alcohólicos anónimos” y otra vez “que no nos den tantas canicas” y “hay demasiada burocracia y eso aburre”...

Con respecto a los aspectos adecuados del “tratamiento”, dos pacientes (8%) refieren “la comida, la medicación y la huerta” y otro que “nos dan todo lo material”... en lo referente a los aspectos a mejorar argumentan: “mejorar la atención”; “mejorar la higiene de los pacientes”; “a veces no se tiene en cuenta a los pacientes”; “que tengan en cuenta nuestros gustos y necesidades”; “explotar los espacios verdes del hospital”; “algunos funcionarios te entienden y otros no”; “que escuchen más a los pacientes”; “mayor atención a nuestras necesidades”; “que nos den bola”; “que le expliquen más a los pacientes” y tener “mayor actividades”...

¿Cómo se imagina su futuro? Unas respuestas fueron: “viviendo con mi pareja y trabajando en la construcción”; “con mi familia y cazando mulitas”; “volver a trabajar, en mi pueblo, para mantener a mi familia”; “viviendo en una pensión”; “trabajando, con mi novia y yendo a la Iglesia”; “trabajando, con mi esposa e hija de tres años”; “viviendo con mi familia y trabajando en los ómnibus”; “volviendo al campo”; “tranquilo en mi pueblo”; “quiero volver a mi pueblo”;

“volviendo a trabajar de mecánico”; “volver a hacer changas y comenzar a ir a Alcohólicos Anónimos”; “en cualquier momento va a aparecer la mujer de mi vida”; “con mi abuela... Dios me va a ayudar”... otras fueron: “no me lo puedo imaginar, tengo miedo”; “el futuro es hoy, mañana no existe” y hubo quien aseveró: “si me alejo del alcohol va a estar todo bien”...

Respecto a las sugerencias que tienen para mejorar la atención, algunos planteos son: “que no nos den tantas canicas”; “hay que darles mayor atención a los pacientes, no darle solo canicas, hay que atender con más ganas”; “que los pacientes tengan más actividad”; “está muy bueno Alcohólicos Anónimos, tendrían que ir más pacientes”. Con respecto a los funcionarios refieren: “yo sé que es bravo trabajar acá, pero es tu trabajo y tenés que hacerlo bien, por eso te pagan; no me gusta el trato de algunas enfermeras que te tratan mal y te hablan mal”; “que enfermería sea más compañera entre ella”; “que nos escuchen y nos presten atención, que no nos griten ni les seamos indiferentes”; “es fundamental que los psiquiatras te escuchen y no que solamente lean tu historia”; “acá faltan psicopedagogos y no psicólogas ‘gipillas’ que no saben nada”; “estaría bueno que nos escucharan más, pues acá pasa de todo”. En lo referente al consumo se planteó: “el personal no se da cuenta que todos los pacientes andan detrás de un porro”; “tener un lugar, un espacio, donde poder consumir acá en el hospital, apoyados por el personal” y también en lo referente a la nutrición, alguno planteo: “que le pongan sal a la comida”...

En lo referente al test de AUDIT, cuyo corte de quiebre es 14 puntos, es decir el valor al partir del cual se evidencia un notorio problema con la ingesta de alcohol (como ya veíamos), el 100% superó este umbral de la siguiente manera: ocho pacientes (31%) dieron valores entre 21 y 24 puntos, trece pacientes (50%) dieron valores entre 25 y 29 puntos y cinco pacientes (19%) dieron valores entre 30 y 34 puntos.

Capítulo XII

Trayectorias femeninas

Una trayectoria es la de una joven de 28 años, soltera, madre de una niña de 2 años y de un niño de 6 años; oriunda de la zona este de Montevideo, donde residía en una vivienda de material, con luz, agua potable, teléfono, celular, televisión por cable, teniendo una habitación para ella sola. Vivía con sus padres, su hermano y su pareja, hija y sobrinos; y sus familiares se desempeñaban como empleados. En su familia no había antecedentes de pacientes psiquiátricos ni con problemas de adicciones.

Había aprobado primer año de ciclo básico en Educación Secundaria, hasta que a los 14 años comenzó a consumir alcohol. Dos años después se inició en el consumo de marihuana, luego continuó con cocaína y por último llegó a la pasta base... A los 20 años comenzó a tratarse en la Unidad de Salud Mental del Centro de Salud cercano a su domicilio... Refería no profesar ni practicar ninguna religión. Le gustaba mirar en la televisión por cable a “Los Simpson”²⁰⁶. Un tiempo trabajó como vendedora y tuvo una pareja, pero se separaron por sus problemas con el consumo. Actualmente no tiene pareja.

Hacía varios años que la conocía, como paciente de la Emergencia, por sus múltiples ingresos...

²⁰⁶ Serie animada, que narra la vida de una familia estadounidense, con una mirada irónica sobre la sociedad que representan.

Un caluroso día de enero, luego de su consentimiento informado, comenzamos con la entrevista²⁰⁷ en los bancos del patio del sector femenino. Esta vez había ingresado, hacia dos semanas, por una orden judicial como “autora de violencia doméstica en reiteración real con un delito de desacato” y se la había diagnosticado con la clasificación de F60 y F19, es decir, “trastorno de la personalidad” y “trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de múltiples sustancias” (CIE 10). También padecía epilepsia.



Foto 11. Autor Fabrizio Martínez. Patio externo del sector femenino (enero, 2016).

²⁰⁷ Según Taylor y Bogdan (1987: 101), “por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (En: Achilli, 2005: 71).

Al otro día, de éste encuentro, ella se fugó... para ir a consumir... y vuelve al Vilardebó...

Los primeros días de febrero, nos volvemos a reencontrar en el patio... retomamos el diálogo y me cuenta que, junto a otra paciente, se habían fugado para ver el desfile inaugural del carnaval de ese año, que se celebraba por la avenida principal montevideana. Luego tomaron alcohol y fumaron marihuana... después “cada una hizo su camino”, me refiere.



Foto 12. Autor Fabrizio Martínez. Patio externo del sector femenino (febrero, 2016).

Posteriormente será traída nuevamente por la policía, por ocasionar disturbios en la “vía pública”, en un “boliche” de la Ciudad Vieja... La otra paciente, a la cual más adelante también entrevisté, vuelve a los pocos días a ingresar en la Emergencia y al comenzar a valorarla, pues esa mañana me desempeñaba allí como nurse, le pregunté si tenía “pertenencias”; ella me responde

que tiene plata en el bolsillo, al pedírsela para guardársela en Admisión, que a su vez la deposita en Tesorería, me entrega 300 pesos uruguayos; la miro, ella me mira, se sonríe y me dice: “es que le cobro 50 pesos a cada uno”...

En este nuevo encuentro me relata: “a mí me gusta la merca y el vino, no me hacen nada”. Y mientras habla comienza a llorar... “en mi familia el único que me apoya es mi padre. Nosotros vivimos en una casa con terreno que era de mi abuela. En la casa de adelante vive mi madre, con mi hermano y su esposa. Mi hermano y mi cuñada adoptaron a mi hija de dos años, ella sabe que soy su madre, pero no me la dejan ver... yo vivo en la casa de atrás con mi padre... tengo otro hijo de seis años que vive con su padre... pobre, me reextraña”...

A los pocos días se vuelve a fugar, retornando al día siguiente. Nos volvemos a encontrar y en ésta oportunidad conversamos sobre los “tratamientos”. Me cuenta que hace ocho años está en tratamiento psiquiátrico, pero que “no cumple mucho” con el mismo. Le pregunté si alguna vez había intentado dejar de consumir. Me responde: “sí, hace tres años”... “estuve en Remar y en el Portal Amarillo”... “pero no me gustó el entorno”... “a mí me gusta consumir”... Al preguntarle si, alguna vez, le dijeron que dejara de consumir: “sí, mi padre”. Y qué opinión le merece: “y... yo que se”...

Unos días después realiza un intento de autoeliminación por ahorcamiento...

Otra vez fuga, reingreso y un nuevo encuentro. Le hago el Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol, de puntaje le da 26.

Nuevamente le vuelvo a preguntar por qué toma alcohol. La respuesta fue: “el vino me gusta porque me aleja de mi realidad, me hace reír, no pienso en nada... por un rato me escapo de mi realidad”. Me mira, sonrío y me dice: “hay como extraño un faisán²⁰⁸... que rico”...

Luego se pone seria y comienza a narrarme. “Le voy a contar algo, que nunca le dije a nadie. Yo a los cuatro años fui abusada por un amigo de mi familia, que después se casó con una prima mía y tuvieron hijos. Él era mayor. Yo me acuerdo que mis padres trabajaban y a mí me cuidaba mi hermano mayor... yo estaba recién bañada, con un vestidito... mi hermano salió a hacer un mandado y este hombre entró y me abusó... yo no lo he podido superar. A veces pienso y tengo miedo... por eso a los catorce años comencé a tomar alcohol, para olvidar... nunca se lo conté a ningún psiquiatra, ni psicólogo, ni a mi familia”... se seca las lágrimas, se ríe y se va...

En otra oportunidad le pregunto qué piensa del problema del alcohol, me responde: “a mí el alcohol no me trae problemas”. También qué piensa del tratamiento que se le brinda en el hospital, a lo que responde: “está bien”. Por último, cómo se imagina su futuro, respondiendo: “desearía ser libre, irme y consumir”...

Tiempo después comenzó el tratamiento de Electro-Convulso-Terapia. Durante el tiempo restante del trabajo de campo estuvo internada y más tranquila...

²⁰⁸ Es una marca de vino que se produce en la ciudad de Montevideo desde 1956.

Otra trayectoria es la de otra joven de 29 años, soltera; oriunda de la zona oeste de Montevideo, donde su familia trabajaba en el rubro del comercio. Ella residía sola en una vivienda de material, con luz, agua potable, teléfono, celular y televisión por cable, entre otras cosas, en una ciudad del interior del país, cercana a Montevideo, donde trabajaba como funcionaria pública, cargo al que accedió por concurso. Tuvo una pareja, pero se separaron por problemas de consumo. Actualmente no tiene pareja. En su familia no había antecedentes de pacientes psiquiátricos ni de problemas con el consumo de sustancias.

Fue estudiante de la Universidad de la República, sin finalizar la carrera elegida. Le gustaba mucho leer y escuchar música. Decía no profesar religión alguna, aunque “creo en la Pachamama²⁰⁹”, refería.

A los 13 años, me dijo en la primera entrevista, previo consentimiento informado, comenzó a consumir alcohol con los amigos de la esquina, “no teníamos plata y tomábamos alcohol rectificado con jugolín”. A los 14 años comenzó a consumir marihuana. “Yo tomaba alcohol todos los días, hasta quedar noqueada”...

A los 20 años comenzó a tratarse en la Unidad de Salud Mental, que se encontraba en el hospital cercano a su domicilio. Nunca hizo ningún tratamiento de rehabilitación, aunque su familia le decía que dejara de consumir, a lo que ella reflexiona: “tenían razón”...

Ingresó a la Emergencia del Vilardebó por “descompensación por abandono de medicación” y se la diagnosticó como F31 y F19, es decir, “trastorno bipolar” y “trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de múltiples sustancias” (CIE 10). Al otro día de su ingreso, con una libido exarcebada, fue encontrada intentando mantener relaciones sexuales con un paciente varón en el patio interno de la Emergencia. Luego ingresa a Sala.

²⁰⁹ Diosa totémica de los Incas, que representa a la “Madre Tierra”, a la cual, sobre todo en las culturas indígenas andinas, se le siguen ofreciendo presentes como alcohol, hojas de coca, etc.

Como tratamiento farmacológico se le indicó Biperideno²¹⁰ 2 mg (un comprimido de mañana), Litio²¹¹ 300 mg (un comprimido de mañana y dos de noche), Di DPA²¹² 500 mg (un comprimido de mañana y un comprimido de noche), Clonacepam²¹³ 2 mg (medio comprimido de mañana, uno de tarde y uno de noche), Flunitracepam²¹⁴ 2 mg (un comprimido de noche) y Olanzapina²¹⁵ (un comprimido de mañana y dos de noche).



Foto 13. Autor Fabrizio Martínez. Panorámica del patio externo del sector femenino (marzo, 2016).

Nuestra primera entrevista, fue a principios de marzo en un banco del patio del sector de mujeres bajo la palmera, ya llevaba un poco más de un mes internada.

²¹⁰ Anticolinérgico.

²¹¹ Medicamento para tratar el trastorno bipolar.

²¹² Medicamento para tratar el trastorno bipolar.

²¹³ Ansiolítico del grupo de las benzodiazepinas.

²¹⁴ Hipnótico de la familia de las benzodiazepinas.

²¹⁵ Antipsicótico y estabilizador del ánimo.

Allí me cuenta que había dejado el tratamiento farmacológico, “porque quería limpiarme para tener un hijo... pero me descompensé”... también reflexiona: “pienso que el alcoholismo tiene mucho que ver con la dictadura, donde la gente para evitar el sufrimiento ahogaba sus penas con alcohol”...

En varias oportunidades conversé con su madre y con su padre, quienes la iban a visitar a menudo. Un día el padre me planteó: “¿por qué no se arreglan para usar más los espacios verdes del fondo del hospital?... tener un espacio así ayudaría a la recuperación”.

Otra vez conversamos sobre las adicciones. Le pregunto si su hija era adicta. Él reconoció que sí a la marihuana, pues “le pegaba remal”... Le pregunté si su hija tomaba alcohol, cuestión que negó rotundamente.

En otro encuentro la joven me relata el origen de su trayectoria con el alcohol: “yo tomo alcohol desde chiquita; mi padre todos los días se toma un vaso de vino con el almuerzo y la cena... yo aprendí con él”... También me relata: “mi padre estuvo diez años viajando por Europa, como exiliado político... yo también estuve como mochilera por Sudamérica... en Brasil y Bolivia conviví con pueblos indígenas”... reflexionando nuevamente: “pienso que el alcoholismo es un camino de búsqueda, aunque incorrecto... yo también estoy en búsqueda espiritual... eso aprendí con los pueblos indígenas”...

En otro encuentro que tuvimos, luego de haberse ido un fin de semana de paseo a la casa de su familia, me dice: “quería agregar algo más de lo que conversamos el otro día. Un gran problema que hay acá es que no hay nada para hacer, la inactividad es total. Así cuando una se mejora por el tratamiento, luego es tanto el aburrimiento y el no tener que hacer, que sola te volvés a descompensar y se transforma en un círculo vicioso”.

En el Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol, de puntaje le da 25.

En nuestro último encuentro le pregunto qué piensa del problema del alcohol, “es una mierda”, me dice. Sobre la atención en el Vilardebó refiere: “no estoy de acuerdo con que te hagan micro²¹⁶ y te dejen incomunicada, una se queda mal por perder sus contactos, por lo menos que nos permitan tener WhatsApp; habría que rescatar todos los espacios verdes que están al pedo y que se arregle la infraestructura porque es deprimente”... A la pregunta de cómo se imagina su futuro, responde: “trabajando y teniendo un hijo”...

Al tiempo se fue de alta...

²¹⁶ Electro-Convulso-Terapia.

Capítulo XIII

Trayectorias masculinas

Una trayectoria es la de un varón de 32 años, soltero; oriundo del departamento de Cerro Largo, de una ciudad limítrofe con la frontera brasileña. Allí residía en un rancho de barro con techo de paja, iluminado por farol a querosén y el agua la extraían de un aljibe. Tuvo una pareja, pero se separaron por problemas de violencia como consecuencia del consumo de alcohol. Actualmente no tiene pareja.

No culminó los estudios en la escuela primaria, aunque le gustaba leer y escuchar música. A los 14 años se fue de la casa porque el padre le pegaba. Desempeñó varios oficios, aunque el que más ejerció fue el de “quilero”, es decir, contrabandear mercaderías desde Brasil para los comerciantes del lado uruguayo que le daban dinero por eso. Profesaba la religión evangélica y participaba del culto.

A los 24 años tuvo su primera internación psiquiátrica en la Unidad de Salud Mental del hospital departamental. Dos años después, en el 2009, ingresó en el Vilardebó por orden judicial, procesado como “inimputable, por cómplice de homicidio, encubrimiento y hurto”, siendo diagnosticado como F70, F20 y F19, es decir, “retardo mental leve”, “esquizofrenia” y “trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de múltiples sustancias” (CIE 10). También padecía esofagitis y gastritis crónica²¹⁷. Fue alojado en Sala 11 (de máxima seguridad masculina); luego pasó a Sala 10 (de seguridad atenuada) y luego lo “subieron” a una sala “abierta” del sector de internación masculina.

²¹⁷ Ambas patologías podrían estar muy relacionadas con el consumo excesivo de alcohol.

La primera entrevista, a partir de su consentimiento informado, fue durante mi primera primavera de trabajo de campo, en el entorno de la huerta del Vilardebó, donde iba cada mañana y cada tarde a trabajar por yerba y tabaco.



Foto 14. Autor Fabrizio Martínez. Espacio Huerta del Hospital Vilardebó (octubre, 2015).

En ese momento se encontraba con el siguiente tratamiento farmacológico: Clozapina²¹⁸ 100 mg (un comprimido de mañana y dos de noche), Valproato²¹⁹ 400 mg (un comprimido de mañana, uno de tarde y uno de noche) y Midazolam²²⁰ 15 mg intramuscular (una ampolla cada noche).

Comenzó a contarme que en su familia había muchos pacientes psiquiátricos, que su hermano era alcohólico al igual que su padre, quien se

²¹⁸ Antipsicótico atípico, que lleva un protocolo específico para su indicación.

²¹⁹ Antiepiléptico y estabilizador del estado de ánimo.

²²⁰ Ansiolítico e hipnótico del grupo de las benzodiacepinas.

desempeñaba como peón en una arrocera y lo castigaba mucho. Me dice: “la otra noche soñé con mi padre... y me sigue judeando”...

Refiere que a los diez años comenzó a tomar alcohol. A fines de la adolescencia comenzó a fumar marihuana, llegando a inhalar nafta y cemento y teniendo, también, un pasaje por la paste base.

También recuerda: “cuando tenía plata pasaba en los quilombos, tomando cerveza... pero cuando estaba trabajando, solo tomaba alcohol con las comidas, eran trabajos zafrales... un trabajo fijo me hubiera ayudado”...

En otro encuentro le pregunte cómo era su patrón de consumo, a lo que refiere: “antes de venir para acá, yo me tomaba dos litros de caña y me fumaba siete u ocho porros, y esto era todos los días”. De esta manera en el Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol, el puntaje le da 29.

Le pregunté si alguna vez había intentado dejar de consumir. Me responde: “no, yo me había tirado al abandono”. Sobre si alguna vez alguien le dijo que dejara de consumir, la respuesta fue negativa.

Otra vez me comenta que, hace ocho años tuvo su primera internación psiquiátrica, en el hospital departamental, por sus problemas con el consumo, “se me había disparado la cabeza”, refiere. Aquí se le había tramitado la pensión por discapacidad, la que comenzó a cobrar.

Dos años después, de esa internación, será procesado. Recuerda: “estaba con mi amigo en un quilombo, yo estaba remamado, y él tuvo problemas con otro y lo mató y salimos rajando”...

En otro encuentro hablamos sobre lo que pensaba del problema del consumo de alcohol. Me dice: “si estás triste y tomás alcohol te dan ganas de matarte y a mí,

que soy violento, me da por ser más violento”. Con respecto a la atención brindada en el Vilardebó, piensa que “está bien, porque la medicación y las micro a muchos los ayuda”. Luego reflexiona: “pero cuando te sentís mal que no sólo te mediquen, sino que te evalúen y te atiendan de verdad; me gustaría que los doctores y enfermeros estén más con los pacientes, pues algunos te entienden y otros no; hay que darle mayor atención a los pacientes, no darle solo canicas, que te atiendan con más ganas”...

Hablamos también sobre sus relaciones con mujeres dentro del hospital. “Mire, yo anduve con algunas pacientes y con varias de las limpiadoras, una vez una me trajo una botella de grappa y me la tomé toda... esa fue la única vez que tomé alcohol acá dentro... en cambio, porro fumé muchas veces, ellas me lo traían; y si no, lo compraba, acá te lo vendían a cien pesos, cuando afuera sale veinte pesos... yo lo pagaba con mi pensión... aunque ahora hace siete meses que no consumo porro y me siento mejor sin fumar”... después me mira y me dice: “ahora tengo permiso para ir los sábados a misa... lo que pasa es que va una que reparte las hojas de canto, que me tiene loco”... [risas]...

Le pregunté sobre cómo se imaginaba su futuro, a lo que responde: “el psiquiatra me ha dicho que no puedo volver a mi pueblo, pero en cualquier momento va a aparecer la mujer de mi vida”...

Al final de mi trabajo de campo, fue derivado a una casa de salud, a unos quince minutos de ómnibus del Vilardebó, continuando con el tratamiento psiquiátrico en la Policlínica del Vilardebó.

Otra trayectoria es la de un varón de 38 años, soltero; oriundo de la zona oeste del departamento de Montevideo. Allí residía, junto a su padre jubilado, en una casa de material, con luz, agua potable, teléfono, celular, en un cuarto para él solo. Tuvo una pareja, pero se separaron por sus problemas con el alcohol. Actualmente no tiene pareja.

Cursó la Educación Primaria en forma completa y desde los 14 años comenzó a trabajar en una curtiembre. No profesa ni practica ninguna religión. No le gusta leer, pero si mirar televisión y escuchar radio.

Al tiempo que empezó a trabajar, comenzó su trayectoria alcohólica y dos años después inició el consumo de marihuana.

En su familia no hay antecedentes de pacientes psiquiátricos, pero si tiene un hermano adicto que está en situación de calle.

Nunca había hecho tratamiento por adicciones, ni tampoco había acudido a ninguna atención psiquiátrica, ni nadie le había dicho que dejara de consumir, hasta que a sus 31 años ingresó al Hospital Vilardebó derivado del COMCAR²²¹, donde estuvo recluido un año y medio, procesado como “autor penalmente responsable de un delito de homicidio intencional muy especialmente agravado, a la pena de veinte años de penitenciaría”. Fue diagnosticado como F20 y F19, es decir, “esquizofrenia” y “trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de múltiples sustancias” (CIE 10). También padecía gastritis²²².

Primeramente, estuvo internado un largo tiempo en Sala 11, luego lo pasaron a otra sala del sector de internación masculina.

²²¹ Complejo Carcelario (COMCAR), ubicado al extremo suroeste del departamento de Montevideo, cercano al río Santa Lucía, límite con el departamento de San José.

²²² Muy relacionada, entre otras causas, con el consumo de alcohol.

Durante el primer invierno de mi trabajo de campo, tuvimos la primera entrevista, previo consentimiento informado, en un banco del patio externo del sector de internación masculina.



Foto 15. Autor Fabrizio Martínez. Panorámica del patio externo del sector masculino (agosto, 2015).

En ese momento, como tratamiento farmacológico recibía Clozapina²²³ 100 mg (un comprimido de mañana y dos de noche), DPA²²⁴ 400 mg (tres comprimidos de mañana y tres comprimidos de noche), Venlafaxina²²⁵ 75 mg (dos comprimidos de mañana) y Omeprazol²²⁶ 20 mg (un comprimido de mañana y otro de noche).

²²³ Antipsicótico atípico, que lleva un protocolo específico para su indicación.

²²⁴ Fármaco antiepiléptico y estabilizador del estado de ánimo.

²²⁵ Antidepresivo.

²²⁶ Fármaco utilizado para los trastornos de la digestión (dispepsia), lesiones de la membrana mucosa (úlceras pépticas) y enfermedades por reflujo gastroesofágico.

Me cuenta que, al tiempo de empezar a trabajar, comenzó a consumir alcohol todos los días, “tomaba hasta que me dormía”. Al realizarle el Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol, de puntaje le da 25. Actualmente participa del grupo de Alcohólicos Anónimos (AA), que funciona en la Sala 12 bis del sector de internación masculina, los días lunes, miércoles y sábados de 16 a 18 horas. Me refiere: “está muy bueno AA, tendrían que ir más pacientes, ahora estamos contentos porque nos regalaron cuarenta termos de metal para el grupo”...

En otro encuentro me refiere: “en el Vilardebó nunca consumí alcohol, pero si fumé marihuana, acá conseguís un porrito por 100 pesos, es más caro que en la cárcel que lo conseguís a treinta pesos”...

Ante la pregunta de qué piensa del problema del alcohol, me relata: “es un veneno, ahora me doy cuenta todo el mal que me hizo y que yo hice. Yo maté a un hombre. Yo estaba mamado. Recuerdo que le di siete puñaladas, pero el juez me dijo que le di veintiocho puñaladas. Yo, dos por tres, sueño con ese hombre y después no me puedo dormir”...

En lo referente a cómo ve la atención en el Vilardebó, refiere: “está bien, pero a mí ni loco me hacen micro... si a mí me dejan salir un día a la semana a ver a mi padre yo me quedaría a vivir acá”... y luego agrega: “pero tienen que escuchar más a los pacientes, porque a veces no se los tiene en cuenta”...

Con respecto a cómo se imagina su futuro, representa: “viviendo acá, para mí es mi casa; yo trabajo en el “Taller Sala 12” y eso nos hace muy bien”...

Al terminar el trabajo de campo seguía internado y con sus actividades en el Hospital Vilardebó.

Capítulo XIV

Relatos etnográficos

Algunas de las percepciones que los pacientes tienen del Vilardebó, resultan muy simbólicas. Así, un día, un paciente de los que entrevisté, después de verme realizar una entrevista a otro paciente, se me acerca y riéndose me dice: “acá estamos todos como la Virgen, perdimos la cabeza...[risas]” y señala la imagen de la Virgen María...



Foto 16. Autor Fabrizio Martínez. Detalle de la torre y estatua de la Virgen María, Hospital Vilardebó (setiembre de 2015).

Al observar ese lugar, donde se encuentran las imágenes de las figuras paternas de Jesucristo, a la derecha del campanario se observa a San José con el “Niño Jesús” en brazos y a la izquierda del campanario, la imagen de Santa María que está decapitada, es decir perdió la cabeza en un fuerte temporal que se produjo en agosto de 2005, y que nunca se volvió a reparar...



Foto 17. Autor Fabrizio Martínez. Ingreso a los sectores de internación, Hospital Vilardebó (setiembre de 2015).

Otro día, un paciente, a quien entrevisté por sus complicaciones con el consumo de alcohol, ante un conflicto desatado en el patio masculino, me mira y riéndose me dice: “esto, en verdad, es un manicomio”...

Es frecuente que, a la Puerta de Emergencia del Vilardebó lleguen personas con intoxicación alcohólica. Una tarde, una paciente que entrevisté, llegó ebria a la Emergencia. Al comenzar a hablar con ella, extrae un cuchillo de su bolsillo y se dirige, insultando, a agredir a la madre de un paciente adolescente que estaba esperando para consultar. Hubo que reducirla, retirarle el cuchillo y asistirla...

Otra vez un paciente argentino, que había ingresado ebrio a la emergencia, al darme vuelta para tomar el aparato de presión para controlarlo, me intenta agredir, “salvándome” un enfermero que lo contuvo... y otra vez, la reducción y la asistencia...

Un sábado a la noche, funcionarios del MIDES, traen a un “paciente alcohólico”, en situación de calle. Luego de presentarme, él se presenta como “el viejo”... era el personaje de la canción de la Vela Puerca...

Con respecto al consumo de alcohol, dentro del Vilardebó, algunos pacientes se las “ingenian” para seguir bebiéndolo... Por ejemplo, en Sala 11 sector de seguridad masculino, varias veces al hacer “requisas”, se les retira a los pacientes “escabio”²²⁷, es decir “licor carcelario”. Lo preparan de la siguiente manera: en un bidón de 6 litros de plástico descartable (donde viene el agua potable comercializada), colocan seis manzanas o naranjas cortadas, un kilo de azúcar y lo llenan de agua caliente; si consiguen le agregan alcohol (de 96°, el que usa enfermería para los procedimientos); lo dejan fermentar entre una semana y diez días y lo consumen...

Otro paciente, a quien también entrevisté, me canta un rap: *“el alcohol es un mal amigo, cuando tomás la gente se abre más rápido de vos que regalo de*

²²⁷ Expresión tomada del lunfardo, cuya etimología proviene de “scabbi”, extraída de un dialecto italiano. Se trata de un fenómeno antiguo en los centros penitenciarios, donde a partir de la fermentación de frutas, se consigue una bebida alcohólica de poca graduación.

Navidad”... y en el mismo corredor, de acceso a la sala, que le sirvió de escenario al rapero, otro paciente con ritmo de cumbia me entona: “*borracho, borrachito, vivo mi vida solito*”...

Una trabajadora social me refiere que, al realizarles los pedidos (que pagan con sus pensiones), a las pacientes mujeres, muchas estaban pidiendo frascos de perfumes o agua de colonias (que contiene alcohol de origen vegetal²²⁸), de medio litro o de un litro y, también, sobres de refrescos en polvo. Luego, en botellas de plástico de dos litros, preparaban el jugo y le agregaban perfume; mostrando varias pacientes signos de intoxicación...

También sucede que las visitas, y a veces funcionarios, han ingresado petacas con alcohol o cajas de vino.

Con respecto al consumo de marihuana, al igual que con el alcohol, hay denuncias de que familiares y/o funcionarios les “traen maruja” a los pacientes. Lo problemático de los funcionarios²²⁹, es, sobre todo, cuando lo intercambian por dinero y/o favores sexuales. Hay que recordar que los pacientes no pueden tener dinero con ellos, mientras están internados. Un paciente me decía que, “uno de limpieza le traía un porro y se lo vendía al doble de lo que sale en la calle”...

También, dentro de esta institución total, se dan otro tipo de consumos... Una vez, varias pacientes del sector femenino, refieren tener “tendencia al sueño” y “signos de intoxicación” por fumar *yerba mora*²³⁰, un yuyo que crece silvestre entre las grietas del patio de mujeres, pudiendo tener efectos sedantes e intoxicantes.

²²⁸ Con una graduación alcohólica de 80°.

²²⁹ Hay denuncias a funcionarios de limpieza, entre otros, que pertenecen a una empresa terciarizada, donde varios de sus funcionarios provienen de los mismos entornos que los pacientes.

²³⁰ *Solanum nigrum*, planta herbácea de la familia de las solanáceas, que crece en forma silvestre al borde de los caminos, en los límites de los cultivos, o entre los escombros o grietas...

Algunas pacientes refirieron que, también la mezclaban con medicación psiquiátrica, que molían y luego la fumaban. Esto último es bastante recurrente, pues hay pacientes que presentan, estos signos de intoxicación, al fumar “pastillas” de psicofármacos molidas (siendo enfermería la que suministra la medicación, debiendo controlar que el paciente la ingiera), a veces entreverada con yerba mate, tabaco, etc; haciéndose “cigarros” con cualquier tipo de papel...

Es oportuno poder precisar que, en estas circunstancias, sería conveniente no solo evaluar el abuso puntual sino analizar esa trayectoria de uso; pues, sino, se atiende el emergente de la intoxicación y no se profundiza en las causas del uso, que lleva al abuso y genera dependencia...

En el Hospital Vilardebó funciona un grupo de AA, que se reúnen los días lunes, miércoles y sábados de 16 a 18 horas, en la salita de estar de la Sala 12 bis. Al mismo concurren los pacientes varones, no así las pacientes mujeres. Ante la pregunta, ¿por qué no vienen las pacientes mujeres?, la respuesta vertida por uno de los referentes de AA es, “lo que pasa es que harían cualquier cosa en el baño” (varón, 50 años)...

Un ex referente del grupo de AA del Hospital Vilardebó, me refiere: “los grupos allí son muy pesados, jodidos... al terminar el grupo teníamos que hacer otra reunión afuera porque era muy pesada la carga emocional que nos llevábamos... por eso dejé de ir a las reuniones de allí” (varón, 45 años)...

Un paciente, a quien entrevisté, que llevaba mucho tiempo participando en AA del Vilardebó, y que era un referente para otros pacientes pues los invitaba y estimulaba a participar del grupo, le pregunto un día cómo le iba con el mismo. Me responde: “dejé de ir”. Le pregunto por qué. Me dice: “lo que pasa es que lo primero que voy a hacer al salir de acá es tomarme todas las cervezas que pueda. Es lo que más quiero. Es lo que necesito. Entonces no voy más. Me mentía a mí mismo y a los compañeros”... al observarlo mientras se iba, pensaba en como el *cogito* cartesiano, lo podríamos adaptar a *bibere ergo sum*, “bebo, luego existo”...

Una característica de estas personas internadas, es la tristeza en la mirada y los sentimientos de desesperanza. Recuerdo que una paciente, a quien entrevisté, un día en que estaba muy angustiada llevaba consigo una Biblia y me lee un pasaje del Nuevo Testamento: “tengo una gran tristeza y en mi corazón hay un dolor continuo”²³¹... y me repetía: “¿por qué me siguen condenando?”²³²... y me regala lo que había pintado...

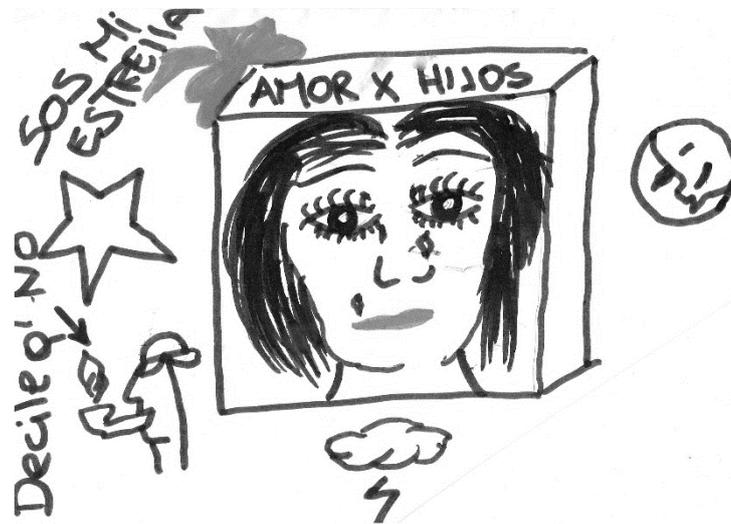


Figura 9. Pintura regalada por paciente entrevistada, donde me transmite su sentir; realizada con fibra a tinta sobre papel. Hospital Vilardebó (marzo de 2016).

Conversando con otra paciente, a quien entrevisté, me dice: “los psiquiatras tienen la profesión de comprender la mente... pero no tienen la profesión de entender a los pacientes, ni de enseñarte a amar”...

En estos momentos, de desasosiego existencial, es cuando el vivir pierde todo sentido y las ideas de muerte se van haciendo cada vez más preponderantes. Así al reintegrarme de la licencia estival, durante el verano de mi trabajo de campo,

²³¹ Carta de San Pablo a los cristianos de Roma, capítulo 9, versículo 2.

²³² Parafraseando el capítulo 8 de la misma epístola.

me desempeñaba en las salas de seguridad. Ese día una paciente que hacía días estaba en “cuarto fuerte”, es sacada, luego de que se bañara, al patio interno del sector. Al mediodía ingresa, otra vez, donde estaba recluida... en la tarde se ahorcó con su vestido²³³... alrededor de un mes después, leo la portada de un diario, donde se cuenta la triste noticia...

Vilardebó: paciente se ahorcó en sala de seguridad

Tenía 21 años y el personal la vigilaba a través de las cámaras



Una paciente de 21 años se ahorcó con su propia ropa en una sala de máxima seguridad del Hospital Vilardebó. El episodio ocurrió el pasado 20 de enero. La joven era vigilada a través de cámaras de seguridad y ahora una investigación administra-

tiva buscará dilucidar por qué el personal del centro sanitario no llegó a tiempo para salvarla. La paciente había intentado suicidarse varias veces, relató a El País el director de Salud Mental de ASSE, Horacio Porciúncula. Tras el suceso, las autoridades

del Vilardebó decidieron cerrar ese sector del centro. El hecho aconteció por la tarde. “Está todo filmado. Lo vieron, pero debemos verificar si los tiempos de respuesta fueron los estrictamente pertinentes”, declaró Porciúncula. **NACIONAL / A9**

Figura 10. Detalle de la portada del Periódico “El País”, edición del sábado 27 de febrero de 2016 (Extraído de: <https://www.elpais.com.uy>. Fecha de acceso: 27 de febrero de 2016).

Al siguiente día, de esta lectura, me encuentro en la policlínica del Vilardebó, con la hermana de la paciente, quien también se atiende en el hospital. La saludo y ella me dice, que está acompañada por su madre, quien también se asiste en el Vilardebó. Fui a saludarla... de alguna manera, al ser parte de esta institución total, quería disculparme y plantear mis condolencias... Ella me mira, sonríe y me dice: “yo quiero mucho a este hospital, desde que estuve internada... pobrecita, mi hija, estaba mal”... Vuelve a ponerse seria y me dice: “no me podría conseguir una blusa, una pollera y un calzado”...

²³³ El *suicidio*, analizado en sus fundamentos por el sociólogo francés Émile Durkheim (1858-1917), en su obra de 1897, donde lo define como: “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, a sabiendas del resultado. La tentativa sería el mismo acto cuando no llega a término y no arroja como resultado la muerte” (2012 [1897]: 14).

A los dos meses, de este encuentro, en el programa televisivo “Súbete a mi moto”, que se emite en Canal 12, la madre, de la paciente que se había suicidado, participa del mismo bailando candombe en el “circo de Rafa”. La “gracia” era reírse del otro y no alegrarse con el otro... y esto me hizo pensar en la atención brindada en el Vilardebó, donde los personajes son los mismos y, a veces, su dolor no es comprendido generándose el “chiste” como forma de buscar la risa, para no enfrentarse a este dilema existencial ...

Rememoro el primer “viernes santo” de mi trabajo de campo, donde un paciente, que entrevisté, le dice al equipo de enfermería que lo estaba asistiendo: “hoy en Canal 4, a las 21:30 horas, dan la película *la Pasión de Cristo*”, a lo que un enfermero le responde: “no jodás, a esa hora juegan Uruguay y Brasil²³⁴”... y el paciente le responde, “a mí ver el partido no me da nada, en cambio ver *la Pasión de Cristo*, me ayuda a crecer espiritualmente, porque lo terrenal ya fue”... entre dos enfermeros se cruzaron miradas y se fueron riendo...

La capacidad de escuchar, propia del método etnográfico, tiene que volver a ser un pilar fundamental de la atención en salud mental. Así, por ejemplo, en “las entrevistas podrán trabajarse en dos tiempos, por un lado, en las primeras entrevistas trataremos de ser abiertos a la escucha del entrevistado, de mostrar interés en las palabras de éste, de ir ingresando poco a poco en su ‘lógica’. En el segundo momento podemos ir focalizando en aquellos aspectos más directamente relacionados con la ‘temática’ que nos está interesando, pero siempre atentos a ‘escuchar’ lo que realmente se nos está diciendo” (Achilli, 2005: 71).

Conversando con la madre de un joven paciente, quien me plantea que, a su hijo lo “había sacado de la mutualista y lo había puesto en ASSE, porque Salud Pública no tiene afán de lucro, los pacientes aquí están internados el tiempo que

²³⁴ En ese partido por las eliminatorias al mundial de Rusia 2018, jugado en Brasil y que finalizaría 2 a 2, volvería a jugar, después de una larga suspensión (desde el mundial de Brasil 2014), el futbolista uruguayo Luis Suárez.

necesitan y le hacen los estudios y el tratamiento necesario. En la mutualista no es así, allí todo es dinero y solo les interesa quedar bien” (mujer, 56 años)...

Pero, al finalizar la conversación, me refiere, “el problema que yo veo acá, es que algunos médicos ni te escuchan, ni te miran, ni te explican nada... te tratan como si fueras una ignorante o una pobretona; se dirigen a vos como si fueran seres superiores... el hecho de que tengan un título universitario no los hace superiores... tendrían que ser más humildes y escuchar más a las madres que queremos lo mejor para nuestros hijos... como a veces ellos quieren lo mejor para sus pacientes” (mujer, 56 años)...



Foto 18. Autor Fabrizio Martínez. Pintura realizada en columna del patio externo, que comunica el área de internación con la Policlínica, Hospital Vilardebó (julio, 2016).

Conversando, también, con algunos pacientes, sobre el tratamiento con Electro-Convulso-Terapia, varios plantean sus objeciones; sobre todo porque

refieren que en algunas audiciones de la “Radio Vilardevoz”, que se emiten los sábados de mañana desde el Centro Diurno (Evia, 2010), plantean su disconformidad con dicho tratamiento además de, entre otros argumentos, una desinstitucionalización de las personas internadas, y por ese motivo, no quieren continuar el tratamiento indicado...

Por ese tiempo, también, salió un artículo en un semanario montevideano, hablando sobre “la terapia tan temida”. Si bien desde diferentes enfoques, hay posturas encontradas sobre este tratamiento, es sustancial conocer los supuestos antropológicos, el funcionamiento, los efectos y las reacciones adversas de este tratamiento, para que la persona a ser tratada, entendiéndola como *una constelación de relaciones sociales* (Lévi-Strauss, 1993) y/o su entorno familiar, puedan decidir lo conveniente; siendo esta función de información y formación, una tarea fundamental de todo profesional sanitario...



Figura 11. Detalle de la portada del Semanario “Brecha”, edición del viernes 13 de mayo de 2016 (Extraído de: <https://brecha.com.uy>. Fecha de acceso: 13 de mayo de 2016).

El auscultar al otro, implica el vincularse desde una humanización de los cuidados, con todas sus dimensiones, incluida la muerte. Una noche fría de invierno, en vísperas de un paro general de 24 horas de los funcionarios públicos, un paciente que padecía esquizofrenia y dependencia alcohólica, muere de un paro cardíaco, en una sala de internación masculina. Como ha sucedido otras veces, en

primera instancia nadie les avisa a sus familiares, porque el número de teléfono que figura en la hoja de ingreso de esta, su “última” internación “fue cambiado” y, por otro lado, aparte de no estar “protocolizado” quien tiene que hacerlo, tampoco hay muchos “voluntarios” a la hora de efectuar el llamado... a la persona fallecida le hacen los cuidados post-mortem, pero no lo llevaron a la morgue porque no se encontró la llave de la misma...

El paciente muerto permanece toda la noche, en la sala, cubierto por una frazada, al lado de los otros pacientes que duermen... a primera hora de la mañana, se “consigue” la llave y se lo lleva a la morgue... en los pasillos internos del sector de internación se entrecruzan, sin hablar, el personal que lleva el cuerpo a la morgue con el personal que lleva a los pacientes a realizarse la Electro-Convulso-Terapia... y como diría el magister Eckhart²³⁵, “el resto es silencio”... aunque, cerca del mediodía, se consiguió en la misma historia clínica el número telefónico y se le avisó a la familia...

La muerte, como la violencia, son aspectos negativos de la práctica asistencial, particularmente la última en el campo de la psiquiatría; pues la violencia consigo mismo (como ya vimos con el suicidio) y la violencia con el otro, son anécdotas muy recurrentes en un hospital psiquiátrico; de esta manera, a fines del primer abril, de mi trabajo de campo, se produce un violento motín en Sala 11...

Desde las autoridades de ASSE, vienen a negociar directamente con los pacientes involucrados en el motín, sin consultar con los funcionarios que allí se encontraban en el momento del suceso... el resultado: demagogia con los pacientes y con los funcionarios, a los efectos de “quedar bien” con la opinión pública, que seguía “la negociación” en vivo por los canales de aire, que a cada rato iban

²³⁵ Fraile dominico alemán (1260-1328), que dará inicio a la mística renana.

emitiendo “flashes informativos”... aunque lograron trasladar al paciente, que había sido agredido, a que fuera atendido en un hospital general...



Figura 12. Detalle de la portada del Periódico “La República”, edición del martes 26 de abril de 2016 (Extraído de: <https://www.republica.com.uy>. Fecha de acceso: 26 de abril de 2016).

¿Cuál fue el motivo de la “rebelión”? Los pacientes de Sala 11, donde un “cabecilla” llevaba la voz cantante, acusan a otro paciente de “violeta”²³⁶. Parece ser que este último, le había mostrado sus genitales a una funcionaria de limpieza, que era la “novia” del “cabecilla” quien, al enterarse, organiza a los demás en demanda de “justicia”...

Al otro día hubo que ingresar a la Sala, donde estaban reclusos y amenazantes, con apoyo del Grupo Especial de Operaciones (GEO) policiales, se ingresa a los que habían organizado el motín a los cuartos fuertes y se los comienza a medicar en forma intramuscular... los pacientes se quejan de que les han mentado... luego los pacientes comienzan a volver a sus sectores, al tiempo que algunos eran llevados al Instituto Técnico Forense (ITF), para ser evaluados... desde la dirección de Salud Mental de ASSE, se informa a la “opinión pública” que, los pacientes que habían organizado el motín habían sido trasladados a Cárcel

²³⁶ Expresión carcelaria que utilizan, generalmente las personas privadas de libertad de sexo masculino, para designar a un recluso que haya sido procesado por “violador” o “atentado violento al pudor”...

Central; pues allí, en el piso sexto, funciona un pabellón para internar a un total de doce “pacientes psiquiátricos imputables”, que había comenzado a funcionar hacía un mes...



Foto 19. Autor desconocido. Vista de la ventana de la enfermería desde el patio interno de Sala 11, luego del motín (Extraído de fotos enviadas por grupo de WhatsApp. Fecha de acceso: 26 de abril de 2016).

Dos días después de este comunicado de prensa, el paciente que había sido el “cabecilla” del motín, por orden judicial, se va de alta de Sala 11 a su domicilio... me lo encuentro en la Emergencia, nos saludamos y le pido que recuerde lo que hemos conversado... no sé qué habrá sucedido después con él...

En lo referente a la falta de seguimiento al “alta” de los pacientes, un mediodía, al salir del hospital, me encuentro con un “paciente conocido del servicio”, que había entrevistado; se encontraba ebrio y estaba sentado en la parada del ómnibus con una caja de vino en la mano, es una de las personas que permanece en situación de calle frente al hospital. Me acerco, lo saludo y le pregunto: “buen día, ¿cómo estás?”. Me mira y agresivamente me responde: “¿me venís a analizar?”. “No, simplemente te pregunto cómo estás”, le respondí. Y me dice, “cómo querés que esté, si por la conchuda de la psiquiatra yo perdí mi pensión”...

Conjuntamente, una tarde, conversando con la madre de un paciente al que le iban a dar el alta, que había entrevistado, le pregunto cómo ve a su hijo y qué piensa del alta. Me responde: “de acá siempre sale bien, pero al volver a casa vuelve a tomar vino y empieza el relajo” (mujer, 65 años)...

Al planificar la atención brindada por una institución sanitaria, desde el proceso administrativo, se piensa en la entrada, procesador y salida del paciente al servicio. Los mismos podemos comprenderlos como *ritos de paso*, de la enfermedad a la salud (Renoldi, 2013)²³⁷; así, “los tres momentos por los que está marcado el tratamiento de atención son la *admisión* (separación), *permanencia* (margen) y el *egreso* (reagregación)” (Renoldi, 2013: 209).

Los pacientes que tienen la “suerte” de ingresar a Sala de Observación del Vilardebó, pues a algunos, por distintos motivos, no se les da la respuesta que necesitan, son separados de su entorno; luego, si requieren un tiempo prolongado de internación, irán a la sala donde haya “camas libres”, y no donde se podría pensar, a priori, que el equipo de ese servicio lo podría asistir mejor en su problemática de consumo. A la sala que vaya, el equipo de seguro le brindará un tratamiento biomédico-psiquiátrico convencional, desde la bio-lógica de la

²³⁷ Pues “se trata de un rito que apela al concepto moderno de individuo como referencia ideal que condensa una serie de valores a ser instituidos en personas heterónomas que padecerían las consecuencias sociales de la dependencia psicofísica a una o varias sustancias” (Renoldi, 2013: 209).

desintoxicación, que es muy útil como primera medida, en lo que respecta a suspender el consumo perjudicial; donde prima lo farmacológico y muy poca contención y terapia personal, pues es nula la terapia grupal salvo que vayan al grupo de AA. Hay otros equipos que, desde una perspectiva psico-lógica, apuntarán también a la *deshabitación*, es decir buscar un cambio de hábito desde la motivación y el autocontrol, siendo derivados los alcoholistas-dependientes a AA (aunque solo los varones). Y, prácticamente, casi no hay equipos que planteen la *rehabilitación*, lo que sería la reinserción social, desde una educación para la salud, que implica un abordaje cultural; y este último aspecto es fundamental a la hora de pensar el *egreso* del paciente, por lo tanto, cuál será su entorno vital una vez se le dé el alta...

Si se estuviera en un hospital general, donde se brinda una atención médica-quirúrgica, el alta podría bastar, en la perspectiva de que se hizo por el paciente lo que había que hacer, se mejoró y vuelve a su situación habitual... pero en las coyunturas que estamos analizando, la atención en salud mental, el “alta” no basta hay que pensar en el “egreso”, en lo que respecta al acompañamiento posterior una vez que el paciente no esté internado. Y, aquí, es donde se encuentra una de las grandes debilidades del Vilardebó.

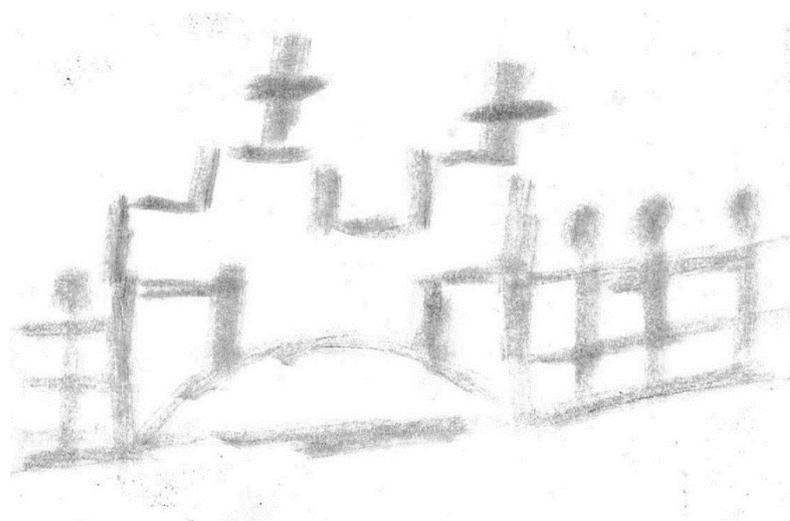


Figura 13. Pintura regalada por paciente, realizada con fibra a tinta sobre papel. Hospital Vilardebó (agosto de 2016).

Hacía varios días que no iba al hospital, por encontrarme de licencia y, una tarde, viajando rumbo al centro montevideano en ómnibus, sentado del lado de la ventanilla, sube en una parada una persona que fuera, en varias oportunidades, paciente en el Hospital Vilardebó, con quien en muchas ocasiones conversamos sobre cuestiones literarias, filosóficas, teológicas, sanitarias, etc; era una persona muy leída, con una sensibilidad muy particular, ahora se encontraba residiendo en una casa de salud regentada por religiosas... se sienta a mi lado y nos saludamos... seguía conservando ese olor que, muchas veces, tienen los pacientes “psi”... a la pregunta de cómo estaba, responde, “estoy bien... empecé a tomar clozapina... estoy bien”... me mira con ojos tristes y agrega, “pero perdí la efervescencia, mi esencia... ¿la volveré a recuperar?”...

Ahora soy yo quien hace silencio... y, como corolario, afirma, “donde estoy es muy rica la comida, está todo muy limpio y nos tratan muy bien, pero está todo regulado por el equipo de psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales y perdés la libertad”...

Otra vez mi respuesta fue silencio... nos despedimos saludándonos, pues él se bajó del ómnibus... y mirando por la ventanilla, sentía que ahora eran mis ojos los que estaban tristes y pensando en él, me acordé de aquel antiguo adagio latino: *tibi silentium mei...* para ti es mi silencio...

Quinta Parte

Representaciones y prácticas psiquiátricas



Foto 20. Autor Fabrizio Martínez. Paciente caminando por patio externo del sector de internación masculina, Hospital Vilardebó (junio, 2016).

*“Milonga qué estás pensando, qué es lo que vas a contar.
No me salgas con tristezas yo en eso no pienso más”.*

Alfredo Zitarrosa

Capítulo XV

Representaciones psiquiátricas

Durante el trabajo de campo entrevisté a cuarenta funcionarias y funcionarios. Fueron cuatro médicas psiquiatras mujeres, cuatro médicos psiquiatras varones, dos médicas generales mujeres, dos médicos generales varones, dos licenciadas en Enfermería mujeres, dos licenciados en Enfermería varones, cuatro auxiliares de Enfermería mujeres, cuatro auxiliares de Enfermería varones, dos psicólogas mujeres, dos psicólogos varones, dos trabajadoras sociales mujeres, dos trabajadores sociales varones, dos vigilantes mujeres, dos vigilantes varones; tres funcionarias mujeres de la Policlínica (una médica psiquiatra, una licenciada en Enfermería y una auxiliar de Enfermería) y una funcionaria del Equipo de Dirección (médica psiquiatra mujer).

Las cuatro médicas *psiquiatras* tenían 35, 49, 53 y 54 años de edad, al momento de la entrevista; habiendo ingresado hacía un año, trece años y veintitrés años (dos de ellas), a trabajar como funcionarias del Hospital. Sólo una de ellas trabajaba en otra institución para adicciones.

Los cuatro médicos *psiquiatras* tenían 39, 40, 55 y 73 años de edad²³⁸; habiendo ingresado hacía dos años, siete años, veinte años y cuarenta y tres años a trabajar como funcionarios del Hospital. Dos de ellos trabajaban en otra institución para adicciones.

²³⁸ Estas edades eran la que tenían al momento de realizarles la entrevista.

Las dos *médicas* generales tenían 39 y 55 años de edad; habiendo ingresado hacía cuatro años y once años a trabajar como funcionarias del Hospital; ninguna de ellas trabajaba en otra institución para adicciones.

Los dos *médicos* generales tenían 35 y 57 años de edad; habiendo ingresado hacía dos años y veinte años a trabajar como funcionarios del Hospital; ninguno de ellos trabajaba en otra institución para adicciones.

Las dos licenciadas en Enfermería (*nurses*) tenían ambas 42 años de edad; habiendo ingresado ambas hacía diecinueve años a trabajar como funcionarias del Hospital y, también, ninguna de ellas trabajaba en otra institución para adicciones.

Los dos licenciados en Enfermería (*nurses*) tenían 34 y 41 años de edad; habiendo ingresado hacía ocho años y diecinueve años a trabajar como funcionarios del Hospital; ninguno de ellos trabajaba en otra institución para adicciones.

Las cuatro auxiliares de Enfermería (*enfermeras*) tenían 42, 48, 51 y 62 años de edad; habiendo ingresado hacía diez años (dos de ellas), diecisiete años y treinta años a trabajar como funcionarias del Hospital. Ninguna de ellas trabajaba en otra institución para adicciones.

Los cuatro auxiliares de Enfermería (*enfermeros*) tenían 32, 39, 47 y 67 años de edad; habiendo ingresado hacía tres años, diecisiete años, dieciocho años y veintitrés años a trabajar como funcionarios del Hospital. Ninguno de ellos trabajaba en otra institución para adicciones.

Las dos *psicólogas* tenían 42 y 51 años de edad; habiendo ingresado hacía once años y dieciséis años a trabajar como funcionarias del Hospital. Una de ellas trabajaba en otra institución para adicciones y la otra no.

Los dos *psicólogos* tenían 37 y 39 años de edad; habiendo ingresado hacía cuatro años y diecinueve años a trabajar como funcionarios del Hospital. Uno de ellos trabajaba en otra institución para adicciones y el otro no.

Las dos *trabajadoras sociales* tenían 53 y 54 años de edad; habiendo ingresado hacía tres años y doce años a trabajar como funcionarias del Hospital. Ninguna de ellas trabajaba en otra institución para adicciones.

Los dos *trabajadores sociales* tenían 40 y 46 años de edad; habiendo ingresado hacía ocho años y quince años a trabajar como funcionarios del Hospital. Uno de ellos trabajaba en otra institución para adicciones y el otro no.

Las dos *vigilantes* tenían 50 y 51 años de edad; habiendo ingresado hacía cinco años y siete años a trabajar como funcionarias del Hospital. Una de ellas trabajaba en otra institución para adicciones y la otra no.

Los dos *vigilantes* tenían 43 y 51 años de edad; habiendo ingresado hacía nueve años y dieciséis años a trabajar como funcionarios del Hospital. Ninguno de ellos trabajaba en otra institución para adicciones.

Las últimas cuatro *funcionarias* entrevistadas, tres funcionarias de la Policlínica (una médica psiquiatra, una licenciada en Enfermería y una auxiliar de Enfermería) y una funcionaria integrante del Equipo de Dirección (una médica psiquiatra), tenían 38, 50, 58 y 60 años de edad; habiendo ingresado hacía cinco años, diecisiete años (dos de ellas) y veintidós años, a trabajar como funcionarias del Hospital. Sólo una de ellas trabajaba en otra institución para adicciones.

Con respecto a lo qué piensan con respecto al problema de las personas con dependencia alcohólica, las respuestas de las psiquiatras fueron: “un síntoma de una enfermedad de fondo, que podría ser F60²³⁹ o F32²⁴⁰”; “es una patología, dentro de un consumo social, y depende del vínculo”; “es una enfermedad, una expresión sintomática de un sufrimiento psíquico” y “depende del uso y del abuso, sino no es una enfermedad; es una evasión del sistema social y familiar”...

²³⁹ “Trastornos de la Personalidad” (CIE 10).

²⁴⁰ “Estado Depresivo Mayor” (CIE 10).

Los psiquiatras respondieron: “es una enfermedad muy atravesada por las circunstancias de cada uno”; “hay una problemática en muchos sectores sociales, con una naturalización del consumo”; “es un problema muy extendido, importante, grave, con potenciales consecuencias devastadoras para la persona”; “es un grave problema de adicción, tal vez el más antiguo, es la droga más consumida”...

Las respuestas de las médicas fueron: “es una droga más, igual que la pasta base”; “es un problema social arraigado en nuestra cultura, con dos polos, uno social, no se cree que sea una adicción, y otro problemático”...

Los médicos respondieron: “es una enfermedad con una influencia social, que desde lo médico no se puede abarcar y el paciente vuelve a reincidir, la recidiva existe porque es complejo”; “es un problema social, pero para mí, más que una enfermedad es una molestia, pues estos pacientes joden, porque pueden tener crisis de excitación psicomotriz, algo cardíaco, algo digestivo, etc”...

Las respuestas de las nurses fueron: “es una adicción, es una problema con una consecuencia biológica y social”; “es uno de los problemas más importantes en el tema de las adicciones, es legal y trae muchas complicaciones”...

Los nurses respondieron: “es una enfermedad que está fuera del control de los consumidores”; “es un problema cultural, que tiene una historia en nuestra sociedad”...

Las respuestas de las enfermeras fueron: “es un agravante del tratamiento”; “es un escape, no tienen control de la situación”; “es una enfermedad”; “es un problema y una adicción social, es un modo de evasión”...

Los enfermeros respondieron: “es una enfermedad que se le brinda poca atención y se trabaja poco en Uruguay”; “es un problema cultural, de educación, es un mal del Uruguay, con trece años empiezan a tomar”; “es una adicción social, el mecanismo de consumo más aceptado por la población”; “como toda droga el exceso es malo”...

Las respuestas de las psicólogas fueron: “por un lado, es un problema social que ha sido naturalizado y, por otro lado, hay características individuales; también está muy tolerado en el ámbito laboral, donde se da una cuestión de género pues, en el Vilardebó, hay muchos funcionarios varones con éste problema”; “es una alteración de los vínculos, es una patología del vínculo, tiene que ver con las individualidades”...

Los psicólogos respondieron: “es una solución efímera que encuentra el sujeto en la desestabilización de su vida, pero puede ser eterna; es una mala construcción del objeto, pero hay un divorcio con el objeto”; “es una epidemia multifactorial y multisectorial”...

Las respuestas de las trabajadoras sociales fueron: “es una vía de escape, por ahí canalizan los problemas”; “es un problema de larga data en Uruguay y el mundo, que todavía no se ha solucionado y afecta tanto a varones como mujeres; la referencia para ellos es AA; somos todos culpables, pues es la droga más consumida, sobretodo en el interior”...

Los trabajadores sociales respondieron: “es un problema gravísimo que está naturalizado”; “como está naturalizado, en la sociedad contemporánea, no se identifica como problema y muchos lo ven como un modo de vida, pero termina siendo un consumo problemático para sí y para la familia”...

Las respuestas de las vigilantes fueron: “el alcohólico es el que consume”; “la gente esconde sus sentimientos en el alcohol, piensan que se pueden proteger así”...

Los vigilantes respondieron: “es un vicio, como todo”; “es un tema difícil, como todas las adicciones, el entorno es fundamental”...

Las respuestas de las funcionarias fueron: “está muy estigmatizado el tema del consumo, interrogamos poco, al borracho lo estigmatizamos mucho”; “tenemos una cantidad de vacíos y desesperanzas, que respondemos con depresión, consumo, etc, es específico de Uruguay”; “es una enfermedad gravísima, mi hermano era alcoholista, es fundamental el contexto familiar”; “es una dependencia biológica y

psicológica con muchas connotaciones culturales, desde la aceptación y el fomento del consumo”...

Sobre la pregunta de dónde podría estar el origen, las respuestas de las psiquiatras fueron: “es algo psicológico o cultural, se asocia a F60 o F32”; “es múltiple, pues hay factores psíquicos, sociales y familiares”; “es multifactorial, pero lo podría asociar a la Depresión, pues el alcohol es un ansiolítico casero que calma el desasosiego existencial”; “el origen está en una personalidad defectuosa u en otra patología psiquiátrica”...

Los psiquiatras respondieron: “es multifactorial, desde conductas aprendidas en la infancia a culturas mediterráneas que enseñan a beber”; “hay una cuestión cultural y por otro lado la personalidad del individuo”; “no hay una causa, hay factores biológicos, personales y sociales”; “es una cuestión cultural, desde que el hombre existe busca una sustancia”...

Las respuestas de las médicas fueron: “parte de una personalidad adictiva y de la sociedad”; “es espiritual, hay un vacío que se quiere llenar, unos buscan placer y otros dormirse; el origen es un dolor espiritual”...

Los médicos respondieron: “hay una predisposición genética, una causa social y otra cultural”; “es compleja, pero hay un disparador emocional”...

Las respuestas de las nurses fueron: “es cultural”; “hay una predisposición genética y factores sociales y biológicos”...

Los nurses respondieron: “tiene que ver con la cultura, se ve normal consumir por la sociedad”; “son cuestiones culturales, es la droga occidental por excelencia, está metido en nuestro ser”...

Las respuestas de las enfermeras fueron: “en el hogar”; “familiar y social”; “son varias, la realidad que siente el paciente, el abandono familiar, no tener espacio, la tristeza, la indiferencia de la sociedad ante ellos”; “es un problema y una

adicción social, es un modo de evasión, es cultural, en los que descendemos de españoles e italianos es normal tomar alcohol”...

Los enfermeros respondieron: “frustración, estrés”; “hay múltiples factores, cada vez hay más depresión que eso lleva al alcoholismo”; “en generaciones pasadas de grandes consumidores, somos los mayores consumidores de whisky per cápita del mundo”; “es cultural, está en la educación”...

Las respuestas de las psicólogas fueron: “en la constitución psíquica, le genera cierta vulnerabilidad”; “es cultural, ha sido de siempre, hoy nos preocupamos más y, como todo es público, se sabe”...

Los psicólogos respondieron: “orígenes ancestrales y atravesados por vicisitudes socioeconómicas y culturales; la búsqueda de estados alterados de conciencia; cada sociedad fomenta sus adicciones por ausencias y exigencias; se manifiesta individualmente pero afecta colectivamente”; “no se puede establecer el origen, hay una causa múltiple”...

Las respuestas de las trabajadoras sociales fueron: “en la familia, puede tener tendencia y no hace prevención”; “puede haber predisposición genética y socialmente es la más aceptada; es muy complejo; se toma para desinhibirse; parte del origen de la depresión, detrás del alcoholismo está la depresión”...

Los trabajadores sociales respondieron: “en la familia, hay un uso cotidiano en la familia y se naturaliza”; “es multicausal”...

Las respuestas de las vigilantes fueron: “pueden ser varios, por ejemplo la familia”; “en el alma de la persona, el dolor que tenés en el alma”...

Los vigilantes respondieron: “puede ser hereditario y luego las barras de amigos”; “es algo que nos falta y ‘tomamos’ eso que nos falta”...

Las respuestas de las funcionarias fueron: “genético, socio-cultural, familiar, sirve como automedicación para yugular la angustia”; “en la desesperanza y la depresión, en nuestra cultura melancólica, en lo energético”; “en la familia, mi padre era alcoholista y desde chico se vinculan a éste problema”; “es multifactorial,

con aspectos desde la aceptación social y el modelo, hay una naturalización del modelo de alcohol”...

En lo referente a qué piensan de la atención a estos usuarios en el Vilardebó, las respuestas de las psiquiatras fueron: “es inadecuada”; “no hacemos especial énfasis en el consumo de alcohol”; “no es buena, no es el lugar para tratarlos”; “es una atención mínima, es una desintoxicación mínima”...

Los psiquiatras respondieron: “es buena la atención y mala la hotelería, aquí dejan de beber por un tiempo”; “no está dirigida a estos pacientes, es incidental”; “no es la adecuada”; “es limitado lo que hacemos, no hay interacción con AA”...

Las respuestas de las médicas fueron: “no hay una atención específica o especial”; “no hay nada específico”...

Los médicos respondieron: “la atención es buena para la desintoxicación”; “sólo se logra la desintoxicación pero no la curación, porque el paciente vuelve a su entorno y no hay seguimiento”...

Las respuestas de las nurses fueron: “es muy escasa”; “recibimos a los pacientes muy deteriorados y está relacionado con la agresión”...

Los nurses respondieron: “no hay nada específico, solo se los aísla del consumo, no hay un equipo”; “se le brinda atención en momentos de crisis pero no hay continuidad luego en el tratamiento”...

Las respuestas de las enfermeras fueron: “no existe una atención específica, solo medicación, AA viene pocas veces a la semana”; “no es buena la atención, no hay un equipo preparado para estos pacientes”; “es muy difícil, el paciente tiene que poner mucho de sí, antes había una sala específica para tratarlos”; “es una atención positiva, antes la Sala 7, que es para agudos, era para alcohólicos”...

Los enfermeros respondieron: “desconozco”; “no hay una atención específica, van a AA los que quieren”; “con los recursos que hay es buena la

atención”; “cuando entre había muchos alcoholistas, se los desintoxica pero al tiempo vuelven; esto es un círculo los pacientes van y vienen”...

Las respuestas de las psicólogas fueron: “no hay una atención diferenciada, es farmacológica”; “no se les da corte, con suerte se lo trata como una adicción más, AA sigue siendo lo único viable”...

Los psicólogos respondieron: “desde un prejuicio, donde hay consumo de alcohol hay una profunda depresión; en el romance con el alcohol hay una catástrofe depresiva, es una casuística; nos quedamos prendidos al objeto sustancia”; “se aplica atención estándar, no hay nada individualizado, salvo las vitaminas; hay grupos de AA que el Hospital Vilardebó brinda el espacio pero no fomenta”...

Las respuestas de las trabajadoras sociales fueron: “es nula, solo la desintoxicación y no los seguimos”; “la mayoría son drogadictos; acá, con suerte, se los deriva a grupos de AA”...

Un trabajador social respondió: “es insuficiente, solo se desintoxica, no hay un abordaje interdisciplinario” y, el otro, respondió: “no he tenido experiencia”...

La respuesta de una vigilante fue: “en general, bien” y otra: “desconozco”.

Un vigilante respondió: “es buena” y otro: “no es buena la atención específica para ellos”.

Las respuestas de las funcionarias fueron: “nos quedamos cortos en la atención de las adicciones, tendría que haber una unidad especializada siendo el hospital psiquiátrico de referencia”; “horrible y para los alcoholistas peor, decimos mirá ahí viene ese borracho de mierda o cuando esté fresco venga que lo atiendo”; “cero, salvo que lo deriven a AA, es como la diálisis del problema renal”; “no es un hospital especializado en trastornos adictivos, hay una mirada discriminatoria y culpabilizadora, cada equipo aborda de una manera específica”...

Con respecto a cómo habría que tratar a estos usuarios, las psiquiatras respondieron: “hay que trabajar en equipo, realizando terapias individuales, grupales y familiares”; “en forma individual y abordaje familiar”; “acá trabajamos la desintoxicación pero no la deshabitación, tampoco coordinamos con AA”; “hay que abordarlos en forma ambulatoria, con la menor cantidad de psicofármacos o sin psicofármacos”...

Los psiquiatras respondieron: “de tratantes pasamos a cuidadores, cuidamos pacientes, pero no los podemos tratar, no tenemos donde derivarlos, los tenemos más tiempo para ser benévolos, pero estaría bueno coordinar mejor”; “hay que darles un tratamiento integral, con aspectos farmacológicos y no farmacológicos”; “con dispositivos de atención específicos, con múltiples factores terapéuticos”; “no hay una medicación que cure, ayuda una combinación de medicación, terapia y actuar con el medio”...

Las respuestas de las médicas fueron: “primero buscar la causa, derivarlos a AA, formar redes”; “el trato es diferente de tratar, tiene que ser con respecto, el adicto no es menos que el cuidador”...

Los médicos respondieron: “desde un equipo multidisciplinario con un seguimiento específico”; “mejorar la nutrición y administrar vitamina B1²⁴¹”...

Las respuestas de las nurses fueron: “hay que hacer un programa específico y priorizarlos”; “es una patología asociada con comorbilidad, acá no lo tratamos como alcoholismo lo vemos como una patología dual, sumado a la vulnerabilidad social”...

Los nurses respondieron: “en forma integral, habría que psicoeducar a la familia, el tratar debe tener un seguimiento”; “con equipos interdisciplinarios, abordando individualmente al paciente y su familia” ...

²⁴¹ La Tiamina es una de las vitaminas del Complejo B usada para tratar a los pacientes alcohólicos, entre otros, dado que participan en muchas de las reacciones químicas del cuerpo ayudando a las células a convertir carbohidratos en energía.

Las respuestas de las enfermeras fueron: “primero que nada educarlos”; “brindarles contención y apoyo”; “con el alcohol evaden los problemas, son pacientes depresivos”; “en forma separada, no es una enfermedad, forma parte de la sociabilidad, tiene que haber personal calificado”...

Los enfermeros respondieron: “una atención aguda para desintoxicar y luego un seguimiento, es fundamental la educación”; “farmacológico para ayudar la desintoxicación y apoyo psicológico”; “habría que realizar más trabajo psicológico, falta mucho trabajo con la familia”; “hay que tratarlos más formalmente, más protocolarmente”...

Las respuestas de las psicólogas fueron: “de base tienen algo de personalidad, la soledad, la falta de afectos, los miedos, etc, se refugian ahí, fragilidad interna”; “además de lo individual y farmacológico, lo grupal, como AA, es fundamental”...

Los psicólogos respondieron: “abordaje específico, pero no dentro del Hospital Vilardebó”; “no como usuarios de drogas ni del hospital”...

Las respuestas de las trabajadoras sociales fueron: “realizarles un seguimiento a esos pacientes, sobretodo en gente joven y derivarlos a la UNITRA”; “primero se los deriva, pero debe contar con una contención familiar; es fundamental el apoyo familiar; recuerdo el caso de un muchacho que tomaba los fines de semana y robaba”...

Un trabajador social respondió: “apuntar a focalizar el tema con AA y desde una terapia tratar de problematizarlo” y, el otro, hizo silencio.

Las respuestas de las vigilantes fueron: “primero comunicarse con la familia” y “con mucha paciencia y perseverancia”.

Los vigilantes respondieron: “normal, como toda enfermedad”; “tendrían que tener una terapia o atención particular”.

Las respuestas de las funcionarias fueron: “depende del paciente, hay varios abordajes”; “de la misma manera que a los demás, enfermería tiene que dejar fuera

sus sentimientos”; “rehabilitación, ocupar su máximo de tiempo y más días de AA”; “lo adictivo requiere una mirada comprensiva, con motivación del paciente y dispositivos específicos para tratarlos”...

A la pregunta de cómo habría que cuidarlos, las psiquiatras respondieron: “con redes de apoyo, trabajando mucho con la familia y AA”; “desde un control de los signos vitales, porque son pacientes médicos”; “al alcoholista hay que escucharlo”; “hay que cambiar pues estamos en una postura netamente asistencialista, tanto los médicos como los enfermeros, en que tratamos a los pacientes como pacientes médicos, como si fueran una neumonía, es decir, brindamos una atención entorno a la cama, que se quede quieto, el control de los signos vitales y la medicación”...

Un solo psiquiatra respondió: “con un sistema de cuidados acordes, una cosa es la persona hospitalizada y otra la ambulatoria”; por su parte los otros tres, en cada una de las entrevistas, me miraron e hicieron silencio...

Las respuestas de las médicas fueron: “primero desde el entorno, luego desde lo médico”; “darles herramientas para el autocuidado”...

Los médicos respondieron: “tendrían que tener psicoeducación y seguimiento en el tiempo”; “desde la atención domiciliaria”...

Las respuestas de las nurses fueron: “en forma integral”; “se desconocen a esos pacientes y no se les da importancia, habría que capacitar al personal y atenderlos en una sala específica”...

Los nurses respondieron: “habría que tratarlo como un paciente crítico, por lo conductual y por el síndrome de abstinencia”; “desde las redes del usuario, fortaleciéndolas, junto a su familia y referentes”...

Las respuestas de las enfermeras fueron: “personas que los contengan”; “cuidarlos en equipo”; “apoyo psicológico, escucharlos, medicarlos y vigilarlos”; “es difícil, porque repercute en la familia”...

Los enfermeros respondieron: “los grupos AA tendrían que ser específicos para estos pacientes”; “tendría que haber más contención, esto implica capacitar a enfermería, crear grupos que específicamente trabajen este problema”; “un cuidado integral bio-psico-social, tener en cuenta todas las puntas”; “es fundamental el seguimiento cuando están de alta”...

Ninguna de las dos psicólogas respondió, solo hubo silencio.

Los psicólogos respondieron: “el objeto droga tendría que ser concebido un objeto más de ese paciente”; “la solución tendría que ser grupal, con abordaje individual, pero fuera de la internación, podría ser en policlínica o centro diurno”...

Las respuestas de las trabajadoras sociales fueron: “el alcoholista llega a una etapa que pierde los valores y no se puede hacer mucho, ellos desbordan a la familia y quedan solos”; “la base está en la familia, ahí está el pilar, si no está es difícil, hay que tener voluntad”...

Un trabajador social respondió: “no solo con el fármaco, que ayuda, también con otros abordajes” y, el otro, hizo silencio.

Ambas vigilantes hicieron silencio.

Los dos vigilantes hicieron silencio.

Tres funcionarias hicieron silencio y una respondió: “fomentar los aspectos generales totales, como lentes, dientes, corte de pelo y barba, insistir en el aspecto físico”.

¿Qué aspectos le parecen adecuados de la atención del Vilardebó? Las psiquiatras respondieron: “hay buenos equipos y en general están bien dispuestos”; “hay afecto y buena comida”; “hay de todo, no se puede generalizar, pero en enfermería hay desconocimiento de la patología psiquiátrica, falta formación”; “lo bueno es que somos un referente de los pacientes, a veces codependientes, pues nos necesitamos mutuamente”...

Los psiquiatras respondieron: “el paciente, desde que entra hasta que sale, es bien controlado y medicado”; “hay recursos humanos como para hacer un tratamiento adecuado, a veces la dificultad es no tener un enfoque integral”; “los aspectos más orgánicos, como la medicación, paraclínicas, especialistas, son más positivos, están bien atendidos”; “lo positivo es la atención sobre la patología aguda”...

Las respuestas de las médicas fueron: “hay una atención humana”; “la mayoría está comprometida con la problemática de los pacientes”...

Los médicos respondieron: “esto es una patología frecuente y está sistematizado el protocolo de estos pacientes”; “se da una respuesta puntual pero no hay curación, se desintoxica pero vuelve a su entorno”...

Las respuestas de las nurses fueron: “el rápido acceso a la consulta”; “es un trato bastante humanizado”...

Un nurse respondió: “el apoyo farmacológico” y otro: “no tengo una respuesta”.

Las respuestas de las enfermeras fueron: “en general es buena la atención, uno mete mucho lo personal en el tratamiento”; “la contención del personal técnico y no técnico”; “excelente en estudios paraclínicos y en medicación”; “el único cambio positivo es el de Ropería, el resto está cada vez peor”...

Los enfermeros respondieron: “a pesar de la falta de recursos humanos se le da una buena atención a los pacientes”; “se trabaja en desintoxicar a los pacientes”; “es buena, dadas las condiciones adversas”; “es buena la primera atención que se les da cuando ingresan”...

Las respuestas de las psicólogas fueron: “en algunos servicios el abordar al paciente en equipo”; “hay dos líneas, una expulsiva y otra inclusiva, que es paternalista; lo social y lo ideológico convergen, cada técnico hace lo que quiere”...

Los psicólogos respondieron: “hay que pensar en salas, porque esto es un monstruo; es así aunque parezca egoísta, no hay protocolos para trabajar en

equipo”; “buena alimentación, han mejorado las condiciones de higiene... es difícil encontrar cosas buenas en el Hospital Vilardebó”...

Las respuestas de las trabajadoras sociales fueron: “se atiende, se desintoxica, se estabiliza y afuera”; “los grupos de AA tendrían que venir más asiduamente y hacerles un seguimiento”...

Los trabajadores sociales respondieron: “el esfuerzo de los equipos para abordar multidisciplinariamente; una asistencia digna”; “el intento de trabajo interdisciplinario, desde un vínculo horizontal; el respeto por el paciente”...

Las respuestas de las vigilantes fueron: “muchos pacientes que entran descompensados y salen saludando”; “en general, me parece correcta”.

Los vigilantes respondieron: “es buena, no super buena, se trabaja a pulmón”; “es buena, a pesar de todo”.

Las respuestas de las funcionarias fueron: “una atención de regular a mala, poca consideración con el tratamiento que reciben en policlínica, no te dan bola”; “ha mejorado mucho, hay humanidad en el trabajo y se conoce a los pacientes, hay escasez de personal y falta de límites del personal”; “la alimentación, la medicación y un buen laboratorio”; “adecuados eh... [silencio]... existe una intención, que tampoco es generalizada, de dar una respuesta a la demanda asistencial, hay una intención”...

¿Qué aspectos le parecen inadecuados de la atención del Vilardebó? Las psiquiatras respondieron: “que no les ofrecemos soluciones reales y ofrecemos internación en un mundo irreal, ficticio, violento e iatrogénico”; “se trabaja en forma compartimentada, fragmentada y no se tiene en cuenta al egreso la derivación del paciente”; “no hay formación pues incentivas formando a la gente; no se tiene en cuenta a la persona”; “falta aprovechar espacios, hay vicios institucionales, hay personal que no está preparado y rutinas que se han institucionalizado”...

Los psiquiatras respondieron: “no se trabaja con otras terapias psicológicas, mala hotelería y libre circulación de drogas”; “tener aspectos de rehabilitación desde el comienzo, con la UNITRA no hay interconexión”; “la incapacidad de gestionar el Hospital Vilardebó”; “el hospital queda a la deriva de una dinámica institucional que no está acorde a lo asistencial”...

Las respuestas de las médicas fueron: “no hay un seguimiento de estos pacientes, no hay un programa, no hay captación”; “falta un abordaje y una atención integral al paciente, hay mucha desidia junto a mucha reivindicación gremial”...

Los médicos respondieron: “como el objetivo es la fase aguda se hace un abordaje puntual y no en el tiempo”; “al alta el paciente vuelve a lo mismo”...

Las respuestas de las nurses fueron: “a los pacientes alcohólicos los discriminan, al alta se van a la calle a seguir tomando, no hay un seguimiento”; “hay un equipo multidisciplinario pero no se trabaja en forma interdisciplinaria, hay muchas profesiones pero no se trabaja en equipo, generalmente enfermería está relegada; en las reuniones de equipo no participamos; trabajamos a demanda, nos cuesta planificarnos, no obstante hacemos un trabajo de calidad”...

Los nurses respondieron: “falta el apoyo psicoemocional”; “no se tiene un correcto egreso del paciente, se los larga”...

Las respuestas de las enfermeras fueron: “las consultas de los pacientes con otras especialidades”; “la mezcla de los pacientes”; “no hay un manejo de las necesidades de los pacientes desde el punto de vista psicológico”; “no se fomenta la autonomía del paciente, que ellos se sientan útiles, pues para reinsertarlos hay que educarlos”...

Los enfermeros respondieron: “se los atiende en Sala, pero al irse de alta no hay un seguimiento y por no tener apoyo los pacientes recaen, es un círculo vicioso”; “hay condiciones adversas”; “faltaría grupos especializados en el tema, también en prevención; que salgan de aquí y se los pueda derivar a un centro especializado y que enfermería le realice visitas domiciliarias”; “hay una sobrecarga de enfermería que repercute en la atención del paciente”...

Las respuestas de las psicólogas fueron: “no hay un abordaje integral; hay una mirada unidisciplinaria; no hay un proyecto terapéutico individual”; “el alcoholismo se naturaliza, se lo estigmatiza al paciente alcohólico, otra vez éste borracho”...

Los psicólogos respondieron: “no se respeta el tiempo del paciente, el mismo queda rehén de la burocracia; esto es una locomotora, hay una mezcla irracional de situaciones clínicas; hay una discrepancia sociocultural y clínica; el “útero blanco”, como concebía la internación Pichon Rivière, hoy son métodos invasivos”; “los derechos de los pacientes, lo complejo de los tratamientos, no se tiene en cuenta la familia y las posibles redes”...

Las respuestas de las trabajadoras sociales fueron: “había talleres de psicoeducación para la familia, no están más, porque la misma Dirección los boicoteo”; “no tenemos mucho recursos, si no hay para lo que verdaderamente importa menos va haber para los alcoholistas”...

Los trabajadores sociales respondieron: “el no trabajo interdisciplinario de algunos equipos, sin relación horizontal, habiendo un dominio de la psiquiatría”; “las necesidades, intereses y problemas de los pacientes no se tienen en cuenta, tenemos lo mismo para todos los pacientes”...

Las respuestas de las vigilantes fueron: “hay pacientes que vienen a pedir pastillas para tomar con alcohol”; “los funcionarios nos olvidamos con quienes estamos tratando”.

Los vigilantes respondieron: “los funcionarios están muy sobrecargados”; “cambiar el relacionamiento humano, somos muy individualistas, cada uno hace la suya”.

Las respuestas de las funcionarias fueron: “no hay comunicación entre los diferentes equipos”; “falta formación y apoyo psicológico”; “el sedentarismo del paciente, habiendo espacios en el hospital, el cuidado del paciente”; “me cuesta responderte... [silencio]... porque tampoco es homogéneo, pero no se tiene conciencia clara que en el centro está el paciente, existen múltiples preconceptos

con respecto a la patología mental y se homogeniza a los pacientes y cuesta mucho trabajar en equipo”...

¿Qué haría para mejorar al Vilardebó? Las psiquiatras respondieron: “traería estudiantes de recreación y de lo que los pacientes pidan, pues acá hay mucho paciente crónico”; “primero poner en la cabeza gente capacitada y segundo una buena selección del personal”; “cambiar el modelo asistencialista biomédico, por uno en que el paciente sea el gestor de su trayectoria, pues el Vilardebó le quita a los pacientes sus habilidades y recursos”; “trabajo real en equipo y propuestas de tratamiento consensuadas con todo el equipo”...

Los psiquiatras respondieron: “en los cambios de guardia²⁴² no hay personal, un control más estricto sobre la agresividad”; “un abordaje integral del tratamiento, requiere revisar la atención y establecer pautas”; “poderlo gestionar mejor”; “hacer un plan del Vilardebó, preguntarnos qué y para qué, luego vemos, pues hoy no tenemos una visión, ni meta, ni objetivos”...

Las respuestas de las médicas fueron: “captar estos pacientes en sala para seguirlos”; “es fundamental definir procesos de actuación, pautas claras de trabajo y mucha educación”...

Los médicos respondieron: “hay un gran problema higiénico, junto a los pacientes hacinados y ociosos”; “hay que reconocer y apoyar a los equipos de sala, esto falta por parte de las autoridades, al sentirse valorado el funcionario se responsabiliza y compromete más”...

Las respuestas de las nurses fueron: “es prioritario el tema de educación”; “tienen que conformarse equipos de cada sala, donde haya recursos humanos acordes y todos sean importantes”...

²⁴² A las 0 horas, a las 6 horas, a las 12 horas y a las 18 horas, al cambiar los turnos de Enfermería y Vigilancia; y a las 8 horas al cambiar los turnos de Medicina.

Los nurses respondieron: “formación de un equipo especializado en estos casos”; “es positivo que tenga un área de rehabilitación, pero no se trabaja en forma coordinada; hay que capacitar al personal”...

Las respuestas de las enfermeras fueron: “cantidad y calidad no es lo mismo, pero que haya más funcionarios podría favorecer y que haya una mejor formación continua”; “educar a los pacientes para que puedan tener autonomía”; “las salas tendrían que ser más específicas, por un lado psicóticos, en otro adictos”; “más funcionarios, que haya un enfermero cada seis pacientes”...

Los enfermeros respondieron: “que se formen equipos de trabajo por Sala, que se profesionalicen a los enfermeros”; “cursos sobre alcoholismo, capacitar al personal esto es lo primero, pues no hay capacitación”; “mejorar la atención ambulatoria con un equipo interdisciplinario, que los visite y asista”; “tendrían que escuchar más la opinión de los funcionarios, las direcciones cambian, nosotros permanecemos y no nos escuchan”...

Las respuestas de las psicólogas fueron: “copiar lo que funciona, por ejemplo los grupos con familiares, aunque esto está muy mal visto entre los funcionarios del Vilardebó”; “fortalecer el trabajo en equipo y ampliar la mirada en rehabilitación, el usuario está en un último lugar”...

Los psicólogos respondieron: “yo lo cerraría, esto es una mierda; trataría que lo jurídico no pesara tanto sobre los criterios técnicos, para que la internación fuese breve”; “hay un gran problema epistemológico de imprecisión terminológica clínica, hay una gran falta de información y de formación”...

Las respuestas de las trabajadoras sociales fueron: “que todo sea más operativo, la burocracia tranca mucho el egreso de los pacientes”; “hay gente que le gusta venir y otra está desgastada, el mismo sistema te deprime”...

Los trabajadores sociales respondieron: “formaría y trabajaría en equipos para un abordaje integral”; “trabajar en forma interdisciplinaria, sin hegemonía del paradigma biomédico, desde una relación horizontal”...

Las respuestas de las vigilantes fueron: “necesitamos mejorar la capacitación del personal”; “la Dirección no les presta atención a los funcionarios ante las agresiones de los pacientes”.

Los vigilantes respondieron: “mejorar la recarga de los funcionarios”; “mejorar la parte humana, porque nos vamos deshumanizando y este entorno te transforma”.

Las respuestas de las funcionarias fueron: “tiene que haber más camas y personal de enfermería”; “lo primero es encontrarse con los equipos para ver que se necesita”; “hay muchos funcionarios, pero muy poco están con los pacientes, hay que rever esto”; “un trabajo sobre los aspectos conceptuales de los modelos de asistencia y dinámicas que favorezcan un clima de trabajo, como esperanzados de que nuestra tarea tiene sentido”...

En otras instituciones tienen un abordaje diferente: “no”, fue la respuesta de dos psiquiatras entrevistadas; las otras respondieron: “sí, en Izcalí, se trabaja muy diferente, allí se apunta a la deshabitación de la persona”; “en otras instituciones hay grupos y terapias individuales”...

“No”, fue la respuesta de dos psiquiatras entrevistados; otro refirió: “desconozco” y otro: “sí, en las mutualistas hay servicios especializados, pero claro, ahí te cobran todo”...

Una médica respondió: “desconozco”; y otra: “es lo mismo, acá se nota más porque están más tiempo internados”...

Ambos médicos respondieron que no.

Una nurse respondió: “en el Hospital de Clínicas funciona la UNITRA”; y otra: “no, es peor”...

Un nurse respondió que “no” y otro que “hay clínicas privadas con una atención más individualizada”.

Tres enfermeras respondieron que “no” y una: “en un Sanatorio los aíslan, acá sabemos tratarlos”...

“No”, fue la respuesta de los cuatro enfermeros.

Una psicóloga respondió: “lo único diferente es AA y la UNITRA”; y otra no respondió.

Los psicólogos respondieron: “sí, a nivel privado los tiempos son otros, mucho más rápido”; “sí, se hacen grupos con los adictos y pueden egresar y seguir vinculados allí”...

Una trabajadora social respondió que “no” y otra “en algunos servicios es diferente”...

Un trabajador social respondió: “en la UNITRA tenés un abordaje farmacológico y terapéutico con la familia y mejoran los que tienen una familia que los apoye” y, el otro, dijo: “desconozco”.

Una vigilante respondió que “sí, en INAU a los adolescentes se les busca una clínica para rehabilitarlos, acá no, me parece que no hacen rehabilitación”; y otra refirió “desconozco”.

Ambos vigilantes respondieron que “no”.

Las respuestas de las funcionarias fueron: “no, no muy diferente, nos quedamos cortos”; “no, en todos lados se trata horrible, salvo AA”; “no”; “no, lamentablemente el paciente alcohólico es abordado por otra causa médico-quirúrgica, no hay dispositivos específicos, la UNITRA es nueva”...

Con respecto a las sugerencias, las psiquiatras respondieron: “tendría que haber una enfermería capacitada y un equipo de psicólogos y asistentes sociales capacitados”; “el Vilardebó tendría que realizar solamente la desintoxicación y luego derivar correctamente, pero en esto último es donde fracasamos”; “hay que crear nuevos espacios para los pacientes internados”; “la mejor solución es cerrar el Vilardebó,

pues las dinámicas interpersonales que aquí se dan son incontrolables, no se puede tener a cientos de personas encerradas y hacinadas, así cualquiera se vuelve loco, sacando lo peor de las personas” ...

Los psiquiatras respondieron: “la importancia de un enfoque integral que esté contemplado en un enfoque sistémico”; “hay gente que trabaja muy bien y hay una buena tradición de conocimiento”; “hay que proteger a la gente joven, que no se queme, que tenga ganas de trabajar con estos pacientes y brindarles la posibilidad de desarrollarse”; “hay falta de formación específica en el área de enfermería psiquiátrica, falta proteger al personal, pues el contacto con estos psicóticos es enfermante; la larga estadía es negativa y la mezcla también; no es que los psiquiatras se vuelvan locos, es que los locos estudian psiquiatría”...

Las respuestas de las médicas fueron: “que se generen programas” y “políticas de estado”...

Los médicos respondieron: “el Vilardebó debe brindar mayor seguridad a sus funcionarios”; “el hecho de que el paciente se sienta bien o mal atendido va a depender del entorno del que venga”...

Las respuestas de las nurses fueron: “el tema del alcoholismo se minimiza, se rechaza socialmente; hay que capacitar al personal” y “tiene que haber políticas de estado”...

Los nurses respondieron: “que haya un equipo, por ser la droga más consumida y la que más problemas trae y no se le da importancia”; “al ser un tema social no tiene interés académico, por lo tanto no se les da mayor atención; trabajar en forma coordinada, capacitando al personal”...

Las respuestas de las enfermeras fueron: “la importancia de la educación”; “estoy en total desacuerdo con el multiempleo en Salud Mental”; “conozco al hospital desde hace cincuenta años, antes había policlínicas de atención y la gente venía a atenderse. Mi tía venía acá a ginecología. Recuerdo que el tío de una amiga venía al Vilardebó a tratarse por su alcoholismo, es decir, antes se hablaba que venían a hacerse un tratamiento acá por su adicción al alcohol. Antes sobre la calle

Santa Fe había talleres de carpintería, modista, lavadero, el hospital había quedado para los crónicos y el Musto para los agudos... luego, salvo en la medicación, no vi cambios en la atención, sigue todo igual”...

Los enfermeros respondieron: “falta capacitación, los funcionarios aprendemos a tratar a los pacientes a los ponchazos, por lo que traes con vos, de tu experiencia o forma de ser, pero el hospital no te ofrece una capacitación específica”; “trabajar con la familia, el alcoholista está carente de afectos y también divide a la familia, de parte de enfermería se necesita contener más a los pacientes, nosotros los medicamos pero no sabemos porque ese paciente consume”; “hay que mejorar el seguimiento y la atención ambulatoria”; “tendría que mejorar el tema capacitación y los funcionarios tendríamos que tener apoyo psicoemocional, siempre me preguntan: ¿ustedes tienen apoyo psicoemocional? Y, con tristeza, respondo que no”...

Las respuestas de las psicólogas fueron: “la primera instancia tiene que ser grupal, luego tendría que venir lo individual; saber adónde ir; el Hospital Vilardebó trata al alcohólico complicado, que arma lío, es decir el que viene derivado por orden judicial”; “hay que definir líneas estratégicas sobre la atención; acá no hay rehabilitación, curar es remitir la sintomatología para el Hospital Vilardebó”...

Los psicólogos respondieron: “formación del personal, al no haber formación cada persona lo aborda con su personalidad, así el funcionario mete su ‘ser’ y se termina quemando; hay una sobreimplicación y termina ‘chupando’ el psiquismo y así se quema; algunos lo tratan como ‘mi chiquito’ y otros los odian; eso con formación y técnicas se podría superar”; “trabajar lo que la droga es, más que el efecto; hay una relación directa: a mayor alcohol mayor depresión; el alcohol es un intento de reparación fallida a su personalidad; ‘los susurros del lenguaje’, hay una sutil relación a la palabra, relación sujeto-objeto”...

Las respuestas de las trabajadoras sociales fueron: “no contamos con recursos para derivar pacientes sin contención familiar y solo nos quedan las Colonias, en esto falla terriblemente ASSE”; “hay que motivar y estimular al

personal; la gente está desmotivada; en estos catorce años está cada vez peor; hay roles que no están bien definidos, psicología se mete en todo”...

Un trabajador social manifestó: “hay que focalizar el fortalecimiento de una visión integral del problema” y, el otro, hizo silencio.

Una vigilante manifestó: “tiene que haber más capacitación, éste es un hospital diferente” y otra hizo silencio.

Los vigilantes respondieron: “tendríamos que ser más tolerantes, esto tiene que ser vocacional, aunque, muchas veces, lo hacemos por dinero”; “podría hacer mucho más de lo que hago, mis compañeros me critican si hago algo de más, a lo que ellos piensan que tenemos que hacer”...

Las respuestas de las funcionarias fueron: “capacitar a enfermería, hay algo que no está funcionando”; “formar a los equipos en la atención al alcoholista, el alcoholista sufre, ponerme en el lugar del otro; hay tanto rechazo al alcoholista porque detrás de él está la violencia; hay que darle apoyo psicológico al personal; se necesita formación y espacios con terapeutas; es una hipocresía pues el alcohol es lo más consumido”; “la concurrencia a AA tiene que ser obligatoria, tener a todos los pacientes trabajando”; “tendríamos que tener más espacios de pensamiento, para tomar decisiones junto a los pacientes sobre sus proyectos vitales, terapéuticos, etc; antes había una cuestión más masculina del consumo, ahora hay una feminización... en el imaginario colectivo la gente piensa que en éste hospital se resuelven cosas... hay que dar respuestas”...

A modo de *unificar las visiones* de las cuarenta entrevistas a las funcionarias y funcionarios de las distintas disciplinas que conforman los Equipos de Sala, quisiera remarcar que, a mayor formación y experiencia de ejercicio profesional, hay mayores críticas a la atención que se brinda, en el Hospital Vilardebó, a los pacientes con dependencia alcohólica.

Varios piensan que este problema es psicológico, cultural y social; encontrando, mayoritariamente, en estas tres dimensiones el origen de la dependencia; por lo que consideran inadecuada la atención que se les brinda. Se concibe, desde las diversas disciplinas, a la persona como un ser bio-psico-social, pero luego la atención es mayoritariamente realizada desde una perspectiva *biomédica* dejando, a un lado, la perspectiva de las *humanidades médicas*...

Con respecto a cómo tratar a estos pacientes, se visualiza la importancia del trabajo en equipo, la psicoeducación de los pacientes y una correcta derivación de los mismos; y pasa, también, con estas tres cuestiones, que se las ve como los aspectos inadecuados de la atención, dado que no se reflejan en la práctica; junto a la “mala gestión”; la burocracia; la falta de capacitación y formación del personal nuevo que ingresa (particularmente de enfermería y vigilancia); y la carencia de apoyo psicoemocional a los trabajadores.

A la hora de hablar de cómo “cuidar”, es sugerente notar que varios de los profesionales entrevistados hicieron silencio...

Los funcionarios especulan que “hay buenas intenciones”, para llevar adelante su función; que se les ofrece una desintoxicación a los pacientes, donde prima lo farmacológico y valoran, también, el trabajo que realiza el grupo de AA. No obstante, son críticos con el trabajo fragmentado; con la burocracia; con la inadecuada gestión hospitalaria; con la falta de formación, capacitación y apoyo psicoemocional al personal y con el inadecuado egreso de los pacientes; siendo las mejoras de estas percepciones las sugerencias que proponen para optimizar la atención brindada.

Por último, muchos reflexionaron que, salvo “Izcali” o la “UNITRA” (que alguno preciso: “recién empieza”), no ven que en otras instituciones el abordaje sea diferente para estos pacientes.

Capítulo XVI

Prácticas psiquiátricas

Una mañana, conversando con un auxiliar de Enfermería, que ese día cumplía 65 años y, por lo tanto, se jubilaba luego de más de treinta años de “manicomio”, le pregunto cómo se sentía y qué mensaje me dejaba. Me responde: “me voy bien... y el mensaje que te dejo es que el día que descubriste que esto es un manicomio, en todo sentido, es decir de pacientes, familiares, funcionarios, institución y sus relaciones... ese día, sos feliz”...

Desde ese “manicomio mental” (Pelbart, 1990), recuerdo una noche que, luego de un partido de fútbol por la copa Libertadores de América en que ganara un equipo uruguayo, llaman telefónicamente por segunda vez de Dirección (ya habían llamado antes del partido para saber si había camas libres en sala de seguridad masculina), pues había que ingresar a un paciente recluso y se les había informado que la capacidad estaba colmada (38 pacientes), volviendo a preguntar si hay “camas libres después del partido”, a lo que recibe como respuesta que “la cantidad de pacientes en sala de seguridad sigue siendo la misma, pues por más que quieran no van a salir a festejar”... y se responde, “tiene razón”...

Otra fría y lluviosa noche de invierno, una médica psiquiatra que iba a realizar un “llamado” a sala de seguridad femenina, al cruzar el patio que da acceso a dicho servicio, es mordida y herida por un perro de una jauría que allí “vivían” y que eran alimentados y cuidados por personal médico y no médico del hospital. Lllaman telefónicamente de Dirección solicitando que “se conforme un equipo para

sacar los perros del patio, llevarlos a la cancha de fútbol (que se encuentra en los fondos del hospital) y que no salgan de allí”. La respuesta fue, “podemos correrlos del patio, pero va a ser difícil que se queden en la cancha”...

Conversando con un médico psiquiatra me contaba que, una vez le había tocado periciar, por orden judicial, a un paciente recluso que había cometido dos homicidios, una persona con un “brutal trastorno de personalidad”, según el profesional; en un momento éste le pregunta al paciente: “¿qué es lo importante para usted en su vida?”, a lo que recibe por respuesta: “tres cosas doctor: vino, sexo y Peñarol”... y reflexiona el galeno: “le tuve que informar al juez que ese hombre estaba sano”... [risas]...

Dialogando con otro médico psiquiatra, le pregunté cómo hacía para determinar o diagnosticar si una persona, a nivel emocional, tenía alguna alteración en su salud mental. La respuesta fue, “es fácil, pues yo soy el fiel de la balanza; si está más triste que yo, entonces está cursando un episodio depresivo; si está más contento que yo, entonces está cursando un episodio maniaco”... [risas]²⁴³...

Una tórrida mañana, un paciente arroja, desde una ventana del sector de internación masculina, una colilla de cigarro encendida que cae sobre las calientes chapas plásticas que están sobre el enrejado del patio interno de la sala de seguridad masculina... se comienzan a quemar las chapas y comienza a entrar humo por las ventanas... un vigilante lo apaga con un extintor... las enfermeras sacan a los pacientes hasta la entrada de la morgue... el panorama es dantesco. La imagen es: los pacientes tranquilos, sentados en el piso y fumando, un paciente en silla de ruedas y, a su lado, una enfermera fumando y emocionalmente desequilibrada...

²⁴³ “La presencia de un trastorno mental restringe el espectro de los comportamientos posibles, un maniaco no puede evitar un comportamiento acelerado y expansivo, un depresivo no puede bailar y cantar alegremente” (Romano, 2013: 15).

Otra anécdota. Una enfermera me relata que, hace veinte años, cuando estaba trabajando en sala de seguridad femenina, “había una paciente internada que, cuando ella se descompensaba, a la medianoche sonaban las doce campanadas; eso solo sucedía cuando se descompensaba esa paciente”...

Otra mañana, en un cuarto fuerte de sala de seguridad masculina, un paciente psicótico acusado de terrorista por haber asesinado un comerciante judío en Paysandú, reza en silencio, mientras que en la sala, dos enfermeros y tres vigilantes (y no “siete” como dice la prensa) se “ríen” de un enfermero por su manera de actuar; en el patio central una cantante de cumbia está realizando una presentación para pacientes y funcionarios y en un consultorio, de una sala de internación, un grupo de profesionales, de las distintas disciplinas, estudian y reflexionan sobre una nueva epistemología en psiquiatría... de la oración, pasando por la burla y el baile, a la reflexión... y así pregunto: ¿qué es el Vilardebó?... y un psicólogo me responde: “es todo eso... es como el Uruguay”...

Vilardebó: siete guardias vigilan al asesino de Paysandú

Se espera otra
pericia sobre su
salud mental

El asesino del comerciante sanducero David Ermd está internado en una celda de máxima seguridad del Hospital Vilardebó, vigilado por siete guardias y medicado. También

está siendo enfocado las 24 horas por cámaras de seguridad. Fuentes del centro de salud señalaron a El País que se está a la espera de una pericia del Instituto Técnico Forense (ITF),

para confirmar el diagnóstico inicial que da cuenta de que sufre varias patologías mentales. La primera pericia que se le llevó a cabo a Carlos Peralta un día después del asesinato que

cometió en el centro de la ciudad y a plena luz del día, da cuenta de rasgos de personalidad esquizoparanoicos y psicopáticos, además de síntomas depresivos. NACIONAL / AB

Figura 14. Detalle de la portada del Periódico “El País”, edición del martes 15 de marzo de 2016 (Extraído de: <https://www.elpais.com.uy>. Fecha de acceso: 15 de marzo de 2016).

Otro día, se prende fuego una enfermería. Se congregan varios funcionarios en dicho servicio, todas opinan, sacando fotos con sus celulares; pero “nadie” llama a los “jefes de servicio”, ni a los bomberos, porque refieren que “no tienen su teléfono” y, además, que no les “corresponde”... hasta que, como siempre, alguien

con mayor sensibilidad y conocimiento, actúa “haciendo” las llamadas correspondientes...

También los prejuicios están a la interna del personal; así a una nurse le roban su billetera, pensándose, enseguida, que había sido “uno de limpieza”... y después se sabe que había sido un médico “adicto” a la cocaína...

Sobre la atención brindada, una enfermera me narra, angustiada, sobre el mal trato de otra enfermera hacia una paciente del sector de internación femenino. Dicha paciente estaba internada por un problema de adicciones y, además, practicaba boxeo; y la enfermera tuvo que contener a la paciente para que no golpeará a su colega. Y se preguntaba: “¿qué hago?, pues tengo que cuidar a la paciente y a la enfermera”... la importancia del cuidado es crucial para la disciplina enfermera²⁴⁴...

Conversando con una médica psiquiatra, sobre la relación entre “policonsumo” (F19) y “trastorno de la personalidad” (F60), me plantea que un alto porcentaje de las personas con policonsumo, padecen previamente un trastorno de personalidad y que, el consumo, apunta a “resolver” ese trastorno. Le pregunto cómo se diagnostica el “trastorno de personalidad”. Me responde, “eso depende de cada psiquiatra, pero para mí, es claro que a estos pacientes no hay que internarlos, porque es contraproducente para ellos y para los otros pacientes” ...

Hablando con otra médica psiquiatra, me dice que la mayoría de sus colegas están para la *psiquiatría biológica*. Explican todo a partir de elementos específicamente biomédicos y, por ende, los tratamientos son exclusivamente farmacológicos, sin “escuchar” a los pacientes. Y refiere, “¿cuántos pacientes no

²⁴⁴ Siendo paradójico que, por esos días, hubo un llamado del MIDES para coordinadores del “Plan de Cuidados” y solo requerían profesionales de las ciencias sociales... para nada mencionaban a ninguna disciplina del área salud, siendo la enfermería el “arte de cuidar” (Collière, 1993).

ingresarían a internarse al hospital si solamente los escuchara veinte minutos el “psiquiatra” que los atiende?²⁴⁵...

Esto último coincide con una queja planteada en reiteradas oportunidades por varios pacientes y explicitada, por uno de los pacientes entrevistados, al decir que “los psiquiatras no te escuchan... cuando llegas al Vilardebó, miran tu historia, lo que te escribieron otros antes y, sin escucharte, te mandan tal medicación y, si te quejas, te levantan en la aguja”... vemos así la marca del diagnóstico que produce un *estigma* en los pacientes (Goffman, 2006 [1963]); quedando así instituido en el individuo este diagnóstico estático; pero si pensamos en la persona como un “ser en devenir” (Comaroff y Comaroff, 2013), el diagnóstico tendría que tener, cuando se pueda, la posibilidad de ser móvil, puesto que la persona cambia...

La palabra alemana *leitmotiv*, nos recuerda que “el tema central” de los discursos “psi” es el “trabajo en equipo”. Todos refieren lo fundamental que es... pero, en la práctica, la mayoría de los funcionarios realizan (con suerte) lo estrictamente necesario a su función (descripción de cargo), excusándose o justificándose, la más de las veces, en “a mí no me corresponde”, si se les solicita realizar “algo” diferente... y este es el correlato, a nivel de funcionarios, de toda la burocracia asistencial... esto lo pude observar con varios integrantes de los equipos de Sala, algunos que entrevisté, que “hablaban” mucho del trabajo en equipo pero que, al pedirles algo, “explotan” refiriendo “a mí no me corresponde”...

El “trabajar en equipo”, es un discurso extendido entre los funcionarios, pasando por los mandos medios y/o técnicos y agudizándose en el equipo de Dirección. A este discurso lo acompaña la retórica de “rehabilitar a los pacientes”. Lo primero, en la práctica, casi no existe, y lo segundo, tampoco. Con respecto a esto último, si bien se hace todo un discurso sobre “pensar la atención del paciente

²⁴⁵ “La entrevista es la herramienta semiológica fundamental en psiquiatría, las condiciones en las que ésta se realice determinan en parte los resultados. Muchas veces las condiciones de trabajo y el tiempo de entrevista están limitados, pero un médico dispuesto a una escucha atenta optimiza el tiempo y las condiciones, posibilitando una mejor calidad de atención” (Romano, 2013: 14).

con cabeza de alta”, es decir, buscando la “rehabilitación” de su salud mental y la reinserción social, luego, en la práctica, solo se atiende la fase aguda de la enfermedad. Si bien es cierto que es un hospital de “agudos” pero, los promedios de estadía de internación se han incrementado un 100% los últimos cinco años, con un 70% de pacientes “judiciales”, los tiempos de internación se cuentan por meses o años... tratándolos, casi siempre, de la misma manera, como en la fase aguda...

No hay planteos sistematizados de rehabilitación, que podría contribuir a una curación, en el tiempo, de la persona, sino que solo se desintoxica al individuo. Esto hace, al no tener claras las metas asistenciales, que esas políticas reactivas conlleven una total improvisación, que nos hacen pensar otra vez en el “manicomio mental”... De esta manera el hospital ofrece una “medicina mental” (Menéndez, 2012a; Foucault, 2014), pero hay que plantear una “salud mental”. Y esto se podría ir logrando, dejando el reduccionismo biomédico, con que se asiste al individuo, para irnos ampliando buscando la *densidad personal* (Foucault, 2012a [1964]) de los pacientes...

Las agresiones físicas, también, acompañan casi a diario las prácticas asistenciales. Así, una paciente del sector de seguridad femenino agrede a una enfermera y a una vigilante. La Federación de Funcionarios de Salud Pública (FFSP)²⁴⁶, pide treinta enfermeros más para los turnos más alejados (vespertino y noche), cuando el turno vespertino es el que más funcionarios tiene, y en la mañana hay mayor volumen de trabajo y menos personal; pero el “vespertino es capaz de pararte el hospital”, por el peso sindical que tiene el turno, refieren algunos funcionarios... pero considero que, estas situaciones no se arreglan solamente con mayor personal si al mismo no se le brinda capacitación para la tarea y una posterior formación continua, conjuntamente con apoyo psicoemocional, sino es más de lo mismo, pues se los fagocita la estructura...

²⁴⁶ Asociación gremial de los funcionarios públicos del área Salud, afiliada al Plenario Intersindical de Trabajadores - Convención Nacional de Trabajadores (PIT-CNT), que es la central sindical única de Uruguay.

Otro ejemplo (analizado anteriormente desde la perspectiva de los pacientes), al suceder un motín en sala de seguridad masculina, una integrante del equipo de Enfermería que estaba al momento de suceder el mismo, por salir en la prensa diciendo que la dirección ninguneó a los funcionarios de sala y fue “lenta” para pedir apoyo policial (cuestiones ambas que sucedieron de esa manera), entre la Dirección, la jefatura de Enfermería y Comisión Interna²⁴⁷, se la denuncia ante ASSE por “incentivar el motín y dar declaraciones falsas a la prensa” y se le inicia un sumario... pero, al tener la enfermera un prestigioso abogado defensor, rápidamente todo queda sin efecto, con la condición de que “no hablara más con la prensa”...



Foto 21. Autor desconocido. Vista del patio interno de Sala 11, luego del motín (Extraído de fotos enviadas por grupo de WhatsApp. Fecha de acceso: 26 de abril de 2016).

²⁴⁷ Núcleo sindical del Hospital Vilardebó, perteneciente a la FFSF (PIT- CNT).

Estas incoherencias son planteos corrientes. Un día sábado comienzan los enfermeros que van a Cárcel Central, donde en el piso 6° se creó una sala para asistir a doce pacientes procesados imputables, trasladándose, también, a los pacientes a ese lugar. La improvisación es total, sin “planificación” y con una total “irregularidad” en el “llamado interno”, para ocupar los tres cargos de auxiliar de Enfermería y un cargo de licenciado en Enfermería, por turno²⁴⁸, con un 10% de aumento salarial más que en Vilardebó, pero menos que los que trabajan en las enfermerías de las cárceles. Y varios funcionarios refieren que, “el llamado lo digitó Comisión Interna”²⁴⁹, “dándose el acomodo, con la complacencia de la Dirección y de la jefatura del Departamento de Enfermería”. Esto generó malestar entre los funcionarios que “quedaron” en el Vilardebó... en este contexto las autoridades del hospital le plantean a los enfermeros, del Vilardebó, que no se puede tomar mate durante el trabajo, generando mayor disconformidad aún... lo que llama la atención, es que el Plan de Gestión apuntaba a la “motivación del personal”...

Pues en ese tiempo, el plan de gestión del Departamento de Enfermería es la “motivación” del personal a su cargo; cuando la principal dificultad del personal de enfermería es la desmotivación. Particularmente las enfermeras están “saturadas”. Se automedican con psicofármacos, tienen problemas de salud mental ellas o su entorno más inmediato y la institución no les ofrece ningún tipo de ayuda; aunque haya un Departamento de Salud Laboral (con un médico, una psicóloga, una licenciada en Enfermería, un auxiliar de Enfermería y un administrativo) y “nunca hacen nada”, refieren muchas enfermeras...

Otro tanto sucede con la capacitación (al nuevo personal) y la formación continua (a los que hace tiempo que están). Así, durante el verano de mi trabajo de campo, hacía más de un año que el Departamento de Capacitación no brindaba un curso, por certificación médica prolongada de su única integrante (una licenciada en Enfermería). En ese tiempo, habían ingresado, muchos nuevos funcionarios en

²⁴⁸ Siendo esta la relación acorde según la OPS (2011).

²⁴⁹ Es decir, el núcleo sindical.

enfermería y vigilancia, como suplentes, con “contratos chatarras”, por lo tanto, sin “seguridad” laboral y sin ser capacitados para trabajar en un servicio tan específico; lo paradójico era que las licencias o certificaciones médicas de los “cargos de gestión” se cubrían... entonces la pregunta: ¿por qué no se cubrió un cargo clave como el de capacitación?...

Y otra vez la improvisación... después de casi dos años (sin cursos) se anuncia que comenzará un curso obligatorio para el personal; sin planificación, ni tema, ni docente y “comenzará” el viernes... y, obviamente, no se realizó, quedando hasta nuevo aviso...

Pero estas *perspectivas esquizofrénicas*²⁵⁰, no solo acompañan la interna “manicomial”, sino también, a otros con un discurso “antimanicomial”. Así, una referente de “Radio Vilardevoz”, estudiante avanzada de Psicología y encarnizada defensora del cierre del Hospital, un día me viene a plantear que se quiere presentar a un llamado para ingresar como administrativa en el Vilardebó, refiriéndome: “me encantaría trabajar en el manicomio”...

Otra vez en la Emergencia, una psicóloga, que viene a atenderse como paciente, increpa a un enfermero porque, según ella, “le gritó a una paciente”, hablándole de los derechos de los pacientes... y obvio, la mandan hablar con “el nurse”... la mujer, exaltada y verborreica²⁵¹, me comienza a increpar, diciéndome que ella era psicóloga y educadora y que yo le “festejaba al enfermero”, y que nos iba denunciar a ambos porque ella “tenía contactos”. En un primer momento intenté ofrecerle un espacio de contención y escucha; luego, como es su derecho, le di los nombres de los involucrados y le planteé que procediera según su parecer... reflexionando sobre esta situación, luego de haber conversado con el equipo de Enfermería sobre la misma, analizaba cómo la mirada desde un “paradigma” (la

²⁵⁰ La palabra “esquizofrenia”, fue acuñada por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1857-1939); extraída del griego y formada por *σχίζω* (*skhizein*, que significa dividir, rajar o separar), *φρεν* (*phren*, que significa entrañas, alma y/o mente) y el sufijo *ia*, que indica cualidad; por lo que podríamos traducirla como “mente partida”...

²⁵¹ Signos que se utilizan, en la atención hospitalaria, para valorar a una persona en su salud mental.

psicóloga en su discurso defendía el cierre del Vilardebó), hace que “proyectemos” sobre la realidad a observar nuestro “marco teórico”, convirtiéndonos, a veces, en lo que intentamos revertir... esta profesional, en la práctica, terminó siendo “autoritaria al igual que el enfermero” que, según ella, había actuado de esa manera con la paciente... esto nos llevó a conversar, con algunos profesionales del hospital, sobre la violencia que, algunas veces, hemos sufrido por parte de los familiares u otros implicados en la vida de los pacientes...

Con prensa y discursos de autoridades, en el segundo invierno de mi trabajo de campo, es reinaugurada la Unidad de Salud Mental del Hospital Maciel, con una capacidad de ocho camas de internación... en un momento del discurso, las autoridades dicen que con esto se lograrán cerrar las colonias (que albergan a 800 pacientes) y al Vilardebó (con 335 pacientes)... no solo los números son muy dispares, sino y sobretodo, las características de los pacientes son diametralmente opuestas... estos pacientes del Maciel, son “pacientes VIP” al lado de los pacientes del Vilardebó, dado que para “quedarse” en esa nueva unidad tienen que tener un familiar que los acompañe a permanencia durante su estadía hospitalaria... mientras que la gran mayoría de los que “dejan” en el Vilardebó, no tienen familia continente, están en situación de calle o son dejados “en depósito” por el Poder Judicial... y, por supuesto, ni qué hablar de las Colonias, donde esto último está exacerbado...

En una entrevista radial el director de Salud Mental de ASSE, dijo que apenas se apruebe la Ley de Salud Mental se quiere cerrar el Vilardebó. Llamó la atención, de algunos viejos funcionarios, el *aggiornamento*²⁵² del discurso de este médico psiquiatra, dado que cuando él estuvo en la dirección del Vilardebó, “la situación era más o menos la misma que en la actualidad”, afirmaron ... y en el Vilardebó la mala gestión va acompañada siempre de “rumores”, para todos los

²⁵² Término italiano, utilizado durante el Concilio Vaticano II (1962-1965), y popularizado por los canonizados pontífices Juan XXIII y Pablo VI, como el deseo de “actualizar” un viejo discurso...

emergentes, como que “a partir de ahora no se contratarán más suplentes (para cubrir licencias o certificaciones médicas), ni personal”...

En un semanario capitalino²⁵³, salen denuncias a la jefatura de Enfermería sobre “acoso laboral” y a la Comisión Interna sobre “despilfarros y corrupción”, con la anuencia de la Dirección...

Por otra parte, es interesante un titular de un diario capitalino²⁵⁴, que decía: “huevos, harina, mucho alcohol y 680 nuevos médicos”; haciendo referencia a una nueva generación de egresados de Facultad de Medicina (UdelaR)... por lo que, el consumo de alcohol, tiene también su lugar dentro de los trabajadores de la salud... así, una fría noche en que me encontraba con mucha tos, una enfermera (que era muy correcta como profesional), al verme en ese estado, me dice: “tengo para vos un remedio casero que te hará muy bien”. Asiento y le agradezco. Ella saca una petaca de su campera, me coloca un poco de líquido en un vaso descartable y me lo entrega. Yo bebo y le digo: “¡pero es grappa con limón!”. Ella me mira y se ríe: “claro, es lo mejor para ese estado en que estás”... [risas]...

Luego de muchas denuncias y juicios laborales, porque los funcionarios no pueden usufructuar la media hora de descanso, los funcionarios dependientes del Patronato del Psicópata²⁵⁵ comenzarán “el próximo lunes”, a tomarse la media hora de descanso correspondiente, siendo supervisada por los mandos medios... pero, como por lo general sucede, queda sin efecto, porque todavía no hay un espacio físico apropiado (como por ejemplo un “comedor”), para poder realizar allí el descanso laboral; recién un año después de esta resolución se habilitó el comedor... lo que se sigue esperando, por parte de los enfermeros varones, es tener un vestuario

²⁵³ Semanario “El Bocón”, 16 de junio de 2016.

²⁵⁴ Periódico “El Observador”, 1º de agosto de 2016.

²⁵⁵ La Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, fue creada por la Ley N° 11.139, del año 1948, con el objetivo de proteger a los “enfermos mentales”, promover su “integración a la sociedad” y “apoyar a sus familiares”.

donde cambiarse, pues en el año 2012 el vestuario masculino se utilizó para guardar historias clínicas por parte del Departamento de Admisión, y en forma provisoria, se lo traslado al baño de funcionarias/os de Sala 8 (sector de internación masculina), donde más de seis años después, continua allí, cuestión esta que al asumir una nueva dirección en 2012, iba a resolver antes de cuatro meses... en palabras de un “viejo” funcionario, “acá lo provisorio se hace permanente”...

Otro aspecto fundamental a destacar, durante el trabajo de campo, fue percibir un co-gobierno entre Dirección y Comisión Interna²⁵⁶. En varias oportunidades, en que los funcionarios habían actuado en base a los protocolos existentes, desde la presidencia de la FFSP llamaban para presionar a los funcionarios para que accedieran a los pedidos de Dirección que “no les correspondía”, llamándose luego desde la dirección de Salud Mental de ASSE amenazando a los funcionarios, que actuaban a reglamento, con iniciarles sumarios...

Cuando la gestión hospitalaria, como ocurría durante nuestra investigación, se da en co-gestión, Equipo de Dirección-Comisión Interna, la burocracia se acrecienta, haciéndose casi “omnipotente” y termina desdibujando la visión, misión y metas asistenciales y, muchas veces, se reduce al acomodo funcional y al aumento de “recursos humanos”, sin que ello lleve aparejado una mejor atención a los pacientes²⁵⁷...

Un ejemplo de este acrecentarse... un día una mujer que había estado internada un período prolongado, hasta hacía poco tiempo, con diagnóstico de F70 (retardo mental leve), viene por Emergencia, porque necesita tramitar la pensión

²⁵⁶ A veces las direcciones (sobre todo durante el período de los años 2010-2015), eran elegidas por la misma Comisión Interna, no por sus aptitudes para la gestión hospitalaria sino por su soporte sindical.

²⁵⁷ Un artículo publicado en el Periódico “El Observador” (16 de julio de 2016), nos plantea el riesgo de “peronización” de los sindicatos, como extensión de la burocracia y abiertos a la corrupción.

por discapacidad; allí no la atienden y la envían a policlínica (para que le den fecha de consulta); de allí, sin atenderla, la derivan a Egreso; de allí a Atención al Usuario; de allí a Emergencia para que “la vea un psiquiatra”; después de ser valorada (es decir, se le hizo un resumen del “resumen de su historia clínica” que era una hoja de “resumen de alta” que ella traía consigo), se la envía a Egreso que a su vez la deriva a Policlínica, para que le den fecha y hora para consultar con un psiquiatra...

Pero, ante la muerte de un paciente desaparece la burocracia institucional, pues nadie se quiere hacer “cargo” de avisarle a los familiares: ni Admisión, ni Servicio Social, ni Enfermería, ni Medicina... generalmente son aquellos funcionarios, más sensibles a una dimensión “humana”, recordando que para Ser Humano hay que *ser humano*, los que toman la iniciativa y le avisan a la familia...

Una observación, efectuada durante el primer abril de mi trabajo de campo, donde una noche un joven con “retardo mental” y que padecía, también, un proceso oncológico falleció. A este paciente cuando se le había querido dar de alta (un tiempo antes), su familia no lo quiso recibir, aduciendo que el mismo había sido violado en el Vilardebó, pero cuando se lo llevó ante medicina forense esto no fue constatado, pero, igualmente, salió en la prensa; por lo que, desde las autoridades, lo “institucionalizaron”. Y la “burocracia institucional” desapareció a la hora de informar a los deudos. Recién al mediodía siguiente, un funcionario, le avisó a su familia, que vino a buscar las “pertenencias” (cobrando una pensión mensual de 7800 pesos uruguayos, en un año de internación el monto ascendía a más de 90.000 pesos uruguayos, es decir, un poco más de 3000 dólares). Así observamos la cara oscura de la “omnipresente burocracia”, que hace silencio, para que se haga silencio y no se siga denunciando a esta desacreditada institución total.

Se percibe que la *cogestión* hospitalaria va, poco a poco, ahogando a esta institución total; llevando a una *congestión* burocrática que es inoperante y donde, según la conveniencia, prima, a veces, la atención de los usuarios y, la mayoría de

las veces, los reclamos sindicales, que se pueden sintetizar en lograr los mayores beneficios realizando el mínimo esfuerzo pues, varios me lo plantearon, “para eso me afilié”...

De ahí que la política de la gestión hospitalaria sea *reactiva*, es decir se reacciona ante un problema emergente (funcionarios) o se centra en el episodio de malestar (pacientes); pero no es *proactiva*, desde una postura preventiva, pensada desde la planificación y centrada en la persona y su contexto...

Desde la Dirección se hace hincapié en lo inmediato, en lo urgente, es decir se “reacciona” ante los problemas; en cambio habría que tener una mirada desde la planificación y prevención, encarando la atención, o tratando de encararla, desde “dentro”... pero, lo que se observa, es que hasta que los pacientes o funcionarios “estallan”, es muy poco lo que se hace...

Desde este “equipo de gestión”²⁵⁸ plantean, por ejemplo, que el problema en enfermería está por la ausencia de un “líder”; pero no se resuelve con un “buen capataz”, sino con motivación, capacitación, formación continua y apoyo psicoemocional; lo paradójico es que este hospital es el referente para la atención y formación en salud mental y eso no se le ofrece a sus funcionarios...

Con respecto a las distintas direcciones, si tomamos el período que utilizamos para la estadística, 2010-2016, y nos extendemos a fines de 2018, en estos ocho años, ha habido seis directoras/es, permaneciendo por más tiempo, quien se desempeñó durante nuestro trabajo de campo, que estuvo del año 2012 al año 2016... de ahí, el planteo de los funcionarios cuando refieren “las direcciones pasan pero nosotros quedamos”, fundamentando así el conocimiento del campo laboral... y, por supuesto, cada nueva dirección trae consigo nuevos “asistentes” o “adjuntos”, que, prácticamente, no conocen esta realidad; y comienzan las improvisaciones, sin un diagnóstico de situación pormenorizado, que le permita conocer la situación hospitalaria, para gestionarla desde una planificación sostenible...

²⁵⁸ Como se hacen llamar desde un enfoque empresarial.

Otra observación. Un día la Dirección me solicitó que acompañara una visita que iba a realizar la Dirección de ASSE a salas de seguridad. Llegó la presidenta de ASSE, acompañada por tres personas muy jóvenes. Me sorprendió cuando la presidenta de ASSE me los presentó como “mis asistentes” y, observé como, en la mochila de cada uno de los jóvenes brillaba el “pin” con la escarapela de la Juventud del partido al que pertenecía la presidenta de ASSE.

Eso pude “palpar” durante el tiempo de pesquisa, que la inoperancia en la gestión asistencial es directamente proporcional al aumento desproporcionado de cargos políticos directivos, por la sencilla razón que no hay *gestión* sino *congestión*²⁵⁹, como veíamos... donde aquellas promesas electorales de “solo se entrará por concurso”, luego en la práctica hospitalaria se observa cómo se acrecentaron los cargos de gestión por “cuota política”, sin saber “ni quiénes son, ni para qué están, eso sí, con sueldos gerenciales”, al decir de algunos funcionarios... simplemente, a modo de ejemplo, cuando comencé a vincularme al Hospital Vilardebó, en el año 2003, había un director del Hospital (médico), una subdirectora del Hospital (médica) y un secretario. Luego, al momento de esta investigación, durante los años 2015 y 2016, había una directora del Hospital (médica), dos subdirectores del Hospital (médicos), tres adjuntos a la Dirección (una médica, una abogada y una nurse) y dos secretarías; por lo que se ve, se pasó de un Equipo de Dirección de tres funcionarios, a un Equipo de Dirección de ocho funcionarios...

La “mirada” etnográfica aporta una valoración cualitativa del campo, permitiendo analizar el detalle en su contexto (Augé, 2007b). Así, varias veces registré, en mi diario de campo, situaciones funcionales complejas durante junio y diciembre del año 2015, un año antes de los cambios en la gestión del Vilardebó. Al finalizar mi trabajo de campo (noviembre de 2016), la jefatura del Departamento

²⁵⁹ Del latín *congestio*, que significa “acumulación” o “amontonamiento” (RAE, 2014).

de Enfermería es destituida por abuso de funciones... en ese mismo momento, a la “cúpula de Comisión Interna” y a los representantes del Vilardebó en la “federación” (FFSP), se les “sugiere un paso al costado”, en el nuevo congreso celebrado, pues sino se los “denunciará por nepotismo”²⁶⁰ y “mala utilización del dinero de los afiliados”... al mes de finalizar el trabajo de campo, ante nuevas denuncias aparecidas en la prensa por “mala gestión”²⁶¹ (falta de comida y ropa para los pacientes), ASSE “remueve” a la adjunta jurídica (“destinada” a otro servicio), a los subdirectores (que son “enviados” a otros destinos en ASSE) y a la directora que al “terminar su licencia no retornará” (siendo “ascendida” a otro cargo gerencial)... un año después, de estos desplazamientos en el Vilardebó, el presidente de la República destituyó al directorio de ASSE por “mala gestión y nepotismo”²⁶²; el hecho culmen fue un directivo que, a pesar de tener cuatro secretarías, contrató una quinta, una joven de 18 años, que era “la novia de su hijo”...

Sin duda que hay varias cosas para cambiar, hay el doble de funcionarios (muchos refieren cansancio y desmotivación) que pacientes internados (económicamente no parece viable), la gestión no da resultados satisfactorios y, asistencialmente, hay críticas (de pacientes y/o familiares y, también, desde la prensa) sobre la “mala atención”...

Pero, ¿qué alternativa real hay para los pacientes internados? Si solamente analizara los cuarenta pacientes que abordé en esta investigación, catorce mujeres (35%) y veintiséis varones (65%), vemos que veintiocho habían ingresado por orden judicial (70%); siendo, además, once de ellos procesados (28%). Al momento de la primera entrevista, seis pacientes llevaban más de dos años internados (15%);

²⁶⁰ Preferencia que tienen los funcionarios públicos para dar trabajo a familiares o amigos, por lealtad y no por mérito.

²⁶¹ Como titulaba el Periódico “El Observador”, en su edición del 20 de diciembre de 2016.

²⁶² Esto sucedió el 13 de febrero de 2018, publicado en varios periódicos capitalinos.

once, entre uno y dos años internados (28%) y veintitrés llevaban menos de un año de internación (57%). Treinta y siete pacientes tenían patología dual (92%). Con respecto al test de AUDIT (que visibiliza un problema con el consumo de alcohol), cuyo corte de quiebre es un puntaje de 14 (es decir que a partir de aquí hay un problema grave de consumo de alcohol), cuatro pacientes dieron entre 16 y 19 puntos (10%); once dieron entre 20 y 25 puntos (28%), veinte dieron entre 26 y 30 puntos (50%) y cinco dieron más de 30 puntos (12%). Once pacientes, permanecieron internados durante todo el trabajo de campo (28%), siete se fugaron y volvieron al hospital (17%), trece se fueron de alta y volvieron al hospital (33%), uno se fugó y no volvió más (2%) y ocho se fueron de alta sin retornar (20%)... entonces, entre fugas y reingresos, ¿dónde los van a ubicar?...

Los que plantearon en la Ley de Salud Mental, aprobada en 2017, el cierre del Vilardebó para el 2025, no trabajan en esta institución total y da la impresión de que hay un desconocimiento de esta población asistida... coincido con los fundamentos y objetivos, pero la implementación de un “cambio de paradigma” puede llevar varias generaciones (Kuhn, 1971; 1989) y no se logra por decreto, aunque es un cambio sustancial, para ir caminando hacia esa perspectiva...

Al ir finalizando mi trabajo de campo, desde el Departamento de Sociología de Facultad de Ciencias Sociales (UdelaR), comenzaron a realizar un estudio sobre “los problemas de gestión”... desde el Departamento de Salud Ocupacional de Facultad de Medicina (UdelaR), iniciaron una investigación sobre el estrés laboral en Electro-Convulso-Terapia... y, también, un joven estudiante está realizando su trabajo de campo en la Policlínica del Vilardebó, para licenciarse en Ciencias Antropológicas (UdelaR)... lo paradójico que, en estos tres proyectos, me consultan como “informante calificado” (sugerido por las autoridades), por lo que la institución total requiere mis modestos servicios para volver a tener un discurso “emic”... pero la perspectiva “etic” la llevó en el bolsillo de mi uniforme, donde a la imprescindible lapicera la acompaña una necesaria libretita y, así, el registro etnográfico me permite el distanciamiento para pensar y transformar-nos...

Sexta Parte

Hacia una cultura de cuidados en Salud Mental

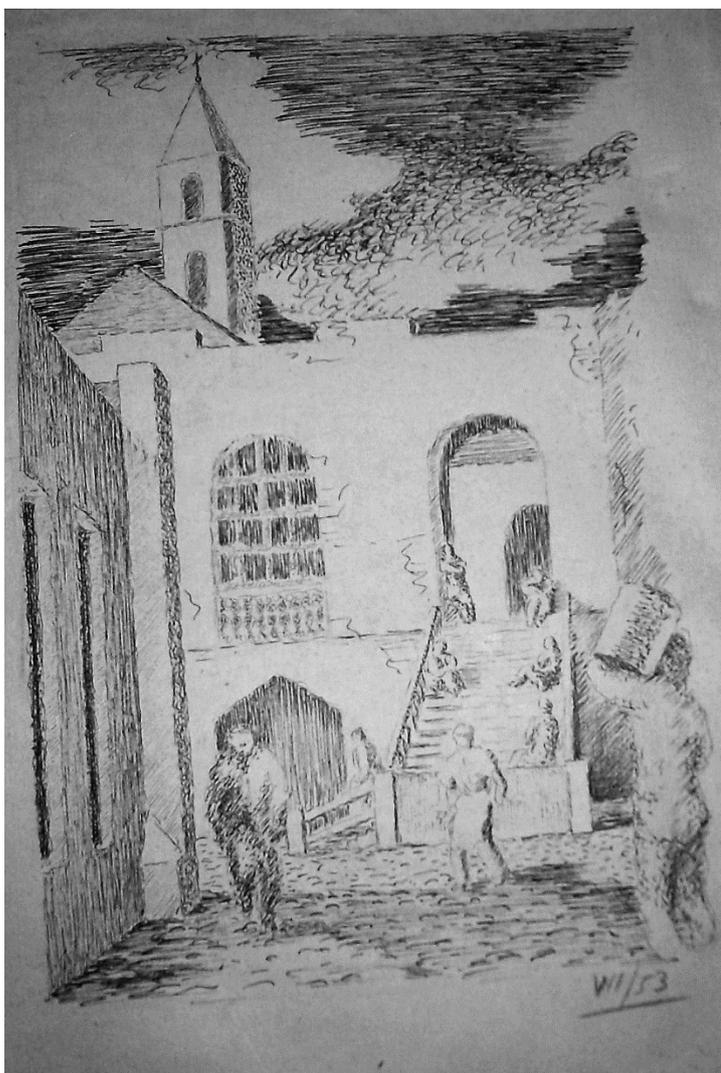


Figura 15. Autor desconocido. Acervo del Hospital Vilardebó. Acuarela realizada, en julio de 1953, por un paciente internado, la misma se exhibe en el museo del Hospital Vilardebó (agosto, 2016).

*“Viejas radios rezongan canciones, un Gardel arrullando su trino,
y en la mano madera de un tango, un borracho camino al ayer”.*

Alfredo Zitarrosa

Capítulo XVII

El eterno retorno: la vuelta a los antiguos...

La “medicina”, desde sus “comienzos” en el siglo V a.C., busca ser un “saber operacional” (el *tekné* griego o el *ars* latino), sobre la prevención y la curación; teniendo el médico una relación ambigua, pues por un lado tiene un abordaje técnico con la enfermedad y, por otro lado, un trato moral con el paciente (Casarotti, 2012); de esta manera se crea un espacio antropológico entre el médico y el paciente, dado que, “los hombres se comunican por medio de símbolos y signos; para la antropología, que es una conversación del hombre con el hombre, todo es símbolo y signo que se afirma como intermediario entre dos objetos” (Lévi-Strauss, 1968: XXIX)...

Por lo que, la persona humana y el abordaje de su Proceso de Salud/Enfermedad/Atención-Prevención, desde un paradigma *crítico y dialéctico*, como es el *sociomédico*, nos lleva a reconsiderar lo que pensaban en la antigua Grecia, donde, por ejemplo, el médico griego Hipócrates (460-370 a.C.) planteaba: “dicen algunos médicos y sofistas que no podría saber medicina quien no sabe lo que es el hombre y que es preciso que el que va a curar acertadamente a los hombres aprenda eso” (Heráclito et al, 1995: 173). Desde esta perspectiva “en sus lejanos orígenes, la medicina, incluso en su forma occidental (que equivale a decir mediterránea, árabe, griega y judía), era una especie de antropología” (Frankenberg, 2003: 11); que apuntaba al “equilibrio”, presentando ya, en los escritos y prácticas hipocráticas:

“una concepción ya no ontológica sino dinámica de la enfermedad, ya no localizacionista sino totalizante. La naturaleza (physis), tanto en el hombre como fuera de él, es armonía y equilibrio. La enfermedad es la perturbación de ese equilibrio, de esa armonía. En este caso, la enfermedad no está en alguna parte del hombre. Está en todo el hombre y le pertenece por completo. Las circunstancias exteriores son ocasiones y no causas. Lo que se encuentra en equilibrio en el hombre —y aquello cuya perturbación constituye la enfermedad— son cuatro humores, cuya fluidez es capaz precisamente de soportar variaciones y oscilaciones, y cuyas cualidades se agrupan por pares contrastados (cálido, frío, húmedo, seco). La enfermedad no sólo es desequilibrio o desarmonía, también es —y puede ser principalmente— esfuerzo de la naturaleza en el hombre para obtener un nuevo equilibrio. La enfermedad es una reacción generalizada con intenciones de curación. El organismo desarrolla una enfermedad para curarse. La terapéutica tiene que tolerar, ante todo, y si es necesario reforzar, tales reacciones hedonistas y terapéuticas espontáneas. La técnica médica imita la acción médica natural (vis medicatrix nature). Imitar no sólo significa copiar una apariencia sino remedar una tendencia, prolongar un movimiento íntimo” (Canguilhem, 1971: 18).

Para este “padre de la medicina”, cuando los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) entraban en un desequilibrio o *dyscrasia* (concepto de la antigua medicina griega que implica una “mala mezcla”), la persona se enfermaba y solo se recuperaba al restaurar el equilibrio, apuntando a esto último el tratamiento hipocrático. Se fomentaba, así, el poder curativo de la naturaleza, siendo fundamental el concepto de *crisis*, visualizado como un momento durante el proceso de salud y enfermedad, donde esta última si se hacía más grave el paciente fallecía o, por el contrario, el transcurso natural hacía que el mismo se recuperara. Siguiendo el proceso, a la crisis lo podría seguir la *recaída* y, a la misma, una nueva crisis. Desde esta perspectiva, la crisis tiende a manifestarse en *días críticos*, considerado como un tiempo fijo después de haber contraído la enfermedad (Díaz, 1974).

Estos cuatro humores al interactuar con el *alma* producían, para Hipócrates, cuatro tipos de temperamentos: *sanguíneos* (personas con humor variable), *melancólicos* (personas tristes y soñadoras), *coléricos* (personas impulsivas y voluntariosas) y *flemáticos* (personas indecisas y apáticas) (Díaz, 1974).

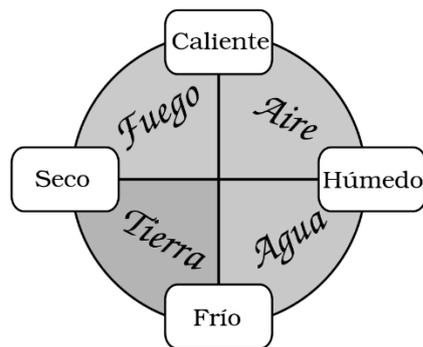


Figura 16. Autor desconocido. *La cruz elemental* (Extraído de: <https://commons.wikimedia.org>).

Otro aspecto principal en la terapéutica hipocrática era la alimentación, relacionándola con los cuatro elementos de la naturaleza (tierra, agua, aire y fuego), donde se encuentra la influencia de la filosofía jónica presocrática en lo que respecta al *ἀρχή* (*arjé*, término filosófico griego que significa el principio o fundamento del cual deriva toda la realidad material); la misma debía variar según las estaciones del año o el clima reinante. Así en invierno, donde reina el frío y la humedad, es preferible consumir carnes calientes cocinadas con especias y salsas. En primavera, que rige el calor y la humedad, es preferible la carne asada y las legumbres verdes. En verano, cuando impera el calor, es aconsejable el pescado y la carne a la plancha y frutos fríos y húmedos como el melón y la ciruela. Por último, en el otoño, donde empieza el frío, habría que ingerir alimentos apetitosos y, un poco, ácidos para alejar la melancolía, reduciendo el consumo de vino (Salas et al, 2005).

Esta perspectiva médica, se entronca con la ética aristotélica, donde la felicidad se logra por la virtud y ésta por la elección del término medio, es decir la opción personal de equilibrio que hacía la persona entre el exceso y el defecto a modos de vicios; por lo que, “como se lee en el lema de Delos: *nada más bello como lo justo, lo mejor, la salud; lograr lo que se ama, es para el corazón lo más dulce*” (Aristóteles, 2003a: 27). Relacionándose, también, con la metafísica del estagirita, donde comenzamos a preguntarnos a partir de aquello que nos asombra, nos admira y/o maravilla, desde una configuración antropocéntrica, dado que, “no es al hombre a quien sana el médico, a no ser accidentalmente, sino a Callias o a Sócrates, o a uno que, además, es un hombre” (Aristóteles, 2003b: 16); dándose que el asombro en tanto *pathos*, se transforma en uno de los fundamentos de la reflexión vital²⁶³...

Pero, también, a esta antigua perspectiva que buscaba el equilibrio, como sinónimo de salud, se le oponían otras que hacían ambivalente al proceso, así Friedrich Nietzsche en la “*La voluntad de poder*”²⁶⁴ nos dirá:

“... un mar de fuerzas que se entrecruzan y se interpenetran en su caótico fluir; cambiando eternamente; retornando eternamente en ciclos inconmensurables a través de flujo y reflujos de sus plasmaciones, pasando de las más simples a las más complejas, de lo más quieto, lo más rígido, lo más frío a lo más ardiente, lo más fiero, lo más contradictorio, y luego regresando de la plétora, del juego de contradicciones, a lo simple, hasta el deleite del unísono, afirmándose aun en esta identidad de sus órbitas y años; bendiciéndose a sí mismo como lo que ha de retornar eternamente, como Devenir que no sabe de hartura, hastío ni cansancio; este mi mundo dionisiaco de eterna autocreación y de eterna autodestrucción...” (En: Bayarres et al, 1997: 132).

²⁶³ El médico psiquiatra y filósofo alemán Karl Jaspers (1883-1969), en “*La Filosofía*” (1932), nos plantea los tres orígenes de la misma; donde, del *asombro* surge la pregunta y el conocimiento; de la *duda*, el examen crítico y la certeza y de la *situación límite*, en lo referente a la conmoción interna de la persona y la conciencia de estar perdido, la cuestión de su propio ser.

²⁶⁴ Publicada, por primera vez, en 1901, un año después de su muerte.

Por lo tanto, la conducta de la persona, era el lugar de lucha de estas perspectivas antagónicas. Y, si vencía la “autodestrucción”, podría conllevar, entre otras cosas el triunfo de Dioniso (en la perspectiva griega), o de Baco (en la perspectiva romana)... de ahí aquella antigua sentencia latina que refería: *beati hispani, quibus bibere est*, “dichosos los hispanos, para los que vivir es beber”, donde en castellano las palabras “vivire” (vivir) y “bibire” (beber), se pronuncian de la misma manera...

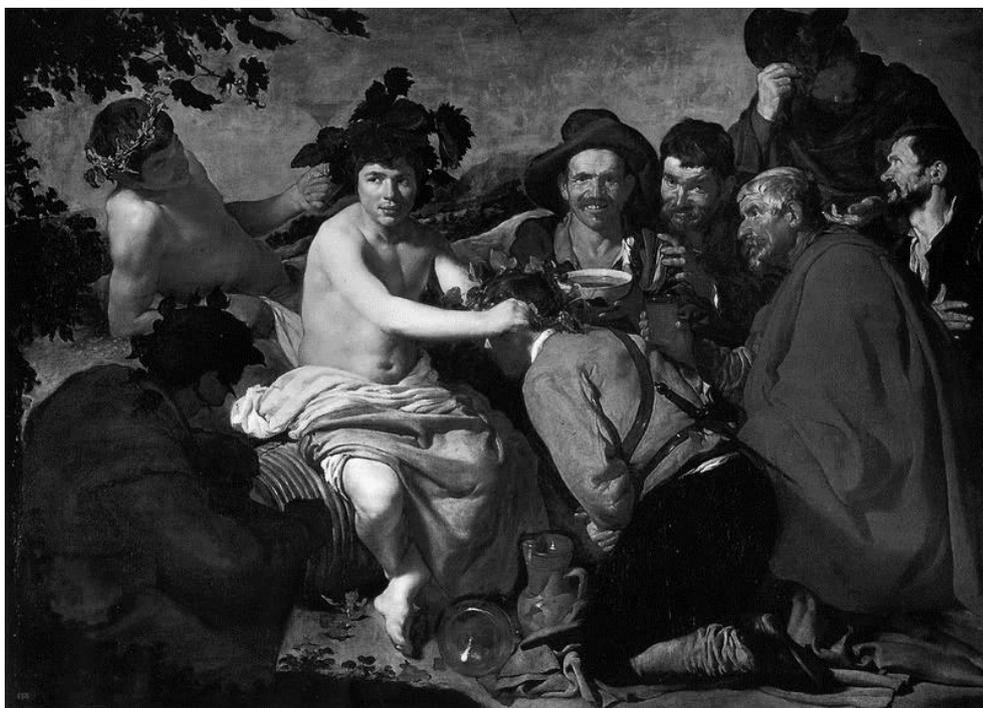


Figura 17. “*El triunfo de Baco*”, obra del pintor barroco español Diego Velázquez (1599-1660), que se conserva en el Museo del Prado de Madrid (Extraída de: www.museodelprado.es).

Por su parte, en la antigua cosmovisión hebrea, la medicina y la religión, caminan de la mano. El *Libro de Sirácida*, uno de los deuterocanónicos sapienciales

del Antiguo Testamento, escrito entre los siglos III y II a.C., llamado *Libro del Eclesiástico* por la tradición latina, nos dice:

“da al médico, por sus servicios, los honores que merece, que también a él le creo el Señor.

Pues del Altísimo viene la curación, como una dádiva que del rey se recibe.

La ciencia del médico realza su cabeza, y ante los grandes es admirado.

El Señor puso en la tierra medicinas, el varón prudente no las desdeña.

¿No fue el agua endulzada con un leño para que se conociera su virtud?

Él mismo dio a los hombres la ciencia para que se gloriaran en sus maravillas.

Con ellas cura él y quita el sufrimiento, con ellas el farmacéutico hace mixturas.

Así nunca se acaban sus obras y de él viene la paz sobre la haz de la tierra” (Eclesiástico 38, 1- 8)²⁶⁵.

A modo de síntesis, en la tradición árabe, el “sabio” era el que reunía los conocimientos médicos, filosóficos y teológicos. El antiguo médico, filósofo y poeta musulmán Ibn Sina (980-1037), latinizado como Avicena, considerado como el segundo maestro luego de Aristóteles, es una muestra de síntesis del conocimiento árabe y lo podemos ver reflejado en sus tres principales escritos: *“Poesía del alma”*, *“El libro de la curación”* y *“El canon de la medicina”*...

Los árabes crearon la “farmacia” y los estudios farmacéuticos en los años 700, siendo así los “padres de la química” (Atkins, 2003), instituyendo los *“bimaristán”*, término de origen persa que significa “casa o lugar de los enfermos”; haciendo surgir, también, los “hospitales para locos” en Fez (siglo VII), Bagdad (siglo XII), El Cairo (siglo XIII); practicándose “allí una especie de cura de almas en que intervienen la música, la danza, los espectáculos y la audición de relatos

²⁶⁵ *Biblia de Jerusalén*, pp.1006-1007.

maravillosos; son médicos quienes dirigen la cura y deciden interrumpirla cuando consideran haber triunfado” (Foucault, 2012a [1964]: 187-188).

En este sentido, por ejemplo, el hospital de Damasco fue fundado con una intención de “salud pública” y, luego en la zona de influencia árabe, se llegaron a fundar más de treinta hospitales, cada uno con su farmacia, su apartado para mujeres y su biblioteca (Al-Kalai y Shanks, 1984)...

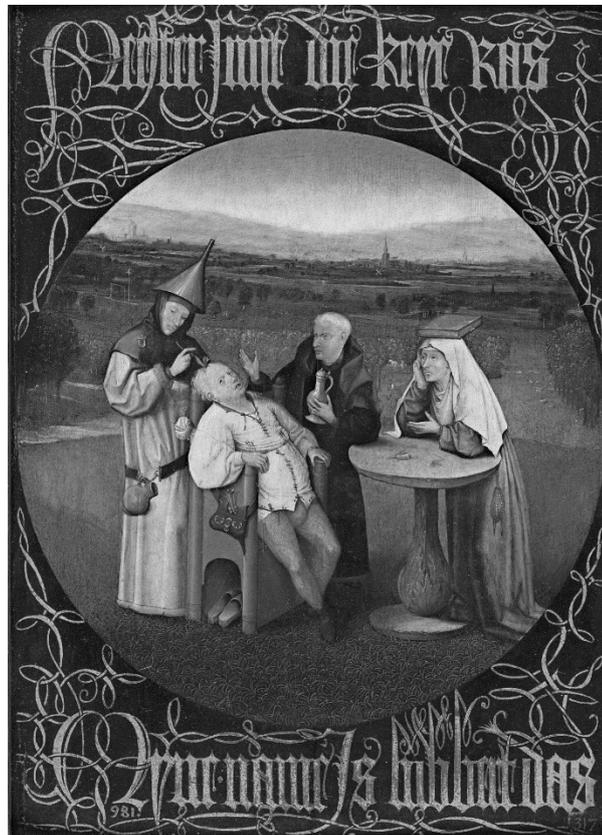


Figura 18. “*La extracción de la piedra de la locura*”, obra del pintor flamenco Jheronimus van Aken (1450-1516), “el Bosco”; que se conserva en el Museo del Prado de Madrid (Extraída de: <https://www.museodelprado.es>).

No es casual que los primeros hospitales de “locos”, se hayan fundado en España, en el siglo XV, por los frailes de la Orden de la Merced²⁶⁶, muy embebidos de la cultura árabe puesto que su “carisma” era el rescate de los cautivos; así se abrió “el hospital de Valencia: la iniciativa había sido tomada por un hermano de esta religión, en 1409” (Foucault, 2012a [1964]: 188); y luego surgieron muchos más ...

Pero estas “curas” de antaño, donde se abordaba al paciente desde su *densidad personal* (Foucault, 2012a [1964]: 187), ¿suceden hoy con la internación psiquiátrica? Es decir, ¿son curadas las trayectorias de las personas con “trastornos mentales y de comportamiento” por uso de alcohol durante la internación psiquiátrica hospitalaria?

O, más antiguo aún, donde “la purificación se hace en el trance, según el proceso más familiar en el orden cultural” (Detienne, 2003: 53); a lo que hoy, en nuestro “orden cultural”, este “trance” sería el “tiempo de internación” donde prima el *pharmakon* y este: ¿se transforma en “Dioniso *Katharsios*, el dios que libera” (Detienne, 2003: 54)?...

La respuesta es no. El actual abordaje biomédico, desde una perspectiva reduccionista, logra la desintoxicación del individuo, pero no la curación de la persona; por lo que más que hablar de *salud mental* lo que el hospital ofrece es *medicina mental*...

Por lo tanto, ¿qué significa este tiempo de internación para los pacientes? Pues observamos que el tiempo (Heidegger, 2009 [1927]), de internación, influye en la trayectoria terapéutica como un momento sin consumir, esto es, un hiato entre la dependencia de ayer y el abuso de mañana, pero este hoy de internación, que pueden ser meses o años, ¿cuánto contribuye a la construcción y/o transformación de la persona?

²⁶⁶ Los *mercedarios* son una orden católica mendicante fundada por el religioso catalán San Pedro Nolasco (1189-1245), para la redención de los cautivos cristianos en manos de musulmanes.

Capítulo XVIII

Hacia una antropología de los cuidados

El filósofo humanista Erasmo recogió la sentencia latina: *In vino veritas*, “en el vino (está) la verdad”... y que paradójico que, siglos después, ejemplos traídos de la historia reciente, nos permite visualizar el maltrato que, en algunas oportunidades, siguen padeciendo los “pacientes alcoholistas” al sufrir las violencias del Estado (Das, 2008; Garat, 2013) y del poder (Good, 2003).

Hoy, en los sistemas sanitarios occidentales, se ha ido evidenciando una disociación entre *cuidado* y *biomedicina*; dándose a partir de la especialización y tecnificación de esta última, una división del trabajo entre “médicos” y “cuidadores” (Epele, 2013). Así, el cuidado queda inserto en los modos de normalización y control de las poblaciones, con el peligro de que los tratamientos de los padecimientos puedan llegar a convertirse en una *clínica del maltrato*, donde la misma se “refiere a la falta de reconocimiento de la persona en cuanto tal, tanto en dinámicas relacionales como institucionales” (Epele, 2013: 15), convirtiéndose en “una forma de sufrimiento social contemporáneo que afecta a los sectores sociales más postergados” (Epele, 2013: 16).

La medicalización involucra que la enfermedad “deje” los cuerpos para ingresar en las relaciones sociales, implicando el gobierno de la vida y los cuerpos (Foucault, 2014), dándose una biologización de los problemas. De esta manera la medicina actúa individualmente, pudiendo llegar a “culpabilizar” a los pacientes, convirtiéndose el estigma de padecer un “trastorno mental”, el atributo negativo que se les imputa y donde el diagnóstico se transforma en una sentencia simbólica.

En estas circunstancias la persona tiende a “desaparecer” (Le Breton, 2015) y este desapego se produce por el desgaste del paciente, que busca seguir manteniendo el “personaje” (Goffman, 2001a [1959]), para tratar de continuar siendo “sí mismo” (Goffman, 2001a [1959])... entonces la persona con dependencia alcohólica, desaparece y vuelve a aparecer... y, generalmente, durante el tiempo de internación se medicaliza este proceso...

Desde aquí, podríamos preguntarnos: ¿los integrantes de los Equipos de Salud piensan que están trabajando con personas u ontológicamente con “otros”?; recordando el planteo del filósofo austríaco Martin Buber (1878-1965), quien estableció “el principio ‘dialógico’ –la presencia sustancial del prójimo– como única posibilidad humana del acceso al Ser” (Buber, 1964: 8); pues hay que considerar que el paciente tiene una cosmovisión, en cambio el trabajador sanitario, tiene una ontología fragmentaria; de ahí la importancia de la tríadica foucaultiana, *saber-poder-corporalidad*, para pensar la atención “psi” y así abordar a los usuarios desde un enfoque integrado y transdisciplinario de protección-cuidado-compasión.

Pensándolo en el marco de un hospital psiquiátrico público, el mismo se convirtió, para mí, en ese lugar antropológico que tiene que ver con la identidad, la relación y la historia (Augé, 2007a), tanto de la institución, como de las trayectorias de vida de los pacientes. Por lo que la etnografía es una manera de implicarse, que nos lleva a cuestionarnos; enlazando, por un lado, autoconciencia e implicancia y, por otro lado, extrañamiento antropológico (Fassin, 2018a).

El asumir una “mirada etnográfica” permite, a los profesionales del área de la Salud, que se pregunten sobre sus presuposiciones y actúen como “extranjeros” en el lugar de trabajo y/o estudio; volviendo a aprehender lo que se estudia durante la carrera de grado²⁶⁷. Para que, luego esos conceptos, no se vayan “perdiendo” al

²⁶⁷ La concepción de *salud*, de mi formación de grado, nos la refería como “un proceso que constituye un producto social, que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra”. Plan de Estudios 1993 de la Licenciatura en Enfermería (UdeLaR).

ir “naturalizando”, en el ejercicio pragmático profesional en salud mental, esa noción de “paciente” que parte de una farmacologización de la vida cotidiana, donde se “sabe que lo esencial está perdido y que todos sus esfuerzos se reducirán a rascar la superficie” (Lévi-Strauss, 1970: 253)...

La perspectiva de Antropología y Salud para trabajar en el campo²⁶⁸ sanitario y crear allí un objeto antropológico, parte de la noción de *cultura*²⁶⁹. La cultura debe de ser comprendida, entre tantas definiciones (García Canclini, 2005), como una serie de mecanismos de control: planes, fórmulas, reglas, etc, que son los que gobiernan la conducta (Geertz, 1987). Pensar la cultura desde ese punto de vista comienza con un pensamiento social, donde la cultura está en lugares cotidianos: la casa, la plaza, los quehaceres diarios, etc; pues “el pensar no consiste en sucesos que ocurren en la cabeza, sino en un tráfico de símbolos significativos” (Geertz, 1987: 51).

Así, “lo que la herencia determina en el hombre es la actitud general a adquirir una cultura cualquiera, pero la que será la suya dependerá de los azares de su nacimiento y de la sociedad donde recibirá su educación” (Lévi-Strauss, 1993: 132); de esa manera, dado que “el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, considero que la cultura es esa urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones” (Geertz, 1987: 20); por lo que “la cultura, en el sentido global y antropológico del término, es el

²⁶⁸ “¿Qué es lo que constituye a un campo? Dos elementos: la existencia de un capital común y la lucha por su apropiación” (García Canclini, 2005: 61).

²⁶⁹ Desde la antropología filosófica se observa que, “la palabra *cultura* proviene del verbo latino *cultivar*. Así, por ejemplo, al cultivo de la tierra se lo llama agricultura; también hablamos de cultivar una amistad y de rendir culto a Dios. Así, la cultura es la actividad humana en el ámbito de la naturaleza, los otros seres humanos y Dios” (Di Sanza et al, 1999: 54); pero, “según esas premisas, la existencia social auténtica está, o debiera estar, circunscripta a lugares cerrados, como los jardines de los cuales derivó sus significados europeos la palabra ‘cultura’. Se concebía la residencia como la base local de la vida colectiva, el viaje como un suplemento; las raíces siempre preceden a las rutas” (Clifford; 1999: 13). Desde las ciencias antropológicas, se la define, entre tantas conceptualizaciones, como “el conjunto aprendido de tradiciones y estilos de vida, socialmente adquiridos, de los miembros de una sociedad, incluyendo sus modos pautados y repetitivos de pensar, sentir y actuar (es decir, su conducta)” (Harris, 2005: 19-20).

conjunto de estas relaciones en tanto están representadas e instituidas, relaciones que presentan por tanto al mismo tiempo una dimensión intelectual, simbólica y una dimensión concreta, histórica y sociológica mediante la cual se desarrolla su puesta en práctica” (Augé, 2007a: 31).



Foto 22. Autor Fabrizio Martínez. Pacientes interactuando, patio externo del sector de internación femenino, Hospital Vilardebó (febrero, 2016).

En estas coyunturas observamos que las *ciencias naturales* describen, explican y predicen, desde un ideal positivista; las *ciencias sociales* explican y comprenden y las *humanidades* comprenden (Cortina, 2013)²⁷⁰; de ahí la importancia de comprender estos fenómenos desde las *humanidades médicas*...

²⁷⁰ “Contrariamente a lo que sugiere la apariencia, es por su método más estrictamente filosófico, en nuestra opinión, por lo que la etnología se distingue de la sociología” (Lévi-Strauss, 1968: XLIII).

A veces, los profesionales de la salud como colectivo, presentan una alta valoración en detrimento de otros; “juzgando” cultural, social y éticamente lo diferente; dado que, “la actitud más antigua y que reposa sin duda sobre fundamentos psicológicos sólidos, puesto que tiende a reaparecer en cada uno de nosotros cuando nos encontramos en una situación inesperada, consiste en repudiar pura y simplemente las formas culturales, las morales, religiosas, sociales y estéticas, que estén más alejadas de aquellas con las que nos identificamos” (Lévi-Strauss, 1993: 47). Por lo tanto, “así como la *enculturación* (como transmisión e interiorización de modelos culturales) es indispensable para la estructuración de los individuos y la sociedad, el *etnocentrismo* (como sentimiento de superioridad por la pertenencia a un sistema dado, por exclusión de todos los demás) es no solamente prescindible sino además necesaria su sustitución por una comprensión antropológica de la diversidad, de la diferencia entre yo y el otro, entre nosotros y los otros” (Romero, 1991: 236). Y aquí la Antropología permite otra mirada, sobre la “atención sanitaria”, dado que la misma “es ante todo un análisis crítico de los etnocentrismos culturales locales o, dicho de otro modo, que su principal objeto, su foco, es la tensión entre sentido y libertad (sentido social y libertad individual), tensión de la que proceden todos los modelos de organización social, desde los más elementales hasta los más complejos” (Augé, 2007a: 61-62).

La configuración actual de la asistencia en Salud Mental, la clasificación de las patologías psiquiátricas y su tratamiento tienen su razón de ser en épocas anteriores que han influido en la comprensión y aproximación a la enfermedad mental. La evolución de las ideas en Psiquiatría, ha corrido pareja al pensamiento filosófico de cada época, que no tan sólo la ha fundamentado, sino que le ha configurado su objeto de estudio y metodología. Al presente, las influencias más importantes las aportan las teorías sociológicas; las mismas parten de la consideración de la enfermedad mental como consecuencia de los eventos sociales y culturales en los que la persona se ve inmersa desde su nacimiento, provocando

formas de conducta que, en muchos casos, son calificadas como alarmantes o desviadas (Goffman, 2001a [1959]; 2001b [1961]; 2006 [1963]).

Desde estas circunstancias la Antropología tendrá como objetivo, “el estudio de las relaciones simbolizadas e instituidas entre individuos, configuradas de manera que puedan tomar forma dentro de contextos más o menos complejos” (Augé, 2007a: 32), entendiendo “por actividad simbólica cualquier esfuerzo intelectual cuyo objeto fuese reforzar la relación entre los unos y los otros dándole forma” (Augé, 2007a: 19).

En el Servicio de Emergencia del Hospital Vilardebó, a diario me enfrento con la problemática del consumo de alcohol y suelo realizar, en forma bastante común, los siguientes diagnósticos de Enfermería²⁷¹: *Aislamiento social, Alteración del patrón del sueño, Alteración de los procesos familiares, Alteración de los procesos de pensamiento, Ansiedad, Déficit de volumen de líquidos, Desempeño inefectivo del rol, Mantenimiento inefectivo de la salud, Riesgo de intoxicación, Riesgo de lesión, Riesgo potencial de auto o heteroagresividad, Trastorno de la autoestima...* los mismos, entre otros, nos llevan a formular los planes de cuidados particulares para la atención de estas personas...

Por lo que, el enfoque cultural en el campo sanitario, nos permite ampliar los horizontes con respecto a los *cuidados de Enfermería*, pues el objeto de la misma es la persona en el contexto conformado por los cuidados, tanto en la enfermedad como en la salud y fomento de la misma. Cuidar a una persona no solo implica la intervención durante el Proceso Salud/Enfermedad/Atención-Prevención, sino que, también, supone el reconocimiento de sus valores culturales, sus creencias y sus convicciones (Leininger, 1999). De esta manera el acto de cuidar es la habilidad que se va desarrollando y alentando para moldear la conducta terapéutica, que caracteriza a la personalidad del cuidador. Los atributos de esa

²⁷¹ Siguiendo la estandarización de la “NANDA”, siglas en inglés de la “Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería”, de la Asociación de Nurses Americana.

personalidad terapéutica han sido sintetizados por la enfermera canadiense Simone Roach (1922-2016) como las “*cinco C*”, en lo que tiene que ver con: el *compromiso*, establecer un vínculo entre dos personas; la *compasión*, entender el sentir del otro y comprender su sufrimiento y/o problemas; la *competencia*, el conocimiento de sí mismo y de la disciplina; la *confianza*, creencia en la propia capacidad para ayudar a las personas a enfrentarse a sus problemas y la *conciencia*, los valores éticos (Roach, 1997). Así, el cuidado se transforma en un proceso terapéutico, interpersonal y educativo, que actúa sobre las potencialidades de cada persona y/o familia, viéndose fortalecido con la persona que padece y permitiendo que el “cuidador” mantenga una postura crítica y reflexiva con respecto al entorno vital de esa persona a la cual atiende (Guillén, 2012), como una parte fundamental de su trama de significaciones...

A partir de 1950, surge en EE.UU. la *Enfermería Transcultural*²⁷², como un intento de unir la práctica de Enfermería con el conocimiento de la Antropología, es decir, “sintetizar cultura y cuidado” (Leininger, 1999: 7), con el objetivo de ofrecer un mejor *cuidado* a una persona que padece, cada día más heterogénea...

Toda teoría de Enfermería parte de la elaboración de cuatro conceptos: persona, entorno, salud y cuidado (Kérouac, 1996; Marriner-Tomey, 2007). Para Madeleine Leininger (1999), la *persona* es un ser que no puede ser separado de su bagaje cultural; el *entorno* se relaciona con todos los aspectos contextuales en los que la persona se encuentra; la *salud* está imbricada en la estructura social y, por consiguiente, varía de una cultura a otra y por *cuidado*, entiende los *cuidados culturales*, tomando en consideración la totalidad de la vida humana y su existencia a lo largo del tiempo, incluyendo, los contextos ambientales, las expresiones lingüísticas y los sistemas populares y profesionales.

²⁷² Definida por Madeleine Leininger, su fundadora, “como el área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte” (Leininger, 1999: 6).

El objetivo general de la *Teoría de la Enfermería Transcultural*, es determinar las visiones *émicas*²⁷³ de las personas sobre los cuidados, tal y como estas los entienden y practican, estudiando luego, esta fuente de conocimientos, a la luz de las perspectivas *éticas* de los profesionales de enfermería (Marriner-Tomey, 2007).

Lo que Leininger pretendió con su teoría, es tratar de lograr que los conocimientos y la práctica de la enfermería profesional tengan una base cultural desde una conceptualización, una planificación y una aplicación basada en la cultura de los “pacientes a atender”. Por lo tanto, hoy nos permite tener una conceptualización más amplia de los cuidados, concebir a la persona inmersa en su medio y en su historia. Sus aportes nos posibilitan pensar cuidados específicos para cada persona y grupo en particular.

Observando la *Enfermería en Salud Mental*, vemos que la misma es un servicio prestado a personas afectadas por procesos intelectuales patológicos, trastornos afectivos, trastornos de la personalidad y/o problemas de adicciones, entre otros “padeceres”, manifestados en tal forma que impiden llevar una vida “equilibrada”. Algo muy importante a destacar, es que este *arte*, se ejerce mediante la utilización consciente de la propia persona en la práctica de la profesión; por lo tanto, para los que trabajan en dicha área, es de particular importancia conocer la “cultura” de la persona que tienen delante, comprometiéndose con la misma. Es así que, por ejemplo, “en la India, un hombre con esquizofrenia suele considerarse un *hombre sabio*, debido a su capacidad para hablar con los espíritus. Por lo general, es respetado y se busca su consejo. En Haití se cree que los psicóticos son víctimas del *mal de ojo*, denominado *maldyok*, o que están poseídos por seres

²⁷³ “La perspectiva *emic*, o sea el sentido intrínseco que los actores dan a sus conductas, sigue siendo una contribución mayor de la antropología y un requisito ético y epistemológico indispensable para entender una dimensión clave de lo social. Pero en una época en que la investigación antropológica ha demostrado aptitudes para captar, además de lo que cada uno toma y rechaza de los otros, lo que sucede de los dos lados en esas atracciones y desprecios, aun en intercambios globales, no podemos reducir esta disciplina, en palabras de Geertz, a un saber sobre verdades caseras” (García Canclini, 2005: 21).

sobrenaturales” (Morrison, 1999: 455); para este último, “sus esquemas de interpretación de la enfermedad remiten a modelos bien conocidos por quienes acuden a ellos: agresión mediante brujería, maldiciones, transgresión de prohibiciones, constituyen los principales modelos etiológicos. Para ellos, enfermedad y desgracia provienen del mismo registro” (Augé, 1996: 87). De esta manera se desprende que la “enfermedad mental”, como se planteaba más arriba referente a las teorías sociológicas, *es una construcción social*, pues “todo miembro de una cultura es tan estrechamente solidario con ella como aquel pasajero ideal lo es de su tren” (Lévi-Strauss, 1993: 119).

Considero que ni la Enfermería, ni la Medicina, ni la Psicología, entre otras disciplinas que conforman el campo sanitario, pueden prescindir de los conocimientos biológicos, pero tampoco pueden reducirse a ellos (Díaz, 2008); sino que se trata de ir integrando a la formación en ciencias biológicas las perspectivas de las ciencias humanas, entre otras, para que las disciplinas sanitarias puedan objetivarse en la imagen que otras ciencias le exponen con la finalidad de que puedan reflexionar críticamente sobre su propio ejercicio profesional. De esta manera Antropología y Salud convergen, dado que “el conocimiento y la práctica de la antropología son ciertamente un triunfo para el médico, sea cual sea la sociedad donde ejerza, en la misma medida en que la medicina, en cuanto actividad práctica de curación, pasa por la observación y el reconocimiento de signos clínicos: descodificar la demanda de los enfermos no puede más que mejorar y enriquecer los procedimientos de diagnóstico” (Augé, 1996: 90).

Por lo tanto, el “abordaje sanitario”, de una persona con problemas de consumo de alcohol, lo tenemos que realizar desde un enfoque integral y, aquí, la Antropología tiene para aportar, dado que la misma “(cuyo objeto científico es el ser humano y sus variedades diacrónicas y sincrónicas), contempla en toda su extensión la complejidad de la identidad que va desde lo biológico, lo psíquico, lo

social a lo cultural... con un sentido muy denso para cada uno de estos dominios, ya que a su vez están compuestos por múltiples elementos, categorías y según una enorme cantidad de condicionantes, ambientales, históricas y otras” (Romero, 2007: 166).

En algunas circunstancias, por las dificultades propias de los equipos de salud (como de cualquier colectivo humano), se desdibujan estos insumos. Aunque parezca algo sencillo, un adecuado acercamiento y una mejora sustancial en la atención sanitaria, implica la capacidad de *escuchar*... “por un lado escucho, por el otro me gusta (o no me gusta): *entiendo y me aburro*: en nuestra sociedad la unidad de la cultura de masas se corresponde con una división, no sólo de los lenguajes, sino incluso del propio lenguaje” (Barthes, 1987: 119).

Con relación a lo anterior, la Antropología hace un aporte sustancial a la Enfermería, como ya planteaba Leininger, cuando hizo convivir etnografía y enfermería; en cuanto “la mejor etnografía no pasa por una simple recogida de informaciones (informaciones particulares) sobre temas generales, sino por la observación de prácticas individuales y colectivas y la recogida de dichos, que no son ni opiniones ni datos sobre la sociedad en general, sino sobre una vía singular que se está viviendo (a falta de la cual no habría etnología participante)” (Augé, 1996: 56).

Así llegamos a vislumbrar que “el objeto salud-enfermedad y los modos de su atención resultan de la construcción valorativa efectuada siempre en una cultura, en una sociedad y en una época determinada” (Samaja, 2004: 19). De esta manera, el poder diagnosticar dolencias, que tiene que ver con lo cultural, implica analizar el significado que tiene la “queja del paciente”, centrándose en la funcionalidad y no en los síntomas, permitir el “rol del enfermo”, acordando entre el paciente y el Equipo de Salud metas terapéuticas realistas, disminuyendo la incertidumbre que produce el modelo biomédico (Sandoya, 2014); pues, a veces, se ve el trastorno mental grave y no la persona, sin tomar en cuenta el motivo de consulta, desde

cuestiones tan “simples” como restaurar el sentido simbólico perdido del cuerpo, como por ejemplo cortarles el pelo, afeitarlos o pintarles las uñas, etc; considerando que, a menudo en nuestras sociedades de consumo, “el contacto físico tiende a disminuir y las relaciones se establecen por medio de la red. La impersonalidad va creciendo, sobre todo en las grandes ciudades, y en ocasiones parece que el único contacto físico que se tiene es cuando uno enferma, no tanto con el médico sino con los profesionales de la enfermería” (Tarrés, 2001: 2). Por lo tanto, observamos la importancia de la *observación* y la *escucha* como estrategias imprescindibles de “abordaje”, a la persona con problemas de consumo de alcohol. En la actualidad en el marco de una nueva Ley de Salud Mental, donde tantos “etnocentrismos” entran en juego, estos presupuestos pueden contribuir radicalmente a mejorar la atención de salud de esas personas ... tan necesario para un verdadero cambio de “paradigma”...

Sumado a los aportes culturales, también es fundamental concebir los cuidados desde una perspectiva ética, donde los mismos se podrían encarar desde una *ética de máximos* y una *ética de mínimos* (Cortina, 2000). La ternura, la cariño-terapia²⁷⁴, el buen trato, formarían parte de esa ética de máximos, la cual “refiere a todo tratamiento y relación social que incluya la singularidad subjetiva y la escucha basada en la legitimidad y el reconocimiento de la demanda de la persona que padece” (Epele, 2013: 16); esto nos implica a los que trabajamos en un hospital psiquiátrico que, como diría un médico, “hay que endurecerse sin perder jamás la ternura”²⁷⁵; convirtiéndose así, por ejemplo la ternura, en el fundamento del buen trato, en el “abrigo y escudo protector contra la violencia social” (Epele 2013: 16)... pero, en la práctica, se hace difícil plantearlo como una exigencia deontológica... pero si se puede exigir, desde una ética de mínimos, el no al maltrato de los pacientes; que se podría fomentar desde los cursos de capacitación (con los

²⁷⁴ Expresión utilizada por el actual pontífice argentino Francisco (Jorge Bergoglio), en su visita a un Hospital Pediátrico Oncológico en ciudad de México (14 de febrero de 2016).

²⁷⁵ Escrito por el médico y guerrillero argentino Ernesto “Che” Guevara (1928-1967), en sus *Pasajes de la Guerra Revolucionaria* (Fondo Editorial Casa de las Américas, La Habana, 1997).

funcionarios que ingresan) y de formación permanente (con los funcionarios que ya están), con un apoyo real, a nivel institucional, desde una perspectiva psicosocial.

Otro tanto, hay que pensar para concebir los cuidados desde la planificación de la gestión hospitalaria, es forjar un abordaje longitudinal del “paciente”, pensando no solo en la atención del mismo durante su internación sino también en el “egreso hospitalario”, centrado en la persona y que evite la estigmatización y la discriminación; poniendo el énfasis en las necesidades, intereses y problemas del “paciente”; fomentando la construcción de vínculos a “escala humana” (Max-Neef, 1993) con el Equipo de Salud, desde una responsabilidad compartida en el Proceso de Salud/Enfermedad/ Atención-Prevención, fomentando la salud bio-psico-social-cultural-espiritual de manera integral. Esta perspectiva se entronca con uno de los “Objetivos Sanitarios Nacionales 2020” (MSP, 2015), que implica “construir una cultura institucional de calidad y seguridad de atención en salud”. Para esto, tenemos que ser conscientes del poder de la gramática, pues en las “metas de las políticas asistenciales” se coloca la palabra “humanizado”, lo que pareciera transformar todo para bien...

Es interesante, también, el pensar las “trayectorias” de algunos funcionarios del hospital, dado que, “en tanto historia que une por sus extremos la historia del mundo y la mía propia, revela al mismo tiempo la razón común de ambas” (Lévi-Strauss, 1970: 47). Así, observando algunas fotografías publicadas por funcionarios en sus cuentas de Facebook o enviadas por WhatsApp²⁷⁶, veo, comúnmente, que aparecen con un vaso y/o una botella con alcohol; haciendo pensar en aquel antiguo adagio latino que decía: *bibere humanum est, ergo bibamus*, “beber es humano, luego bebamos”...

²⁷⁶ Un artículo publicado en el Periódico “El País” (23 de julio de 2016), plantea que un equipo de investigadores del Centro de Psicometría de la Universidad de Cambridge, en el Reino Unido, diseñó un algoritmo que puede predecir el nivel intelectual de una persona con tan solo mirar la fotografía de su perfil.

Para alcanzar una rehabilitación y posterior reinserción social, hay que llegar a “la cura, ser del *ser ahí*” (Heidegger, 2009 [1927]: 200). Para alcanzar la misma es fundamental promover, durante la internación, la autoatención, como el primer nivel real de atención (Menéndez, 2012a), en lo que tiene que ver con la recreación, higiene, tenderse la cama, practicar deportes, etc. También que estas personas puedan participar de los grupos de AA, donde desde una horizontalidad epistémica se promueve que lo “adicto” (lo no dicho), comience a compartir por la palabra su padecer, desde rituales de exposición que se convierten en prácticas terapéuticas, dando “testimonio” y teniendo “fe” en la superación del problema (Swora, 2001)... estas, durante la internación, se transforman en narrativas de los pacientes que necesitan ser escuchadas por el Equipo de Salud y, si se logra, estamos en presencia del poder curativo de la narrativa (Lévi-Strauss, 1968), fomentando la construcción del sí mismo (Goffman, 2001a [1959]), o la transformación de la persona...

Considerando, por último, lo fundamental del trabajo en Equipo, desde la Antropología especializada en Salud, se nos sugieren *cuatro principios* (Martínez-Hernández, 2017), que beneficiarán notoriamente la asistencia en Salud Mental.

Primero, *de la permeabilidad*, que implica asumir la incompletud del saber, donde se nos hace evidente lo necesario de articular, en forma permeable, las distintas miradas sobre el acontecer sanitario; donde cada disciplina aportará su forma de pensar y actuar, dándole sentido a un abordaje integral de la persona que padece un problema de adicciones (Martínez-Hernández, 2017).

Segundo, *de la lateralidad*, que involucra el descentrarnos de “nuestra” mirada, aportando otras perspectivas a la observación; sin buscar la “mirada lateral” donde se intenta ser lo que se desea emular, sino el de ejercitar el “salto del caballo”, asumiendo la permeabilidad (Martínez-Hernández, 2017).

Tercero, *de la reciprocidad*, donde cabe la pregunta: ¿en la asistencia sanitaria, hablamos de relaciones entre personas (funcionario-paciente) o entre los

espectros (“enfermo”) o amuletos (“alcohólico”) de las cosas? (Martínez-Hernández, 2017).

Cuarto, *de la singularidad*, donde el diagnóstico médico (disease) se convierte en la identidad social (sickness), dándose la hegemonía del pathos sobre la existencia; quedando la persona prisionera de una clasificación taxonómica que releva toda reflexión subjetiva (Martínez-Hernández, 2017).

La aplicación de los mismos, podría llevar a lo que me decía una profesional de la Salud, que venía a visitar a una paciente: “en el Vilardebó los que están afuera no quieren entrar y los que están adentro no quieren salir”... permitiéndonos otra manera de contemplar esta estigmatizada institución total...



Foto 23. Autor Fabrizio Martínez. Vista de la torre principal, desde la perspectiva de la Policlínica, Hospital Vilardebó (agosto, 2016).

Consideraciones finales



Foto 24. Autor Fabrizio Martínez. Paciente caminando por patio externo del sector de internación masculina, Hospital Vilardebó (junio, 2016).

*“El loco Antonio lo amaba más, remos de pala y chalana.
La bajante lo encontraba pensando y dele fumar”.*

Alfredo Zitarrosa

Capítulo XIX

(In)conclusión: el aprehender Antropología y Salud

Las narrativas del alcoholismo (Babor et al, 2010), de las cuarenta personas internadas que abordé para esta investigación, fueron relatando una ruptura biográfica ocurrida mayoritariamente en la adolescencia donde, a partir de ahí, comienza un consumo problemático de alcohol, llevando a una reorganización de la identidad social de orden simbólico; derivando, en el caso de mi pesquisa, en una narrativa medicalizada, a partir de sus inicios con los tratamientos “psi”, que hoy, desde el encuadramiento en una institución psiquiátrica, incluye el disciplinamiento.

En estas circunstancias de las catorce pacientes mujeres entrevistadas, previo consentimiento informado, observamos que sus edades iban desde los 20 a los 45 años, siete pacientes (50%) eran montevideanas; cinco pacientes (36%) refieren que sus familias de origen se desempeñaban haciendo changas; seis pacientes (43%) tenían la escuela primaria completa; siete pacientes (50%) eran madres; siete pacientes (50%) se separaron de sus antiguas parejas por sus problemas de consumo; cuatro pacientes (28%) trabajaban como meretriz; siete pacientes (50%) eran pensionistas; siete pacientes (50%) profesaban una religión y, de ellas, tres pacientes (21%) la practicaban y seis pacientes (43%) se encontraban en situación de calle. Cuatro pacientes (28%) tenían un familiar directo con problemas psiquiátricos y diez pacientes (71%) un familiar directo con problemas de adicciones. Once pacientes (79%) llevaban más de quince años de dependencia alcohólica y diez pacientes (71%) nunca realizaron tratamiento para dejar de

consumir. Diez pacientes (71%) consumían alcohol diariamente y el 100% superaba el umbral del Test de AUDIT. El 100% fumaba tabaco, trece pacientes (93%) fumaban marihuana y doce pacientes (86%) inhalaban pasta base. El 100% había realizado tratamiento psiquiátrico, antes de esta internación, y siete pacientes (50%) llevaban más de diez años de tratamiento. A siete pacientes (50%) le realizaron tratamiento con Electro-Convulso-Terapia. Nueve pacientes (64%) habían ingresado al hospital por orden judicial. Trece pacientes (93%) presentaban patología dual. A nueve pacientes (64%) el hospital le brindaba todo lo necesario para su diario vivir. Tres pacientes (21%) se fueron de alta y no retornaron, durante el tiempo del trabajo de campo. Nueve pacientes (64%) estaban disconformes con la atención brindada por el hospital y seis pacientes (43%) reclamaban ser más escuchadas por los integrantes de los Equipos de Salud de cada sala.

Por su parte, de los veintiséis pacientes varones entrevistados, previo consentimiento informado, observamos también que, sus edades iban desde los 19 a los 46 años; catorce pacientes (54%) eran montevideanos; tres pacientes (12%) refieren que sus familias de origen se desempeñaban haciendo changas; ocho pacientes (31%) tenían la escuela primaria incompleta (siendo seis pacientes analfabetos en la actualidad); nueve pacientes (38%) eran padres; doce pacientes (46%) se separaron de sus antiguas parejas por sus problemas de consumo; siete pacientes (27%) trabajaban como peones en la construcción; quince pacientes (58%) eran pensionistas; veintiún pacientes (81%) profesaban una religión y, de ellos, once pacientes (42%) la practicaban y seis pacientes (23%) se encontraban en situación de calle. Diez pacientes (38%) tenían un familiar directo con problemas psiquiátricos y doce pacientes (46%) tenían un familiar directo con problemas de adicciones. Diecisiete pacientes (65%) llevaban más de quince años de dependencia alcohólica y once pacientes (42%) nunca realizaron tratamiento para dejar de consumir. Veintiún pacientes (81%) consumían alcohol diariamente y el 100% superaba el umbral del Test de AUDIT. Veinticuatro pacientes (92%) fumaban tabaco, veintiún pacientes (81%) fumaban marihuana y quince pacientes (58%)

inhalaban pasta base. Veinticinco pacientes (96%) habían realizado tratamiento psiquiátrico, antes de esta internación, y veinte pacientes (76%) llevaban más de diez años de tratamiento. A diez pacientes (38%) le realizaron tratamiento con Electro-Convulso-Terapia. Diecinueve pacientes (72%) habían ingresado al hospital por orden judicial. Veinticuatro pacientes (92%) presentaban patología dual. A quince pacientes (58%) el hospital le brindaba todo lo necesario para su diario vivir. Seis pacientes (23%) se fueron de alta (uno de ellos fugado) y no retornaron, durante el tiempo del trabajo de campo. Trece pacientes (50%) estaban disconformes con la atención brindada por el hospital y diez pacientes (38%) reclamaban ser más escuchados por los integrantes de los Equipos de Salud de cada sala.

En las dos trayectorias femeninas analizadas (una que residía en Montevideo y otra que residía en el interior), el consumo problemático de alcohol comenzó en la adolescencia (13 y 14 años), luego comenzaron a consumir otras sustancias y después, a los veinte años, comenzaron con el tratamiento psiquiátrico. En uno y otro caso, las usuarias eran apoyadas por su padre, aunque ellas mantenían en secreto con su progenitor “el” motivo del inicio del consumo perjudicial de alcohol...

En ambas trayectorias masculinas analizadas (uno que residía en Montevideo y otro que residía en el interior), el consumo problemático de alcohol comenzó en la adolescencia (14 años), luego comenzaron a consumir otras sustancias y después, a mediados de los veinte años y ya comenzada la década de los treinta, comenzaron con el tratamiento psiquiátrico. En uno y otro caso fueron procesados, porque su dependencia alcohólica tuvo que ver con un homicidio...



Foto 25. Autor Fabrizio Martínez. Pacientes tomando mate en el patio externo del sector de internación femenino, Hospital Vilardebó (febrero, 2016).

En lo referente a las representaciones psiquiátricas, con respecto a cómo habría que tratarlos, surge el consabido “trabajo en equipo”, en “forma integral”, con “paciencia y perseverancia”; “cambiando el paradigma” dado que el hospital brinda una desintoxicación pero no la deshabitación, pues “curar es remitir la sintomatología para el Vilardebó”...

En cómo habría que cuidarlos, se plantea el “dar herramientas para el autocuidado”, desde la psicoeducación al paciente y su familia; realizando un seguimiento domiciliario, trabajando con la familia y con AA... lo que resultó paradójico es que muchos funcionarios ante esta pregunta hicieron silencio...

Y como sugerencias vertidas, por los cuarenta funcionarios entrevistados, una constante fue la capacitación a los funcionarios que ingresan, junto a la

formación permanente y el apoyo psicoemocional al personal, dado que hay “muchas desmotivación” del mismo. También se planteó que se formen equipos específicos para abordar esta problemática y la creación de programas para tener una “hoja de ruta”...

Por su parte, en las prácticas psiquiátricas, a la interna hospitalaria conviven diversos paradigmas en la atención, con una clara hegemonía de la perspectiva biomédica, como así también se entremezclan la concepción asilar, la hospitalocéntrica y la visión comunitaria (Romano et al, 2018); brindándose una atención estándar y una falta de seguimiento al egreso de los pacientes. Por otra parte, tanto desde las familias que no pueden y/o quieren recibir a los pacientes al alta, como desde el Poder Judicial que, desde la creación del Vilardebó (1880), no ha dejado de enviar personas para ser “depositadas” allí por largos períodos de meses y/o años, fue generándose uno de los grandes problemas de la administración del hospital, como es la “gestión de camas”, pues el Vilardebó desde hace varios años se encuentra siempre saturado (su capacidad es de 335 camas), teniendo a veces que contratar “camas” en sanatorios privados... y, por lo visto (Crovetto, 1884; Castro, 1899; Sicco, 1930; Soiza, 1983; Casarotti, 2007; Duffau, 2015; Romano et al, 2018), es un problema estructural...

Además, es escaso el trabajo en equipo, dándose la dualidad de que hay funcionarios comprometidos con su labor y otros que, con suerte, pueden llegar a realizar lo que les corresponde (en la descripción de su cargo), sumado a una nula capacitación del personal que ingresa.

Agregado a lo anterior, durante el tiempo del trabajo de campo, percibí una co-gestión hospitalaria entre el Equipo de Dirección y la Comisión Interna (donde esta última era la que, a veces, elegía a la dirección), lo que llevaba a una burocracia exacerbada, donde se perdía de vista la misión del hospital en lo referente a la atención de personas con alteraciones en su salud mental; prestándose, dicha “unión”, al nepotismo y al acomodo funcional... y, como corolario, desde las

sucesivas direcciones no hubo una planificación proactiva sino una política reactiva...

La pregunta de investigación me fue acompañando durante todo el camino. La misma fue abierta, pues me permitió la exploración en profundidad y la emergencia de factores y asuntos durante el proceso de investigación. Intenté que esta pregunta cualitativa fuese expansiva, es decir que apuntara a “abrir” un asunto y no “controlar” variables, construyéndose durante la investigación, invitándome a ser flexible y abierto, evitando delimitar demasiado pronto la situación, dejándome *asombrar* por el trabajo de campo (Fassin, 2018a); de esta manera el método etnográfico me ayudó a salir del enfoque cuantitativo que impera en las investigaciones sanitarias.

La narrativa biomédica, desde su racionalidad técnica que, a modo de “vara mágica”, implica un abordaje vertical (Margulies, 2010), es adoptada como la única referencia válida, en detrimento de otros sistemas culturales de atención en Salud. Esto lleva a que se confunda salud con tratamiento (De Freitas, 2017), donde los pacientes quedan impedidos de ser personas; por lo tanto, este planteo conlleva una despersonalización, pues la percepción de los pacientes pasa por la construcción de la autonomía en una institución que promueve la heteronomía...

Así lo qué hace la internación psiquiátrica, con los “pacientes” alcoholistas, es *desintoxicar* al individuo, desde la bio-lógica de una “medicina mental” (Menéndez, 2012a; Foucault, 2014), pero no promueve la *curación* de la persona, desde el fomento de una “salud mental” que tenga en cuenta la *densidad personal* (Foucault, 2012a [1964]) de los pacientes.

La desintoxicación es fundamental durante la fase aguda del tratamiento, que podrían ser las primeras semanas del tiempo de internación, pero luego hay que proponer algo más; por ejemplo, lo que algunos equipos de sala intentan hacer con la *deshabitación*, desde una visión psico-lógica. Pero, sin duda, falta plantear la

rehabilitación, centrada en la persona, donde esta pueda ir reelaborando un proyecto de vida (Fielitz, 2013a), desde un acompañamiento psico-social personal y grupal, en un abordaje cultural, con una educación para la salud que apunte a la reinserción social; pensando en la realización de visitas domiciliarias luego del egreso del paciente (después de meses y/o años de internación)... y este planteo no es tan descabellado, pues hay muchos trabajadores (437 funcionarios y 15 residentes para la atención directa de los 335 pacientes internados, durante el tiempo de mi trabajo de campo), donde algunos de ellos continúan manifestando propuestas y su deseo de participar en “otro” tipo de asistencia, pero lo que si falta es capacitar, formar y apoyar a todos los funcionarios (aprovechando todas las riquezas y, también, las miserias acumuladas por cientos de personas a lo largo de muchos años de atención “psi”), desde un proyecto que los tenga en cuenta a la hora de pensar políticas sanitarias.

La pregunta cualitativa me habilitó a otras cuestiones y así analicé que, en la práctica psiquiátrica, hay distintos paradigmas en la atención, es decir medicinas dentro de la medicina (Romero, 2013; Romano et al, 2018), una (la mayoría) que lleva a una relación funcionario-paciente medicalizado y otras que apuntan a un vínculo persona (funcionario)-persona (paciente); estas últimas contribuyen a que me siga haciendo las preguntas antropológicas fundamentales (Buber, 1964; Álvarez, 2009; Martínez-Hernández, 2017; Fassin, 2018a)...

Asimismo, en nuestro entorno, el alcohol es la sustancia psicoactiva que más se usa, que más se abusa y que genera mayor dependencia (JND, 2016); estando “naturalizado” su consumo en forma silenciosa y solo se lo tiene en cuenta cuando el mismo se hace “oír”, como nos siguen diciendo a diario las noticias... pues seguimos teniendo un problema dado que, en nuestro país, el 8% de la población total tiene un uso problemático de alcohol y el 2% de la misma es alcohólica-dependiente²⁷⁷... de ahí lo fundamental del aporte de Antropología y Salud, para

²⁷⁷ Datos aportados en el “Primer Simposio Internacional sobre uso problemático de alcohol”, celebrado en Montevideo en agosto de 2014.

contribuir al abordaje del mismo, buscando rescatar la Persona entre trayectorias alcohólicas y tratamientos psiquiátricos...



Figura 19. Detalle de la portada del Periódico “La Diaria”, edición del viernes 8 de febrero de 2019 (Extraído de: <https://ladiaria.com.uy>. Fecha de acceso: 8 de febrero de 2019).

Esta convergencia entre ciencias humanas y ciencias de la salud, tienen en común el abordaje antropocéntrico, convirtiéndose así la Antropología y Salud en una bisagra, como ese espacio de intersección entre la antropología y la salud pública (Wainwright, 2013), que busca articular el sentido que las personas y colectivos atribuyen a los Procesos de Salud/Enfermedad/Atención-Prevención. Desde esta perspectiva, en la relación entre el profesional de la salud y el paciente, se crea un espacio antropológico, que tiende a promover la conversación entre dos personas (Lévi-Strauss, 1968). De esta manera, se empieza a producir un “cambio de paradigma”, donde aquella concepción de que “la locura clásica pertenecía a las regiones del silencio” (Foucault, 2012b [1964]: 270), nos habilita a que “la locura habla ahora un idioma antropológico” (Foucault, 2012b [1964]: 270)...

Así se vuelve a considerar a la antigua medicina griega, dado que la misma era una especie de antropología ((Heráclito et al, 1995; Frankenberg, 2003), donde el “equilibrio” era sinónimo de salud (Canguilhem, 1971), y se buscaba unificar la dimensión psicológica, emocional y práctica de la persona, al optar por el término medio (Aristóteles, 2003a), entre el exceso y el defecto. También en la perspectiva

judía, cristiana y árabe, se tenía en cuenta la dimensión espiritual, a partir de la *cura animarum*, el cuidado de las almas, como parte fundamental de la salud (*salutis*, salud y/o salvación).

No obstante, lo anterior, en la vida siempre se atraviesa períodos de crisis, como puede ser la internación en un hospital psiquiátrico y la misma puede decantar en la autocreación o en la autodestrucción de la persona (Nietzsche, 2007 [1943]). En este contexto, generalmente, la medicalización implica el gobierno de la vida (Foucault, 2014), donde, incluso en una democracia, existen procesos en los cuales los derechos que permitirían ejercer el poder de hablar quedan en manos del Estado y también, a veces, las estructuras conceptuales de nuestras disciplinas llevan a una transformación del padecer elaborada por los profesionales, que le quita su “voz” a la persona que sufre distanciándose de la inmediatez de su experiencia (Das, 2008)... y así, la persona deja su lugar al “personaje” (Goffman, 2001a [1959]) y este al “paciente” (Nuñez, 2014)...

En contraposición a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud, en el modelo de “Cuidados innovadores para las condiciones crónicas” (2013), define los atributos de una asistencia eficaz para las personas con enfermedades crónicas (como puede ser la esquizofrenia y el alcoholismo), en una atención proactiva y planificada, centrada en la persona y en las necesidades de los colectivos con un fundamento en la Atención Primaria de Salud (Contel, 2018), hacia lo que apunta la nueva Ley de Salud Mental (2017). Para ello, si se desea un modelo de atención que asegure una asistencia segura y de calidad, dando respuestas reales a los problemas de las personas que padecen, es imprescindible dar “voz” a las mismas, para aportar contenido y narrativa al modelo, requiriéndose para esto un abordaje cualitativo (Contel, 2018); que contribuya a forjar una perspectiva dialógica desde la multidimensionalidad, la bidireccionalidad y las relaciones simétricas, en

contraposición al prototipo monológico de un enfoque jerárquico e impositivo (Martínez-Hernández, 2015).

Por lo tanto, habría que comenzar a hacer del tiempo de internación “psi”, un espacio que contribuya el rescate del ser (Heidegger, 2009 [1927]), desde el principio dialógico (Buber, 1964). Esto implica dejar de atender “individuos”, como una existencia biopsíquica única (Lévi-Strauss, 1993), para relacionarnos desde un Yo-Tú, es decir el vínculo que se establece entre dos personas, comprendiéndola como una constelación de relaciones sociales (Lévi-Strauss, 1993) y, también, como un ser en devenir (Comaroff y Comaroff, 2013), comprendiendo la complejidad de la misma (Romero, 2007)... buscando así estimular a la Enfermería, como arte de cuidar (Collière, 1993), y a las demás disciplinas “psi”, que a partir de una ética de mínimos (Cortina, 2000), que vaya a más, se vaya transformando este tiempo de internación en una clínica del buen trato (Epele, 2013)...

De esta manera el interés por la “persona”, se diferencia de los abordajes más biologicistas en que el “paciente” es reducido a una patología; por lo que, plantear una cultura de cuidados en salud mental, desde la confluencia de la cultura y el cuidado (Leininger, 1999), propone totalizar a las dimensiones físicas los aspectos espirituales, familiares, culturales y sociales (Alonso, 2013).

También contribuye a un real trabajo en equipo, donde de la lateralidad del asombro, con aquellos que interactuamos y desde la propensión a la reciprocidad, surge la posibilidad de lo permeable, del encuentro y, desde allí, deviene posible la generación de contextos para el rescate de la persona que padece (Martínez-Hernández, 2017).

En esta coyuntura, la cultura se transforma en esa urdimbre sobre la cual la persona tejerá su trama de significaciones (Geertz, 1987). Así la comprensión antropológica, por un lado, nos puede ayudar a entender lo que nos es demasiado familiar para que no nos resulte ajeno (Augé, 2007a) y, por otro lado, desde la

superación de los diferentes etnocentrismos (Augé, 2007a), contribuye al reconocimiento asombroso de la diversidad (Romero, 1991).

El abordaje etnográfico, permite el poder dar cuenta de las articulaciones que se dan entre las representaciones y las prácticas “psi”, caracterizándose por el conocimiento del “otro”, a partir de la permanencia prolongada durante el trabajo de campo y del compromiso establecido en términos éticos y de relaciones humanas (Ramírez, 2009a).

Así, el etnógrafo adquiere un *continuum* “estar entre” (Martínez-Hernández, 2015) que, desde la observación y la escucha, aprehende el poder curativo que tienen la narrativa (Lévi-Strauss, 1968) y los vínculos a escala humana (Kleinman, 1988; Max-Neef, 1993)...

Los posgrados en Humanidades, opción Antropología, ahondando en la línea de *Antropología y Salud*, me han permitido seguir profundizando en mi práctica profesional. Así, recuerdo que en la cultura Ava-Guaraní, el patio de cada hogar, se barría bien como signo de espera, de acogida a las visitas... y cuando alguien se acercaba, el poner sillas para los que van llegando, es la mejor bienvenida, sin necesidad de palabras. Luego de estar sentados en rueda, con un *poro* (mate) y algo de comer, la escucha es lo central del encuentro, donde se estrechan los vínculos comunitarios a través del convidar, compartir y repartir (Martínez, 2013).

Entonces, a partir de una cultura del encuentro, valoramos que la vida es relación, que se alimenta de los encuentros: encuentro con uno mismo, con el otro, con la naturaleza, con la trascendencia...

Pensando en la “sala de espera” del Servicio de Emergencia del Hospital Vilardebó, cuanto nos puede aportar esta sencillez de la acogida en los patios del chaco boliviano... por lo que, si partimos del concepto de que la atención ha de

centrarse en la persona y, luego, en los colectivos, la tendencia se focalizará en el fomento de la Salud Mental y no tan sólo en la desintoxicación de personas con problemas de adicciones... en este marco el abordaje de Antropología y Salud, nos fomenta a seguir interactuando en un vínculo persona (funcionario)-persona (paciente), de manera integral y nos ayuda a entender las diferencias culturales con respecto a los cuidados humanos, la salud y la enfermedad. Por lo tanto, estos supuestos nos ayudan, por un lado, a contribuir al desarrollo de la Enfermería como una disciplina eminentemente “antropológica” y, por otra parte, a seguir profundizando en esta línea de investigación desde diversos presupuestos (género, procedencia, etc)...

Para finalizar, esta investigación etnográfica en el campo de la salud, desde el compromiso como funcionario y el distanciamiento como investigador (Elias, 1990; Fassin, 1998), contribuyó a que siga aprehendiendo sobre los procesos de Salud/Enfermedad/Atención-Prevención de las personas, para seguir avanzando hacia aquel sueño de la Conferencia de la OMS de Alma-Ata, celebrada en 1978 (OPS, 2012), de que en el “año 2000” haya “salud para todos”... y en esa tensión entre objetivación e implicancia (Fassin, 2018b), entre cambios que urgen y tiempos de espera, como es el sendero rumbo a la construcción de una cultura de cuidados en Salud Mental, en el marco de una nueva Ley (Uruguay, 2017), es que estamos caminando para transformar(nos)...

Bibliografía

- Acevedo, Agustín. 2014. “Para cada persona una enfermedad. DSM V, o ‘El retorno de los empiristas paganos’”. *Revista de Ensayos*, Año I, N° 4, setiembre-octubre, Montevideo, pp. 51-66.
- Achilli, Elena. 2005. *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Laborde, Rosario.
- Acuña, Ricardo. 2004. “Servicio de Emergencia del Hospital Vilardebó”. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Volumen 68, N° 2, diciembre, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Montevideo, pp. 194-207.
- Agirrezabala, José et al. 2012. “Deprescripción”. *Boletín INFAC*, Volumen 20, N° 8, diciembre, Osakidetza, pp. 46-52.
- Agirrezabala, José et al. 2013. “No hay medicamentos para toda la vida”. *Boletín INFAC*, Volumen 21, N° 2, febrero, Osakidetza, pp. 10-17.
- Aguilera, Cristina et al. 2011. “Prescripción saludable de medicamentos en tiempos de crisis”. *Butlletí groc*, Volumen 24, N° 2, abril-junio, Barcelona, pp. 5-12.
- Aguirre, Rosario et al. 2014. “Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay”. *Íconos: Revista de Ciencias Sociales*, N° 50, setiembre, Quito, setiembre, pp. 43-60.
- Agustín de Hipona, San. 1994. *Confesiones*. 3ª ed. Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid. [398]

- Al-Kalai, Dawshe y Shanks, Nigel. 1984. "Arabian medicine in the Middle Ages". *Journal of the Royal Society of Medicine*, Volumen 77, enero, London, pp. 60-65.
- Alonso, Juan. 2012. "La construcción del morir como un proceso: la gestión del personal de salud en el final de la vida". *Universitas Humanística*, N° 74, julio-diciembre, Bogotá, pp. 123-144.
- Alonso, Juan. 2013. "Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida". *Ciência & Saúde Coletiva*, Volumen 18, N° 9, setiembre, Rio de Janeiro, pp. 2541-2548.
- Althabe, Gérard y Schuster, Félix. 1999. *Antropología del presente*. Edicial, Buenos Aires.
- Álvarez, Eduardo. 2009. *Los estrategas del Maciel: etnografía de un hospital público*. CSIC-UdelaR, Montevideo.
- Álvarez, Eduardo. 2010. "Espacios de internación hospitalaria: desafíos para la etnografía de la subjetividad". En: S. Romero (ed). *Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay 2009-2010*, pp. 123-140. Nordan, Montevideo.
- Alzate, Isabel; Budé, Pablo; Díaz, Ramiro; Martínez, Fabrizio; Pérez, Sandra. 2006. "Características de la población que consultó al Servicio de Atención y Orientación Telefónica, en el período comprendido entre mayo y agosto de 2006". En: M. Piovano y M. Cometto (ed). *X Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*. OPS, Buenos Aires, p. 28.
- American Psychiatric Association. 2014. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-5*. Editorial Médica Panamericana, Madrid.
- Aristóteles. 2003a. *Ética*. Ediciones Libertador, Buenos Aires.
- Aristóteles. 2003b. *Metafísica*. Ediciones Libertador, Buenos Aires.

- Aristóteles. 2004. *Retórica*. Ediciones Libertador, Buenos Aires.
- Atkins, Peter. 2003. *Las moléculas de Atkins*. Akal, Madrid.
- Augé, Marc. 1996. *El sentido de los otros: actualidad de la antropología*. Paidós, Barcelona.
- Augé, Marc. 2007a. *El oficio de antropólogo*. Gedisa, Barcelona.
- Augé, Marc. 2007b. *Por una antropología de la movilidad*. Gedisa, Barcelona.
- Babor, Thomas et al. 2001. *AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria*. OMS, Valencia.
- Babor, Thomas et al. 2010. *El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas*. 2ª ed. OPS, Washington.
- Barrán, José. 1992. *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos: El poder de curar, Volumen I*. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo.
- Barrán, José. 2002. "Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya". En: J. Barrán et al (coord). *La medicalización de la sociedad*. Nordan, Montevideo, pp.145-174.
- Barrios, Germán. 2011. *Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría*. Polemos, Buenos Aires.
- Barthes, Roland. 1987. *El susurro del lenguaje: más allá de la palabra y la escritura*. Paidós, Barcelona.

- Batthyány, Karina et al. 2014. “Las representaciones sociales del cuidado infantil desde una perspectiva de género. Principales resultados de la Encuesta Nacional sobre Representaciones Sociales del Cuidado”. *Papers: Revista de Sociología*, Volumen 99, Nº 3, marzo, Barcelona, pp. 335-354.
- Bayarres, Marta et al. 1997. *Alétheia. Textos de filosofía teórica y práctica*. Ediciones Ideas, Montevideo.
- Benedict, Ruth. 1971. *El hombre y la cultura*. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.
- Benedict, Ruth. 2015. “Anthropology and the abnormal”. *Journal of General Psychology*, Nº 10, London, pp. 59-82. Traducción de la Cátedra de Historia de la Teoría Antropológica, FFyL, UBA, Buenos Aires. [1934]
- Bespali, Yubarandt et al. 1995. “Derechos de los pacientes en Uruguay: percepción de los usuarios de hospitales”. *Revista Médica del Uruguay*, Volumen 11, Nº 2, setiembre, Montevideo, pp. 81-98.
- Bespali, Yubarandt et al. 2001. “La evolución de los derechos de los enfermos psiquiátricos en Uruguay. Segunda parte”. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Volumen 65, Nº 1, mayo, Montevideo, pp. 7-24.
- Biblia de Jerusalén*. 1975. Desclee de Brouwer, Bilbao.
- Blázquez, Maribel. 2008. “Una etnografía en la atención sanitaria”. En: O. Romani et al (coord.). *Antropología de la medicina, metodología e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*, pp. 17-30, Ankulegi, Donostia.
- Boff, Leonardo. 1999. *Saber cuidar: ética do humano- compaixão pela terra*. Vozes, Petrópolis.
- Bourdieu, Pierre et al. 1990. *El oficio de sociólogo*. Siglo XXI, México.

- Buber, Martin. 1964. *¿Qué es el hombre?* Fondo de Cultura Económica, México. [1942]
- Buning, Ernst et al. 2004. *Alcohol y reducción del daño: un enfoque innovador para países en transición*. Junta Nacional de Drogas, Montevideo.
- Caballero, Juan. 1998. “La interacción social en Goffman”. *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, Nº 83, julio, Madrid, pp. 121-149.
- Caldas de Almeida, José. 2007. “Implementación de políticas y planes de Salud mental en América Latina”. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Volumen 71, Nº 2, diciembre, Montevideo, pp. 111-116.
- Canguilhem, Georges. 1971. *Lo normal y lo patológico*. Siglo Veintiuno Argentina Editores, Buenos Aires.
- Cánovas, Miguel. 2008. *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión*. Tesis de Doctorado. Universidad de Murcia, Murcia.
- Casarotti, Humberto et al. 2004. “Electroconvulsoterapia: fundamentos y pautas de utilización”. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Volumen 68, Nº 1, julio, Montevideo, pp. 7-41.
- Casarotti, Humberto. 2007. “Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay”. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Volumen 71, Nº 2, diciembre, Montevideo, pp. 153-163.
- Casarotti, Humberto. 2012. “Evolución del diagnóstico y de la clasificación en patología mental”. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Volumen 76, Nº 1, setiembre, Montevideo, pp. 49-59.
- Casas, Miguel et al. 2002. “Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo”. *Adicciones*, Volumen 14, Nº 1, marzo, Palma de Mallorca, pp. 195-219.

- Castrillón, Elizabeth. 2015. “La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural”. *Cultura de los Cuidados*, Volumen 19, N° 42, Alicante, pp. 128-136.
- Castro, Enrique. 1899. *Legislación sobre alienados*. Tesis presentada para optar al grado de Doctor en Medicina y Cirugía. Imprenta “El Siglo Ilustrado”, Montevideo.
- Cayota, Mario. 2007. *Artigas y su derrota: ¿frustración o desafío?* Taurus, Montevideo.
- Chamizo, Carmen. 2005. “La enfermería transcultural en España”. *Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*, Volumen 9, N° 18, julio-diciembre, Valencia, pp. 19-23.
- Clément, Catherine. 2003. *Claude Lévi-Strauss*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Clifford, James. 1999. *Itinerarios transculturales*. Gedisa, Barcelona.
- Coll, Óscar y Ginés, Ángel. 2004. *Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina 1943-2003*. CSIC- UdelaR, Montevideo.
- Collière, Marie. 1993. *Promover la vida*. McGraw-Hill Interamericana, Barcelona.
- Comaroff, Jean y Comaroff, John. 2013. *Teoría desde el sur, o cómo los países centrales evolucionan hacia África*. Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires.
- Contel, Joan. 2018. “La atención integrada y el reto de la cronicidad”. *Enfermería Clínica*, Volumen 28, N° 1, Barcelona, pp. 1-4.
- Correa Urquiza, Martín et al. 2006. “La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales”. *Quaderns de l' Institut Català d' Antropologia*, N° 22, Barcelona, pp. 48-69.

- Cortina, Adela. 2000. *Ética mínima: introducción a la filosofía práctica*. 6ª ed. Tecnos, Madrid.
- Cortina, Adela. 2013. “El futuro de las humanidades”. *Revista Chilena de Literatura*, N° 84, Santiago de Chile, pp. 1-4.
- Costa, Mario. 2014. “A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatología, antropología médica e o sujeito da psicanálise”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Volumen 24, N° 4, Rio de Janeiro, pp. 1035-1052.
- Costa e Silva, Jorge et al. 1982. “Drogas y juventud”. En: O. Coll y A. Ginés. 2004. *Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina 1943-2003*. CSIC-UdelaR, Montevideo, p. 182.
- Crovetto, Andrés. 1884. *Algo sobre manicomios*. Tesis para optar al Grado de Doctor en Medicina y Cirugía. Imprenta La Nación, Montevideo.
- Das, Veena. 2008. *Sujetos del dolor, agentes de dignidad*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- De Freitas, Marcos Cezar. 2013. *O aluno incluído na educação básica: avaliação e permanencia*. Cortez Editora, São Paulo.
- De Freitas, Marcos Cezar. 2017. *O aluno-problema: forma social, ética e inclusão*. Cortez Editora, São Paulo.
- De la Flor, José. 2009. “La epidemia del VIH/Sida como relato histórico”. *Revista Académica de Relaciones Internacionales*, N° 10, febrero, México, pp. 1-5.
- Delleuze, Gilles y Guattari, Félix. 1985. *El Anti Edipo. Capitalismo y Esquizofrenia*. Paidós, Barcelona. [1972]
- Delleuze, Gilles y Guattari, Félix. 2004. *Mil mesetas. Capitalismo y Esquizofrenia*. Pre-Textos, Valencia. [1980]

- Del Río, Cynthia. 2010. “... *Es el cierre de su etapa reproductiva*”. *Etnografía de la política pública de acceso a la anticoncepción quirúrgica femenina en la ciudad de Buenos Aires*. Tesis de Doctorado. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- De Souza Minayo, María (org). 2003. *Investigación social. Teoría, método y creatividad*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- Díaz, Álvaro. 2009. “Medicina y sociedad”. *Cuadernos del CES*, N° 5, diciembre, Montevideo, pp. 23-29.
- Díaz, Esther. 2008. *Notas para una epistemología de las ciencias de la salud*. Universidad Nacional de Rosario, Rosario.
- Díaz, Joaquín. 1974. *Historia de la medicina en la antigüedad*. Ediciones del rectorado, Mérida.
- Di Sanza, Silvia et al. 1999. *Filosofía*. 2ª ed. Santillana, Buenos Aires
- Descartes, René. 1954. *Discurso del Método*. Sopena, Buenos Aires.
- Detienne, Marcel. 2003. *Dioniso a cielo abierto. Un itinerario antropológico en los rostros y las moradas del dios del vino*. Gedisa, Barcelona.
- Denzinger, Enrique. 1963. *El Magisterio de la Iglesia: Manual de los símbolos, definiciones y declaraciones de la Iglesia en materia de fe y costumbres*. Herder, Barcelona.
- Domingues, Leila y Campello Maria. 2002. “Loucura: como dizer o indizível?” En: L. Domingues, M. Campanello. *Texturas da Psicologia: Subjetividade e Política no Contemporâneo*, pp. 1- 13. Casa do Psicólogo, São Paulo, pp.1-13.

- Duffau, Nicolás. 2013. “El tratamiento de la “locura” en la obra de José Pedro Barrán a través del análisis de Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos”. *Revista Cultura Psi*, Nº 2, Buenos Aires, pp. 106-125.
- Duffau, Nicolás. 2015. “Saberes y prácticas de la Psiquiatría en Uruguay (1860-1910): de la Colonia de Alienados al Hospital Vilardebó. Etapas de una evolución conflictiva”. *Revista Cultura Psi*, Nº 5, Buenos Aires, pp. 40-69.
- Durkheim, Émile. 2012. *El suicidio: un estudio de sociología*. 2ª ed. Ediciones Akal, Madrid. [1897]
- Elias, Norbert. 1990. *Compromiso y distanciamiento. Ensayos de sociología del conocimiento*. Ediciones Península, Barcelona.
- Epele, María. 2013. *Padecer, cuidar y tratar: estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Editorial Antropofagia, Buenos Aires.
- Erasmus de Rotterdam, Desiderio. 2000. *Elogio de la locura*. Bureau Editor, Buenos Aires. [1511]
- Evia, Victoria. 2010. “Representaciones sociales de la locura a partir de una etnografía en la Radio Vilardevoz”. En: S. Romero (ed). *Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay 2009-2010*. Nordan, Montevideo, pp. 207-213.
- Evia, Victoria. 2015. “Los procesos de salud-enfermedad-atención desde la perspectiva de los usuarios de una policlínica del primer nivel de atención en Montevideo, Uruguay: Análisis de trayectos terapéuticos”. *Salud Colectiva*, Volumen 11, Nº 4, diciembre, Buenos Aires, pp. 537-552.
- Fajreldin, Valentina. 2006. “Antropología médica para una Epidemiología con Enfoque Sociocultural. Elementos para la Interdisciplina”. *Ciencia & Trabajo*, Volumen 8, Nº 20, abril, Santiago de Chile, pp. 95-102.
- Farmanuario. 2015. *Farmanuario Uruguay 2015: guía farmacológica y terapéutica*. 25 ed. Ediciones Farmanuario, Montevideo.

- Fassin, Didier. 1998. "L' anthropologie entre engagement et distanciation. Essai de sociologie des recherches en sciences sociales sur le sida en Afrique". En: D. Becker. *Vivre et penser le SIDA en Afrique*. Karthala, Paris, pp. 41-66.
- Fassin, Didier. 2004. "Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud". *Revista Colombiana de Antropología*, Volumen 40, enero-diciembre, Bogotá, pp. 283-318.
- Fassin, Didier. 2005. "Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie". En: F. Saillant. *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*. Anthropos, París, pp. 6-26.
- Fassin, Didier. 2014. "La seducción del humanitarismo". *Revista Ñ Clarín*, diciembre, Buenos Aires, pp. 1-3.
- Fassin, Didier. 2018a. *Castigar: una pasión contemporánea*. Adriana Hidalgo Editora, Buenos Aires.
- Fassin, Didier. 2018b. *Por una repolitización del mundo: las vidas descartables como desafío del siglo XXI*. Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires.
- Fielitz, Pablo et al. 2000. "Violencia y trastornos relacionados con sustancias". *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Volumen 64, N° 3, mayo, Montevideo, pp. 411-415.
- Fielitz, Pablo et al. 2006. "Homicidio y enfermedad mental". *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Volumen 70, N° 1, agosto, Montevideo, pp. 7-14.
- Fielitz, Pablo et al. 2009. "Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes de emergencia del Hospital Pasteur". *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Volumen 73, N° 2, diciembre, Montevideo, pp. 143-156.
- Fielitz, Pablo et al. 2010. "Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastornos psicóticos ingresados en Sala de Emergencia Psiquiátrica". *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, Volumen 48, N° 2, abril-junio, Santiago de Chile, pp. 106-113.

- Fielitz, Pablo. 2013a. "Trastornos relacionados con sustancias". En: C. Aquines (comp). *Temas de psiquiatría: manual de psiquiatría para médicos*. Oficina del Libro, Montevideo, pp. 215-242.
- Fielitz, Pablo. 2013b. "Alcoholismo". En: C. Aquines (comp). *Temas de psiquiatría: manual de psiquiatría para médicos*. Oficina del Libro, Montevideo, pp. 243-256.
- Foucault, Michel. 1968. *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI, Buenos Aires. [1966]
- Foucault, Michel. 1987. *Historia de la sexualidad. 1: la voluntad de saber*. Siglo XXI, México. [1976]
- Foucault, Michel. 2002. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI, Buenos Aires. [1975]
- Foucault, Michel. 2012a. *Historia de la locura en la época clásica I*. Fondo de Cultura Económica, México. [1964]
- Foucault, Michel. 2012b. *Historia de la locura en la época clásica II*. Fondo de Cultura Económica, México. [1964]
- Foucault, Michel. 2013. *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. 2ª ed. Siglo Veintiuno Editores, Buenos Aires. [1963]
- Foucault, Michel. 2014. *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Fourasté, Raymond. 1992. *Introducción a la etnopsiquiatría*. Ediciones del Sol, Buenos Aires.

- Frankenberg, Ronald. 2003. "Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología". *Cuadernos de Antropología Social*, N° 17, Buenos Aires, pp. 11-27.
- Furst, Peter. 1992. *Alucinógenos y cultura*. Fondo de Cultura Económica, Madrid.
- Garat, Guillermo. 2013. *Un siglo de políticas de drogas en Uruguay*. Friedrich Ebert Stiftung, Montevideo.
- García Canclini, Néstor. 2005. *Diferentes, desiguales y desconectados: mapas de la interculturalidad*. Gedisa, Barcelona.
- Geertz, Clifford. 1987. *La interpretación de las culturas*. Gedisa, México.
- Gelder, Michael et al. 2000. *Oxford Psiquiatría*. Marban, Madrid.
- Gevaert, Joseph. 1993. *El problema del hombre: introducción a la Antropología Filosófica*. Sígueme, Salamanca.
- Gil, Juan y Mañé, Fernando. 1993. *Sesiones de la Sociedad Uruguaya de la Historia de la Medicina. Volumen XI*. Facultad de Medicina, UdelaR, Montevideo.
- Giraldéz, Carlos. 2009. "Análisis espacial en Salud Mental: el caso del Hospital Vilardebó de Montevideo-Uruguay". *Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, Volumen 5, N° 9, diciembre, pp. 138-150.
- Giraldéz, Carlos. 2015. "Estudio de los ingresos primarios del Hospital Vilardebó, en 2007 y 2008, procedentes de Montevideo: un abordaje desde la Geografía de la Salud". *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Volumen 79, N° 1, Montevideo, pp. 49-65.
- Goffman, Erving. 2001a. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu, Buenos Aires. [1959]

- Goffman, Erving. 2001b. *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu, Buenos Aires. [1961]
- Goffman, Erving. 2006. *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu, Buenos Aires. [1963]
- González, Ricardo. 1998. *Clínica Psiquiátrica básica actual*. Científico-Técnica, Madrid.
- Good, Byron. 2003. *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Ediciones Bellatera, Barcelona.
- Granero, Javier. 2003. “Diferencias en los conceptos de salud y enfermedad en la medicina oficial y en las no convencionales”. *Humanitas: Humanidades Médicas*, Volumen 1, N° 2, abril-junio, Barcelona, pp. 21-30.
- Grimberg, Mabel (ed). 2009. *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Antropofagia, Buenos Aires.
- Guber, Rosana. 2001. *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial Norma, Bogotá.
- Guillén, Rocío. 2012. “La connotación de persona en situación de cronicidad”. *Enfermería Universitaria ENEO- UNAM*, Volumen 9, N° 3, julio-setiembre, México, pp. 44-56.
- Guyotat, Jean. 1994. *Estudios de antropología psiquiátrica*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Guzmán, Mauricio. 2014. “Antropología simétrica y procesos de curación con ayahuasca”. *Estudios Sociales: Revista de Investigación Científica*, Volumen 22, N° 44, julio-diciembre, México, pp. 282-287.

- Haedo, Eduardo. 1952. "Alcoholismo crónico". En: O. Coll y A. Ginés. 2004. *Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina 1943-2003*. CSIC-UdelaR, Montevideo, p. 96.
- Harris, Marvin. 2005. *Antropología cultural*. Alianza, Madrid.
- Heidegger, Martin. 2009. *El ser y el tiempo*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires. [1927]
- Heráclito, Parménides y Empédocles. 1995. *Textos presocráticos*. Edicomunicación, Barcelona.
- Jaspers, Karl. 2000. *La filosofía: desde el punto de vista de la existencia*. Fondo de Cultura Económica, México. [1932]
- Jaspers, Karl. 2003. *La práctica médica en la era tecnológica*. Gedisa, Barcelona.
- Kérouac, Suzanne et al. 1996. *El pensamiento enfermero*. Masson, Barcelona.
- Kleinman, Arthur. 1988. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. Basic Books, New York.
- Kleinman, Arthur y Benson, Peter. 2004. "La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina". En: R. Bayés (dir). *Monografías Humanitas 2: Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*. Fundación Medicina y Humanidades Médicas, Barcelona, pp. 17-26.
- Kuhn, Thomas. 1971. *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica, México. [1962]
- Kuhn, Thomas. 1989. *¿Qué son las revoluciones científicas?* Paidós, Barcelona.

- Langdon, Esther. 2005. "L'abus d'alcool chez les peuples indigènes du Brésil: une évaluation comparative". *Drogues, santé et société*, Volumen 4, N° 1, junio, Québec, pp. 15-52.
- Laplantine, François. 1986. *Introducción a la etnopsiquiatría*. Gedisa, Barcelona.
- Laplantine, François. 1999. *Antropología de la enfermedad: estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea*. Ediciones del Sol, Buenos Aires.
- Larrañaga, Dámaso. 2011. *Diario de viaje de Montevideo a Paysandú*. Administración Nacional de Educación Pública, Montevideo. [1815]
- Le Breton, David. 1999. *Antropología del dolor*. Seix Barral, Barcelona.
- Le Breton, David. 2002. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- Le Breton, David. 2015. *Disparaître de soi. Une tentation contemporaine*. Métailié, París.
- Leddy, Susan y Pepper, Mae. 1989. *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. Organización Panamericana de la Salud, Nueva York.
- Leininger, Madeleine. 1995. *Transcultural Nursing: concepts, theories, practices*. McGraw Hill, Columbus.
- Leininger, Madeleine. 1999. "Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural". *Cultura de los Cuidados*, Volumen 3, N° 6, Alicante, pp. 5-8.
- Leno, Daniel. 2006. "Buscando un modelo de enfermería para un entorno multicultural". *Gazeta de Antropología*, N° 22, Granada, pp. 1-14.

- Lévi-Strauss, Claude. 1968. *Antropología estructural*. Eudeba, Buenos Aires. [1958]
- Lévi-Strauss, Claude. 1970. *Tristes trópicos*. Eudeba, Buenos Aires.
- Lévi-Strauss, Claude. 1987. *La alfarera celosa*. Paidós, Barcelona.
- Lévi-Strauss, Claude. 1993. *Raza y cultura*. Cátedra, Madrid.
- Lévi-Strauss, Claude. 2012. *Mito y significado*. Alianza Editorial, Madrid. [1978]
- Lischetti, Mirtha. 2007. *Antropología*. Eudeba, Buenos Aires.
- Lissignoli, Nancy. 2015. *Laberintos de ausencia*. Rumbo Editorial, Montevideo.
- Lurbe, Katia. 2005. *La enajenación de l@s otr@s. Estudio sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la Salud Mental en Barcelona y París*. Tesis de Doctorado. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.
- Mantilla, María. 2008. “Hacia la construcción de una etnografía en un hospital psiquiátrico”. *(Con)textos, revista d’ antropología i investigació social*, N° 2, diciembre, Barcelona, pp. 93-102.
- Mantilla, María. 2011. “Manejo y expresión del cuerpo en el caso del trastorno límite de la personalidad: el cuerpo como objeto de prácticas psiquiátricas”. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, Volumen 3, N° 6, agosto-noviembre, Córdoba, pp. 20-32.
- Mantilla, María y Alonso, Juan. 2012. “Aportes socio-antropológicos de las etnografías en hospitales psiquiátricos, revisión de la bibliografía anglosajona y latinoamericana”. *Culturas Psi*, Volumen 1, N° 1, Buenos Aires, pp. 100-112.

- Mantilla, María y Alonso, Juan. 2015. “Transmisión del diagnóstico en psiquiatría y adscripción de identidades”. *Interface-Comunicação-Saúde-Educação*, Volumen 19, Nº 52, San Pablo, pp. 21-32.
- Mañé, Fernando. 1996a. *Historia de la ciencia en el Uruguay. Tomo 1: del descubrimiento al fin de las misiones jesuíticas*. UdelaR, Montevideo.
- Mañé, Fernando. 1996b. *Historia de la ciencia en el Uruguay. Tomo 2: de las misiones jesuíticas al fin del siglo XVIII*. UdelaR, Montevideo.
- Marcolini, Pierina y Michelini, Margarita. 2014. *Nurse Pierina... soy Gustavo. Recuerdos del Hospital Vilardebó*. Trilce, Montevideo.
- Margulies, Susana. 2010. “Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-Sida. Ensayo de antropología de la medicina”. *Intersecciones en Antropología*, Nº 11, Buenos Aires, pp. 215-225.
- Margulies, Susana. 2014. *La atención del VIH-Sida. Un estudio de antropología de la medicina*. Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Marriner-Tomey, Ann et al. 2007. *Modelos y Teorías en Enfermería*. 6ª ed. Elsevier, Madrid.
- Martínez, Fabrizio. 2013. *Karu Guasu. Entre encuentros y desencuentros: los Ava-Guaraní y su representación y práctica del alcohol de los karai*. Disertación de Maestría. Universidad de la República, Montevideo.
- Martínez, Fabrizio. 2014. “Karu Guasu. Entre encuentros y desencuentros: los Ava-Guaraní y su representación y práctica del alcohol de los karai”. En: S. Romero (ed). *Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay 2014*. Nordan, Montevideo, pp. 288-292.
- Martínez-Hernández, Ángel. 2009. “Cuerpos fantasmales en la urbe global”. *Fractal: Revista de Psicología*, Volumen 21, Nº 2, Niterói, pp. 223-236.

- Martínez-Hernández, Ángel. 2015. *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropolos, Barcelona.
- Martínez-Hernández, Ángel y Correa-Urquiza, Martín. 2017. “Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva”. *Revista Salud Colectiva*, Volumen 13, N° 2, Buenos Aires, pp. 267-278.
- Mauss, Marcel. 1979. *Sociología y antropología*. Editorial Tecnos, Madrid. [1950]
- Mauss, Marcel. 2009. *Ensayo sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Katz Editores, Madrid. [1925]
- Max-Neef, Manfred. 1993. *Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*. Nordan, Montevideo.
- Mead, Margaret. 1975. *Antropología, la ciencia del hombre*. Ediciones Siglo Veinte, Buenos Aires.
- Medina-Mora, María et al. 2004. “Del Siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad”. *Salud Mental*, Volumen 24, N° 4, agosto, México, pp. 3-19.
- Megías, Francisco et al. 2005. *Guía de intervención rápida de Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental*. Difusión Avances de Enfermería, Madrid.
- Meliá, Silvia (comp). 2005. *Enfermería en Salud Mental*. Oficina del libro, Montevideo.
- Menéndez, Eduardo. 1984. “Estructuras y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. Apuntes para una antropología médica crítica”. *Nueva Antropología: Revista de Ciencias Sociales*, Volumen 6, N° 23, México, pp. 71-102.

- Menéndez, Eduardo. 1985. "Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina". *Nueva Antropología: Revista de Ciencias Sociales*, Volumen 7, N° 28, México, pp. 11-27.
- Menéndez, Eduardo. 1990. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Alianza editorial mexicana, México.
- Menéndez, Eduardo. 1991a. *Antropología del alcoholismo en México*. CIESAS, México.
- Menéndez, Eduardo. 1991b. "Definiciones, indefiniciones y pequeños saberes". *Alteridades*, Volumen 1, N° 1, México, pp. 21-32.
- Menéndez, Eduardo. 1999. "Uso y desuso de conceptos: ¿dónde quedaron los olvidos?". *Alteridades*, Volumen 9, N° 17, México, pp. 147-164.
- Menéndez, Eduardo. 2001. "Biologización y racismo en la vida cotidiana". *Alteridades*, Volumen 11, N° 21, México, pp. 5-39.
- Menéndez, Eduardo. 2002. *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo*. Bellaterra, Barcelona.
- Menéndez, Eduardo. 2012a. "Antropología médica, una genealogía más o menos autobiográfica". *Gazeta de Antropología*, N° 28, Granada, pp. 1-8.
- Menéndez, Eduardo. 2012b. "Búsqueda y encuentro: narrativas y algunos olvidos". *Cuadernos de Antropología Social*, N° 35, Buenos Aires, pp. 29-53.
- Menéndez, Eduardo y Di Pardo, Renée. 1996. *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. CIESAS, México.
- Menéndez, Eduardo y Di Pardo, Renée. 2003. *Dependencias y políticas: los usos técnicos/ideológicos del sector salud*. CIESAS, México.

- Minguez, Jorge. 2000. "Antropología de los cuidados". *Cultura de los Cuidados*, Volumen 4, Nº 7, Alicante, pp. 102-106.
- Molanes, Pablo. 2018. "La granja Sainte Anne (París), orígenes del hospital psiquiátrico". *Cultura de los Cuidados*, Volumen 22, Nº 51, Alicante, pp. 57-62.
- Monteiro, Mónica et al. 2016. "O encontro com a perspectiva do outro: empatía na relação entre psiquiatras e pessoas com diagnóstico d esquizofrenia". *Ciência & Saúde Coletiva*, Volumen 21, Nº 3, Rio de Janeiro, pp. 881-890.
- Moraes, Mario et al. 2016. "Consumo de tabaco, alcohol y marihuana según autodeclaración en mujeres que tuvieron su parto en el Centro Hospitalario Pereira Rosell (mayo 2013-abril 2014)". *Revista Médica del Uruguay*, Volumen 32, Nº 4, Montevideo, pp. 234-241.
- Morin, Edgar. 2002. *La cabeza bien puesta. Repensar la reforma. Reformar el pensamiento*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- Morrison, Michelle. 1999. *Fundamentos de Enfermería en Salud Mental*. Harcourt Brace, Madrid.
- Mozo, Carmen. 2013. "Aportaciones y potencialidades de la antropología de la salud". *Revista Andaluza de Antropología*, Nº 5, setiembre, Sevilla, pp. 1-11.
- Munizaga, Carlos. 1987. "Aportes etnográficos al estudio de las organizaciones psiquiátricas". *Revista Chilena de Antropología*, Nº 6, Santiago de Chile, pp. 27-34.
- Nietzsche, Friedrich. 2007. *El origen de la tragedia*. Austral, Madrid. [1943]
- Núñez, Sandino. 2014. "Más acá del bien y del mal. Motivos de prótesis". *Revista de Ensayos*, Año I, Nº 4, setiembre-octubre, Montevideo, pp. 5-32.

- Organización Mundial de la Salud. 1960. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. 2008. *La Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo*. OMS, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. 2010. *Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Con Glosario y Criterios Diagnósticos de Investigación, CIE-10: CDI-10*. Editorial Médica Panamericana, Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. 2013. *Cuidados Innovadores para las condiciones crónicas. Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*. OMS, Washington.
- Organización Mundial de la Salud. 2014. *Global status report on alcohol and health 2014*. OMS, Luxemburgo.
- Organización Panamericana de la Salud. 2011. *Enfermería y seguridad de los pacientes*. OPS, Washington.
- Organización Panamericana de la Salud. 2012. *Declaración de Alma-Ata (1978)*. OPS, Washington.
- Ortega y Gasset, José. 1942. *Meditaciones del Quijote: la deshumanización del arte*. Espasa-Calpe Argentina S.A., Buenos Aires.
- Otero, Mario. 1993. “De la antropología médica a una epistemología no imaginaria”. *Gaceta Universitaria*, Volumen 7, Nº 1, Universidad de la República, Montevideo, pp. 71-73.
- Pacheco, Germán. 2009. “El diagnóstico psiquiátrico desde una perspectiva enfermera”. *Psiquiatría.com*, Volumen 13, Nº 1, Madrid, pp. 1-7.

- Patiño, Alejandro. 2005. "Etnopsiquiatría". *Gazeta Médica da Bahia*, Volumen 75, N° 2, Bahía, pp. 143-161.
- Pelbart, Peter Pál. 1989. *Da clausura do fora ao fora da clausura. Loucura e desrazão*. Brasiliense, São Paulo.
- Pelbart, Peter Pál. 1990. "Manicômio Mental- a outra face da clausura". En: A. Lancetti (ed). *Saúde Loucura 2*. Hucitec, São Paulo, pp. 131-138.
- Pelbart, Peter Pál. 2009. *Filosofía de la deserción*. Tinta Limón, Buenos Aires.
- Pezzani, Geraldina. 2017. "Estudio descriptivo de pacientes con reingreso múltiple anual en el Hospital Vilardebó (2013-2014)". *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Volumen 81, N° 1, Montevideo, pp. 30-42.
- Pizza, Giovanni. 2006. "Antropología Médica: una propuesta de investigación". En: C. Lizón (ed). *Introducción a la Antropología Social y Cultural*. Akal, Madrid, pp. 267-291.
- Porciúncula, Horacio. 2014. "Prólogo. Lo no incluido y la máquina del tiempo". En: P. Marcolini y M. Michelena. *Nurse Pierina... soy Gustavo. Recuerdos del Hospital Vilardebó*. Trilce, Montevideo, pp. 5-9.
- Puppo, Héctor. 1983. "La cátedra de psiquiatría: su evolución histórica". *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Volumen 48, N° 1, Montevideo, pp. 19-36.
- Ramírez, Fortunato et al. 1969. "Valoración del resultado terapéutico sobre un grupo de bebedores anormales de alcohol". En: O. Coll y A. Ginés. 2004. *Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina 1943-2003*. CSIC-UdelaR, Montevideo, p. 139.
- Ramírez, Susana. 2006. "Salud, etnicidad y religión. La salud en poblaciones excluidas". *Quaderns de l' Institut Català d' Antropologia*, N° 22, Barcelona, pp. 101-116.

- Ramírez, Susana. 2009a. “La contribución del método etnográfico en el registro del dato epidemiológico. Epidemiología socio-cultural indígena quechua de la ciudad de Potosí”. *Salud Colectiva*, Volumen 5, N° 1, enero-abril, Buenos Aires, pp. 63-85.
- Ramírez, Susana. 2009b. *Calidad de Atención en Salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymará del altiplano boliviano*. OPS/OMS, La Paz.
- Ramírez, Susana. 2011. *Salud intercultural: crítica y aproximación a partir del contexto boliviano*. ISEAT, La Paz.
- Ré, Roberto y Bautista Mateo. 2004. *Nuestra salud mental: psicoeducación, prevención y tratamiento*. San Pablo, Buenos Aires.
- Real Academia Española. 2014. *Diccionario de la lengua española*. 23ª ed. RAE, Madrid.
- Renoldi, Brígida. 2013. “La salud como atributo moral. Usuarios de drogas y tratamientos de atención”. En: M. Epele (comp). *Padecer, cuidar y tratar. Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Editorial Antropofagia, Buenos Aires, pp. 207-232.
- Reyes, Martín. 2011. *Sujeto y corporalidad: la experiencia del padecimiento en contextos de hospitalización*. Tesis de Doctorado. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Guadalajara.
- Rial, Virginia. 2014. “Desarrollo de una especialización. Actualidad del Programa de Antropología y Salud, FHCE, Universidad de la República”. En: S. Romero (coord). *Dinámica cultural en la producción de salud y de riesgos*. FHCE, UdelaR- Nordan, Montevideo, pp. 21-30.
- Rigol, Assumpta y Ugalde, Mercedes. 2005. *Enfermería de salud mental y psiquiatría*. 2ª ed. Elsevier, Madrid.

- Rizo, María. 2011. "De personas, rituales y máscaras: Erving Goffman y sus aportes a la comunicación interpersonal". *Quórum Académico*, Volumen 8, N° 15, enero-junio, Zulia, pp. 78-94.
- Roach, Simone. 1997. *Caring from the heart: The convergence of caring and spirituality*. Paulist Press, New Jersey.
- Rodríguez, Eloísa et al. 2009. "El caso estudiado". *Cuadernos del CES*, N° 5, diciembre, Montevideo, pp. 57-65.
- Rodríguez, Olimpio et al. 2000. "Consumo de alcohol. Alcoholismo y rasgos psicológicos de la personalidad". *Revista Cubana de Medicina General Integrada*, Volumen 16, N° 3, La Habana, pp. 265-269.
- Romano, Sandra. 2007. "Aportes a un debate sobre la Organización de la Atención en Salud Mental y Psiquiatría". *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Volumen 71, N° 2, Montevideo, p. 110.
- Romano, Sandra. 2013. "Método clínico en psiquiatría". En: C. Aquines (comp). *Temas de psiquiatría: manual de psiquiatría para médicos*. Oficina del Libro, Montevideo, pp. 11-23.
- Romano, Sandra; Porteiro, María; Novoa, Gabriela; López, Gabriela; Barrios, Celia; García, Martín; García, Magdalena. 2018. "Atención a la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado". *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Volumen 82, N° 1, Montevideo, pp. 22-42.
- Romero, Sonnia. 1991. "La transmisión o el fluir continuo de la cultura". *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, N° 72-73, Montevideo, pp. 229-237.
- Romero, Sonnia. 1997. "Enfoques antropológicos aplicados al estudio del campo de la salud". En: S. Romero et al (coord). *Sociedad, cultura y salud*. FHCE-UdelaR, Montevideo, pp. 31-50.

- Romero, Sonnia. 2002. "Transformaciones en el campo de la salud en el Uruguay: ¿una revolución cultural?" En: J. Portillo y J. Rodríguez (coord). *La medicalización de la sociedad*. Nordan, Montevideo, pp.123-144.
- Romero, Sonnia. 2003. *Madres e hijos en la Ciudad Vieja*. FHCE, UdelaR- Nordan, Montevideo.
- Romero, Sonnia. 2007. "Interrogaciones en torno a la cuestión "afro" y la discriminación en Uruguay, escenario para transformaciones identitarias". En: N. Guigou (comp). *Trayectos antropológicos*. Nordan, Montevideo, pp. 161-173.
- Romero, Sonnia. 2009a. "Dossier: veinte años de estudios en Antropología de la Salud en Uruguay". *Cuadernos del CES*, N° 5, diciembre, Montevideo, pp. 31-33.
- Romero, Sonnia. 2009b. "Cambios en la profesión médica". *Cuadernos del CES*, N° 5, diciembre, Montevideo, pp. 35-45.
- Romero, Sonnia. 2009c. "Modelos culturales y sistemas de atención de la salud". *Cuadernos del CES*, N° 5, diciembre, Montevideo, pp. 47-56.
- Romero, Sonnia. 2013. "Integración de paradigmas médicos, innovaciones en la atención de la salud: Proyección al siglo XXI". En: S. Romero (ed). *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay 2013*, Nordan, Montevideo, pp. 197-209.
- Romero, Sonnia (coord). 2014. *Dinámica Cultural en la producción de salud y de riesgos. Encuentros, estudios, ateneos, 2012-2014 del Programa de Antropología y Salud, FHCE*. FHCE, UdelaR- Nordan, Montevideo.
- Romero, Sonnia. 2017. "Revelaciones en Ateneo: efectos de relaciones dentro y fuera de un Servicio de Salud. Programa de Antropología y Salud, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación". *Revista Uruguaya de Antropología y Etnología*, Volumen II, N° 1, Montevideo, pp. 113-130.

- Rossal, Marcelo y Suárez, Héctor. 2014. *Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas*. FHCE, UdelaR- JND, Montevideo.
- Rossal, Marcelo y Suárez, Héctor. 2015. *Viajes sintéticos. Estudios sobre uso de drogas de síntesis en el Uruguay contemporáneo*. FHCE, UdelaR- JND, Montevideo.
- Salas, Jordi et al. 2005. *La alimentación y la nutrición a través de la historia*. Editorial Glosa, Barcelona.
- Sales, Rafael. 2005. *Análisis del proceso de cuidados de enfermería en una sala de psiquiatría*. Tesis de Doctorado. Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Samaja, Juan. 2004. *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar, Buenos Aires.
- Sandoya, Edgardo. 2014. “La incertidumbre en medicina”. *Tendencias en medicina*, Volumen 22, N° 44, mayo, Montevideo, pp. 131-138.
- Scasso, Pablo. 2014. *La asimetría de los perros: historias del Vilardebó*. Ediciones Letradura, Montevideo.
- Serpa, Octavio et al. 2014. “Experiência, narrativa e conhecimento: a perspectiva do psiquiatra e a do usuário”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Volumen 24, N° 4, Rio de Janeiro, pp. 1053-1077.
- Sicco, Antonio. 1930. *Imperfecciones del sistema actual de la asistencia de alienados en nuestro país*. Talleres Gráficos Monteverde, Montevideo.
- Soiza, Agustín. 1983. “Esbozo histórico sobre la psiquiatría y sus servicios hospitalarios en el Uruguay: 1788-1907”. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, Volumen 48, N° 1, Montevideo, pp. 1-18.

- Stein, Edith. 2004. *Sobre el problema de la empatía*. Editorial Trotta, Madrid. [1917]
- Swora, Maria. 2001. "Personhood and disease in Alcoholics Anonymous: a perspective from the anthropology of religious healing". *Mental Health, Religion & Culture*, Volumen 4, N° 1, London, pp. 1-22.
- Szasz, Thomas. 1994. *El mito de la enfermedad mental*. Amorrortu, Buenos Aires. [1961]
- Szasz, Thomas. 2001. *Ideología y enfermedad mental*. Amorrortu, Buenos Aires. [1970]
- Tarrés, Sol. 2001. "El cuidado del "otro". Diversidad cultural y enfermería transcultural". *Gazeta de Antropología*, N° 17, Granada, pp. 1-6.
- Tomás de Aquino, Santo. 2001. *Suma de Teología*. 4ª ed. Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid. [1274]
- Tuzzo, Rosario. 2009. *Conceptos básicos de psicología en la formación de los profesionales de la salud*. Oficina del Libro, Montevideo.
- Uruguay. Junta Nacional de Drogas. 2006. *Drogas: más información, menos riesgos*. Presidencia de la República, Montevideo.
- Uruguay. Junta Nacional de Drogas. 2016. *VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas: informe de investigación*. Presidencia de la República, Montevideo.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. 2015. *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020*. Presidencia de la República, Montevideo.
- Uruguay. Poder Legislativo. 1936. *Ley N° 9.581: Psicópatas*. Poder Legislativo, Montevideo.

- Uruguay. Poder Legislativo. 1948. *Ley N° 11.139: Patronato del Psicópata*. Poder Legislativo, Montevideo.
- Uruguay. Poder Legislativo. 2007. *Ley N° 18.211: Sistema Nacional Integrado de Salud*. Poder Legislativo, Montevideo.
- Uruguay. Poder Legislativo. 2011. *Ley N° 18.815: Profesión de Enfermería*. Poder Legislativo, Montevideo.
- Uruguay. Poder Legislativo. 2017. *Ley N° 19.529: Ley de Salud Mental*. Poder Legislativo, Montevideo.
- Van Dongen, Els. 2003. "Walking stories: narratives of mental patients as magic". *Anthropology & Medicine*, Vol. 10, N° 2, London, pp. 207-222.
- Vásquez, Adolfo. 2011. "Antipsiquiatría; deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la 'razón psiquiátrica'". *Eikasía: Revista de Filosofía*, Volumen 41, noviembre, Oviedo, pp. 7-20.
- Villaseñor Bayardo, Sergio. 1994. "La etnopsiquiatría. Nociones generales sobre su origen y desarrollo". *Salud Mental OMS*, Volumen 17, N° 2, junio, México, pp. 16-20.
- Villaseñor Bayardo, Sergio. 2008. *Apuntes para una etnopsiquiatría mexicana*. Universidad de Guadalajara, México.
- Viñar, Marcelo. 2002. "La institución manicomial". En: J. Barrán et al (coord). *La medicalización de la sociedad*. Nordan, Montevideo, pp. 107-121.
- Visacovsky, Sergio. 2001. *El Lanús: Memoria, Política y Psicoanálisis en la Argentina (1956-1992)*. Infomed, Buenos Aires.
- Visacovsky, Sergio. 2008. "Usos del espacio y creencias encarnadas: psiquiatría y psicoanálisis en un servicio psiquiátrico argentino". *Antípoda: Revista de Antropología y Arqueología*, N° 6, enero-junio, Bogotá, pp. 91-111.

- Vomero, Fabricio. 2008. "Lugar social y función simbólica. La cura "psi" pensada desde la obra de Lévi-Strauss". En: S. Romero (ed). *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay 2008*. Nordan, Montevideo, pp-275-280.
- Vomero, Fabricio. 2009. "Rupturas sociopsicológicas causadas por la enfermedad en la vida de las personas". *Cuadernos del CES*, N° 5, diciembre, Montevideo, pp. 81-87.
- Vomero, Fabricio. 2010. *Enfermedad mental, psiquiatría y cultura en el Uruguay de la primera mitad del siglo XX*. Disertación de Maestría. Universidad de la República, Montevideo.
- Vomero, Fabricio. 2011. "Un anarquista en el Vilardebó". En: S. Romero (ed). *Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay 2010-2011*. Nordan, Montevideo, pp. 223-226.
- Vomero, Fabricio. 2014. "Reafirmación del interés de la Antropología en el Campo de la Salud". En: S. Romero (coord). *Dinámica cultural en la producción de salud y de riesgos*. FHCE, UdelaR- Nordan, Montevideo, pp. 15-20.
- Vomero, Fabricio. 2018. "Revisión actualizada del primer informe del manicomio y la locura en Uruguay, 1884, de Andrés Crovetto". *Revista Uruguaya de Antropología y Etnología*, Volumen III, N° 2, Montevideo, pp. 43-59.
- Wainwright, Megan. 2013. "Faltar el aire. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Uruguay". En: S. Romero (ed). *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay 2013*. Nordan, Montevideo, pp. 275-278.
- Wainwright, Megan. 2017a. "Imaging and imagining chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Uruguayans draw their lungs". *Disability and Rehabilitation*, Volumen 15, N° 15, London, pp. 1-10.
- Wainwright, Megan. 2017b. "Sensing the Airs: The Cultural Context for Breathing and Breathlessness in Uruguay". *Medical Anthropology*, Volumen 36, N° 4, London, pp. 332-347.

Zurmendi, Pedro et al. 2013. "Electroconvulsoterapia". En: C. Aquines (comp).
Temas de psiquiatría: manual de psiquiatría para médicos. Oficina del
Libro, Montevideo, pp. 319-324.