

Abordar a la persona entre trayectorias alcohólicas y tratamientos

Trabajo original

Resumen

Este artículo es un trabajo de investigación etnográfica en el campo sanitario. Sus objetivos son reconstruir trayectorias de personas con trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol y visibilizar representaciones y prácticas en los tratamientos brindados en el Hospital Vilardebó (Uruguay), en torno a dichos itinerarios. Las narrativas de los pacientes estudiados dan cuenta de una ruptura biográfica ocurrida mayoritariamente en la adolescencia, cuando comienza un consumo problemático de alcohol que lleva a una reorganización de la identidad social de orden simbólico; refirieron también, la mayoría de ellos, estar disconformes con la asistencia que se les brinda, y reclaman ser más escuchados. Por otra parte, en lo referente a las representaciones formuladas por los funcionarios entrevistados, a mayor formación y experiencia de ejercicio profesional, hay mayores críticas a la atención que se brinda a estos usuarios. De ahí que la confluencia de Antropología y Salud, ensamblando cultura y cuidado, permite integrar a las dimensiones físicas los aspectos emocionales, familiares, culturales y sociales.

Palabras clave

trayectorias alcohólicas
tratamientos
antropología y salud

Summary

This article is carries out ethnographic research in the sanitary field. Its objectives are to reconstruct the trajectories of people with mental and behavioral disorders due to alcohol use and to make visible representations and practices in treatments provided at Hospital Vilardebó (Uruguay). Patients' narratives show a biographical rupture occurring mainly during adolescence. Problematic alcohol use begins soon after, leading to a reorganization of symbolic social identity. Most patients are not satisfied with care provided, and demand to be listened to more extensively. As for health care workers' representations, the greater the training and professional expertise, the greater the criticism of provided care. Hence, the confluence of Anthropology and Health, combining culture and care, makes possible the emotional, family, cultural and social aspects to be integrated into the physical ones.

Keywords

alcoholic trajectories
treatments
anthropology and health

Autor

Fabrizio Martínez Dibarboure

Doctor en Antropología (Universidad de la República, Udelar). Magister en Ciencias Humanas opción Antropología de la Cuenca del Plata (Udelar). Profesor de Filosofía (Instituto de Profesores Artigas). Especialista en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría (Udelar) y licenciado en Enfermería (Udelar). Hospital Vilardebó.

Correspondencia:
martinezgrundel@gmail.com

Introducción

El marco de esta investigación etnográfica,* cuyo trabajo de campo se llevó a cabo durante el período junio de 2015 a noviembre de 2016 en el Hospital Vilardebó,¹ lo realicé desde una perspectiva de Antropología y Salud. Según el antropólogo estadounidense Craig Janes, esta «se sitúa en la intersección de la antropología y la salud pública».² 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 cómo eso se sitúa dentro de los sistemas de relaciones sociales a nivel más amplio»;² tratando de explicar cómo «los procesos biológicos universales están sujetos a influencias sociales y culturales a nivel local».²

Considerando antecedentes remotos, desde una perspectiva antropológica observamos que desde el análisis de los antiguos mitos se ha ido abordando esta cuestión.³ Así, en el pasado siglo, en el Primer Congreso Mundial de las Ciencias Antropológicas y Etnológicas (celebrado en Londres en 1934), se evidenció 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»;⁴ que, en el caso latinoamericano, desde hace décadas la Antropología Médica nos refiere que el alcoholismo es una de las principales causas de muerte.⁵ En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014, establecía 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. Dándose también una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, lo que genera un problema sanitario, social y económico considerable para el conjunto de la sociedad.⁶

En Uruguay, 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 han hecho en el último año. El 52,1 %, según la encuesta, ha declarado un consumo habitual de alcohol, 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,⁷ representando a 261.000 personas en términos absolutos, un 8 % de la población total del país (el Censo poblacional de 2011 establecía que en Uruguay había 3.286.314 personas, según datos del Instituto Nacional de Estadística). (Figura 1).

Figura 1



Por lo tanto, en nuestro país el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida, de la que más se abusa y la que más problemas sociales y sanitarios causa.⁷ Esto conlleva que sea muy relevante el abordaje de este problema, llevándome a relacionarme con aquellas personas que se encontraban internadas en el Hospital Vilardebó por encontrarse inmersas en un proceso de alcoholización;⁵ para poder así analizar sus trayectorias de consumo, o narrativas del padecer;⁸⁻⁹ o la carrera moral del paciente.¹⁰

* Contando con la orientación de la Dra. Sonia Romero Gorski (FHUCE, Udelar), a quien agradezco, como así también a las/os funcionarias/os y pacientes abordadas/os.

Contando con el aval del Comité de Ética del Hospital Vilardebó y de Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (Udelar), desde un sentido epistémico, me pregunté por esta alteridad muy próxima de personas internadas por trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol (F10), siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, en su décima revisión (CIE-10), abordando, desde la confluencia de Antropología y Salud, a cuarenta personas internadas (catorce pacientes mujeres y veintiséis pacientes varones), previo consentimiento informado.

Al ser parte del equipo asistencial (desde hace varios lustros como licenciado en Enfermería), fui observando cómo esta dificultad se fue transformando y pasó de ser un problema sanitario a ser una pregunta etnográfica,¹¹⁻¹² 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,¹³ y así llegar a «construir conocimientos para transformar-nos».¹⁴ En este contexto visualicé, desde la etnografía, la atención *psi*,¹⁵ desde las representaciones y prácticas llevadas adelante por el personal encargado de la asistencia (médicos psiquiatras, médicos generales, psicólogos, trabajadores sociales, licenciados en Enfermería, auxiliares de Enfermería y vigilantes) realizando entrevistas a cuarenta funcionarios/as, de las distintas disciplinas, brindando previamente información.

Preguntas y objetivos

Desde los enfoques antropológicos, tanto clásicos como contemporáneos, sobre la persona^{3, 4, 16-22} y la cura,^{5, 23-26} desde los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención;²⁷⁻³⁵ las miradas sobre el padecer,³⁶⁻³⁸ y la asociación entre trastornos mentales y abuso de alcohol que desde hace tiempo establece la psiquiatría nacional,³⁹⁻⁴⁶ enuncié preguntas de investigación: ¿qué efectos tiene la internación psiquiátrica hospitalaria sobre la persona con trayectoria de dependencia alcohólica?

Y, desde esta articulación: ¿se establece un vínculo entre dos personas, en este caso, paciente y funcionario?

La confluencia de estas perspectivas me permitió que el área de esta investigación se ubicara en un marco transdisciplinario.⁴⁷⁻⁴⁹ Por lo que asumo el planteo del médico y antropólogo francés Didier Fassin, quien nos refiere que: «... el enfoque que propongo no es convencional, escapa a las delimitaciones disciplinarias. Híbrido, adopta diversos tipos de saberes que son raramente movilizadas al mismo tiempo pero que me pareció útil pensar en forma conjunta».³⁸

El objeto de investigación se comenzó a suscitar una mañana en que ingresó al nosocomio un «paciente conocido del servicio» (como se refiere en el ámbito hospitalario a las personas que van frecuentemente a consultar a Puerta de Emergencia). Al saludarlo le pregunté cómo estaba y me respondió: «Acá ando, nurse, alcoholizado y encanicado». Esta última expresión hace referencia a los comprimidos de psicofármacos, que los pacientes denominan «canicas»; por lo que la expresión *encanicado* significaría una ingesta masiva de medicación, con diversos fines, entre ellos el intento de autoeliminación, motivo de consulta muy prevalente en el Hospital Vilardebó.

Desde estos presupuestos establecí, como objetivos generales, que toman «el problema de investigación a modo de una acción de conocimiento»:¹⁴

- Reconstruir trayectorias de personas con dependencia alcohólica.
- Visibilizar representaciones y prácticas, en la atención del Hospital Vilardebó, en torno a los procesos de alcoholización.

Me planteé como objetivos específicos:

- Ahondar en las trayectorias de personas con dependencia alcohólica.
- Exponer representaciones y prácticas del personal sanitario del Hospital Vilardebó 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.

Materiales y método

Realicé una investigación cualitativa de tipo etnográfico.⁴⁸⁻⁵⁰

Comencé por la recolección de información, la revisión bibliográfica y los antecedentes de investigaciones precedentes; continué con las entrevistas en profundidad a las/os pacientes abordados (múltiples encuentros con cada una/o de ellas/os, siendo esencial la escucha activa), junto con la lectura de sus historias clínicas y las entrevistas a las/os funcionarias/os que participaron; sumado a la observación directa y un diario de campo (donde registré diariamente mis impresiones), para analizar percepciones, representaciones, estrategias y prácticas.

En este entorno hospitalario, el método etnográfico permite dar cuenta de las articulaciones que se dan entre las representaciones y las prácticas, y «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»,³⁸ 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».³¹

De esta manera, desde mi rol profesional en esa institución total, como especificaba a estos nosocomios el sociólogo canadiense Erving Goffman (1922-1982) —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»—,¹⁰ observo que «la etnografía se presenta como un medio limitado de compromiso social autocrítico en nuestro tiempo».⁵¹

Desde un trabajo de campo etnográfico que implicó participar en diferentes servicios del hospital, situaciones, espacios, horarios, días y estaciones del año, abordé durante dieciocho meses (junio 2015-noviembre 2016) a cuarenta personas internadas, tanto mujeres como va-

rones, mayores de edad, que voluntariamente quisieron participar previo consentimiento informado, y que ingresaron a salas de internación del Hospital Vilardebó con el diagnóstico de trastorno mental y de comportamiento por uso de alcohol (F10), según la CIE-10, buscando una antropología de la *illness*, es decir, aquella perspectiva que tiene en cuenta cómo percibe el paciente su propio padecer y sufrimiento.⁸⁻¹¹ Utilicé también, como forma de valoración de sus trayectorias de consumo, la Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT), de la OMS (donde un puntaje mayor a 14 indica un uso problemático de alcohol).⁵²

Además, realicé entrevistas semiestructuradas a cuarenta funcionarias/os 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, a quienes di información sobre la investigación; observé su quehacer, para poder llegar a determinar representaciones y prácticas en la atención hospitalaria en torno a los procesos de alcoholización.^{5, 12}

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».¹²

En estas circunstancias de funcionario-investigador,⁵³ mi visión es la del profesional sanitario que pretende tener una antropología de la mirada, siguiendo la invitación del antropólogo francés Marc Augé,¹¹ de tener un ojo en el detalle y otro en el contexto, lo que él denomina *estrabismo antropológico*, buscando analizar el detalle en su contexto (figura 2).

Figura 2



Vista del patio del sector de internación masculino desde la perspectiva del Departamento de Enfermería, Hospital Vilardebó. (Foto: Fabrizio Martínez)

Desde este contexto es fundamental considerar que «a pesar de que no somos capaces de aceptarlo fácilmente, la experiencia de una buena relación terapéutica puede facilitar la curación».⁵⁴

Resultados

Una de las particularidades del método etnográfico radica en la importancia de la escucha, para así poder dar voz a las personas que entrevistamos. En las entrevistas a las catorce pacientes mujeres abordadas, cuyas edades iban desde los 20 a los 45 años, once de ellas planteaban que llevaban más de quince años de dependencia alcohólica; con respecto a la atención brindada en el hospital, nueve pacientes estaban disconformes y seis pacientes reclamaban ser más escuchadas

por los integrantes de los equipos de salud de cada sala.

Analizando a dos de estas pacientes internadas —una que provenía de Montevideo y otra que procedía del interior—, se observa que el consumo problemático de alcohol comenzó en la adolescencia (13 años); luego empezaron a consumir otras sustancias y después, a los veinte años, comenzaron con el tratamiento psiquiátrico. En ambos casos, las pacientes eran apoyadas por su padre, aunque ellas mantenían en secreto con su progenitor el motivo del inicio del consumo perjudicial de alcohol.

La trayectoria de una paciente me remarcó la importancia de la escucha. Mujer de 28 años, soltera, madre de una niña de 2 años y de un niño de 6 años. Sin antecedentes psiquiátricos, ni adictivos, oriunda de Montevideo, donde residía con sus padres. Sus familiares se desempeñaban como empleados. Había aprobado primer año de liceo, hasta que a los 13 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 cercana a su domicilio. Refería no profesar ni practicar ninguna religión. Le gustaba mirar *Los Simpson*. Trabajó como vendedora y tuvo una pareja, pero se separaron por sus problemas con el consumo. Actualmente no tiene pareja.

Un caluroso día de enero, luego de su consentimiento informado, comenzamos con la entrevista en los bancos del patio del sector de internación femenino. Había ingresado hacía dos semanas por orden judicial, como autora de violencia doméstica en reiteración real con un delito de desacato. Se la había diagnosticado con la clasificación de F60 (trastorno de la personalidad), F10 (trastorno mental y del comportamiento por uso de alcohol) y F19 (trastorno mental y del comportamiento por uso de múltiples drogas), según la CIE-10. También padecía epilepsia.

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

En un nuevo encuentro me relata: «A mí me gusta la merca y el vino; no me hacen nada». Y mientras habla comienza a llorar. Luego refiere: «En mi familia el único que me apoya es mi padre. A mi hija de dos años no me la dejan ver y tengo otro hijo de seis años que me reextraña».

A los pocos días se vuelve a fugar y retorna al día siguiente. Nos volvemos a encontrar y en esta oportunidad conversamos sobre los tratamientos. Me cuenta que hace ocho años está en tratamiento psiquiátrico, pero que «no cumple mucho» con él. Le pregunto si alguna vez había intentado dejar de consumir. Me responde: «Sí, hace tres años, pero no me gustó el entorno», y refiere: «A mí me gusta consumir». Al preguntarle si alguna vez le habían dicho que dejara de consumir: «Sí, mi padre». Y qué opinión le merecía: «Y, yo qué sé».

Unos días después realiza un intento de autoeliminación por ahorcamiento.

Otra vez fuga, reingreso y un nuevo encuentro. Le hago la Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol; le da puntaje 26.

Le pregunto 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: «¡Ay, cómo extraño un Faisán!, ¡qué 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 familiar 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 trece 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 pregunté qué pensaba del consumo problemático de alcohol y me respondió: «A mí el alcohol no me trae problemas». También le pregunté qué pensaba del tratamiento que se le brindaba en el hospital, a lo que respondió: «Está bien». Por último, cómo se imagina su futuro, a lo cual respondió: «Desearía ser libre, irme y consumir». Durante el tiempo restante del trabajo de campo estuvo internada y más tranquila (figura 3).

Figura 3



Pintura regalada por paciente entrevistada, realizada con fibra a tinta sobre papel, Hospital Vilardebó. (Foto: Fabrizio Martínez)

En la escucha de los veintiséis pacientes varones abordados, cuyas edades iban desde los 19 a los 46, diecisiete llevaban más de quince años de dependencia alcohólica y, en lo referente a la atención nosocomial, trece pacientes estaban disconformes y diez reclamaban ser más escuchados por los integrantes de los equipos de sala.

Analizando a dos de estos pacientes internados, uno que residía en Montevideo y otro que residía en el interior, el consumo problemático de alcohol comenzó en la adolescencia (13 años), luego empezaron a consumir otras sustancias y después, a mediados de los veinte años, comenzaron con el tratamiento psiquiátrico. En ambos casos fueron procesados, porque su dependencia alcohólica tuvo que ver con un homicidio.

Escuchando particularmente a uno de estos pacientes, su trayectoria enmarca lo vivido por varios de ellos. Él es un varón de 32 años, soltero y oriundo 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 extraía de un aljibe. Tuvo una pareja, pero se separaron por problemas de violencia como consecuencia del consumo problemático de alcohol. Actualmente no tiene pareja.

No culminó los estudios en la escuela primaria, aunque le gustaba leer y escuchar música. A los 13 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, ingresó en el Vilardebó por orden judicial, procesado como inimputable, por cómplice de homicidio, encubrimiento y hurto; siendo diagnosticado como F20 (esquizofrenia), F10 (trastorno mental y del comportamiento por uso de alcohol) y F19 (trastorno mental y del comportamiento por uso de múltiples drogas), según la CIE-10. También padecía esofagitis y gastritis crónica. Fue alojado primeramente en Sala 11 (sala de máxima seguridad masculina) y, tiempo después, lo subieron a una sala del sector de internación masculina.

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 él iba cada mañana y cada tarde a trabajar por yerba y tabaco. Comenzó a contarme que en su familia había muchos pacientes psiquiátricos, que su hermano era alcohólico al igual que su padre, quien se desempeñaba como peón en una arrocera y lo castigaba mucho. Me dijo: «La otra noche soñé con mi padre y me sigue jodiendo».

Refirió que a los diez años comenzó a tomar alcohol. A fines de la adolescencia comenzó a fumar marihuana, llegó a inhalar nafta y cemento y tuvo también un pasaje por la pasta 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 pregunté cómo era su patrón de consumo: «Yo me tomaba dos litros de caña y me fumaba siete u ocho porros, y esto era todos los días». De esta manera en la Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol el puntaje le da 29.

Le pregunté si alguna vez había intentado dejar de consumir. Me respondió: «No, yo me había tirado al abandono». Sobre si alguna vez alguien le dijo que dejara de consumir, la respuesta fue negativa. Luego me comentó que hacía ocho años había tenido su primera internación psiquiátrica, en el hospital departamental, por sus problemas con el consumo de alcohol: «Se me había disparado la cabeza». Dos años después de esa internación, fue 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» (figura 4).

Figura 4



Pintura regalada por paciente entrevistada, realizada con fibra a tinta sobre papel, Hospital Vilardebó. (Foto: Fabrizio Martínez)

Con respecto a la atención brindada en el Vilardebó, refiere: «Está bien, porque la medicación y las micro a muchos los ayuda». Luego reflexiona: «Pero cuando te sentís mal, que no solo 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 darles mayor atención a los pacientes, no darles solo canicas; que te atiendan con más ganas y que te escuchen».

En otro encuentro le pregunté sobre cómo se imaginaba su futuro, a lo que respondió: «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 cerca del Vilardebó, continuando con el tratamiento psiquiátrico en la Policlínica del Vilardebó.

En lo referente a las representaciones del personal sanitario, son cuarenta las entrevistas a funcionarias/os con respecto a qué piensan de la atención a estas/os pacientes en el Hospital Vilardebó.

Ocho médicas/os psiquiatras respondieron: «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»; «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 alcohólicos anónimos (AA)».

Cuatro médicas/os generales respondieron: «No hay una atención específica o especial»; «No hay nada específico»; «La atención es buena para la desintoxicación»; «Solo se logra la desintoxicación, pero no la curación, porque el paciente vuelve a su entorno y no hay seguimiento».

Cuatro licenciadas/os en Enfermería respondieron: «Es muy escasa»; «Recibimos a los pacientes muy deteriorados y está relacionado con la agresión»; «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».

Ocho auxiliares de Enfermería respondieron: «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»; «Desconozco»; «No hay una atención específica; van a AA los que quieren»; «Con los recursos que hay es buena la atención»; «Cuando entré había muchos alcoholistas; se los desintoxica, pero al tiempo vuelven. Esto es un círculo: los pacientes van y vienen».

Cuatro licenciadas/os en Psicología respondieron: «No hay una atención diferenciada; es farmacológica»; «No se les da corte, con suerte se los trata como una adicción más; AA sigue siendo lo único viable»; «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 a los cuales el Hospital Vilardebó brinda un espacio, pero no se fomenta la participación».

Cuatro licenciadas/os en Trabajo Social respondieron: «Es nula, solo la desintoxicación y no los seguimos»; «La mayoría son drogadictos; acá, con suerte, se los deriva a grupos de AA»; «Es insuficiente; solo se desintoxica, no hay un abordaje interdisciplinario»; «No he tenido experiencia».

Cuatro funcionarias/os de Vigilancia respondieron: «En general, bien»; «Desconozco»; «Es buena» y «No es buena la atención específica para ellos».

Por último, cuatro profesionales mujeres (tres de Policlínica y una de Dirección) respondieron: «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».

Por otra parte, en las prácticas del personal sanitario, quisiera puntualizar que se puede observar en la interna hospitalaria la convivencia de diversos modelos de atención,⁵⁵ con una clara hegemonía de la perspectiva hospitalocéntrica, aunque esta se entremezcla con la concepción asilar y la visión comunitaria; brindándose, por lo general, una atención estándar y una falta de seguimiento al egreso de las/os pacientes.

Otro tanto sucede con las familias que no pueden o no quieren recibir a los pacientes al alta, como desde el Poder Judicial que, desde la creación del Manicomio Nacional (fundado el 25 de mayo de 1880), luego Hospital Vilardebó (1911), no ha dejado de enviar personas para ser depositadas allí por largos períodos de meses o años,⁵⁶ 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, siendo ya, entre otros,⁵⁵ un problema estructural, como se viene planteando desde la génesis del nosocomio por la psiquiatría nacional.⁵⁷⁻⁵⁸

Discusión

Observando a estas cuarenta personas internadas (catorce mujeres y veintiséis varones), veintiocho de ellas habían ingresado por orden judicial. En el momento de realizarles la primera entrevista, seis llevaban más de dos años de internación; once entre uno y dos años de internación, y veintitrés llevaban menos de un año de internación.

Durante los dieciocho meses del trabajo de campo (junio 2015-noviembre 2016), once de

estas personas permanecieron internadas durante todo este período, siete se fugaron y volvieron al hospital, trece se fueron de alta y volvieron al hospital, uno se fugó y no volvió más y ocho se fueron de alta sin retornar; entonces, entre fugas y reingresos, ¿cómo se los puede atender?

Treinta y siete de estas personas abordadas presentaban patología dual, es decir, la existencia simultánea de un trastorno por dependencia de sustancias psicoactivas y un trastorno psiquiátrico.⁴⁴ Y con respecto al cuestionario de AUDIT, cuyo corte de quiebre es un puntaje de 14, cuatro pacientes dieron entre 16 y 19 puntos; once pacientes dieron entre 20 y 25 puntos; veinte pacientes dieron entre 26 y 30 puntos y cinco pacientes dieron más de 30 puntos.

Las narrativas del alcoholismo,⁵⁹ de estas cuarenta personas internadas, me fueron relatando un quiebre biográfico ocurrido, por lo general, durante la adolescencia. De las catorce mujeres, trece comenzaron con un uso problemático de alcohol entre los 12 y los 15 años. De los veintiséis varones, veintitrés comenzaron con un uso problemático de alcohol entre los 12 y los 15 años. Por lo tanto, a partir de ahí, comienzan unas trayectorias de 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 institucionalizada, que hoy desde el encuadramiento en un hospital psiquiátrico incluye el disciplinamiento.⁶⁰

Referente al tratamiento brindado, veintidós pacientes están disconformes y dieciséis pacientes plantean que necesitan ser más escuchados por los equipos de sala, lo cual invita a replantearse cómo debería ser su atención. En este sentido, la antropóloga argentina María Epele nos advierte sobre que «los tratamientos de los padecimientos mentales no se conviertan en una clínica del maltrato»;²⁶ dado que, en su visión, «el manicomio y la mortificación que involucra, es considerado el estado terminal e institucionalizado de procesos de mortificación que atraviesan toda la sociedad».²⁶ Por lo tanto, en

su perspectiva, «el maltrato refiere a la falta de reconocimiento de la persona en cuanto tal, tanto en dinámicas relacionales como institucionales».²⁶

Por otra parte, de las cuarenta entrevistas a funcionarias/os podría remarcar que, a mayor formación y experiencia de ejercicio profesional, hay mayores críticas a la atención que se brinda a los pacientes con dependencia alcohólica. Varias/os piensan que el origen de este problema es «psicológico, cultural y social»; encontrando, mayoritariamente, en estas tres dimensiones la causa de la dependencia;⁶¹ por lo que consideran inadecuada la atención que se les brinda, dado que esta es realizada, por lo general, desde una perspectiva biomédica (farmacológica) dejando a un lado las humanidades médicas.⁴⁷

Conclusión

Pensando en el marco de un hospital psiquiátrico, este se convirtió para mí en ese lugar antropológico que tiene que ver con la identidad, la relación y la historia,¹¹ tanto de la institución y sus funcionarias/os, como de las trayectorias de vida de las personas internadas. 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.^{34, 38}

Las preguntas de investigación me fueron acompañando durante toda la pesquisa. Fueron abiertas y me permitieron la exploración en profundidad y la emergencia de factores y asuntos durante el proceso de investigación. Intenté que esas cuestiones fuesen expansivas, es decir, que apuntaran 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.^{13, 38}

Con respecto a la primera pregunta, considero que la atención a las personas internadas por trastornos mentales y del comportamiento por

uso de alcohol, desde el enfoque imperante en la internación en el Hospital Vilardebó, permite desintoxicar al individuo, desde la bio-lógica de una medicina mental,^{12, 15} pero no promueve la curación de la persona, desde el fomento de una salud mental que tenga en cuenta la densidad personal de cada individuo.⁶⁰

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, dado el tiempo que estas personas se encuentran internadas; 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,⁴⁶ desde un acompañamiento psicosocial, personal y grupal, en un abordaje cultural, con una educación para la salud que apunte a la reinserción social; pensando, por ejemplo, en la realización de visitas domiciliarias luego del egreso del paciente (después de meses y/o años de internación).

Por lo tanto, hay que dejar de atender *individuos*, como una existencia biopsíquica única,²⁰ para relacionarnos desde un *tú-yo*, es decir, el vínculo que se establece entre dos *personas*, comprendiéndola como una constelación de relaciones sociales, al decir del antropólogo francés Claude Lévi-Strauss (1908-2009).²⁰

En lo referente a la segunda pregunta, la perspectiva cualitativa me habilitó a otras cuestiones y así analicé que, en vísperas de la aprobación por el Parlamento Nacional de Uruguay de la Ley de Salud Mental N.º 19.529 (agosto de 2017),⁶² en la práctica hospitalaria hay distintos modelos, es decir, «medicinas dentro de la medicina»,^{55, 63} sobre todo una que lleva a una relación funcionario/paciente-medicalizado y otras que apuntan a un vínculo entre personas (paciente-funcionario).

La OMS define los atributos de una asistencia eficaz, en una atención proactiva y planificada, centrada en la persona y en las necesidades de la población.⁶⁴ Para eso, si queremos un modelo asistencial que asegure una atención segura y de calidad, y que ofrezca respuestas

reales a estos problemas, es imprescindible dar voz a las personas para aportar contenido y narrativa al modelo; para lo que se requiere una metodología de tipo cualitativo.⁶⁵

Sucede, a veces, que las estructuras conceptuales de las disciplinas del campo sanitario conducen a una transformación del sufrimiento elaborada por los profesionales que le quita su voz a la persona que padece y nos distancia de la inmediatez de su experiencia.³⁷ Por eso, en estas circunstancias, la bidireccionalidad y la participación no son posibles sin una *experiencia próxima* por parte de los profesionales de la salud; 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 para el establecimiento de puentes de comunicación con ella.³⁴

Las ciencias humanas y las ciencias de la salud tienen en común el abordaje de la persona, y esa convergencia se convierte en una bisagra que abre un espacio de intersección entre la Antropología y la Salud Pública,² que busca articular el sentido que las personas y colectivos atribuyen a los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención. Desde esta perspectiva, se establece entre el profesional de la salud y el paciente una relación que tiende a promover la conversación entre dos personas.⁶⁶ De esta manera, se empieza a producir un cambio de modelo, donde aquella concepción de que «la locura clásica pertenecía a las regiones del silencio»⁶⁰ nos habilita a que «la locura habla ahora un idioma antropológico».⁶⁰

Por último, lo que estimula mi reflexión es considerar que una personal relación terapéutica puede contribuir notoriamente a la curación, es decir, que las relaciones pueden curar.^{8, 9, 54} Así, al utilizarla en el campo sanitario, la etnografía nos permite adquirir un *continuum estar entre*,³⁴ que, desde la observación y la escucha, nos permite aprehender el poder curativo que tienen la narrativa⁶⁶ y los vínculos a escala humana,⁸ como es la

relación entre dos personas, para fomentar una humanización de los cuidados.

Referencias bibliográficas

1. **Martínez Dibarboure F.** Alcoholizado y encanizado. Rescatar la persona entre trayectorias alcohólicas y tratamientos psiquiátricos desde un abordaje de Antropología y Salud. [Tesis de doctorado]. Montevideo: Universidad de la República; 2019. 318 pp.
2. **Wainwright M.** Faltar el aire: enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Uruguay. [Tesis de doctorado]. En: Romero S, ed. Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay. Montevideo: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación-Nordan Comunidad; 2013, pp. 275-78. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: www.researchgate.net/publication/269017695_Faltar_el_aire_Enfermedad_pulmonar_obstructiva_cronica_en_Uruguay
3. **Detienne M.** Dioniso a cielo abierto: un itinerario antropológico en los rostros y las moradas del dios del vino. Barcelona: Gedisa; 2003. 127 pp. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: <https://media.oiiipdf.com/pdf/4bfc3ff3-c9fc-4cd2-a05c-29f05f60b1bc.pdf>
4. **Langdon E.** L'abus d'alcool chez les peuples indigènes du Brésil: une évaluation comparative. *Drogues, Santé et Société*. 2005;4(1):15-52. doi: 10.7202/011328ar
5. **Menéndez E.** Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. México: Alianza Editorial Mexicana; 1990. 336 pp.
6. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Ginebra: WHO; 2014, 376 pp. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf
7. Junta Nacional de Drogas. VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas: informe de investigación. Mon-

- tevideo: Junta Nacional de Drogas; 2016. 130 pp. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/201609_VI_encuesta_hogares_OUD_ultima_rev.pdf
8. **Kleinman A.** The illness narratives: suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books; 1988. 304 pp.
 9. **van Dongen E.** Walking stories: narratives of mental patients as magic a. *Anthropol Med.* 2003;10(2):207-22. doi: 10.1080/1364847032000122863
 10. **Goffman E.** Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 2001. 379 pp. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffmaninternados.pdf>
 11. **Augé M.** El oficio de antropólogo. Barcelona: Gedisa; 2007. 62 pp. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: <https://cazembes.files.wordpress.com/2016/08/augc3a9-m-el-oficio-de-antropc3b3logo.pdf>
 12. **Menéndez EL.** Antropología médica: una genealogía más o menos autobiográfica. *Gaz Antropol.* 2012;28(3):1-8. doi: 10.30827/Digibug.22988
 13. **Fassin D.** Por una repolitización del mundo: las vidas descartables como desafío del siglo XXI. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2018. 232 pp.
 14. **Achilli EL.** Investigar en Antropología Social: los desafíos de transmitir un oficio. Rosario: Laborde Editor; 2005. 100 pp. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: https://teoriasocialenclaveeducativa.files.wordpress.com/2018/09/e-_achilli_investigar_en_antropologia_social.pdf
 15. **Foucault M.** El poder psiquiátrico: curso en el Collège de France (1973-1974). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2014. 448 pp. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: https://proletarios.org/books/Foucault-El_poder_psiquiatrico.pdf
 16. **Mauss M.** Sociología y antropología. Madrid: Tecnos; 1971. 430 pp. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: https://monoskop.org/images/b/b4/Mauss_Marcel_Sociologia_y_antropologia.pdf
 17. **Benedict R.** Anthropology and the abnormal. *J Gen Psychol.* 1934;10 (1):59-82. doi: 10.1080/00221309.1934.9917714
 18. **Mead M.** Antropología, la ciencia del hombre. Buenos Aires: Siglo Veinte; 1975. 113 pp.
 19. **Lévi-Strauss C.** Tristes trópicos. Buenos Aires: Eudeba; 1970. 470 pp.
 20. **Lévi-Strauss C.** Raza y cultura. Madrid: Cátedra; 1993. 144 pp.
 21. **Le Breton D.** Antropología del cuerpo y modernidad. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 2002. 256 pp.
 22. **Comaroff J, Comaroff JL.** Teoría desde el sur. O cómo los países centrales evolucionan hacia África. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2013. 317 pp.
 23. **Benedict R.** El hombre y la cultura. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1971. 237 pp.
 24. **Lévi-Strauss C.** La alfarera celosa. Barcelona: Paidós; 1986. 213 pp.
 25. **Le Breton D.** Antropología del dolor. Barcelona: Seix Barral; 1999. 287 pp.
 26. **Epele M, ed.** Padecer, cuidar y tratar: estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas. Buenos Aires: Antropofagia; 2013. 255 pp.
 27. **Menéndez EL.** La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo. Barcelona: Bellaterra; 2002. 421 pp.
 28. **Romero S.** Enfoques antropológicos aplicados al estudio del campo de la salud. En: Romero S, coord. Sociedad, cultura y salud. Montevideo: FHCE-Udelar; 1997, pp. 31-50.
 29. **Romero S.** Transformaciones en el campo de la salud en el Uruguay: ¿una revolución cultural? En: Portillo J, coord. La medicalización de la sociedad. Montevideo: Nordan Comunidad; 1993, pp. 123-44.
 30. **Romero S.** Madres e hijos en la Ciudad Vieja: apuntes etnográficos sobre asistencia materno-infantil. Montevideo: Nordan Comunidad; 2003. 164 pp.

31. **Ramírez S.** La contribución del método etnográfico en el registro del dato epidemiológico. *Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. Salud Colect.* 2009;5(1):63-85. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: www.scielosp.org/article/scol/2009.v5n1/63-85/
32. **Ramírez S.** Salud intercultural: crítica y aproximación a partir del contexto boliviano. La Paz: Instituto Superior Ecueménico Andino de Teología (ISEAT); 2011. 181 pp.
33. **Martínez-Hernández Á.** Cuerpos fantasmales en la urbe global. *Fractal: Rev Psicol.* (Niterói). 2009;21(2):223-36. doi: 10.1590/S1984-02922009000200003
34. **Martínez-Hernández Á.** Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Anthropos; 2015. 207 pp.
35. **Martínez-Hernández Á, Correa Urquiza M.** Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colect.* 2017;13(2):267-78. doi: 10.18294/sc.2017.1168
36. **Heidegger M.** *El ser y el tiempo.* 2.ª ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2009. 479 pp.
37. **Ortega FA, ed.** *Veena Das: sujetos del dolor, agentes de dignidad.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008. 560 pp.
38. **Fassin D.** *Castigar: una pasión contemporánea.* Buenos Aires: Adriana Hidalgo; 2018. 264 pp.
39. **Crovetto A.** Algo sobre manicomios. [Tesis para optar al título de doctor en Medicina y Cirugía]. Montevideo: Imprenta La Nación; 1884. 50 pp.
40. **Castro E.** Legislación sobre alienados. [Tesis presentada para optar al título de doctor en Medicina y Cirugía]. Montevideo: El Siglo Ilustrado; 1899. 151 pp.
41. **Sicco A.** Imperfecciones del sistema actual de la asistencia de alienados en nuestro país. Montevideo: Talleres Gráficos Monteverde; 1930. 31 pp.
42. **Coll O, Ginés Á, comps.** *Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina 1943-2003.* Montevideo: Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC)-Udelar; 2004. 448 pp.
43. **Acuña R.** Servicio de Emergencia del Hospital Vilardebó. *Rev Psiquiatr Urug.* 2004;68(2):194-207. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: www.spu.org.uy/revista/dic2004/06_servicio.pdf
44. **Fielitz P, Suárez H, Bouissa M, Frontini M, López G, Brescia S, et al.** Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes de emergencia del Hospital Pasteur. *Rev Psiquiatr Urug.* 2009;73(2):143-56. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: www.spu.org.uy/revista/dic2009/02_TO.pdf
45. **Fielitz P, Suárez H, Escobal M, Frontini MA, López-Rega G, Navarro V, et al.** Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastornos psicóticos ingresados en Sala de Emergencia psiquiátrica. Hospital Vilardebó. Montevideo. Uruguay. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2010;48(2):106-13. doi: 10.4067/S0717-92272010000300003
46. **Fielitz P.** Trastornos relacionados con sustancias. En: Aquines C, comp. *Temas de psiquiatría: manual de psiquiatría para médicos.* [Montevideo]: Oficina del Libro; [2013], pp. 215-42.
47. **Guyotat J.** *Estudios de antropología psiquiátrica.* México: Fondo de Cultura Económica; 1994. 314 pp.
48. **Leininger M.** *Transcultural nursing: concepts, theories, practices.* Columbus: McGraw Hill; 1995. 727 pp.
49. **Villaseñor S.** *Apuntes para una Etnopsiquiatría mexicana.* México: Universidad de Guadalajara; 2008. 231 pp. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: www.gladet.org.mx/publicaciones/Etnopsiquiatria.pdf
50. **Geertz C.** *La interpretación de las culturas.* México: Gedisa; 1987. 387 pp.
51. **Kleinman A, Benson P.** La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. En: Bayés R, dir. *Monografías Humanitas 2: Dolor y*

- sufrimiento en la práctica clínica. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2004, pp. 17-26.
52. **Bador TF, Higgins-Biddle, JC, Saunders, JB, Monteiro, MG.** AUDIT: cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria. [Ginebra]: OMS. 2001. 40 pp. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331321/WHO-MSD-MSB-01.6a-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 53. **Elias N.** Compromiso y distanciamiento. Ensayos de sociología del conocimiento. Barcelona: Península; 1990. 222 pp.
 54. **Granero Xiberta J.** Diferencias en los conceptos de salud y enfermedad en la medicina oficial y en las no convencionales. *Humanit Humanid Méd.* 2003;1(2):115-24. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: https://fundacionletamendi.com/revista-pdf/Revista_Humanitas_2.pdf
 55. **Romano S, Porteiro MF, Novoa MG, López Mesa G, Barrios MC, García Rampa M, et al.** Atención a la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. *Rev Psiquiatr Urug.* 2018;82(1):22-42. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/12/02_ASM_1.pdf
 56. **Duffau N.** Saberes y prácticas de la Psiquiatría en Uruguay (1860-1910): de la Colonia de Alienados al Hospital Vilardebó. *Etapas de una evolución conflictiva. Culturas Psi.* 2015;5(1):40-69. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: https://docs.wixstatic.com/ugd/896179_60e79e8d31fb42129900beb3430ffb48.pdf
 57. **Soiza Larrosa A.** Esbozo histórico sobre la psiquiatría y sus servicios hospitalarios en el Uruguay: 1788-1907. *Rev Psiquiatr Urug.* 1983;48(1):1-18.
 58. **Casarotti H.** Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay. *Rev Psiquiatr Urug.* 2007;71(2):153-63. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: www.spu.org.uy/revista/dic2007/07_asm.pdf
 59. **Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al.** El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas. 2.^a ed. Washington, D. C.: OPS; 2010. 372 pp. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: www.issup.net/files/2018-02/El_alcohol-producto_de_consumo_no_ordinario.pdf
 60. **Patiño Román A.** Etnopsiquiatría. *Gaz méd Bahía.* 2005;75(2):143-61. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/361/350
 61. **Foucault M.** Historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica; 2012. 2 vol.
 62. Ley 19529. Ley de Salud Mental. Montevideo: IMPO, 2017. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: www.impo.com.uy/bases/leyes/19529-2017
 63. **Romero S.** Integración de paradigmas médicos, innovaciones en la atención de la salud: Proyección al siglo XXI. En: Romero S, ed. *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay.* Montevideo: Nordan Comunidad; 2013, pp. 197-209.
 64. Organización Panamericana de la Salud. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas. Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington, D. C.: OPS-OMS; 2013. 103 pp. [Consulta: jun. 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53604/9789275317389_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 65. **Contel JC.** La atención integrada y el reto de la cronicidad. *Enferm Clin.* 2018;28(1):1-4. doi: doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.12.002
 66. **Lévi-Strauss C.** Antropología estructural. Buenos Aires: Eudeba; 1968.