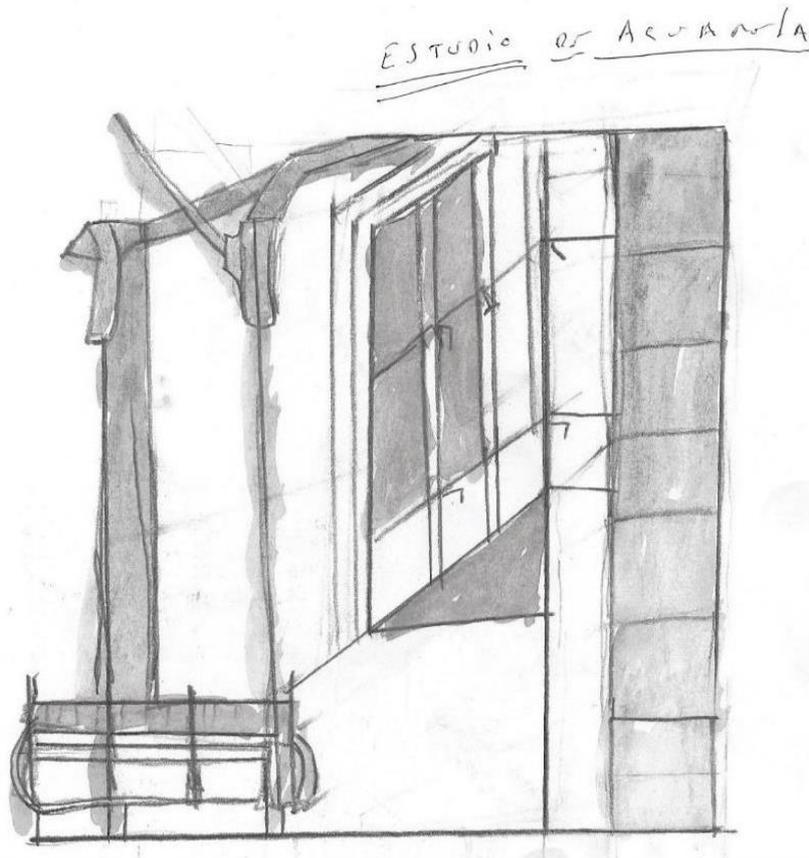


*Perspectivas de Enfermería en Salud Mental*



Fabrizio Martínez Dibarboure

### **Sobre el autor**

Nacido en Montevideo (1973), en el área sanitaria, es licenciado en Enfermería (UdelaR), especialista en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría (UdelaR) y diplomado en Medicina Tropical (UNNE). En el área de las humanidades, es profesor de Filosofía (IPA), magíster en Ciencias Humanas opción Antropología de la Cuenca del Plata (UdelaR) y doctor en Antropología (UdelaR).

Se desempeña como licenciado en Enfermería en el Hospital Vilardebó, profesor de Filosofía en Educación Secundaria y docente de Epistemología del Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería (UdelaR).

## Contenido

Prólogo.....	4
Agradecimientos.....	6
Introducción.....	8
Primera Parte: Historia de la Salud Mental.....	11
Capítulo I: Historia de los modelos causales en Salud Mental: la oscilación del péndulo.....	12
Capítulo II: Historia de la atención en Salud Mental a nivel nacional: el devenir del Hospital Vilardebó.....	25
Segunda Parte: Cuidados de Enfermería en Salud Mental.....	38
Capítulo III: Rol de Enfermería en Salud Mental.....	39
Capítulo IV: Cuidados de Enfermería en Psicosis.....	51
Capítulo V: Cuidados de Enfermería en Depresión.....	62
Capítulo VI: Cuidados de Enfermería en Alcoholismo.....	74
Tercera Parte: Perspectiva antropológica de Enfermería en Salud Mental.....	88
Capítulo VII: Cuidados culturales de Enfermería en Salud Mental.....	89

## **Prólogo**

Quisiera comenzar por mi experiencia como lector de este libro y amigo de su autor. Al leer esta obra, reconocí a un colega de mucho tiempo, con el que trabajé y compartí quehaceres y vivencias. Durante ese proceso pude ver cómo Fabrizio fue acrecentando su saber en salud mental con el correr de los años. Recuerdo cuando se desempeñaba junto a nosotros en el Departamento de Enfermería en Salud Mental, de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, y tomó la decisión de ir a trabajar al querido Hospital Vilardebó, porque “le faltaba experiencia laboral en salud mental y psiquiatría”, según nos decía en aquel entonces. Hoy, leyendo su libro, compruebo cabalmente los resultados de esa especialización y maduración, que siempre se muestra enriquecedora en salud mental por el carácter interdisciplinario de la misma, pero más aún en el caso de Fabrizio por su formación y titulación igualmente interdisciplinaria. De este modo, pude disfrutar, en su libro, de la conjugación de Enfermería y salud mental con la filosofía y la epistemología, la historia y la antropología. Es así que Martínez Dibarboure nos lleva por un camino histórico, el de la evolución de los grandes pensadores en estas áreas, con palabras, hechos y un desarrollo conceptual riguroso. Esta conjunción de aspectos hace de *Perspectivas de Enfermería en Salud Mental* un cúmulo de saberes, pensares y experiencias que el autor ha ido acopiando en estos años, junto a la construcción de su familia, su esposa y sus tres hijos.

La obra demuestra un conocimiento cabal e integrativo, que, manteniendo su enfoque interdisciplinario, tiene siempre a Enfermería como eje central de reflexión. Fabrizio nos recuerda el componente principal de la misma, vinculado al cuidado de las personas, que enfatiza, debido a la importancia de los derechos humanos que implica, en especial, de aquellas con sufrimiento psíquico. En este tema resulta esclarecedora la evolución que traza a través de los diferentes hitos históricos, que han hecho posible, no solo los cambios de la Ley de Salud Mental aprobada en 2017, sino el desarrollo de la salud mental comunitaria como interdisciplina de articulación psicosocial. En este sentido, el libro destaca el papel que ha tenido y sigue teniendo Enfermería al acompañar y contribuir a consolidar estos cambios de concepción y de praxis en la salud mental. Al respecto, Martínez destaca el aporte de la profesión en el campo de los diagnósticos internacionales, que facilitan la identificación de las necesidades, intereses y problemas que presentan actualmente las personas, en particular las que experimentan sufrimiento psíquico.

El enfoque integral y humanista del autor se manifiesta también en el tema que hoy nos convoca con urgencia, el de una externación definitiva y sustentable. Para ello es necesario revisar y reformular las características de la internación tradicional, a fin de lograr un tránsito más adecuado hacia la externación permanente. Y en este proceso, Martínez Dibarboure reafirma nuevamente el aporte de Enfermería en cuanto a los cuidados, pero también como integradora o elemento de nexo entre el equipo de salud y

las redes sociales o de apoyo comunitario formadas por las familias, los amigos, allegados y la sociedad en general, en pos de borrar los límites que determinan la discriminación de la locura.

Quiero hacer resaltar un aspecto peculiar de esta obra y que enriquece notoriamente su perfil interdisciplinario: es la presencia de abundante iconografía, en especial pictórica, por la cual el autor va recorriendo distintos tramos de la historia de la humanidad en la época moderna, y en particular relación con el tema de la locura. Resultan así sumamente convocantes los cuadros de Van Gogh, quien ocupa un lugar central en esta galería desplegada a lo largo del libro. Fabrizio, de esta manera, integra también el mundo del arte y su peculiar cosmovisión, que tiene siempre algo de locura, excentricidad y marginalidad, pero que por eso mismo, nos demuestra la continuidad entre la pretendida “normalidad” y la locura; es decir se trata de otra manera de disolver y superar la dicotomía entre esos dos ámbitos, lo cual constituye el giro conceptual fundamental para implementar y consolidar políticas sociales en salud mental, especialmente en lo que hace a la desmanicomialización.

Martínez Dibarboure nos muestra a lo largo de su exposición cómo se van estructurando los diferentes momentos históricos en cuyo marco ha de comprenderse la evolución del concepto de salud mental. Esta última debe ser aquilatada en su valor de proceso social, que requiere cambios, escucha, palabras y más palabras que favorezcan la optimización de los cuidados enfermeros, y que a la vez los proyecten fuera de su especificidad profesional hacia el resto de la comunidad, como cuidadora global de las personas con sufrimiento psíquico.

Se trata, en suma, de un libro que nos ilustra en historia, epistemología, antropología e incluso arte, donde se hacen visibles, también en sus dificultades, los procesos de empoderamiento de la profesión de enfermería. Hoy por hoy, la misma tiene ese deber: velar por el cuidado integral de las personas con sufrimiento psíquico, defender sus derechos, ofrecer cuidados integrales que favorezcan la calidad de vida en los diferentes ámbitos del cuidar, en particular en salud mental, así como acompañar a las familias y trabajar en los procesos de transformación social, de manera que la desmanicomialización se convierta en un hecho efectivo y eficaz para todos en Uruguay. Felicito a Fabrizio por la oportunidad que nos brinda de poder compartir y socializar un conocimiento enfermero con estas características tan integradoras en salud mental.

**Prof. Dr. Álvaro Díaz Ocampo**

Director Dpto. Enfermería en Salud Mental

Facultad de Enfermería – Universidad de la República



## **Agradecimientos**

Mi trayectoria es un aspecto, pero gracias al vínculo generado con otros, se generan estas *perspectivas*, que son fruto de muchos años de estudio y práctica profesional.

Desde una mirada retrospectiva, deseo comenzar agradeciendo a mi esposa, la Lic. María Eugenia Grundel, con quien nos conocimos hace 22 años como estudiantes de licenciatura en Enfermería, quien me enseñó, como enfermera y psicomotricista, que “detrás de todo trabajador sanitario tiene que haber un educador en Salud”.

A los compañeros del Departamento de Enfermería en Salud Mental de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (UdelaR), en su director actual el Prof. Dr. Álvaro Díaz, quien amigable y generosamente ha realizado el prólogo y en la directora de mis primeros pasos, por este sendero, la Prof. Lic. Esp. Silvia Meliá; donde comencé mi caminar, primero como estudiante y luego como docente, que contribuyeron notoriamente con este proceso.

A los equipos de Dirección del Hospital Vilardebó, pasados y actuales, por el apoyo.

A los colegas pasados y actuales del Departamento de Enfermería, a los compañeros funcionarios de los distintos servicios y a los usuarios del Hospital Vilardebó, por todo lo compartido, sus enseñanzas y lo que seguimos aprendiendo sobre el arte de la Salud Mental.

A la Lic. Esp. Matilde Pérez, quien generosamente siempre me impulsó en el Departamento de Capacitación.

Al Lic. Esp. Gonzalo Giraldez, por el trabajo diario compartido y sus excelentes aportes estadísticos que dan fundamento a la práctica y gestión asistencial.

Al Lic. Esp. Carlos Pérez, por la amistad y las conversaciones mantenidas sobre estos temas.

A la Lic. Esp. Cristina Sanabia, por impulsarme a escribir.

A la Dra. Sonia Romero, coordinadora del Programa Antropología y Salud (FHCE-UdelaR), con quien fui apprehendiendo el arte de esta conjunción.

A la *Revista Uruguaya de Enfermería*, en su editor, Prof. Dr. Álvaro Díaz, a su consejo consultivo, como así también, al señor decano de la Facultad de Enfermería (UdelaR), Prof. Mag. Fernando Bertolotto; por permitirme la publicación de este libro, en formato digital, y así poder compartir estas reflexiones con el colectivo de Enfermería.

Y a nuestros amados hijos Marcos, Mateo y María Emilia, quienes nos enseñan cada día, que la Salud Mental empieza por casa...

Por lo tanto, estas perspectivas, tienen muchos años de gestación. Comenzando a “hablar” de estos temas, como joven profesor de Filosofía en los liceos; luego, desde el compartir muchísimos encuentros desde los cursos de Enfermería en Salud Mental, en los salones de concreto del Hospital de Clínicas, en las aulas de tierra y madera de la Escuela de Salud del Chaco Boliviano Tekove Katu, en el Salón de Actos del Hospital Vilardebó y hoy desde la virtualidad; sumado, también, a varios lustros de compartir estudio e investigación, en el ámbito de los posgrados en Antropología y del Programa Antropología y Salud (FHCE-UdelaR).

Sin duda que, aunque escriba personalmente estas perspectivas, las mismas son producto de una sinfonía coral y a mí me tocó solamente componerla como solista, aunque pueda sonar un poco disonante...

Montevideo, noviembre de 2022

## Introducción

La vida y obra del pintor neerlandés Vincent Van Gogh, que pintó más de 850 cuadros y realizó el doble de dibujos, fue una inspiración para pensar estas *Perspectivas de Enfermería en Salud Mental*.

Nació en Zundert (al sur de los Países Bajos), en el seno de una familia burguesa, profundamente creyente; marcada por el acontecimiento de que, “el primer hijo del pastor Theodorus Van Gogh y su esposa Anna Cornelia nació muerto. Exactamente el mismo día del año siguiente, el 30 de marzo de 1853, vino al mundo un niño, esta vez sano. El niño se llamaría igual que el que nació muerto, Vincent Willem, según los nombres de los dos abuelos”.<sup>1</sup>

El niño crecerá en “una vida recogida en la pequeña parroquia”,<sup>1</sup> del sur neerlandés, donde su padre desempeñaba el ministerio pastoral. Luego nacerán seis hermanos más.

A fines de la adolescencia, comenzó a trabajar en los lucrativos comercios de arte familiares (una tradición en sus ancestros), siendo trasladado a una nueva filial en Inglaterra. Al fracasar en ésta empresa familiar, vuelve a su tierra natal y comienza a estudiar Teología (para llegar a ser pastor como, también, era tradición en su familia), pero, ante las dificultades, se va como misionero a una zona minera en Bélgica. “En la Borinage su espíritu abnegado se volvió a exceder. Se había tomado demasiado al pie de la letra el modelo evangélico, argumentaron los señores de la provincia eclesiástica cuando no se volvió a renovar el contrato de Vincent. Como San Martín, había repartido sus ropas entre los más necesitados, como San Francisco se había instalado en una cabaña en ruinas, y se alimentaba literalmente de pan y agua como en los servicios espirituales más severos”.<sup>1</sup>

En uno de sus sermones, había finalizado diciendo:

y cuando cada uno de nosotros vuelva a la vida diaria y a las obligaciones cotidianas, no nos dejes olvidar que las cosas no son lo que parecen, que Dios nos enseña algo más elevado a través de las cosas cotidianas, que nuestra vida es un peregrinaje y no somos más que extranjeros en la tierra.<sup>1</sup>

Decide cambiar de vida y se dedica a la pintura, donde contará con el constante apoyo de su hermano menor Theo (1857-1891), un comerciante de arte, con quien los unía un profundo afecto y un impresionante diálogo epistolar, a quien en una carta Vincent dirá:

cuánto bien puede hacer al hombre deprimido ir a la playa desierta y contemplar el mar gris verdoso con sus largas crestas de espuma blanca. Pero cuando se siente la necesidad de algo grande, algo infinito, algo donde se pueda reconocer a Dios, no hace falta buscar lejos, me parece que he visto algo más profundo, más infinito, más eterno que el océano en la expresión de un niño pequeño cuando despierta temprano y llora y sonrío, porque el amado sol brilla en su cuna. Si hay un “rayo desde arriba” tal vez pueda encontrarse aquí.<sup>1</sup> (Figura 1)



Figura 1. *Autorretrato*, obra de Vincent Van Gogh, realizada en París (primavera 1887), que se conserva en The Art Institute of Chicago (Chicago, Estados Unidos). [Extraída de: <https://es.wikipedia.org/wiki>]

Se traslada a Francia e intenta formar una comunidad de artistas, junto al pintor francés Paul Gauguin (1848-1903). Las desavenencias vividas, durante éste período, desembocaron en el famoso episodio en el cual Vincent se automutiló, cortándose su oreja.

Sus problemas psiquiátricos lo llevaron a estar internado, por cerca de un año, en la zona de la Provenza, en el sudeste francés, en el manicomio de Saint Paul de Mausole (que había sido un antiguo monasterio benedictino, fundado en el siglo XI); donde pintó muchísimos cuadros.

Así, “como suele ocurrir en la vida de aquellos que han puesto su talento al servicio de la innovación, pero han tenido una vida breve e intensa, el pleno reconocimiento artístico de Van Gogh no llegó hasta después de su muerte. Sorprende saber, por ejemplo, que pese a su frenética y casi obsesiva capacidad creativa –pintó más de 800 cuadros en poco más de una década–, el artista vendió una sola obra, *Viñedo rojo*, y lo hizo por una cantidad insignificante –unos 400 francos de la época–. Nada que ver con los más de 82 millones de dólares que llegaron a pagarse en 1990 por el retrato *El doctor Gachet*, todo un récord en su momento”.<sup>2</sup>

A los 37 años, aunque “el arte sirvió a veces como válvula de escape de sus conflictos emocionales, no logró alejarlo completamente de sus depresiones y ataques de locura. Víctima de este desequilibrio vital”,<sup>2</sup> muere en el norte de Francia, a consecuencia del disparo de un arma de fuego, el 29 de julio de 1890.

Su obra, junto a la de otros artistas, como las pinturas que me obsequiaron personas internadas en el Hospital Vilardebó, como el *Estudio de acuarela* (obsequio de un usuario en 2015), que se encuentra en la portada, ilustran mis reflexiones.

En la primera parte, reflexionaré sobre la historia de la Salud mental, en base a dos artículos que publiqué en la *Revista Uruguaya de Enfermería*, publicación oficial de la Facultad de Enfermería (UdelaR), en 2020 y 2022.

En la segunda parte, abordaré los Cuidados de Enfermería en Salud Mental, considerando el vínculo terapéutico establecido entre dos personas (enfermera/o-usuaria/o), en el marco de los principales motivos de internación en el Hospital Vilardebó, como son las psicosis, los trastornos del humor y las adicciones.

En la tercera parte, volveré a la reflexión, considerando una perspectiva antropológica de Enfermería en Salud Mental.

### **Referencias bibliográficas**

1. Walther I, Metzger R. Van Gogh. La obra completa: pintura. Köln: Taschen; 2006.
2. Ricart J (coord). Van Gogh. Grandes maestros de la pintura. Barcelona: Editorial Sol 90; 2006.

## Primera Parte

### *Historia de la Salud Mental*



Figura 2. *Los primeros pasos*, obra de Vincent Van Gogh, realizada en Saint-Rémy (enero 1890), que se conserva en The Metropolitan Museum of Art (Nueva York, Estados Unidos). [Extraída de: <https://es.wikioo.org/es>]

## Capítulo I

### *Historia de los modelos causales en Salud Mental: la oscilación del péndulo\**

Podríamos pensar que, históricamente, la atención sanitaria a las personas que padecían trastornos mentales estaba marcada exclusivamente por el maltrato y el sufrimiento, por un lado, o por un abordaje altruista, por otro lado. Para revertir, en parte, esta forma de mirar, trataremos de visualizar en algunos mojonos, como fue abordada esta situación en distintas etapas históricas y diversos contextos culturales. De esta manera, al sumergirnos en la historia, podremos volver a rescatar desde una perspectiva antropológica aquellos presupuestos que contribuyan a seguir fomentando hoy una humanización de los cuidados en Salud Mental.<sup>1</sup>

#### *La perspectiva antigua*

Ya en la antigua mitología griega encontramos, al momento de comprender las causas de las enfermedades, esa tensión entre un *modelo natural* (biológico y/o psicológico) y un *modelo sobrenatural* (espiritual y/o social), que fue llevando a la oscilación del péndulo entre dos formas de concebir la atención sanitaria. *Asclepio*, dios griego de la medicina y la curación tuvo varios hijos. Pero dos de sus hijas, encarnan esa tirantez que hoy sigue presente. Por un lado, su hija *Panacea*, diosa griega de la salud (patrona de la medicina individual y curativa) y, por otro lado, su hija *Higía*, diosa griega de la curación y la limpieza (como la armonía entre el ser humano y el ambiente). Hoy llamaríamos a la primera representante del paradigma *biomédico* y a la segunda exponente del paradigma *sociomédico*.<sup>2</sup> De ahí la importancia de recordar los mitos, ya que los mismos constituyen un sistema simbólico, desde su potencial evocativo, considerando el simbolismo como una realidad material que nos remite a algo inmaterial; pues “los mitos piensan” al ser humano, decía el antropólogo francés Claude Lévi-Strauss (1908-2009).<sup>3</sup>

El ser humano y el abordaje de su Proceso Salud/Enfermedad/Atención-Prevención, desde una mirada crítica y dialéctica, nos permite tener un acercamiento circular que incluirá la dimensión histórica de los fenómenos, analizando el desarrollo histórico de las relaciones sociales, para interesarnos en la transformación de los procesos.<sup>4</sup> De esta manera observamos que, durante el transcurso histórico y en las diversas perspectivas culturales, las representaciones dadas a las causas de las enfermedades mentales también han oscilado en forma pendular, desde un modelo natural a un modelo sobrenatural, como nos dice el médico-psiquiatra español Pau Pérez.<sup>5</sup> En el primero de ellos, las enfermedades mentales serían la consecuencia de la interacción del cuerpo humano con agentes patógenos o por la disfunción de los propios órganos.<sup>5</sup> En el

---

\* Artículo publicado en la *Revista Uruguaya de Enfermería* 2022, julio-diciembre, Vol. 17, N.º 2, pp. 1-12. Montevideo, UdelaR.

segundo de ellos, se trataría de entidades externas que invaden a la persona, como castigo a transgresiones de normas sociales o de relación con las divinidades.<sup>5</sup>

*Primera oscilación: modelo natural*

En la época prehistórica (o preliteraria), ya encontramos trepanaciones de cráneos, que podrían indicar que, en la noche de los tiempos, hubo intentos por comprender y tratar las enfermedades mentales, llevando a una probable identificación del cerebro como órgano rector de los procesos mentales; sumándose también a dicha perspectiva elementos mágicos o religiosos.<sup>5</sup>

Al introducimos ya en la historia de la atención, vamos observando que 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. De esta manera la persona que la ejerce, va a ir teniendo una relación ambigua, pues por un lado tiene un abordaje técnico con la enfermedad y, por otro lado, un trato moral con la persona que padece, como refiere el médico-psiquiatra y neurólogo uruguayo Humberto Casarotti.<sup>6</sup> Por lo que se crea un espacio antropológico entre la persona-cuidadora y la persona-paciente; dado que las personas, “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”.<sup>7</sup>

Esto 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”.<sup>8</sup> 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”;<sup>9</sup> que apuntaba al *equilibrio*, presentando ya en los escritos y prácticas hipocráticas, en palabras del filósofo y médico francés Georges Canguilhem (1904-1995):

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.<sup>10</sup>

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 de enfermedad, donde esta última si se hacía más grave la persona que padecía fallecía o, por el contrario, el transcurso natural hacía que la misma 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.<sup>11</sup>

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).<sup>11</sup>

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. (Figura 3)

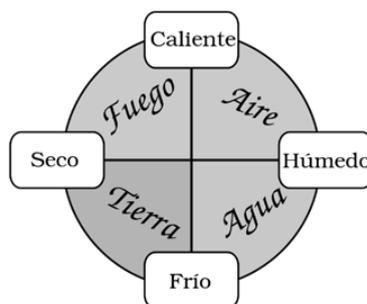


Figura 3. *La cruz elemental*, autor desconocido [Extraída de: <https://commons.wikimedia.org>]

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.<sup>12</sup>

Esta perspectiva médica se entronca con la ética del filósofo griego Aristóteles (384-322 a.C.), quien procedía de una familia que pertenecía a la corporación de los asclepedianos (es decir que profesaban la medicina). Para él la felicidad se logra por la virtud y esta se obtiene 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”.<sup>13</sup> Relacionándose también, con la metafísica aristotélica, 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”;<sup>14</sup> dándose que el asombro en tanto *pathos*, se transforma en uno de los fundamentos de la reflexión vital.

Trayendo lo anteriormente expresado a la época contemporánea, durante el pasado siglo el filósofo y médico-psiquiatra alemán Karl Jaspers (1883-1969), en su libro *La Filosofía* (1932), nos plantea los tres orígenes de la misma: 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.<sup>15</sup>

Pero, también, a esta antigua perspectiva que buscaba el equilibrio, como sinónimo de salud, se le oponían otras que hacían ambivalente al proceso, como planteaba el filósofo alemán Friedrich Nietzsche (1844-1900) en *La voluntad de poder* (1901, post mortem), donde 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 reflujo 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.<sup>16</sup>

Por lo tanto, la conducta de la persona, era el lugar de lucha de estas perspectivas antagónicas y, por ejemplo, si vencía la autodestrucción podría conllevar, entre otras cosas, a la derrota existencial de la persona.

Volviendo a épocas pretéritas, 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 creó 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).<sup>17</sup>

Siglos posteriores, 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, 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 el siglo VIII, siendo así los “padres de la química”,<sup>18</sup> instituyendo los *maristán*, término de origen persa que significa “casa o lugar de los enfermos”; haciendo surgir, también, los primeros hospitales en Irán (siglo VI) y Damasco (siglo VII).<sup>19</sup>

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.<sup>20</sup> Así surgirán luego, los hospitales de Bagdad (siglo VIII), El Cairo y Marrakesh (siglo XII), Fez y Algeciras (siglo XIII) y el de Granada (siglo XIV);<sup>19</sup> practicándose allí, con respecto a la Salud Mental, “una especie de cura de almas en que intervienen la música, la danza, los espectáculos y la audición de relatos maravillosos; son médicos quienes dirigen la cura y deciden interrumpirla cuando consideran haber triunfado”.<sup>21</sup>

No es casual que el primer hospital psiquiátrico se haya fundado en Valencia (España),<sup>19</sup> a comienzos del siglo XV, por los frailes de la Orden de la Merced (o mercedarios), fundada por el religioso catalán San Pedro Nolasco (1189-1245). Dichos religiosos estaban muy embebidos de la cultura árabe puesto que su carisma era el rescate (o redención) de los cautivos cristianos en manos de musulmanes; así se abrió “el hospital de Valencia: la iniciativa había sido tomada por un hermano de esta religión, en 1409”.<sup>21</sup>

La historia nos recuerda que:

en Valencia se produjo un hecho que transformó para siempre el destino de los enfermos mentales en el mundo cuando fray Joan Gilabert Jofré, un sacerdote mercedario, pidió a sus feligreses protección y cuidados para los “locos e inocentes”. La respuesta fue la creación del primer hospital psiquiátrico del mundo,<sup>19</sup> que fue nombrado “Hospital dels Innocents, Folls e Orats, que hoy llamaríamos de retrasados mentales, psicóticos y dementes.<sup>19</sup> (Figura 4)



Figura 4. *El padre Jofré defendiendo a un loco*, obra del pintor valenciano Joaquín Sorolla (1863-1923), que se conserva en el Palacio de la Generalidad Valenciana (Valencia, España). [Extraída de: <https://www.wikidata.org/wiki/>]

Luego se fundaron varios hospitales psiquiátricos en las distintas ciudades españolas y setenta años después de la fundación del Hospital de Inocentes de Valencia, se funda el Hospital de los Inocentes en Toledo (1480), en cuyo “frontispicio se leía: *Mentes Integrae Sanitari Procurandi*” (que podríamos traducir como: gestión integral de la salud mental).<sup>19</sup>

Esta perspectiva piadosa y humanitaria con respecto a la locura y a la enfermedad mental, que tiene profundas raíces en las culturas mediterráneas de influencia judía, cristiana y musulmana, será también explicitada con vigor y maestría en los escritos del filósofo valenciano Juan Luis Vives (1492-1540),<sup>6</sup> “que pide que los locos sean tratados con caridad y se les alimente e instruya bien”.<sup>19</sup>

### *Segunda oscilación: modelo sobrenatural*

En un enfoque diametralmente opuesto al anterior, durante el siglo XIV las epidemias de Tarantismo (que sucedió en Italia) y el Mal de San Vito (acontecido en Francia), probablemente episodios colectivos de carácter disociativo, son interpretados de manera mágica y como premonitorios de calamidades y pestes; por lo que, las enfermedades mentales comenzaran a ser tratadas con exorcismos y/o reclusión, como nos dice Pau Pérez.<sup>5</sup>

La circunstancia cumbre, de esta perspectiva, llegará en 1484 cuando el romano pontífice Inocencio VIII (Giovanni Battista Cybo, 1432-1492), en la bula papal *Summi Desiderantes Affectibus* (los afectos más deseados), exhortará a los sacerdotes a utilizar todos los medios a su alcance para detectar y eliminar la brujería.<sup>5</sup> Se comenzará así la persecución sistemática de herejes y brujas y en 1486, los frailes dominicos Johan Sprenger y Heinrich Kraemer, publican el *Malleus Maleficarum* (el martillo de los herejes),<sup>6</sup> iniciándose una “caza de brujas”, considerándose 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. Esta perspectiva inquisitorial estará vigente hasta 1782, en que tiene lugar la última ejecución por brujería, por lo que se produjeron 300 años de terror para muchas personas con trastornos mentales.<sup>5</sup>

Por lo que, para poder escapar de éste tormento, les quedaba embarcarse en la *stultifera navis* (la nave de los locos). (Figura 5)

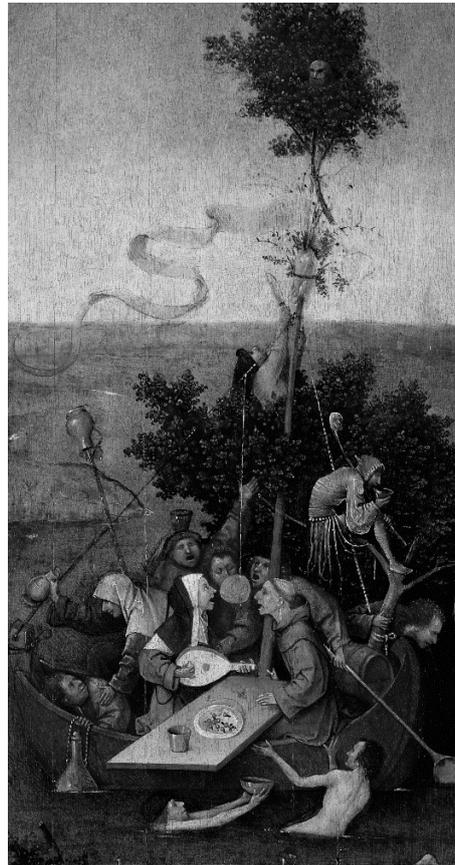


Figura 5. *La nave de los locos*, obra del pintor flamenco Jheronimus van Aken (1450-1516), “el Bosco”, que se conserva en el Museo del Louvre (París, Francia). [Extraída de: <https://www. antropohistoria.com>]

Así nos lo refería el filósofo y psicólogo francés Michel Foucault (1926-1984):

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.<sup>21</sup>

### *Tercera oscilación: modelo natural*

Durante el tiempo que va, de fines del siglo XVIII a mediados del siglo XX, se dará un resurgimiento del modelo natural. El médico francés Philippe Pinel (1745-1826), es quien con más fuerza lo reintroduce y promueve, planteando también la reforma psiquiátrica y la introducción de la *cura moral*. (Figura 6)



Figura 6. *Pinel en La Salpêtrière liberando de sus cadenas a una paciente*, obra del pintor francés Robert Fleury (1837-1911), que se conserva en el Hospital de la Pitié-Salpêtrière (París, Francia). [Extraída de: <https://es.m.wikipedia.org/wiki>]

Algunos autores hacen surgir en éste contexto, la creación de la *Psiquiatría*, pues se observa que dicho término “nacido en 1842 luego de la Revolución Francesa, remite de una manera parcial al mito de Psique”;<sup>22</sup> 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  $\Psi$  (que representa una mariposa con las alas desplegadas), y este emblema significa *Psi*, la vigésima tercera letra del alfabeto griego, utilizada, entre otras, en la palabra *psique*, que históricamente ha ido significando aliento, ánimo, alma, mente.<sup>23</sup> Otros autores ubican anteriormente el origen de esta disciplina médica, ya en los filósofos humanistas de comienzos de la época moderna (siglo XVI).<sup>6</sup>

Posteriormente a Pinel y a los aportes de su discípulo, el también médico francés Jean Esquirol (1782-1840), esta perspectiva comienza a consolidarse. Así con el médico-

psiquiatra alemán Emil Kraepelin (1856-1926), el *modelo natural* se adapta al discurso científico y pasa a *modelo biomédico*; seguido luego por otros ilustres médicos-psiquiatras como el suizo Eugen Bleuler (1857-1939) y los alemanes Karl Jaspers y Kurt Schneider (1887-1967), culminando este proceso con la introducción de los neurolépticos (fármacos antipsicóticos) en 1950.<sup>5</sup>

#### *Cuarta oscilación: modelo sobrenatural*

Otra vez el péndulo vuelve a oscilar y así, entre 1965 y 1975, se desplaza al otro extremo, pero a diferencia de la época medieval que el factor externo era de carácter espiritual los tiempos actuales piden que sea social, apareciendo de esta manera el movimiento *antipsiquiátrico*, en el que será decisivo el aporte de la Antropología, como nos plantea Pau Pérez.<sup>5</sup>

Podemos encontrar así cuatro corrientes de crítica al modelo natural de la enfermedad mental. En primer lugar encontramos a los/as antropólogos/as defensores del relativismo cultural, que irán incursionando en el campo de la Psicología creando la corriente denominada *Personalidad y Cultura*. Pudiendo encontrar allí a las antropólogas estadounidenses Ruth Benedict (1887-1948) y Margaret Mead (1901-1978), quienes cuestionaban la universalidad de las costumbres sexuales y los conceptos de normalidad; como así también el antropólogo polaco Bronislaw Malinowsky (1884-1942),<sup>5</sup> quien cuestionaba la universalidad del complejo de Edipo (conjunto de afectos infantiles que oscilan entre el apego y la rivalidad hacia los progenitores).

En segundo lugar, se observa a antropólogos y psiquiatras trabajando en forma conjunta. El caso más influyente es del antropólogo inglés Gregory Bateson (1904-1980), fundador de la denominada Escuela de Palo Alto (California, EEUU),<sup>5</sup> que formula la teoría del doble vínculo como origen de la esquizofrenia (trastorno mental en el cual se interpreta la realidad de manera errónea).

En tercer lugar visualizamos a la corriente política. Por un lado de la misma, Michel Foucault describe en su *Historia de la Locura* (1964),<sup>21</sup> a la Psiquiatría como una prolongación de la estructura represora de la sociedad, como reforzadora de tabúes y normas y estigmatizadora de disidentes.<sup>5</sup> Por otra parte, encontramos la propuesta del médico-psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980), con la creación del partido político Psiquiatría Democrática y la lucha parlamentaria hasta la promulgación de la famosa Ley de Desinstitucionalización (Ley 180) en 1978, por el parlamento italiano;<sup>5</sup> esta última buscaba la desinstitucionalización y democratización de la atención psiquiátrica, como así también prohibía el encierro de pacientes psiquiátricos en contra de su voluntad.

Y en cuarto lugar, hallamos la corriente antipsiquiátrica norteamericana. La misma, con raíces en el movimiento contracultural (valores y formas sociales opuestas a las socialmente establecidas), tiene su máximo exponente en el médico-psiquiatra húngaro Thomas Szasz (1920-2012) y sus textos *La fabricación de la locura* (1972) y *El mito de*

*la enfermedad mental* (1976),<sup>5</sup> donde plantea que la psiquiatría es una pseudociencia y un sistema de control social.<sup>24</sup>

#### *Quinta oscilación: modelo natural*

Siguiendo la ley del péndulo, durante la década de 1970, esta perspectiva de la antipsiquiatría provocará como reacción un *hiperbiologicismo* representado por la Escuela de San Luis (Missouri, EEUU). Desde esta última van a ir surgiendo las diferentes versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM), de la Asociación Psiquiátrica Americana; cuya primera versión data de 1952. Las mismas, posteriormente, serán replicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que creará y actualizará una clasificación similar y progresivamente convergente, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), cuya primera versión en el campo psiquiátrico será en 1978.<sup>5</sup>

Esta quinta oscilación del péndulo se define por la búsqueda de un diagnóstico etiológico a través del trabajo descriptivo. Por lo que se habla de un *modelo biopsicosocial*, es decir, de la integración de factores sociales, biológicos y psicológicos, perspectiva que comenzó a ser planteada por el antropólogo francés Marcel Mauss (1872-1950); pero en el campo sanitario dicha definición es más una formulación teórica que una experiencia práctica.<sup>5</sup> Así nos lo plantea hoy el antropólogo francés David Le Breton, al decirnos que, “para el paradigma médico la enfermedad consiste en una entidad biológica universal que se traduce por una serie de signos clínicos. Este modelo se instituye más allá de cualquier referencia social, más allá del suelo, más allá de la historia”.<sup>25</sup>

Por lo tanto, la imparable proliferación de diagnósticos (ya nos encontramos en la quinta versión del DSM y en la onceava de la CIE), nos lleva a pensar que, una vez más, se tratará de un modelo destinado a quebrar en la próxima oscilación del péndulo,<sup>5</sup> dado que, como nos dice actualmente el filósofo surcoreano Byung-Chul Han, formamos parte de una *sociedad del cansancio*,<sup>26</sup> del rendimiento; que ha ido superando, en parte, esa sociedad disciplinaria a la cual “todavía la rige el no. Su negatividad genera locos y criminales. La sociedad de rendimiento, por el contrario, produce depresivos y fracasados”.<sup>26</sup>

#### *En suma*

Analizando la oscilación del péndulo, en lo referente a las perspectivas históricas sobre los modelos causales en Salud Mental, observamos que ha habido un vaivén, entre diferentes modelos explicativos, que ponían el origen de las enfermedades mentales en el mundo interno o en el externo de la persona.<sup>5</sup>

Pero también, es oportuno considerar que ningún modelo es intrínsecamente malo o perverso; pues a veces ha sido necesario proteger a las personas con padecimientos

mentales defendiendo el origen natural y la dimensión patológica de las enfermedades mentales y, en otras circunstancias, ha sido necesario protegerlas destacando el carácter externo y social de dichas patologías, como nos sugiere Pau Pérez.<sup>5</sup>

La Antropología, particularmente desde el pasado siglo XX, ha ido influyendo en las diversas perspectivas y evolución de la Salud Mental.<sup>5</sup> Por lo que, ubicándonos en el marco de un hospital psiquiátrico (como es el Hospital Vilardebó, fundado en Montevideo el 25 de mayo de 1880), como ese lugar antropológico que tiene que ver con la identidad, la relación y la historia, como refiere el antropólogo francés Marc Augé,<sup>27</sup> tanto de la institución y sus funcionarios, como de las trayectorias de vida de las personas internadas, surge la cuestión de ¿qué significa este tiempo de internación para esas personas? Pues ese *tiempo*, en la perspectiva del filósofo alemán Martin Heidegger (1889-1976),<sup>28</sup> influye en la trayectoria terapéutica de las personas, pero ¿cuánto contribuye a la *transformación* de la misma?<sup>7</sup>

Observamos así al imperante abordaje biomédico,<sup>2</sup> que haciendo hincapié en una perspectiva reduccionista bio-lógica de medicina mental,<sup>21</sup> le cuesta promover una salud mental que tenga en cuenta la densidad personal de las personas internadas.<sup>21</sup>

Por lo tanto, hay que dejar de atender *individuos*, como una existencia biopsíquica única;<sup>29</sup> 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 de Claude Lévi-Strauss;<sup>29</sup> contribuyendo así a una humanización de los cuidados en Salud Mental,<sup>30-31</sup> como nos invita la vigente Ley de Salud Mental N.º 19.529, aprobada por el parlamento nacional en 2017.<sup>32</sup>

Lo anteriormente expresado, puede contribuir a fomentar en la Enfermería en Salud Mental, lo que nos planteaba la enfermera y antropóloga estadounidense Madeleine Leininger (1925-2012),<sup>31</sup> sobre que *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. Pues, como también nos esboza David Le Breton, “para la antropología médica, la medicina es una práctica cultural con sus formas específicas de interpretar las afecciones y los síntomas”,<sup>25</sup> que “se basa en una visión propia del ser humano, de su cuerpo, implica una representación del mundo”.<sup>25</sup> De ahí que, cuidar es una actitud antropológica antes que una técnica; por lo que, la confluencia de Antropología y Salud, ensamblando cultura y cuidado, nos permite integrar a las dimensiones físicas y mentales de las personas usuarias de las instituciones sanitarias, los aspectos emocionales, espirituales, familiares, culturales y sociales de cada uno de ellos/as, como forma de equilibrio entre las oscilaciones pendulares.

### **Referencias bibliográficas**

1. Martínez F. Alcohólico y encanecido. Rescatar la Persona entre trayectorias alcohólicas y tratamientos psiquiátricos desde un abordaje de Antropología y Salud. Tesis de doctorado en Antropología. Montevideo: Universidad de la República; 2019.
2. Laplantine F. Antropología de la enfermedad: estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea. Buenos Aires: Ediciones del Sol; 1999.
3. Lévi-Strauss C. Mito y significado. Madrid: Alianza Editorial; 2012.
4. Kérouac S, et al. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
5. Pérez P. Psicología y psiquiatría transcultural: bases prácticas para la acción. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2004.
6. Casarotti H. Evolución del diagnóstico y de la clasificación en patología mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2012; 76(1): 49-59.
7. Lévi-Strauss C. Antropología estructural. Buenos Aires: Eudeba; 1968.
8. Heráclito, Parménides y Empédocles. Textos presocráticos. Barcelona: Edicomunicación; 1995.
9. Frankenberg R. Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología. *Cuadernos de Antropología Social* 2003; 17(1): 11-27.
10. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores; 1971.
11. Díaz J. Historia de la medicina en la antigüedad. Mérida: Ediciones del rectorado; 1974.
12. Salas J, et al. La alimentación y la nutrición a través de la historia. Barcelona: Editorial Glosa; 2005.
13. Aristóteles. Ética. Buenos Aires: Ediciones Libertador; 2003.
14. Aristóteles. Metafísica. Buenos Aires: Ediciones Libertador; 2003.
15. Jaspers K. La filosofía: desde el punto de vista de la existencia. México: Fondo de Cultura Económica; 2000.

16. Bayarres M et al. Alétheia. Textos de filosofía teórica y práctica. Montevideo: Ediciones Ideas; 1997.
17. Biblia de Jerusalén. Bilbao: Desclee de Brouwer; 1975.
18. Atkins P. Las moléculas de Atkins. Madrid: Akal; 2003.
19. López-Ibor J. La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2008; 36(1): 1-9.
20. Al-Kalai D, Shanks N. Arabian medicine in the Middle Ages. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1984; 77(1): 60-65.
21. Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. Tomo I. México: Fondo de Cultura Económica; 2012.
22. Fourasté R. Introducción a la etnopsiquiatría. Buenos Aires: Ediciones del Sol; 1992.
23. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23ª ed. Madrid: RAE; 2014.
24. Szasz T. El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu; 1994.
25. Le Breton D. Experiencias del dolor: entre la destrucción y el renacimiento. Buenos Aires: Topía; 2020.
26. Han B.C. La sociedad del cansancio. 2ª ed. Barcelona: Herder; 2020.
27. Augé M. El oficio de antropólogo. Barcelona: Gedisa; 2007.
28. Heidegger M. El ser y el tiempo. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2009.
29. Lévi-Strauss C. Raza y cultura. Madrid: Cátedra; 1993.
30. Guyotat J. Estudios de antropología psiquiátrica. México: Fondo de Cultura Económica; 1994.
31. Leininger M. Transcultural Nursing: concepts, theories, practices. Columbus: McGraw Hill; 1995.
32. Uruguay. Poder Legislativo. Ley “Salud Mental” N.º 19.529: Montevideo: IMPO; 2017.

## Capítulo II

### *Historia de la atención en Salud Mental a nivel nacional: el devenir del Hospital Vilardebó\**

La historia del Hospital Vilardebó, ha ido fomentando una perspectiva de Salud Mental en Uruguay y, ésta, se encuentra enmarcada en la historia nacional. Así, veinte años después de ser fundada la ciudad de Montevideo (1724-1726), se encuentra el primer caso registrado en la misma, 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 Artigas 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 sí mismo”, muriendo a las horas.<sup>1</sup>

En aquella Montevideo colonial, estas personas con trastornos mentales podrían llegar a ser recluidas “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”, como nos plantea el historiador uruguayo Nicolás Duffau.<sup>2</sup>

#### *Etapas de la atención psiquiátrica uruguaya*

El año de 1788, marca un hito en la historia asistencial en Uruguay, al fundarse el primer hospital que hubo en Montevideo (y por añadidura en todo el futuro país), denominándose Hospital de Caridad, que posteriormente a partir de la Ley de Secularización de los hospitales públicos, del año 1911, pasó a denominarse Hospital Maciel, en honor al filántropo montevideano, de la época colonial, Francisco Antonio Maciel (1757-1807).

Tiempo después de ser instalado el mismo, “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”.<sup>1</sup> 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”.<sup>1</sup>

A partir de aquí, según el médico-legista uruguayo Augusto Soiza, la asistencia sanitaria en Uruguay, para estas personas con “trastornos mentales”, puede dividirse en cuatro etapas. La

---

\*Artículo publicado en la *Revista Uruguaya de Enfermería* 2020, julio-diciembre, Vol. 15, N.º 2, pp. 1-13. Montevideo, UdelaR.

primera es la etapa de *reclusión piadosa*, que iría desde el año 1788 hasta el año 1860, en que se inaugura el Asilo de Dementes.<sup>1</sup>

El médico uruguayo Enrique Castro dirá en 1899, en la que fuera la segunda tesis de doctorado en Medicina realizada en el Hospital Vilardebó, que 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”.<sup>3</sup>

Una segunda etapa es la de *segregación social* donde, desde la dirección del Hospital de Caridad, se solicita el traslado de estas personas “dementes a la quinta de Vilardebó”.<sup>3</sup> De esta manera, del nosocomio referido, “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”.<sup>4</sup> Es oportuno recordar al médico-pediatra e historiador uruguayo Fernando Mañé Garzón (1925-2019), quien fuera profesor titular de la Clínica de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UdelaR) y director del Departamento de Historia de la Medicina, que catalogaba como *el primer médico uruguayo* a Teodoro Vilardebó; quien nacido en Montevideo en 1803, estudió medicina en la Universidad de París, retorna a nuestro país y en una pandemia de fiebre amarilla, se contagia al atender a sus pacientes, falleciendo en Montevideo en 1857.

Ya para el año de 1861, el asilo contaba con 68 pacientes, ascendiendo tres años después a 130 pacientes. Para 1874 tendrá 325 pacientes, siendo atendidos por “dos médicos, doce sirvientes y siete Hermanas de la Caridad”,<sup>2</sup> y en 1879 llegará a asistir a 542 pacientes. 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”,<sup>2</sup> evitando así el hacinamiento en la cárcel del Cabildo, única institución de reclusión carcelaria del Uruguay hasta 1888.

Un detalle fundamental, a ser tenido en cuenta, es que el asilo “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”.<sup>2</sup>

La tercera etapa será la *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”, como nos dice Humberto Casarotti.<sup>5</sup>

Con respecto al desarrollo edilicio del mismo,<sup>6</sup> a nivel oficial se piensa, aunque sin certezas, que en 1867 durante el gobierno del Gral. Venancio Flores, el escribano 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”.<sup>1</sup>

En 1876, con la adquisición de predios vecinos a la quinta, se contrata al Ing. Eduardo Canstatt, quien se cree que elaboró el plano bajo la influencia del Asilo Sainte Anne,<sup>1,2</sup> inaugurado en 1857 al sur de París (Francia) y “que el profesional visitó en un viaje de estudio”.<sup>2</sup>

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”.<sup>7</sup> En base a la influencia de los psiquiatras franceses, particularmente de Philippe Pinel, quien desde la clínica médica buscó la humanización de la asistencia y de Jean Esquirol, quien estableció pautas fundamentales en la atención psiquiátrica influenciado la Ley francesa de 1838, se introdujo aquí por primera vez, “el concepto de trabajo como terapia (terapia ocupacional) y más específicamente el de la hortiterapia (el trabajo agrícola como terapia)”.<sup>7</sup> Más adelante será, “este centro, testigo del nacimiento en 1952 del primer neuroléptico de la historia el Largactil”.<sup>7</sup>

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 dicen.<sup>8</sup>

En ese sentido, en la planta física se puede observar que en el centro está la iglesia o capilla católica 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, transitables por galerías conformadas por arcos de medio punto, al estilo monacal y, tanto el manicomio como el monasterio, pertenecen cada uno a alguno de esos cinco grupos de instituciones de la sociedad a los que el sociólogo canadiense Erving Goffman (1922-1982) denominó *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”.<sup>9</sup> Así, en el manicomio, se trataba de “cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza para la sociedad”.<sup>9</sup> (Figura 7)



Figura 7. *Usuario caminando por patio del sector de internación masculino, Hospital Vilardebó, invierno de 2016. (Autor Fabrizio Martínez)*

Este paralelismo entre monasterio y manicomio, como refiere el médico y antropólogo francés Didier Fassin, “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”.<sup>10</sup> Cabe recordar que, la Abadía Benedictina de Saint Florentin de Bonneval, construida en Francia en el siglo IX, se convirtió en un hospital psiquiátrico donde durante el pasado siglo impartió su magisterio el médico-psiquiatra y filósofo francés Henry Ey (1900-1977); como así también, el Monasterio Benedictino de Saint Paul de Mausole, también construido en Francia pero en el siglo XI, se transformó en un célebre manicomio por haber estado internado allí, por casi un año, el pintor holandés Vincent Van Gogh, como veíamos en la introducción. (Figura 8)



Figura 8. Vista de la torre de la iglesia desde el patio del sector de internación masculino, Hospital Vilardebó, invierno de 2016. (Autor Fabrizio Martínez)

El Manicomio Nacional fue inaugurado el 25 de mayo de 1880. En dicho acto las autoridades llamaron “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 inmensa desgracia”. La construcción de un “suntuoso edificio” fue señalada como la práctica de la caridad con verdadero lujo”.<sup>2</sup>

En forma inmediata fueron trasladados los “alienados del Asilo al flamante Manicomio”;<sup>1</sup> 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.<sup>1</sup>

La administración interna de la institución quedó a cargo de doce Hermanas de la Caridad, 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”.<sup>2</sup> A nivel profesional, “el primer director médico fue el Dr. Ángel Brian y el primer médico del establecimiento el Dr. Ángel Canaveris”.<sup>2</sup>

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”,<sup>1</sup> proyecta un formulario de ingreso logrando que sea

aprobado e impreso. Así, 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”.<sup>1</sup>

En lo referente a la atención médica una apreciación realizada en 1884, por el médico uruguayo Andrés Crovetto, en la que fuera la primera tesis de doctorado en Medicina realizada en el Hospital Vilardebó, refiere que, en ese momento, el *poder médico* estaba subordinado a la “autoridad de las Hermanas... mandan más ellas que el médico”.<sup>11</sup> Relatando que, como ejemplo, un practicante de Medicina le pidió a un funcionario “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”.<sup>11</sup> (Figura 9)



Figura 9. Enfermeras y religiosas del Hospital Vilardebó a comienzos del siglo XX, acervo de fotos del Hospital Vilardebó, autor desconocido.

Al Manicomio Nacional, un cronista en 1887 lo define como el “palacio de los locos”,<sup>1,2,6</sup> pues “era, pese a todas las críticas, un soberbio edificio. Pero muy costoso”.<sup>1</sup>

No obstante, el suntuoso edificio ya desde los comienzos de su vida nosocomial comienza a ser criticado en su estructura dado que, el “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”.<sup>11</sup>

Otro tanto sucede con la ausencia de concepción de distintos servicios específicos, para las diversas fases del tratamiento; así en el “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”.<sup>11</sup>

Por lo tanto, “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”, como nos dice el psicólogo y antropólogo uruguayo Fabricio Vomero.<sup>6</sup> (Figura 10)



Figura 10. *Fachada del Hospital Vilardebó a mediados del siglo XX*, acervo de fotos del Hospital Vilardebó, autor desconocido.

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”.<sup>11</sup>

Así reflejaba en 1899, Enrique Castro, 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 secuestración por su cuenta en una quinta de los alrededores, como así lo hizo.<sup>3</sup>

La cuarta etapa es la *universitaria*, que comienza en 1908 con la creación de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina (UdelaR), cuyo primer profesor fuera Bernardo Etchepare (1869-1925), médico-cirujano uruguayo formado en Francia. Su continuador fue el médico-psiquiatra uruguayo Santín Carlos Rossi (1884-1936). 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”.<sup>12</sup>

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)”;<sup>12</sup> aunque “en los años previos a la creación de la Clínica Psiquiátrica, Elías Regules (1861-1929, médico uruguayo), realizó docencia de orientación médica-legal en el Manicomio Nacional”.<sup>12</sup>

Por otra parte, en 1911, José Batlle y Ordoñez (1856-1929), al comienzo de su segundo período como presidente de la República, aceleró “el proceso de secularización de los establecimientos hospitalarios”<sup>2</sup> y, por decreto del Poder Ejecutivo, al Manicomio Nacional se lo red denominó Hospital Vilardebó,<sup>1,2,5,6</sup> “y se convirtió en un centro estatal laico para los enfermos mentales pertenecientes a los estratos sociales más bajos”.<sup>2</sup>

Aquí “los médicos jugaron un importante rol en este período, fueron aliados de la presidencia de José Batlle y Ordoñez que impulsó la laicidad del estado, retirando a las jerarquías eclesiásticas de los centros de salud e incorporando a los médicos positivistas”.<sup>13</sup>

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”.<sup>5</sup> A partir de 1929 se comenzó a publicar, hasta la actualidad, la Revista de Psiquiatría del Uruguay.<sup>5</sup>

Para 1930, en un congreso médico celebrado en el contexto del centenario de la primera constitución uruguaya, el médico-psiquiatra uruguayo Antonio Sicco (1894-1948), quien fuera jefe del servicio psiquiátrico del Hospital Vilardebó y profesor titular de la Clínica de Psiquiatría de la Facultad de Medicina (UdelaR), plantea que dicho nosocomio 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”.<sup>14</sup>

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”,<sup>14</sup> y que no basta solamente el cambio edilicio sino, 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”.<sup>14</sup>

Pocos años después, “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”,<sup>5</sup> las mismas estarán vigentes por ochenta años, como será la *Ley del Psicópata N.º 9.581*, aprobada en agosto de 1936,<sup>15</sup> que aparte de legislar sobre la asistencia psiquiátrica y sus formas crea, también, la “Comisión Honoraria Asesora de la Asistencia de Psicópatas”.<sup>16</sup>

En 1948 la OMS, recuerda la enfermera uruguaya Pierina Marcolini, quien fuera durante muchos años jefa del departamento de Enfermería del Hospital Vilardebó, “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”.<sup>16</sup>

A partir de los descubrimientos farmacológicos en psiquiatría, como fue la introducción de los antipsicóticos o neurolepticos en 1952, como vimos, se “posibilitó el predominio de la contención farmacológica sobre la contención mecánica y física del paciente, eliminando entre otras técnicas el chaleco de fuerza”;<sup>16</sup> esto posibilitó “el pasaje del modelo de atención asilar al modelo de atención terapéutica”,<sup>16</sup> así “la dotación de camas pasó de aproximadamente 1500 a 500 durante una etapa, y luego a 300”.<sup>16</sup>

En estos tiempos, 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 OMS, se hicieron cambios, aunque limitados a los servicios públicos”,<sup>5</sup> creándose “la primera sala de psiquiatría en un hospital general, en el Hospital de Paysandú”.<sup>17</sup>

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”.<sup>18</sup>

En 1973, como cuarenta años antes, Uruguay sufre un nuevo golpe de Estado que iniciará otra dictadura (1973-1985), donde presos políticos estarán internados en el Hospital Vilardebó, en 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”.<sup>5</sup> El Hospital Musto, ubicado en la zona de Colón, en la periferia montevideana, que fuera cerrado en 1996 por el Ministerio de Salud Pública (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 actualmente, desde el año 2010, se convirtió en la “Unidad N.º 5 Femenina” o Cárcel de Mujeres; volviendo a ese paralelismo, donde “se comprende la pertinencia de la relación establecida por los historiadores

medievalistas entre *carcer* y *claustrum*, la prisión y el monasterio”<sup>10</sup> y como estos últimos a veces, como se planteó, se convierten en manicomios.

Al año del retorno de la democracia, “en 1986, el Ministerio de Salud Pública aprobó como prioritario el Plan Nacional de Salud Mental”;<sup>18</sup> 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”;<sup>18</sup> pues dicho plan como planteaba la enfermera uruguaya Silvia Meliá, quien fuera profesora titular del Departamento de Enfermería en Salud Mental de la Facultad de Enfermería (UdelaR), “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”.<sup>18</sup>

### *La encrucijada actual*

Ya han pasado cinco años de la aprobación, por parte del Parlamento uruguayo en agosto de 2017, de la Ley de Salud Mental N.º 19.529, que 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”.<sup>19</sup>

Dicha normativa, entre otros cambios fundamentales, en su artículo 38º, plantea que, “el Poder Ejecutivo establecerá en la reglamentación de la presente ley el cronograma de cierre de los establecimientos asilares y estructuras monovalentes. El cumplimiento definitivo del cronograma no podrá exceder temporalmente el año 2025”.<sup>19</sup>

Actualmente el Hospital Vilardebó, perteneciente a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), tiene una capacidad de 335 camas de internación, encontrándose siempre colmado. En estas circunstancias, en la institución, a nivel epistemológico siguen conviviendo “tres modelos” asistenciales diferentes.

El modelo de atención *asilar*, subsiste desde la fundación del hospital; donde particularmente, por “orden judicial”, el hospital se ha convertido en un “depósito” de personas con algún tipo de alteración en su salud mental. El modelo de atención *hospitalocéntrico*, perdura desde el retorno democrático, donde la atención psiquiátrica “gira” alrededor del Vilardebó y, por último, el tercer modelo que cohabita en el Vilardebó, junto a los dos anteriores, es el de una *salud mental comunitaria*, que se ha ido potenciando en las dos últimas décadas, teniendo como eje la Policlínica del Vilardebó, con su atención domiciliaria, entre otros aspectos.<sup>17</sup>

Y para ampliar aún más la mirada, estos tres modelos se yuxtaponen con los tres “paradigmas médicos” (como son el biomédico, el psicomédico y el sociomédico), que también encontramos en este nosocomio<sup>20,21</sup>.

Aunque parezca paradójico, algunos de los presupuestos de la nueva ley ya, desde hace mucho más de un siglo, son planteados por la psiquiatría uruguaya;<sup>1,3,5,11,12,14,22</sup> pues, con respecto a la “persona internada”, refieren que se deben “encontrar estímulos que sean capaces de despertar el interés del paciente. Para eso debemos descubrir y conocer minuciosamente cuáles han sido sus preferencias e inclinaciones”<sup>22</sup> y, con respecto al “diagnóstico”, recuerdan que “las enfermedades mentales, más que ninguna otra, son favorecidas en su producción y en su desarrollo por el medio social”.<sup>14</sup>

### *En suma*

Se observó la manera en que, el paso del tiempo, fue llevando del Asilo de Dementes (1860), al Manicomio Nacional (1880), desembocando en el Hospital Psiquiátrico (1911). Tres distintas denominaciones, para hablar del vínculo establecido entre la sociedad y las personas con trastornos mentales, dándose este “diálogo”, aunque en gran parte de la historia hubo “monólogo”, en el marco de este nosocomio creado para asistirlos y, a veces, *encerrarlos*.<sup>6</sup>

A este último verbo Michel Foucault agregará también los de *vigilar y castigar*, como parte de esta historia, al plantear que del “viejo” manicomio al “moderno” hospital psiquiátrico, se pasó de una relación de “violencia” a una relación de “disciplina”;<sup>23</sup> siendo ésta una perspectiva muy importante en los movimientos de desinstitucionalización.

A los 142 años de inauguración del Hospital Vilardebó, en la coyuntura de una post-pandemia (por Covid-19), como muriera el médico que le dio su nombre al nosocomio, se puede analizar desde una perspectiva antropológica, que busca descubrir las huellas dejadas por los procesos sociales, políticos, económicos, etc.; la manera en que, durante todo el trascurso de esta historia, el colectivo de Enfermería en Salud Mental ha ido buscando la forma de cuidar a la persona que padece en su salud mental, llegando hoy a lo fundamental de hacerlo de manera integral, es decir, desde el vínculo que se establece entre dos personas (usuario-enfermería). Pues, el objetivo de la atención de enfermería es la persona, en un contexto conformado por los cuidados de los Procesos de Salud-Enfermedad-Atención, siendo uno de los principios básicos en Salud Mental el intentar comprender al otro.

Por lo tanto, desde una perspectiva ética entiendo por cuidados, en el ámbito de la atención sanitaria, el vínculo con todas las dimensiones de la persona, dado que la vida es relación que se alimenta de los encuentros; encuentro con uno mismo, con el otro, con la naturaleza, con la trascendencia.<sup>8</sup>

De esta manera, la emergencia sanitaria vivida en el Hospital Vilardebó por Covid-19, aparte del estrés que conllevó, en el marco de la tensión entre objetivación e implicancia,<sup>10</sup> entre cambios que urgen, tiempos de espera e incertidumbres como es el sendero rumbo a la construcción de una cultura de cuidados en Salud Mental, en la coyuntura de una nueva Ley,<sup>19</sup> encuentra también al colectivo enfermero caminando para transformarse.

### **Referencias bibliográficas**

1. Soiza Larrosa A. Esbozo histórico sobre la psiquiatría y sus servicios hospitalarios en el Uruguay: 1788-1907. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 1983; 48: 1-18.
2. 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. *Revista Cultura Psi* 2015; 5: 40-69.
3. Castro E. Legislación sobre alienados. Tesis para optar al grado de doctor en Medicina. Montevideo: Facultad de Medicina, UdelaR; 1899.
4. Porciúncula H. Prólogo: lo no incluido y la máquina del tiempo. En: Marcolini P, Michelini M. *Nurse Pierina... soy Gustavo: recuerdos del Hospital Vilardebó*. Montevideo: Trilce; 2014. pp. 5-9.
5. Casarotti H. Breve síntesis de la evolución de la Psiquiatría en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2007; 71(2): 153-63.
6. Vomero F. Revisión actualizada del primer informe del manicomio y la locura en Uruguay, 1884, de Andrés Crovetto. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía* 2018; 3(2): 43-59.
7. Molanes Pérez P. La granja Sainte Anne (París): orígenes del hospital psiquiátrico. *Cultura de los Cuidados* 2018; 22(51): 57-62.
8. Martínez F. Alcoholizado y encanizado. Rescatar la Persona entre trayectorias alcohólicas y tratamientos psiquiátricos desde un abordaje de Antropología y Salud. Tesis de doctorado en Antropología. Montevideo: Universidad de la República; 2019.
9. Goffman E. *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
10. Fassin D. *Por una repolitización del mundo: las vidas descartables como desafío del siglo XXI*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 2018.
11. Crovetto A. Algo sobre manicomios. Tesis para optar al grado de doctor en Medicina. Montevideo: Facultad de Medicina, UdelaR; 1884.
12. Coll O, Ginés A (comp). *Investigación en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina: 1943-2003*. Montevideo: Facultad de Medicina, UdelaR; 2004.
13. Garat G. *Un siglo de políticas de drogas en Uruguay*. Montevideo: Friedrich Ebert Stiftung; 2013.

14. Sicco A. Imperfecciones del sistema actual de la asistencia de alienados en nuestro país. Montevideo: Monteverde; 1930.
15. Uruguay. Poder Legislativo. Ley “Psicópatas” N.º 9.581. Montevideo: IMPO; 1936.
16. Marcolini P, Michelini M. Nurse Pierina... soy Gustavo: recuerdos del Hospital Vilardebó. Montevideo: Trilce; 2014.
17. Romano S, et al. Atención a la salud mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Revista de Psiquiatría del Uruguay 2018; 82(1): 22-42.
18. Meliá S. Conceptos, desafíos y estrategias de transformación del modelo sanitario desde la enfermería en salud mental. En: Meliá S (comp). Enfermería en salud mental: conocimientos, desafíos y esperanzas. Montevideo: Oficina del libro; 2005, pp. 19-33.
19. Uruguay. Poder Legislativo. Ley “Salud Mental” N.º 19.529. Montevideo: IMPO; 2017.
20. Laplantine F. Antropología de la enfermedad: estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea. Buenos Aires: Ediciones del Sol; 1999.
21. Romero S. Integración de paradigmas médicos, innovaciones en la atención de la salud: proyección al siglo XXI. Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay 2013; 11: 197-209.
22. Barindelli L, Tobler C. Laborterapia psiquiátrica. Montevideo: Talleres Gráficos Universal; 1958.
23. Foucault M. El poder psiquiátrico. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2014.

## Segunda Parte

### *Cuidados de Enfermería en Salud Mental*



Figura 11. *Casa en campo de trigo*, obra de Vincent Van Gogh, realizada en Arles (mayo 1888), que se conserva en el Museum Van Gogh (Amsterdam, Países Bajos). [Extraída de: <https://www.todocadros.com>]

### Capítulo III

#### *Rol de Enfermería en Salud Mental*

##### *La sociedad del cansancio*

El filósofo surcoreano Byung-Chul Han, plantea que cada época ha tenido sus enfermedades. En éste siglo refiere que, “el origen de las enfermedades serían *neuronales*: depresión, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno límite de la personalidad o el síndrome de desgaste ocupacional”.<sup>1</sup>

Pues en esta época, de la modernidad tardía, nos dice que la persona va ejerciendo su autonomía y se convierte en víctima y victimaria, “porque se explota a sí misma, no tiene sobre ella un poder que la presione (pues está dentro de sí misma) y no hay presión más dura que la autoexigencia”.<sup>1</sup>

Al comenzar la segunda década del siglo XXI, sigue diciendo Han, la pandemia que atravesamos por el virus SARS-CoV-2 (más conocido como Covid-19), es un espejo que refleja las crisis de nuestra sociedad; haciendo que resalten con más fuerza los síntomas de las enfermedades que nuestra sociedad ya padecía antes de la misma. “Uno de estos síntomas es el cansancio; pues hoy, de una manera u otra, todos nos sentimos cansados. Y se trata de un cansancio fundamental, existencial, que permanentemente y en todas partes acompaña nuestra vida como si fuera nuestra propia sombra”.<sup>2</sup>

Han pasado tres años, desde la aparición del nuevo coronavirus (que fuera notificado por primera vez en Wuhan, China, el 31 de diciembre de 2019), encontrándonos hoy al borde de otra crisis de salud, dado el trauma psicológico generalizado que provocó la pandemia pues se podría aproximar una ola histórica de problemas de salud mental: “depresión, abuso de sustancias, trastorno de estrés postraumático y suicidio”.<sup>2</sup>

En éste contexto, se denomina *corona blues* al estado depresivo que se ha ido propagando durante la pandemia; “en tiempos de cuarentena, sin contacto social, se fue agudizando la *depresión*, que es la auténtica pandemia del presente”.<sup>2</sup>

El *corona blues* se define como la *sensación generalizada de pérdida*:<sup>2</sup> “la pérdida del tiempo, de proyectos, de estados esperados y de representaciones de la vida”.<sup>2</sup> El mismo nos muestra un estado de profundización del “blues” (melancolía), que se profundiza en esta post-pandemia y “ofrece nuevos elementos para que la persona vuelva a sentir esa *hemorragia interna* por la que su propio yo se escurre y la vida comienza a carecer de sentido”;<sup>2</sup> por tanto, ésta coyuntura:

aísla a los seres humanos y conduce a una despolitización de la sociedad y a una pérdida de la solidaridad. Cada uno debe preocuparse por sí mismo de su propia felicidad. La felicidad pasa a ser un asunto privado. También el sufrimiento se interpreta como resultado del propio fracaso. Por eso, en lugar de revolución lo que hay es depresión. Mientras nos esforzamos en vano por curar la propia alma perdemos de vista las

situaciones colectivas que causan los desajustes sociales. Cuando nos sentimos afligidos por la angustia y la inseguridad no responsabilizamos a la sociedad, sino a nosotros mismos.<sup>3</sup>

De esta manera, según Byung-Chul Han, formamos parte de una *sociedad del cansancio*, del rendimiento; que ha ido superando, en parte, esa sociedad disciplinaria a la cual “todavía la rige el no. Su negatividad genera locos y criminales. La sociedad de rendimiento, por el contrario, produce depresivos y fracasados”,<sup>1</sup> como veíamos al final del primer capítulo. Y esto nos lleva a la *sociedad paliativa*...<sup>3</sup>

En esta circunstancia, es fundamental comprender que el objeto de las disciplinas de la Salud (sabiendo que siempre corremos el riesgo de confundir salud con tratamiento), “lo constituyen los problemas, las representaciones y las estrategias de acción que se representan en el curso de la reproducción social”.<sup>4</sup> Por lo tanto, “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”,<sup>4</sup> como planteaba el epistemólogo argentino Juan Samaja (1941-2007).

Así, la enfermedad mental se verá influenciada por la forma de pensar y actuar donde estamos insertos;<sup>5</sup> por lo que, uno de los principios básicos en Salud Mental, sea intentar comprender al otro. De ahí, es que sea imprescindible contemplar a las personas como parte de su contexto cultural, llevándonos a realizar una atención más *humanizada*, donde se respeten los derechos y las necesidades de cada uno.<sup>6</sup>

Este preámbulo nos lleva a recordar al filósofo español José Ortega y Gasset (1883-1955), quien magistralmente nos refería: “Yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella no me salvo yo”;<sup>7</sup> junto a la observación que él mismo nos hace de que, “mientras el tigre no puede dejar de ser tigre, no puede destigrarse, el hombre vive en riesgo permanente de deshumanizarse”; para tener en cuenta en nuestro quehacer cotidiano.

### *Concepciones de Salud Mental*

Desde lo anteriormente expresado, podríamos definir a la *Salud Mental*, siguiendo el planteo de Silvia Meliá, como “un estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos de la persona, de los grupos y de la cultura, equilibrio e integración progredientes”;<sup>8</sup> donde pueden darse “crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetivamente u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno”.<sup>8</sup>

Otro tanto nos sugiere la *Ley de Salud Mental N.º 19.529*, aprobada por el Parlamento Nacional en agosto de 2017, donde “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, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos” (Artículo 2º),<sup>9</sup> como ya vimos en la enrucijada actual del capítulo anterior.

Dicha ley, tiene también como *principios rectores* “de la protección de la salud mental, concebida como inseparable de la protección integral de la salud:

- a) Reconocer a la persona de manera integral, considerando sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales como constituyentes y determinantes de su unidad singular.
- b) La dignidad humana y los principios de derechos humanos constituyen el marco de referencia primordial de todas las medidas de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de cualquier otra índole y en todos los ámbitos de aplicación que guarden relación con la salud mental.
- c) La promoción, con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- d) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios.
- e) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- f) La calidad integral del proceso asistencial con enfoque interdisciplinario, que de acuerdo a normas técnicas y protocolos de atención, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- g) El logro de las mejores condiciones posibles para la preservación, mejoramiento e inserción social de la persona.
- h) Debe considerarse que el estado de la persona con trastorno mental es modificable.
- i) La posibilidad de autodeterminarse y la ausencia de riesgo para la persona y para terceros.
- j) La vinculación de la salud mental al efectivo ejercicio de los derechos al trabajo, a la vivienda, a la educación, a la cultura y a un medio ambiente saludable” (Artículo 3º).<sup>9</sup>

La misma busca, también, promover la investigación en Salud Mental (Artículo 10º). Con respecto a la atención en Salud Mental, la ley explicita que esté “a cargo de equipos interdisciplinarios, en todos los niveles de atención, integrados por profesionales, técnicos y otros trabajadores de la salud con competencia en la materia” (Artículo 19º).<sup>9</sup>

Y plantea que, “se garantizará que los trabajadores que integren los equipos asistenciales de salud mental tengan la protección específica de su propia salud. Se promoverá su capacitación permanente, integrando los distintos saberes que componen el campo de la salud mental, para lo cual se desarrollarán políticas específicas” (Artículo 20º).<sup>9</sup>

En el Uruguay de hoy, la gran prevalencia de los problemas mentales que se evidencian, están relacionados a factores personales (biológicos y/o psicológicos); causas socio-económicas y culturales como las adicciones, la falta de trabajo, el estrés, la violencia o

la desintegración de las familias;<sup>10</sup> “la violencia neuronal”<sup>1</sup> y, últimamente, los problemas originados por la pandemia por Covid-19.<sup>11</sup>

Estas coyunturas nos llevan a una eclosión de las *emergencias emocionales*.<sup>12</sup> Una emergencia es una situación imprevista, aguda, que requiere atención técnica inmediata.<sup>13</sup> La atención a estas personas “se realiza bajo un contexto de crisis, entendiendo por tal las perturbaciones psicológicas agudas de duración variable, que resultan de un riesgo, circunstancia de peligro, amenaza de pérdida repentina o fuertes presiones sociales. La persona entra en crisis al no poder resolver un problema, pierde el equilibrio, reaccionando de distintas maneras”.<sup>13</sup>

Si tomamos como ejemplo al Hospital Vilardebó, nosocomio de referencia en la atención psiquiátrica de pacientes agudos de ASSE (a partir de los 15 años de edad), durante el año 2019 (previo a la pandemia), hubo 20.027 consultas en Puerta de Emergencia, ingresando 1877 personas a Sala de Observación.<sup>14</sup>

Algunos de los cuadros clínicos, que podemos encontrar en una emergencia psiquiátrica son:

1. La *persona confusa*, que implica una “disolución más o menos rápida de la conciencia con embotamiento intelectual; enlentecimiento de las percepciones y en los procesos de orientación y de identificación; trastornos de memoria y atención”.<sup>13</sup>
2. La *persona angustiada*, pudiendo presentar crisis mayor de angustia, crisis de ansiedad generalizada o crisis de pánico.<sup>13</sup>
3. La *persona agitada*, que es una “alteración del comportamiento motor, con gesticulación más o menos importante. En la máxima expresión, los movimientos dejan de ser coordinados, sin nexos entre sí, sin objetivo concreto”;<sup>13</sup> considerando que “la agitación no es sinónimo de violencia” y “la violencia puede aparecer luego de un período de agitación o bruscamente”.<sup>13</sup>
4. La *persona violenta*, como un “trastorno sintomático de una afección psicológica”.<sup>13</sup>
5. La *persona con intento de autoeliminación (IAE)*. “El suicidio no es una enfermedad, sino un síntoma. Aparece fundamentalmente en los estados depresivos, alcoholismo, profesionales de la salud, etc”.<sup>13</sup>

De esta manera, en Puerta de Emergencia del Hospital Vilardebó, se registraron durante el año 2019, 965 eventos vinculados a la problemática del IAE (referente a ideas de muerte, gestos suicidas o intentos mismos), concernientes a 747 personas.<sup>14</sup> (Figura 12)



Figura 12. Detalle de un titular del Periódico “El País”, edición del viernes 10 de julio de 2020 [Extraída de: <https://www.elpais.com.uy>]

Con respecto a éste problema a nivel internacional, en el año 2019, la OMS en su mensaje con respecto al día de la Salud Mental, decía que en el mundo hay 450 millones de personas 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 pobres), siendo esta la segunda causa de muerte entre los 15 y los 29 años.

Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS), nos plantea que la pandemia de Covid-19 ha agravado la situación de salud mental en Latinoamérica, aumentando los nuevos casos de afecciones de salud mental y empeorando los preexistentes.<sup>15</sup>

Y en nuestro país, en el año 2017 los suicidios totales fueron 686, lo que representa una tasa de 19,64 cada 100.000 habitantes.<sup>16</sup> Durante el año 2018 hubo 710 suicidios. En el año 2019 se produjeron 723 suicidios (el 80% eran varones, el 20% eran mujeres y hubieron 150 suicidios de jóvenes menores de 29 años). El año 2020 hubo 718 suicidios. Y en el año 2021 hubo 758 suicidios...<sup>17</sup> (Figura 13)

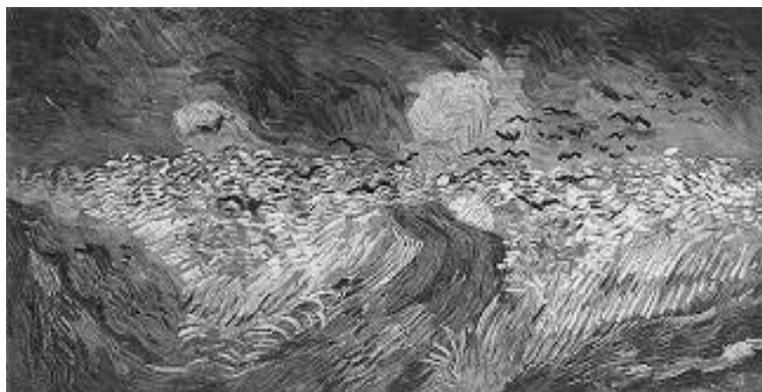


Figura 13. *Trigal con cuervos*, obra de Vincent Van Gogh, realizada en Auvers-sur-Oise, julio 1890), que se conserva en el Museum Van Gogh (Amsterdam, Países Bajos). [Extraída de: <https://es.wikipedia.org/wiki>]

Volviendo a las personas que quedaron internadas en Sala de Observación de Puerta de Emergencia del Hospital Vilardebó, durante el año 2019, 1179 de las mismas ingresaron a salas de internación (721 mujeres y 458 varones). De ellas, 327 personas se internaron por primera vez y 852 personas reingresaron; siendo el promedio general de estadía de 97 días.<sup>14</sup> Los diagnósticos principales, en los ingresos a las áreas de internación femenina y masculina, fueron: esquizofrenia (38%), policonsumo (9,3%), trastorno de la personalidad (7,6%), trastorno bipolar (7,2%), retraso mental leve (5,9%), episodio psicótico agudo (5,6%) y estado depresivo (3,7%).<sup>14</sup>

### *Aspectos bioéticos*

En el marco de la atención sanitaria concibo, desde una perspectiva ética, a los cuidados como el vínculo que establecemos con todas las dimensiones de la persona, como veíamos al final del capítulo anterior. Así, siguiendo el planteo de José Ortega y Gasset, comprendo la *ética* como el *arte de elegir la mejor conducta*. De esta manera, al llevar la ética al campo de la salud, surge la *bioética*; la cual es “el estudio sistemático de la conducta humana, en el área de la ciencia de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales”.<sup>18</sup>

La palabra “bioética” es clave para comprender la naturaleza y los orígenes de la disciplina. Compuesta de *bios* y *ethiké* (vida y ética), aquella conjuga biología y moral en síntesis paradigmática de ciencia y conciencia, hechos y valores, ser y deber ser. Ésta composición había sido acuñada en 1927, por el filósofo y educador alemán Fritz Jahr (1895-1953), en su artículo *Bioética: una panorámica sobre la relación ética del hombre con los animales y las plantas*.<sup>19</sup>

Décadas después, el bioquímico estadounidense Van Rensselaer Potter (1911-2001), introduce el término en su libro *Bioethics: Bridge to the future* (1971). Allí nos plantea que, “el propósito es contribuir al futuro de la especie humana promoviendo la formación de una nueva disciplina, la Bioética. Si hay “*dos culturas*” que parecen incapaces de hablar una a la otra (ciencia y humanidades), y si esto es parte de la razón por la que el futuro se muestra tan incierto, entonces posiblemente deberíamos tender “*un puente hacia el futuro*” construyendo la disciplina de la Bioética como un puente entre las dos culturas”.<sup>19</sup>

Pues la *ética*, a diferencia de la *moral*, es indirectamente normativa: no inventa normas ni valoraciones, sino que ayuda a que cada uno las descubra y comprenda más claramente. En eso consiste, además, su sentido reconstructivo. “La ética filosófica es la mayéutica de la conciencia moral”, al decir del filósofo alemán Nicolai Hartmann (1882-1950). De esta manera, la ética se comporta al respecto no de otra manera que la Filosofía misma: no enseña juicios acabados sino que enseña cómo juzgar. Pues “la ética no busca determinar, describir o definir el particular y concreto qué de lo que debemos; da, en cambio, el criterio mediante el cual se ha de reconocer ese qué”.<sup>20</sup> Ésta es la verdadera razón por la cual se halla la ética por encima de los conflictos de

tendencias, intereses y partes,<sup>20</sup> como refería el filósofo argentino Vicente Fatone (1903-1962).

La bioética tiene como objetivo cultivar y desarrollar en los trabajadores de la atención sanitaria, las virtudes morales que son derivadas de cuatro principios.<sup>19</sup>

- 1) *Autonomía*: este principio se tiene en cuenta cuando a una persona, que se encuentra transitando un proceso de Salud-Enfermedad-Atención, se le reconoce la posibilidad de autogobernarse, respetando sus puntos de vista, elecciones y acciones (basadas en valores, creencias e ideas personales).<sup>21</sup>
- 2) *Beneficencia*: este principio consiste en hacer el bien a otros; o por lo menos prevenir o eliminar el daño.<sup>21</sup>
- 3) *Justicia*: este principio implica que todas las personas puedan tener el mismo acceso a los cuidados de la salud; enmarcado en una justicia distributiva.<sup>21</sup>
- 4) *No maleficencia*: este principio hace referencia a la obligación de no infligir un daño intencionadamente (iatrogenia). Como decían los antiguos: “lo primero no dañar”.<sup>21</sup>

Más allá de la importancia de cada uno, estos cuatro principios no “obligan” de la misma manera; pues es mucho más grave vulnerar el principio de *No Maleficencia* que el de *Beneficencia*. Por lo tanto, estos principios pueden inscribirse en dos niveles jerárquicos, según la filósofa española Adela Cortina.<sup>22</sup>

- Primer Nivel: *No Maleficencia* y *Justicia* (campo público, *ética de mínimos*).
- Segundo Nivel: *Autonomía* y *Beneficencia* (campo privado, *ética de máximos*).

Por tanto, si bien es difícil exigir una ética de máximos, en el campo de la atención en Salud Mental, lo que sí debemos exigir, como elemental, es una ética de mínimos, donde, como fundamento, el trabajador sanitario pueda ir edificando sobre ella su trayectoria, gestando una de mayor amplitud; de ahí que, podríamos considerar la bioética, por lo menos, una ética de mínimos,<sup>22</sup> aunque lo ideal sería que vaya a más.

Otro tanto nos plantea la filósofa chilena Ana Escríbar,<sup>23</sup> al decirnos que “la conducta ética profesional, de la que dependerá el ejercicio profesional, está basada en primer lugar en la vida ética personal de cada uno”.<sup>23</sup> Y así, “la ética profesional es sólo uno de los aspectos de la ética de la persona y de ella depende su actuación”.<sup>23</sup> De ahí que, “cuando existe un conflicto entre la ética y la profesión, debe prevalecer la primera sobre la segunda. Una profesión cuyo ejercicio es absolutamente incompatible con la ética, es indigna de la persona humana y pernicioso para el bien común”.<sup>23</sup>

Esta perspectiva, contribuye a tener como substrato, una ética civil, pluralista, multidisciplinaria y con posibilidad de universalización.<sup>19,21-23</sup>

De esta manera la bioética realiza los siguientes aportes, al momento de planificar la atención sanitaria, teniendo por fundamento, respectivamente, los principios de Autonomía, Beneficencia y Justicia:<sup>23</sup>

- a) La introducción del sujeto moral.
- b) La valoración de la vida humana.
- c) La justificación del derecho a la salud.<sup>23</sup>

En éste marco se inscribe la *responsabilidad profesional*; dado que, la persona humana, como ser racional tiene la capacidad, si elige desarrollarla y usarla, para razonar sobre su vida, sobre su comportamiento como miembro de la sociedad y sobre el comportamiento de los demás. Si no, su desarrollo como ser humano queda incompleto y su función como miembro de la sociedad sin cumplir.<sup>19</sup>

A través de la razón se desarrolla la *responsabilidad profesional*, donde es posible asumir y desarrollar el sentido de la responsabilidad desde el conocimiento y análisis de los propios actos profesionales, en su perspectiva ética.<sup>19</sup> Generando así, en el profesional, las condiciones de *estabilidad, espíritu de servicio y respeto a la dignidad humana*; trayendo consigo la dedicación y el conocimiento de la profesión, la honradez, la licitud de los actos y la no instrumentalización de las personas.<sup>19</sup>

### *Cuidados de Enfermería en Salud Mental*

La enfermera y profesora francesa Marie Françoise Collière (1930-2005), definía a la *enfermería como el arte de cuidar*.<sup>24</sup> Y en éste contexto, las enfermeras y profesoras españolas Assumpta Rigol y Mercedes Ugalde, a la hora de valorar una persona con alteración en su salud mental, nos sugieren priorizar las siguientes *Necesidades Fundamentales en Salud Mental*: seguridad, comunicación, realización, creencias y actividades lúdicas (que seguiremos en los capítulos siguientes).<sup>25</sup>

Lo anterior es una invitación, a los que nos desempeñamos en el ámbito de la Salud Mental, de ir desarrollando capacidad y habilidad para ampliar nuestra comunicación verbal y no verbal,<sup>8</sup> fomentando la observación y la escucha.<sup>6</sup> Pudiendo generar un clima de confianza con el usuario/a y su familia, para que puedan expresar preocupaciones, inquietudes y sentimientos que le generan temor,<sup>8</sup> manteniendo siempre el sentido común, la flexibilidad y la capacidad creadora, para tomar una distancia óptima y poder llevar a cabo la atención necesaria, identificando los factores de riesgo y de protección que están presentes en el usuario/a y su familia.<sup>8</sup>

De esta manera inscribimos el *cuidado* como un proceso terapéutico, interpersonal y educativo, que actúa sobre las potencialidades de cada persona, familia, grupo poblacional que transita una situación del proceso Salud-Enfermedad-Atención y es fortalecida con la persona que padece; como nos dice Silvia Meliá.<sup>8</sup>

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/a.<sup>8</sup> Los atributos de esa personalidad terapéutica, han sido sintetizados por la enfermera canadiense Simone Roach (1922-2016), como las *cinco C*: *compromiso* (vínculo personal y con los demás), *compasión* (entender cómo se siente el otro y comprender su sufrimiento o problemas), *competencia* (conocimiento de sí mismo, conocimiento científico, compromiso y responsabilidad), *confianza* (creencia en la propia capacidad para ayudar a las personas a enfrentarse a sus problemas) y *conciencia* (valores éticos).<sup>26</sup>

Por lo tanto, podríamos pensar como objetivos de los cuidados, el contribuir para que la persona con alteración en su salud mental pueda lograr la máxima integración en su entorno, pudiendo desarrollar su vida con un nivel aceptable de autocuidado, prevención de las descompensaciones, etc.<sup>8</sup> Esto nos impulsa a tener un enfoque de trabajo en Equipo, pensando en la rehabilitación; una relación terapéutica con el usuario/a y su familia, desde el sostén, la seguridad, la escucha y los límites claros; una valoración integral y continua, con un plan de cuidado individual; logrando adherencia al tratamiento indicado; explicando, por último, a la familia que se trata de una enfermedad que el usuario/a no puede controlar voluntariamente.<sup>8</sup>

Desde estas coyunturas terapéuticas, nos puede ayudar escuchar lo que otras disciplinas, por ejemplo de las ciencias humanas, nos refieren sobre las mismas. En este sentido, la antropóloga argentina María Epele, nos sugiere que “los tratamientos de los padecimientos mentales no se conviertan en una clínica del *maltrato*”.<sup>27</sup> Dado que, según su perspectiva, “el manicomio y la mortificación que involucra, es considerado el estado terminal e institucionalizado de procesos de mortificación que atraviesan toda la sociedad”.<sup>27</sup> Ella entiende por maltrato, “la falta de reconocimiento de la persona en cuanto tal, tanto en dinámicas relacionales como institucionales”;<sup>27</sup> donde, lamentablemente, “la mortificación y el maltrato es una forma de sufrimiento social contemporáneo que afecta a los sectores sociales más postergados”.<sup>27</sup> Y nos plantea, oponiéndose al maltrato, el *buen trato* como “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”.<sup>27</sup>

### *En suma*

De nuestra capacidad de asombrarnos, en aquellos que se constituyen como interlocutores, deviene posible la generación de contextos para el rescate de la *persona*. Manteniéndonos en el marco de los *Derechos Humanos*, en un ambiente que propicie la

dignidad humana; el respeto por el otro, la confianza, el apoyo, la continencia y la solidaridad.<sup>6</sup>

Esto implica dejar de atender *individuos* generando un vínculo terapéutico entre *personas*,<sup>28</sup> buscando establecer bases duraderas “para lograr una síntesis del difícil binomio: yoidad-alteridad, ensimismamiento-comunicabilidad, diferenciación-semejanza”;<sup>29</sup> pues la vida es *relación*, que se alimenta de los *encuentros*; encuentro con uno mismo, con el otro/a, con la naturaleza y con la trascendencia.<sup>6</sup>

### **Referencias bibliográficas**

1. Han B.C. La sociedad del cansancio. 2ª ed. Barcelona: Herder; 2020.
2. Han B.C. La emergencia viral y el mundo de mañana. En: Amadeo P (ed). Sopa de Wuhan: pensamiento contemporáneo en tiempos de pandemia. Buenos Aires: Aspo; 2020; pp. 97-111.
3. Han B.C. La sociedad paliativa. Buenos Aires: Herder; 2022.
4. Samaja J. Epistemología de la salud. Buenos Aires: Lugar; 2004.
5. Goffman E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 2001.
6. Martínez F. Alcoholizado y encanizado: rescatar la persona entre trayectorias alcohólicas y tratamientos psiquiátricos desde un abordaje de Antropología y Salud. Tesis de doctorado en Antropología. Montevideo: UdelaR; 2019.
7. Ortega y Gasset J. Meditaciones del Quijote: la deshumanización del arte. Buenos Aires: Espasa; 1942.
8. Meliá S. Conceptos, desafíos y estrategias de transformación del modelo sanitario desde la enfermería en salud mental. En: Meliá S (comp). Enfermería en salud mental: conocimientos, desafíos y esperanzas. Montevideo: Oficina del libro; 2005, pp. 19-33.
9. Uruguay. Poder Legislativo. Ley “Salud Mental” N.º 19.529. Montevideo: IMPO; 2017.
10. Aquines C (comp). Temas de psiquiatría: manual de psiquiatría para médicos. Montevideo: Oficina del libro; 2013.
11. Bagattini N, et al. Atención en Salud Mental y Covid-19: algunas respuestas iniciales en Uruguay. Revista de Psiquiatría del Uruguay 2020; 84(2): 111-129.
12. Garay M, Tuzzo R, Díaz Á. Emergencias Emocionales: Abordaje Interdisciplinario en el Primer Nivel de Atención. Montevideo: CSEP-UdelaR; 2006.
13. Megías F, et al. Guía de intervención rápida de enfermería en psiquiatría y salud mental. Madrid: Difusión avances de enfermería; 2005.
14. Giraldez G. Indicadores asistenciales Hospital Vilardebó: informe anual 2019. Montevideo: Departamento de Estadística de Hospital Vilardebó; 2020.

15. Organización Panamericana de la Salud. Día mundial de la Salud Mental: salud mental en un mundo desigual. OPS; 2021.
16. Romano S, et al. Atención a la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2018; 82(1): 22-42.
17. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Día nacional de prevención del suicidio. Montevideo: MSP; 2022.
18. Reich W. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Schuster; 1978.
19. Tomás G. *Manual de bioética*. Barcelona: Ariel; 2001.
20. Fatone V. *Lógica e introducción a la Filosofía*. Buenos Aires: Kapelusz; 1969.
21. Siurana J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Revista Veritas* 2010; 22: 121-157.
22. Cortina A. *Ética mínima: introducción a la filosofía práctica*. 6ª ed. Madrid: Tecnos; 2000.
23. Escribá A, et al. *Bioética, fundamentos y dimensión práctica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2004.
24. Collière M. *Promover la vida*. 2ª ed. México: McGraw-Hill; 2009.
25. Rigol A, Ugalde M. *Enfermería de salud mental y psiquiatría*. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
26. Roach S. *Caring from the heart: The convergence of caring and spirituality*. New Jersey: Paulist Press; 1997.
27. Epele M. *Padecer, cuidar y tratar: estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*. Buenos Aires: Antropofagia; 2013.
28. Lévi-Strauss C. *Raza y cultura*. Madrid: Cátedra; 1993.
29. Merino J, Martínez F. *Manual de filosofía franciscana*. Madrid: BAC; 2004.

## Capítulo IV

### *Cuidados de Enfermería en Psicosis*

Durante el año 2020 en el Hospital Vilardebó (Montevideo), ingresaron 1108 personas (715 varones y 393 mujeres). De las mismas, por primera vez se internaron 306 personas y reingresaron 802 personas. El promedio general de estadía fue de 96 días.<sup>1</sup>

Las patologías más prevalentes, siguiendo la estandarización de la OMS, en su décima edición de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), fueron: F20 (*esquizofrenia*, 37,6%), F19 (*consumo de múltiples sustancias tóxicas*, 9,8%), F70 (*discapacidad intelectual leve*, 9,6%), F23 (*trastorno psicótico breve*, 8,1%), F31 (*trastorno bipolar*, 7,1%), F60 (*trastornos específicos de la personalidad*, 4,7%) y F32 (*trastorno depresivo mayor*, 4,1%). Por lo tanto, si tomamos en cuenta el eje de las psicosis (F20-29), vemos que superan el 45% convirtiéndose en la primera causa de internación.<sup>1</sup>

La mayoría de las personas con problemas mentales son capaces de pensar y actuar de forma lógica, incluso cuando sus conductas son “inadaptadas”. No obstante, para un determinado grupo de personas, la realidad aparece distorsionada y alterada. Estas personas padecen una *psicosis*, es decir, una incapacidad para reconocer la realidad, para relacionarse con los demás o para afrontar las exigencias de la vida. Se caracterizan por anomalías del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta. Las psicosis suelen ir acompañadas de alucinaciones (oír, ver o percibir algo que no existe), delirios (ideas persistentes que no se ajustan a la realidad) y en algunos casos agresividad (auto y/o hetero). Estos trastornos dificultan que la persona pueda estudiar o trabajar normalmente. A lo que se suma la estigmatización y la discriminación, reflejado en una falta de acceso a los servicios sociosanitarios y un riesgo elevado de que no se respeten los Derechos Humanos de las personas afectadas.<sup>2-4</sup>

Según la CIE-10, en la parte de “Trastornos mentales y del comportamiento”, los refiere como: *Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes* (F20-29). La psicosis más habitual es la *Esquizofrenia* (F20). Dicha expresión acuñada por Eugen Bleuler, extraída del griego y formada por *σχίζειν* (*skhizein*, que significa dividir, rajar o separar), *φρεν* (*phren*, que significa entrañas, alma y/o mente) y el sufijo *ia*, que indica cualidad, se podría traducir como *mente partida*. La misma es un conjunto de trastornos relacionados que se caracterizan por pensamientos, percepciones y comportamientos desorganizados.<sup>2-4</sup> (Figura 14)

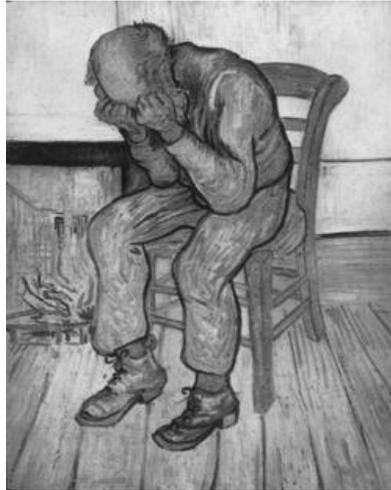


Figura 14. *El anciano afligido*, obra de Vincent Van Gogh, realizada en Saint-Rémy (abril-mayo 1890), que se conserva en el Rijksmuseum Kröller-Müller (Otterlo, Países Bajos). [Extraída de: <https://jacc56.wordpress.com>]

#### *Clasificación clínica de Esquizofrenia*<sup>5</sup>

1. *Esquizofrenia Hebefrénica*: es la de inicio más precoz y coincide con el inicio de la adolescencia. Existen en ella predominio de trastornos afectivos y conductuales, empobrecimiento del comportamiento y deterioro intelectual. Aparece de forma insidiosa y su pronóstico es malo.<sup>5</sup>
2. *Esquizofrenia Catatónica*: se caracteriza por una alteración de la psicomotricidad. Aunque es poco frecuente debido a las posibilidades de tratamiento, es un cuadro que reviste gran gravedad.<sup>5</sup>
3. *Esquizofrenia Paranoide*: es de inicio más tardío, lo que permite una mayor adaptabilidad social. La sintomatología está dominada por trastornos del pensamiento de tipo persecutorio, poco sistematizados y estructurados.<sup>5</sup>
4. *Esquizofrenia Simple*: se caracteriza por un progresivo empobrecimiento personal y social, debido a una pérdida gradual de intereses, ambición e iniciativa.<sup>5</sup>

#### *Formas de comienzo*

El trastorno esquizofrénico puede aparecer en personas jóvenes (entre 15 y 24 años), pudiendo irrumpir de diferentes formas en la vida de las mismas.<sup>6</sup> En función de la presentación se habla de un inicio *insidioso* o *agudo*.<sup>7</sup>

El inicio de forma *insidiosa*, es aquel en que se da un desarrollo lento y progresivo con síntomas no demasiado evidentes, que no hacen pensar en la aparición de un trastorno.

O bien, existe una forma *aguda*, al que se llama “brote”, corresponde a aquel en que el trastorno se inicia de manera aparatosa, irrumpiendo en la vida de la persona.

En la edad adulta, la aparición de síntomas agudos suele producirse durante la mitad de la tercera década de vida.<sup>4-7</sup>

### *Evolución*

La forma de evolución de la esquizofrenia es crónica. Cursa en forma de brotes, a los que se sigue una remisión de los síntomas, con un deterioro posterior.

El deterioro se caracteriza por síntomas no tan evidentes como en la fase activa, pero que atañen sobre todo al aspecto conductual y social, deterioro de su vida personal, de su autocuidado y de las relaciones sociales. La pérdida de trabajo y la dependencia económica que conlleva acentúan más estos aspectos, por lo que estas personas necesitan apoyos sociales importantes.<sup>3,4,6,7</sup>

### *Pronóstico*

La edad de inicio temprana suele considerarse de mal pronóstico, al igual que los antecedentes familiares de esquizofrenia, mientras que el inicio agudo es más favorable que el insidioso.

El pronóstico (perspectiva a largo plazo), para las personas con esquizofrenia, mejora si existían relaciones interpersonales, actividad escolar o historia laboral adaptadas antes de la aparición de los síntomas. La perspectiva también es mejor para las mujeres que padecen esta patología.<sup>3,6-8</sup>

### *Aspectos culturales*

En la India, una persona con esquizofrenia suele considerarse una “persona sabia”, debido a su capacidad para hablar con los espíritus. Por lo general, es respetada y se busca su consejo.

En Haití, se cree que las personas con psicosis son víctimas del “mal de ojo”, denominado *maldyok*, o que están poseídas por seres sobrenaturales.<sup>3</sup>

### *Origen*

Las teorías socioculturales valoran los efectos del entorno en el desarrollo de las psicosis. Se ha sugerido que la pobreza, la falta de hogar, las familias inestables y las diferencias culturales son factores relacionados con la esquizofrenia.

Algunos investigadores opinan que las personas “se vuelven” psicóticas para afrontar los problemas del mundo moderno.

Aunque los factores ambientales y sociales pueden influir en la aparición de las psicosis, los indicios de un origen neurobiológico de la esquizofrenia y de otras psicosis son cada vez más convincentes.<sup>2,3,7,8</sup>

### *Prevalencia*

La esquizofrenia afecta al 1% de la población mundial (ochenta millones de personas) y se distribuye tanto en varones como en mujeres. Aunque puede surgir en cualquier nivel socioeconómico, es más frecuente en los más desfavorecidos.

El 10% de todas las personas con esquizofrenia, acaba suicidándose debido al intenso malestar que conlleva el trastorno.<sup>2-4,6-8</sup> (Figura 15)

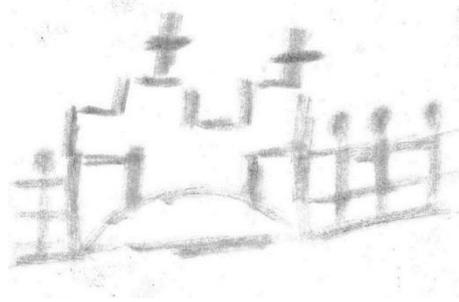


Figura 15. Pintura obsequiada por usuario en 2016, realizada con fibra a tinta sobre papel, Hospital Vilardebó. (Foto: Fabrizio Martínez)

### *Signos y síntomas*

La principal característica de los trastornos psicóticos consiste en la pérdida de contacto con la realidad, hasta el punto de deteriorar completamente el funcionamiento.

La esquizofrenia es un conjunto de trastornos mentales relacionados que se caracterizan por pensamientos, percepciones y comportamientos desorganizados. No es una única enfermedad bien definida, sino un grupo de síntomas y conductas.

La esquizofrenia ejerce un impacto significativo en todas las áreas del funcionamiento de la persona. En el aspecto físico, los esquizofrénicos se abandonan; en el emocional, son incapaces de expresarse. Las funciones intelectuales están deterioradas, ya que el proceso de pensamiento va a la deriva. Las interacciones sociales se resienten a causa de la incapacidad para relacionarse de manera apropiada con otras personas y los conflictos espirituales forman el núcleo de gran parte de los delirios esquizofrénicos. Los familiares, parientes y amigos también sufren a medida que se esfuerzan por comprender y afrontar los efectos de esta psicosis. Otra característica es la falta de conciencia mórbida, es decir la persona que la padece, no asume ni reconoce su enfermedad.<sup>2,3,6-8</sup>

### *Síndrome de Discordancia<sup>9</sup>*

Síndrome que se puede presentar en cualquier psicosis, caracterizado por:

- *Impenetrabilidad*: hermetismo, no comparte intenciones ni proyectos. Pensamientos oscuros.
- *Desapego*: se retrae hacia sí mismo/a y la conexión empática con otros es casi inexistente.

- *Extravagancia*: expresión de la desestructuración psíquica que se observa a través de actitudes, palabras, gestos, vestimenta llamativa y exagerada y fuera de contexto.
- *Ambivalencia*: experiencia antagonista de dos sentimientos.
- *Ideas delirantes*: alteración del pensamiento que incide en toda la vida de la persona.

### *Tratamiento*

Si concebimos al tratamiento como una mesa (donde se busca la estabilidad y el equilibrio), un pilar necesario es el *tratamiento farmacológico*, siguiendo siempre la prescripción médica-psiquiatra. El mismo se sustenta en el empleo de fármacos antipsicóticos, como los neurolepticos tradicionales (por ejemplo: haloperidol, pipotiazina, etc), tanto en los episodios agudos como en el tratamiento (se puede utilizar medicación de depósito si no es posible un tratamiento vía oral);<sup>10</sup> o de segunda generación (por ejemplo: olanzapina, quetiapina, clozapina, etc) o de tercera generación (por ejemplo: aripiprazol), valorando la conveniencia según tipo clínico y vulnerabilidad a efectos secundarios.<sup>11</sup>

Otros tres pilares fundamentales (buscando, una vez más, la estabilidad y el equilibrio de la mesa terapéutica), son los *tratamientos psicosociales*, la *psicoeducación* y la *rehabilitación*; brindados por el Equipo de Salud, teniendo como eje el trabajo con el usuario/a y su familia; como nos refiere la médica-psiquiatra uruguaya Sandra Romano, profesora titular de la Clínica de Psiquiatría de la Facultad de Medicina (UdelaR).<sup>6</sup>

### *Necesidades Fundamentales en Salud Mental*<sup>5</sup>

#### *1. Seguridad*

Siguiendo el planteo de Assumpta Rigol y Mercedes Ugalde, podría decirse que toda la experiencia de las personas, durante esta enfermedad, se basa en una gran inseguridad.

La ideación delirante y la percepción de sí misma y de los demás, pueden dar como resultado conductas de difícil comprensión, motivación e impredecibilidad: conductas agresivas, dirigidas hacia sí misma (autoagresividad) o hacia los otros (heteroagresividad).<sup>5</sup>

Cuanto mayor sea su desconexión, tanto mayor será el peligro de lesión; por lo tanto, es importante tener en cuenta los llamados *síntomas positivos*:

- *Ideas delirantes*
  - a) *Delirios de control*: se caracterizan por la convicción de la persona de que sus pensamientos y actuaciones están controlados por una fuerza exterior.
  - b) *Delirios somáticos*: la persona está convencida de que padece una enfermedad rara u otro tipo de alteración.

- c) *Delirios de persecución*: constituye una vivencia amenazante que pueden desencadenar actitudes violentas.
- d) *Delirios místicos*: la persona puede creerse enviada por Dios, por lo que debe salvar o castigar a la humanidad, pudiendo dar lugar a ideas rígidas y conductas agresivas.<sup>5</sup>
  - *Alucinación*: percepción sin objeto externo.
  - *Agresividad*: autodirigida o hacia otros.

Por lo tanto es importante valorar la presencia de: ideas extrañas, actitudes violentas, sentimientos de inseguridad o temor, agresividad, rechazo o abandono de la medicación, seguridad del entorno y alucinaciones.

## 2. *Comunicación*

Las personas con esquizofrenia muestran dificultades importantes para comunicarse con las demás personas y establecer relaciones significativas y de intimidad. Es frecuente la utilización de un lenguaje simbólico y oscuro que no cumple la función comunicativa.

Al haber una percepción distorsionada y un proceso de pensamiento también alterado, es común que aparezca una marcada deficiencia comunicativa y relacional. A veces los aspectos que más llaman la atención son la falta de expresividad, la sensación de insulsez o la poca sintonización, resultando la conversación aburrida, monótona y poco ágil. Estos aspectos hacen que resulten personas extrañas, produzcan cierto rechazo en los demás y aumenten su aislamiento social.<sup>5</sup>

Aquí es importante valorar si: habla solo/a, forma de comunicación extraña, ríe sin motivo o se muestra enfurecido/a o asustado/a estando solo/a, se distrae continuamente de la conversación, habla excesivamente alto o bajo y refiere ideas extrañas.

## 3. *Realización*

Uno de los aspectos que más llama la atención en las personas con esquizofrenia es la falta de interés y motivación para realizar cualquier tipo de actividad. Es frecuente que pasen la mayor parte del día en un estado de inercia total. Sin salir de su habitación ni levantarse de la cama, con el abandono paulatino de todas las actividades laborales o académicas.<sup>5</sup>

Es importante valorar entonces: dificultades en mantener actividades escolares o laborales, disminución del rendimiento e incapacidad de realizar tareas cotidianas.

## 4. *Actividades Lúdicas*

Existe una incapacidad para divertirse y disfrutar de actividades que generalmente se consideran gratificantes y placenteras. El aislamiento social de estas personas y sus dificultades relacionales dificultan aún más la implicación en toda actividad placentera.

El deterioro a este nivel es progresivo, con una disminución del interés por diversiones que anteriormente le motivaban.<sup>5</sup>

Tener en cuenta en la valoración si: permanece inmóvil, no realiza ninguna actividad; no tiene amigos/as, ni mantiene vínculos estables; falta de interés y no sale de su casa o de su habitación.

### *5. Adquirir Conocimientos*

La esquizofrenia es una enfermedad crónica, donde los aspectos más evidentes del deterioro se reflejan en el ámbito social y en las dificultades cognitivas, de la atención y de la memoria, que dificultarán la adquisición de aprendizajes. Esto no significa que, superada la crisis aguda, la persona no pueda realizar aprendizajes, sobre todo aquellos que están más directamente relacionados con su autocuidado o la adquisición de habilidades sociales que faciliten su adaptación y eviten la marginación. Recordar que no tiene conciencia de enfermedad.<sup>5</sup>

En la valoración tendremos en cuenta: dificultades en comprender explicaciones que se le dan y no es capaz de llevarla a la práctica, le cuesta prestar atención durante períodos prolongados, incapacidad de fijar los conocimientos y no recuerda explicaciones que se le han dado anteriormente.

### *Principales Diagnósticos de Enfermería*

Siguiendo la clasificación y estandarización de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA):<sup>12</sup>

#### *1. Aislamiento social* [00053, taxonomía NANDA]

Soledad que la persona siente y percibe como impuesta por los demás y como un estado negativo o amenazante, relacionado con la disminución o pérdida de relaciones o intereses habituales.<sup>12</sup>

#### *2. Alteraciones sensorio perceptivas (especificar: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil, olfatoria)* [00122]

Estado en que una persona experimenta un cambio en la cantidad o en los patrones de recepción de los estímulos.<sup>12</sup>

#### *3. Ansiedad* [00146]

Sentimiento de inquietud cuyo origen es frecuentemente inespecífico o desconocido.<sup>12</sup>

#### *4. Baja autoestima crónica* [00119]

Sentimiento negativos sobre si mismo/a relacionado con la devaluación personal.<sup>12</sup>

#### *5. Déficit de actividades recreativas* [00097]

Las experiencias individuales reducen el interés para realizar actividades lúdicas relacionadas con la falta de energía y la incapacidad de disfrutar.<sup>12</sup>

6. *Déficit de autocuidado (baño, higiene)* [00108]

La persona presenta incapacidad para realizar o completar por sí misma las actividades de baño e higiene.<sup>12</sup>

7. *Déficit de autocuidado (vestido, acicalamiento)* [00109]

La persona presenta incapacidad para realizar o completar por sí misma las actividades de vestirse y arreglarse.<sup>12</sup>

8. *Deterioro de la comunicación verbal* [00051]

Estado en que la persona sufre una disminución, retraso o falta de capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos que tenga significado.<sup>12</sup>

9. *Incumplimiento del tratamiento* [00079]

La decisión de una persona informada de no colaborar en las recomendaciones terapéuticas, relacionado con no conciencia de enfermedad y/o percepción negativa del tratamiento.<sup>12</sup>

10. *Riesgo de violencia autodirigida* [00140]

Situación en que existe el peligro de que una persona con un trastorno psicótico, adopte conductas que puedan ser física, emocional o sexualmente lesivas para sí mismo.<sup>12</sup>

11. *Riesgo de violencia dirigida a otros* [00138]

Situación en que existe el peligro de una persona con un trastorno psicótico, adopte conductas que puedan ser física, emocional o sexualmente lesivas para otras personas.<sup>12</sup>

12. *Trastorno de la identidad personal* [00121]

Estado en que una persona con un trastorno psicótico, presenta una incapacidad para distinguir entre sí mismo y lo que no es.<sup>12</sup>

13. *Trastorno de la imagen corporal* [00118]

Estado en que una persona con un trastorno psicótico, experimenta una alteración en la percepción de su propia imagen mental del yo físico, una percepción negativa o distorsionada de su propio cuerpo.<sup>12</sup>

14. *Trastorno del patrón del sueño* [00198]

Desorganización del tipo de sueño que causa incomodidad o interfiere con el estilo de vida deseado, relacionado con el estado anímico, que presenta despertar precoz e hiperactividad.<sup>12</sup>

15. *Trastorno de los procesos de pensamiento* [00130]

Desorganización en las operaciones y actividades cognitivas, en relación con los sentimientos conflictivos, que presenta trastornos del curso o contenido del pensamiento, dificultades de concentración y fallas en la memoria, percepción, orientación, razonamiento, juicio, etc.<sup>12</sup>

*Plan de acciones de enfermería para la intervención en personas que padecen un trastorno psicótico*<sup>6-9,12-14</sup>

- Valorar a la persona con un trastorno psicótico en forma integral.
- Escuchar la demanda de la persona que padece un trastorno psicótico.
- Mantener la salud y la seguridad.
- Observar y actuar ante situaciones potenciales de agresividad.
- Establecer una relación interpersonal de confianza.
- Confirmar la identidad de la persona que padece.
- Orientar a la persona hacia la realidad.
- Participar con la persona en la comunicación para ayudarla a que se comprenda a sí misma, a que comprenda a los demás y a que le comprendan.
- Disminuir las situaciones demandantes y los factores estresantes psicosociales.
- Ayudar a la persona a que controle la ansiedad.
- Administrar medicación prescrita por médica/o-psiquiatra.
- Promover activamente el cumplimiento del régimen terapéutico prescrito.
- Colaborar en las actividades cotidianas.
- Promover las interacciones sociales.
- Regular el nivel de actividad (hipo/hiperactividad).
- Animar y elogiar las conductas socialmente aceptables.
- Estimular la implicación y la comprensión de la familia, buscando obtener un aliado terapéutico.
- Favorecer la responsabilidad por sí mismo/a.
- Enseñar a la persona a identificar los factores estresantes psicosociales y a reconocer, tratar y prevenir los síntomas.
- Enseñar a la persona que padece y a su familia, sobre los potenciales efectos secundarios de la medicación antipsicótica.

*En suma*

Como veíamos en el capítulo anterior, recordar y contribuir a “que los tratamientos de los padecimientos mentales no se conviertan en una clínica del *maltrato*”.<sup>15</sup> Oponiéndose al maltrato, promover el *buen trato*, como “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”.<sup>15</sup>

Así, la relación terapéutica entre las dos personas que interactúan, enfermero/a-usuario/a, se mantendrá en el marco de los Derechos Humanos, en un ambiente que propicie la dignidad humana de ambos/as; el respeto por el otro/a, la confianza, el apoyo, la continencia y la solidaridad.<sup>4,16,17</sup>

### **Referencias bibliográficas**

1. Giraldez G. Indicadores asistenciales Hospital Vilardebó: informe anual 2020. Montevideo: Departamento de Estadística de Hospital Vilardebó; 2021.
2. Gelder M, et al. Oxford psiquiatría. Madrid: Marbán; 2000.
3. Morrison M. Foundations of Mental Health Care. 5ª ed. St. Louis: Elsevier; 2013.
4. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales. OMS; 2019.
5. Rigol A, Ugalde M. Enfermería de salud mental y psiquiatría. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
6. Romano S. Esquizofrenia y otras psicosis crónicas: atención integral de la salud. En: Aquines C (comp). Temas de Psiquiatría: manual de psiquiatría para médicos. Montevideo: Oficina del libro; 2013, pp.181-201.
7. Megías-Lizancos F, et al. Guía de intervención rápida de enfermería en psiquiatría y salud mental. Madrid: Difusión avances de enfermería; 2005.
8. Fornés J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica: valoración y cuidados. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2013.
9. Meliá S (comp.). Enfermería en salud mental, conocimientos, desafíos y esperanzas. Montevideo: Oficina del libro; 2005.
10. González R. Clínica psiquiátrica: básica actual. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2008.
11. González L, et al (comp.). Farmanuario: guía farmacológica y terapéutica. 26ª ed. Montevideo: 2016.
12. Nanda Internacional. Diagnósticos de Enfermería 2021-2023: definiciones y clasificación. Heather T, Katmisuro S, Takáo C (ed.). 12ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021.

13. Aquines C (comp.). Temas de Psiquiatría: manual de psiquiatría para médicos. Montevideo: Oficina del libro; 2013.
14. O'Brien P. Enfermería psiquiátrica. México: McGraw-Hill Interamericana; 2001.
15. Epele M. Padecer, cuidar y tratar: estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas. Buenos Aires: Antropofagia; 2013.
16. Martínez F. Alcoholizado y encanizado: rescatar la persona entre trayectorias alcohólicas y tratamientos psiquiátricos desde un abordaje de Antropología y Salud. Tesis de doctorado en Antropología. Montevideo: UdelaR; 2019.
17. Uruguay. Poder Legislativo. Ley de Salud Mental N.º 19.529. Montevideo: IMPO; 2017.

## Capítulo V

### *Cuidados de Enfermería en Depresión*

Como veíamos en el capítulo anterior, durante el año 2020 en el Hospital Vilardebó, ingresaron 1108 personas (715 varones y 393 mujeres), a salas de internación. De las mismas, las patologías más prevalentes, siguiendo la estandarización de la OMS, en la CIE-10, fueron: F20 (*esquizofrenia*, 37,6 %), F19 (*consumo de múltiples sustancias tóxicas*, 9,8 %), F70 (*discapacidad intelectual leve*, 9,6 %), F23 (*trastorno psicótico breve*, 8,1 %), F31 (*trastorno bipolar*, 7,1 %), F60 (*trastornos específicos de la personalidad*, 4,7 %) y F32 (*trastorno depresivo mayor*, 4,1 %). Así, si tomamos en cuenta el eje de las alteraciones del estado de ánimo (F30-39), vemos que superan el 11% convirtiéndose en la segunda causa de internación.<sup>1</sup>

El término *depresión* es contemporáneo, pues en los comienzos de las descripciones clínicas, este tipo de trastorno se incluía en la denominada *melancolía*, vocablo que en algunos círculos aún perdura.<sup>2</sup>

Las emociones desempeñan una función esencial en la vida de las personas. La *emoción* es un sentimiento, una respuesta no intelectual. Las emociones son reacciones frente a estímulos diversos, que se basan en cómo los percibe la persona.<sup>3</sup> Por ejemplo, la frustración y la tristeza son reacciones normales a pérdidas o decepciones y afectan a la gran mayoría de la población en algún momento de la vida.<sup>2</sup>

El *estado de ánimo* podría definirse como cualquier estado emocional prolongado que influye en la personalidad y en el funcionamiento de la persona. El *afecto* consiste en la expresión externa de las propias emociones. En la persona podemos encontrar estos *diferentes estados de ánimo*:<sup>4</sup>

- *Estado de ánimo elevado*: sensación exagerada de bienestar.
- *Estado de ánimo eutímico*: dentro del intervalo normal.
- *Estado de ánimo disfórico*: sentimiento o estado triste o desagradable.
- *Estado de ánimo irritable*: sentirse molesto, enfadado; o verse provocado; o sentir ira; etc.

Un *trastorno del estado de ánimo* es una alteración en la dimensión emocional de la actividad humana. Por ejemplo, *manía* y *depresión* son dos expresiones patológicas, por encima y por debajo del afecto normal de una persona.<sup>3</sup>

Los trastornos del estado de ánimo también se denominan trastornos afectivos o del humor. La CIE-10, en la parte de “Trastornos mentales y del comportamiento”, los

refiere como: *Trastornos del humor (afectivos)* (F30-39); siendo para el año 2020 la segunda causa de morbilidad en el mundo (OMS).

La *manía* tiene como características el humor elevado, la hiperactividad y las ideas de grandeza. La manía es menos frecuente, por lo general, que el trastorno depresivo, el cual es un trastorno mental más frecuente. La manía aparece dentro del trastorno bipolar, en el que también hay episodios de depresión. El *trastorno bipolar* afecta alrededor de 45 millones de personas en todo el mundo y suele caracterizarse por la alternancia de episodios maníacos y depresivos, separados por períodos de estado de ánimo normal.<sup>3,5</sup> (Figura 16)



Figura 16. *Autorretrato con la oreja vendada*, obra de Vincent Van Gogh, realizada en Arles (enero 1889), que se conserva en el Courtauld Institute Galleries (Londres, Inglaterra). [Extraída de: <https://es.wikipedia.org/wiki>]

La *depresión* es un trastorno psicopatológico, caracterizado por un estado de ánimo deprimido o triste, con sentimientos de tristeza, desilusión, desesperanza y una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, durante un período apreciable de tiempo;<sup>6</sup> que se da junto a la reducción de la energía, la lentitud, la falta de concentración y la baja autoestima.<sup>5</sup>

La depresión es una enfermedad de todo el organismo, que da lugar a problemas emocionales, físicos, intelectuales, sociales y espirituales; siendo una de las principales causas de discapacidad, afectando a más de 264 millones de personas en todo el mundo.<sup>3</sup>

### *Etiología*

Los datos con los que se cuenta, sugieren que, en el desarrollo de este tipo de trastornos está involucrada una combinación de factores físicos, psicológicos, culturales, sociales y ambientales.<sup>7</sup>

- La *teoría psicoanalítica*, considera que estos trastornos son sentimientos de ira dirigidos hacia el interior de uno mismo.
- La *teoría de las aminas* se concentra en un déficit funcional de uno o más de los neurotransmisores (serotonina, noradrenalina, dopamina, etc.).
- Los *endocrinólogos* han observado que muchas personas deprimidas tienen concentraciones anormales de hormonas tiroideas o cortisol.<sup>7</sup>

### Diagnóstico

Un Episodio Depresivo es un período de varias semanas, en el cual la persona experimenta, entre otros síntomas, pérdida de interés y placer en sus actividades, además de trastorno del sueño, cambios de peso o de apetito, fatiga o falta de energía, así como sentimientos de impotencia, desesperación y escasa valía. La persona también sufre de retardo psicomotor o agitación y tiene dificultad para pensar, concentrarse y tomar decisiones. Es posible que ocurra pérdida de interés en el sexo y pensamientos suicidas. Estos síntomas persisten todo el día, durante la mayor parte del tiempo.<sup>2,5,8-13</sup>

Algunos *síntomas* con respecto al estado de ánimo, es descripto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o como estar en un pozo. En algunas personas, las quejas se refieren a dolores y molestias físicas. Como decía el médico griego Hipócrates: “en el depresivo, las articulaciones lloran”.<sup>8</sup>

Hay depresiones agitadas con inquietud motora donde, por ejemplo, las personas se frota las manos en forma permanente, se pellizcan o arrugan la piel, la ropa o algún objeto, en una clara actitud de desesperación. También se encuentran depresiones inhibidas, con retardo en el lenguaje, pensamiento y movimientos corporales, respuesta lenta, voz baja, etc.<sup>8</sup>

Sufren también de insomnio (despertar precoz y/o problemas de mantenimiento del sueño), acompañado de intensa angustia, por lo cual les resulta difícil comenzar el día. Esto suele ser la causa de inicio de un tratamiento. Todos los síntomas se dan en un contexto de intenso sufrimiento.<sup>2,5,8-13</sup>

La persona con depresión se evalúa negativamente y con pensamientos de culpa con respecto a hechos del pasado; llegando, a veces, a pensar en el *suicidio liberador de la angustia*.<sup>8</sup>

Este trastorno debe ser abordado como una emergencia psiquiátrica, donde todos estos síntomas pueden superarse,<sup>8</sup> con un tratamiento adecuado.<sup>2,5,8-13</sup>

En lo referente al *pensamiento depresivo* se puede observar que:<sup>5</sup>

- Con relación al *presente*, las personas que lo padecen ven el lado triste de todo y pierden la confianza en sí mismas.
- Con relación al *futuro*, esperan lo peor anticipando fracasos. Ideas de desesperanza y, posibles, planes suicidas.

- Con relación al *pasado*, los pensamientos toman con frecuencia la forma de culpa irracional y autoacusaciones.<sup>5</sup>

También se puede encontrar la *depresión postparto*. La misma puede variar desde “tristeza posparto” hasta “depresión psicótica”. Puede suceder que la maternidad genere llanto fácil, ansiedad, disminución de la concentración y falta de energía inmediatamente después del parto. Este tipo de “tristeza”, habitualmente comienza de tres a cuatro días después del parto y dura no más de dos semanas.<sup>4</sup> Habitualmente se resuelve sin tratamiento farmacológico, ofreciendo espacios de contención, de escucha y de psicoeducación.<sup>4</sup>

A los *trastornos depresivos*, se los puede clasificar en episodios únicos o recurrentes y en función de su gravedad en leves, moderados o severos. Hay formas graves de depresión que reciben el nombre de “distimia”, dado por síntomas depresivos leves, crónicos, constantes o fluctuantes.<sup>5</sup>

### *Prevalencia*

En lo que se refiere a las tasas de incidencia de la depresión, se encuentran, según distintas investigaciones, parámetros muy dispares. No obstante, diferentes estudios epidemiológicos han observado que la prevalencia de la depresión es mayor en el sexo femenino, atribuyéndolo principalmente a factores de orden genético, a la singular fisiología endócrina de la mujer y también a las particulares desventajas psicosociales y culturales que ofrece el rol femenino actualmente.<sup>3,6-9</sup>

El *Episodio Depresivo Mayor* (F32), es el trastorno del humor más frecuente; pudiendo tener una prevalencia a lo largo de la vida, del 5 al 12% de los varones y del 10 al 25% de las mujeres. La incidencia está aumentando en los jóvenes, siendo cada vez más frecuente el diagnóstico del mismo en niños y adolescentes.<sup>9</sup> Una investigación realizada en Uruguay, mostró que la prevalencia de depresión aumentó del 11%, en 1998, al 15% en el año 2008; como nos refieren las médicas-psiquiatras y docentes universitarias uruguayas Margarita Wschebor, Carina Aquines y Soledad García.<sup>9</sup>

En el año 2021 (en el segundo año de la pandemia por Covid-19), la OPS, en su mensaje con respecto al día de la Salud Mental, decía que en todo el continente americano los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, junto al suicidio representan más de un tercio (34%) del total de años vividos con discapacidad, siendo los trastornos depresivos la principal causa de discapacidad. Casi 100.000 personas mueren por suicidio cada año en el continente;<sup>6</sup> siendo esta la segunda causa de muerte entre los 15 y los 29 años. Ese año en nuestro país, como vimos, hubo 758 suicidios (una tasa de 21,39 cada 100.000 habitantes).<sup>14</sup> (Figura 17)



Figura 17. Pintura obsequiada por usuaria en 2016, realizada con fibra a tinta sobre papel, Hospital Vilardebó. (Foto: Fabrizio Martínez)

Volviendo a considerar el Servicio de Emergencia del Hospital Vilardebó, durante el año 2020 (primer año de la pandemia por Covid-19), se registraron 940 consultas vinculadas a la problemática del *intento de autoeliminación* (IAE), referente a ideas, gestos o intentos mismos, concernientes a 699 personas.<sup>1</sup>

Los trastornos del humor son la primera causa de suicidio. La mitad de las personas que cometen suicidio está deprimida; por lo que entre el 10 y el 15% de las personas con depresión acaban quitándose la vida.<sup>2,8</sup>

Por lo tanto, hoy la depresión y las adicciones son los principales problemas en Salud Mental.<sup>3,6</sup>

### *Comorbilidad*

El consumo de alcohol es una comorbilidad frecuente, pudiéndose utilizar por la persona para “calmar” su desasosiego existencial.<sup>15</sup>

Es frecuente, también, la asociación con el consumo de otras sustancias.

Y puede ocurrir que la depresión se manifieste mediante síntomas somáticos, como suele presentarse en la infancia y en el adulto mayor.<sup>9</sup>

### *Tratamiento*

Como veíamos en el capítulo anterior, si concebimos al tratamiento como una mesa (donde se busca la estabilidad y el equilibrio), un pilar necesario es el *tratamiento farmacológico*, siguiendo siempre la prescripción médica-psiquiatra.<sup>9,10</sup> Con respecto al mismo, los medicamentos de primera línea son los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS), como por ejemplo fluoxetina, sertralina, escitalopram, fluvoxamina, etc. En depresiones más severas se usan los antidepresivos duales, como por ejemplo la venlafaxina.<sup>16</sup> También se incluye, en algunos casos, la electro-convulso-terapia, cumpliendo constantemente la disposición médica-psiquiatra.<sup>9,10</sup>

Otros tres pilares fundamentales (buscando, una vez más, la estabilidad y el equilibrio de la mesa terapéutica), son la *psicoterapia*, la *psicoeducación* y la *rehabilitación*, brindados por el Equipo de Salud, teniendo como eje el trabajo con el usuario/a y su familia.<sup>6</sup>

### *Necesidades Fundamentales en Salud Mental*<sup>2</sup>

#### *1. Seguridad*

Siguiendo el planteo de Assumpta Rigol y Mercedes Ugalde, en un Estado Depresivo resulta imposible una perspectiva sobre el porvenir, el futuro no existe, tan sólo se vive el presente y este conlleva gran cantidad de sufrimiento, por lo cual la persona es incapaz de pensar que la situación podrá resolverse y dan comienzo las ideas de suicidio, como solución más efectiva para acabar con esta situación insoportable. En estas circunstancias, en que la vida no tiene sentido, fijada como está en el sufrimiento y cuyo beneficio máximo alcanzable es su pronto final, carecen de todo interés las soluciones que se propongan. Por ello, se asocia otra problemática, de no poca trascendencia para la ya frágil seguridad de esta persona: el tratamiento farmacológico es abandonado o bien rechazado de entrada.<sup>2</sup>

Toda persona gravemente deprimida es susceptible de realizar un IAE, pero a la profundidad del trastorno depresivo le corresponde un similar grado de bloqueo en la actividad, lo que impide en gran número de ocasiones la consumación fáctica del deseo final.<sup>2</sup>

Por lo tanto, es fundamental valorar la presencia de: ideas de ruina, culpa o muerte; sentimientos de indignidad; incapacidad de proyección futura; ideas de suicidio; agresividad autodirigida; rechazo o abandono de la medicación y la seguridad del entorno.

#### *2. Comunicación*

En la depresión es característico el tono bajo de la voz, dado que la persona carece de la suficiente energía. Es frecuente que hable de forma lacónica, respondiendo únicamente con monosílabos a las preguntas. En otros casos más profundos, puede aparecer mutismo; entonces parece que la persona se desentiende totalmente del exterior y no proporciona ningún tipo de respuesta a las preguntas que se le realizan. El contenido suele ser escaso y centrado, insistentemente, en la temática depresiva: ruina, fracaso, pesimismo y, en suma, desesperación.<sup>2</sup>

Valorar entonces el tono bajo al hablar, las respuestas monosílabas, el mutismo, el contenido depresivo y el interés escaso por las cosas o las relaciones.

### 3. Realización

La pérdida de energía y la astenia o fatiga física, habituales en la depresión, pueden preservarse, en cierta manera, gracias a la inhibición y tendencia a la inmovilidad. Por el contrario, son muy frecuentes las manifestaciones de fatiga psíquica y éstas difícilmente pueden aliviarse. Debido a ello, las dificultades de concentración, los errores de orientación y los fallos de memoria afectarán el rendimiento laboral y general de la persona.<sup>2</sup>

Para poder sentirse realizadas, normalmente las personas han de asumir la responsabilidad de sus actos.<sup>8</sup> En los *trastornos afectivos*, existe la incapacidad de tomar decisiones y, además, la persona siente que el control de lo que ocurre a su alrededor es ajeno a ella y viene del exterior, por lo cual no puede conducir los hechos y depende en cierta manera del destino. La sexualidad, también, adquiere matices particulares, pues en la depresión, la libido (impulso sexual) está francamente disminuida.<sup>2</sup>

Por lo que, es importante valorar; la astenia; el rendimiento laboral o académico escaso; los cambios y pérdidas laborales; las pérdidas significativas de familiares o amigos/as y la libido disminuida.

### 4. Actividades Lúdicas

En lo que refiere a esta necesidad, las personas que presentan depresión, por lo general, padecen *anhedonía*, que es la incapacidad de sentir placer. Por tanto, la capacidad de realizar actividades lúdicas y disfrutar con ellas está nuclearmente alterada.

Además, las posibilidades de distracción son mínimas, ya que la persona está centrada sobre sí misma y su propio sufrimiento; por ello muestra escaso interés por las cosas que le rodean. Actividades habituales, que anteriormente le resultaban gratas, ahora incrementan su padecimiento, al no ser capaz de realizarlas.<sup>2</sup>

Hay que tener en cuenta en la valoración: la anhedonía, la imposibilidad de distracción y la falta de interés.

### 5. Adquirir Conocimientos

Esta necesidad se hallará alterada en gran manera. Alguien para quien el futuro no existe realmente no puede encontrar motivación para adquirir nuevos conocimientos. Las alteraciones del pensamiento, enlentecido o con contenidos depresivos, de igual manera que el tono afectivo y la influencia de los recuerdos más negativos, influyen en su capacidad intelectual.<sup>2</sup>

Será importante, entonces, valorar: la falta de motivación, la afectación de las capacidades intelectuales y la incapacidad de fijar los conocimientos.

### *Principales Diagnósticos de Enfermería*

Siguiendo la clasificación y estandarización de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA):<sup>17</sup>

1. *Aislamiento social* [00053, taxonomía NANDA]  
Soledad que la persona siente y percibe como impuesta por los demás y como un estado negativo o amenazante, relacionado con la disminución o pérdida de relaciones o intereses habituales.<sup>17</sup>
2. *Baja autoestima situacional* [00120]  
Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a la situación actual.<sup>17</sup>
3. *Déficit de actividades recreativas* [00097]  
Las experiencias individuales reducen el interés para realizar actividades lúdicas relacionadas con la falta de energía y la incapacidad de disfrutar.<sup>17</sup>
4. *Déficit de autocuidado (baño, higiene)* [00108]  
La persona presenta incapacidad para realizar o completar por sí misma las actividades de baño e higiene.<sup>17</sup>
5. *Déficit de autocuidado (vestido, acicalamiento)* [00109]  
La persona presenta incapacidad para realizar o completar por sí misma las actividades de vestirse y arreglarse.<sup>17</sup>
6. *Desempeño inefectivo del rol* [00055]  
Estado en que los patrones de conducta y las expresiones de la persona no concuerdan con las expectativas, las normas y el contexto en que se encuentra.<sup>17</sup>
7. *Desesperanza* [00124]  
Estado subjetivo en que no se ven alternativas relacionado con los sentimientos de inutilidad.<sup>17</sup>
8. *Deterioro de la comunicación verbal* [00051]  
Estado en que la persona sufre una disminución, retraso o falta de capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos que tenga significado.<sup>17</sup>
9. *Impotencia* [00125]  
Percepción de que una acción propia no afecta en los resultados relacionados con la falta de rendimiento, interés o capacidad.<sup>17</sup>
10. *Intolerancia a la actividad* [00092]  
Estado en que la persona carece de la energía física o psíquica para acabar las actividades cotidianas relacionadas con la disminución de los impulsos o energía.<sup>17</sup>
11. *Riesgo de violencia autodirigida* [00140]  
Situación en que existe el peligro de que la persona con un episodio depresivo, adopte conductas que puedan ser física, emocional o sexualmente lesivas para sí mismo.<sup>17</sup>

12. *Riesgo de violencia dirigida a otros* [00138]

Situación en que existe el peligro de que la persona con un episodio depresivo, adopte conductas que puedan ser física, emocional o sexualmente lesivas para otras personas.<sup>17</sup>

13. *Trastorno de la identidad personal* [00121]

Estado en que la persona con un episodio depresivo, presenta una incapacidad para distinguir entre sí mismo y lo que no es.<sup>17</sup>

14. *Trastorno de la imagen corporal* [00118]

Estado en que la persona con un episodio depresivo, experimenta una alteración en la percepción de su propia imagen mental del yo físico, una percepción negativa o distorsionada de su propio cuerpo.<sup>17</sup>

15. *Trastorno del patrón del sueño* [00198]

Desorganización del tipo de sueño que causa incomodidad o interfiere con el estilo de vida deseado, relacionado con el estado anímico, que presenta despertar precoz e hiperactividad.<sup>17</sup>

16. *Trastorno de los procesos de pensamiento* [00130]

Desorganización en las operaciones y actividades cognitivas, en relación con los sentimientos conflictivos, que presenta trastornos del curso o contenido del pensamiento, dificultades de concentración y fallas en la memoria, percepción, orientación, razonamiento, juicio, etc.<sup>17</sup>

*Plan de acciones de enfermería para la intervención en personas que padecen un episodio depresivo*<sup>2,4,7-13,17-20</sup>

*Para todos los diagnósticos:* valorar a la persona con un episodio depresivo en forma integral, escuchar la demanda de la persona que padece un episodio depresivo, mantener la salud y la seguridad, observar y actuar ante situaciones potenciales de agresividad, establecer una relación interpersonal de confianza, administrar medicación prescrita por médica/o-psiquiatra y promover activamente el cumplimiento del régimen terapéutico indicado por el Equipo de Salud.

*Para diagnósticos 1, 3 y 6:* registrar los temas de interés del usuario/a para orientar la relación hacia personas afines; impedir la soledad y el aislamiento; ayudar a mantener las relaciones sociales; proponer actividades relacionales, salidas, clubes sociales, deportes u otros; proponer, entre las distracciones conocidas, las actividades más sencillas que al realizarlas permitan la satisfacción; favorecer los cambios ante la falta de interés y procurar la variedad en las distracciones.

*Para diagnósticos 2, 13 y 14:* fomentar sentimientos positivos y reales sobre sí mismo/a y ayudar a interpretar correctamente la propia imagen.

*Para diagnósticos 4, 5 y 10:* proporcionar la dieta adecuada a las características personales; controlar los signos de deshidratación y proporcionar líquidos abundantes; ayudar a la higiene personal; cuidar el aspecto físico, peinado, afeitado y maquillaje

para que mejore su autoimagen y estimular el arreglo personal; ayudar a vestirse correctamente cuando tenga dificultades de movilidad; administrar medicación prescrita, según médica/o-psiquiatra; mostrar una actitud comprensiva y paciente ante la conducta inhibida y reforzar la confianza del usuario/a en el equipo terapéutico.

*Para diagnósticos 7 y 9:* permitir el llanto que alivia, impedir abandonos del tratamiento, evitar expresiones de agresividad autodirigida y controlar el riesgo de intento de autoeliminación.

*Para diagnóstico 8:* hablar pausadamente y en tono bajo; mantener una actitud de escucha; actuar sin prisa, disponer de un tiempo y dedicarlo a hablar, escuchar o simplemente estar disponible, acompañando; no forzar la situación, a fin de que no resulte incómoda; preparar un ambiente relajado y confidencial y proporcionar la oportunidad de manifestar libremente el dolor permitiendo la libre expresión.

*Para diagnósticos 11 y 12:* prevenir autoagresiones y retirar del alcance los objetos susceptibles de producir lesiones; evitar que se quede solo/a; favorecer la expresión de sentimientos; proporcionar intimidad para la conversación y administrar medicación prescrita según médica/o-psiquiatra. Recordar que al comienzo de la terapéutica con antidepresivos, alrededor de los 15 días, aumenta el riesgo de intento de autoeliminación.

*Para diagnóstico 15:* fomentar el descanso; realizar psico-educación; realizar ejercicios de relajación y administrar medicación prescrita según médica/o-psiquiatra.

*Para diagnóstico 16:* orientar a la realidad; mantener una actitud de escucha; entrenar la memoria; apoyar en la toma de decisiones y administrar medicación prescrita según médica/o-psiquiatra.

#### *Objetivos de los cuidados*<sup>19,20</sup>

Se buscará colaborar para el logro de la máxima integración en la familia y/o comunidad y que el usuario/a pueda desarrollar su vida con un nivel aceptable (autocuidado, etc); tener un enfoque de trabajo en Equipo pensando en la rehabilitación; fomentar la relación terapéutica con usuario/a y familia (sostén, seguridad, escucha y límites claros); realizar una valoración integral y continua (plan de cuidados individuales); lograr adherencia al tratamiento y explicar a la familia, que se trata de una enfermedad que el usuario/a no puede controlar voluntariamente y que no finge.

#### *En suma*

Evitar comentarios que puedan ser parte de nuestros prejuicios o de nuestra propia historia. El Equipo de Salud debe tener la capacidad de ponerse en el lugar del otro/a, comprender la situación y tratar de abordarla con objetividad.<sup>19</sup>

La relación usuario/a-enfermero/a, se mantendrá en el marco de los Derechos Humanos, en un ambiente que propicie la dignidad humana de ambos; el respeto por el otro/a, la confianza, el apoyo, la continencia y la solidaridad.<sup>15,20</sup>

### **Referencias bibliográficas**

1. Giraldez G. Indicadores asistenciales Hospital Vilardebó: informe anual 2020. Montevideo: Departamento de Estadística de Hospital Vilardebó; 2021.
2. Rigol A, Ugalde M. Enfermería de salud mental y psiquiatría. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
3. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales. OMS: 2019.
4. Eby L, Brow N. Cuidados de enfermería en salud mental. 2ª ed. Madrid: Pearson; 2010.
5. Gelder M, et al. Oxford psiquiatría. Madrid: Marbán; 2000.
6. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental. OPS: 2021.
7. Morrison M. Foundations of Mental Health Care. 5ª ed. St. Louis: Elsevier; 2013.
8. Ré R, Bautista M. Nuestra salud mental: psicoeducación, prevención y tratamiento. Buenos Aires: San Pablo; 2004.
9. Wschebor M, Aquines C, García S. Trastornos del humor: trastornos depresivos. En: Aquines C (comp.). Temas de Psiquiatría: manual de psiquiatría para médicos. Montevideo: Oficina del libro; 2013, pp. 135-151.
10. González R. Clínica psiquiátrica: básica actual. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2008.
11. Fornés J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica: valoración y cuidados. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2013.

12. Megías-Lizancos F, et al. Guía de intervención rápida de enfermería en psiquiatría y salud mental. Madrid: Difusión avances de enfermería; 2005.
13. O'Brien P. Enfermería psiquiátrica. México: McGraw-Hill Interamericana; 2001.
14. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Presentación de datos Suicidio en Uruguay 2022. Montevideo: MSP; 2022.
15. Martínez F. Alcoholizado y encanizado: rescatar la persona entre trayectorias alcohólicas y tratamientos psiquiátricos desde un abordaje de Antropología y Salud. Tesis de doctorado en Antropología. Montevideo: UdelaR; 2019.
16. González L, et al. Farmanuario: guía farmacológica y terapéutica. 26ª ed. Montevideo: 2016.
17. Nanda Internacional. Diagnósticos de Enfermería 2021-2023: definiciones y clasificación. Heather T, Katmisuro S, Takáo C (ed.). 12ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021.
18. Aquines C (comp.). Temas de Psiquiatría: manual de psiquiatría para médicos. Montevideo: Oficina del libro; 2013.
19. Meliá S (comp.). Enfermería en salud mental, conocimientos, desafíos y esperanzas. Montevideo: Oficina del libro; 2005.
20. Uruguay. Poder Legislativo. Ley de Salud Mental N.º 19.529. Montevideo: IMPO; 2017.

## Capítulo VI

### *Cuidados de Enfermería en Alcoholismo*

Durante el año 2020 en el Hospital Vilardebó, como vimos en los dos capítulos anteriores, ingresaron 1108 personas (715 varones y 393 mujeres), a salas de internación. Los diagnósticos más prevalentes, siguiendo la estandarización de la OMS, en la CIE-10, fueron: F20 (*esquizofrenia*, 37,6 %), F19 (*consumo de múltiples sustancias tóxicas*, 9,8%), F70 (*discapacidad intelectual leve*, 9,6 %), F23 (*trastorno psicótico breve*, 8,1 %), F31 (*trastorno bipolar*, 7,1 %), F60 (*trastornos específicos de la personalidad*, 4,7 %) y F32 (*trastorno depresivo mayor*, 4,1 %). Así, si tomamos en cuenta el eje de los trastornos mentales por consumo de sustancias psicoactivas (F10-19), las mismas son la tercera causa de internación.<sup>1</sup> Y dentro de las mismas, hay un consumo prevalente de alcohol.<sup>2</sup>

La antropología de la salud latinoamericana, desde hace varias décadas, 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”, como nos refiere el antropólogo argentino Eduardo Menéndez,<sup>3</sup> como así también la 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, generando un problema sanitario, social y económico considerable para el conjunto de la sociedad.<sup>4</sup>

En Uruguay la “VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General” (2019), elaborada por la Junta Nacional de Drogas (JND), dependiente de Presidencia de la República, nos refiere que “el 93% de las personas, entre 15 y 65 años ha probado alcohol alguna vez en su vida, en tanto el 77% declara haber consumido alcohol en los últimos 12 meses previos al estudio y el 59% en el último mes, siendo este último indicador fuertemente asociado al consumo habitual”.<sup>5</sup> Dándose que uno, de cada cinco consumidores habituales presenta un uso problemático de alcohol, sea por abuso, consumo de riesgo o dependencia,<sup>6</sup> 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). 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.<sup>5,6</sup> (Figura 18)



Figura 18. Detalle de la portada del Periódico “El Observador”, edición del sábado 26 de junio de 2016. [Extraído de: <https://www.elobservador.com.uy>]

Por su parte la OMS, en el año 2019, en su mensaje con respecto al día de la Salud Mental, decía que en el mundo hay 450 millones de personas que sufren trastornos mentales y, entre ellos, 150 millones de personas padecen depresión y 125 millones de personas padecen alcoholismo; lo que convierte a la depresión y a las adicciones en los principales problemas en Salud Mental a nivel mundial.

Y en la coyuntura actual que estamos atravesando, en lo referente a la post-pandemia por Covid-19, hay que comprender, como nos sugiere el médico-toxicólogo uruguayo Antonio Pascale, director del Centro Nacional de Información y Referencia de la Red Drogas Portal Amarillo (ASSE), los potenciales cambios en el “consumo de alcohol, psicofármacos, analgésicos mayores, y el uso experimental u ocasional de otras drogas depresoras, estimulantes o perturbadoras del Sistema Nervioso Central (SNC) “para aliviar el displacer”. En condiciones de aislamiento, el consumo puede verse agravado, lejos de una red socio-afectiva o de un tratamiento adecuado, más aún cuando la evidencia muestra que en condiciones previas a la pandemia, los usuarios problemáticos de drogas tienen mayores dificultades para acceder a los servicios asistenciales”.<sup>7</sup>

Si profundizáramos el concepto *adicto*, desde su etimología, observamos que proviene del latín “*addictus*” y se puede entender como el hábito que domina la voluntad de una persona.<sup>8</sup> Este vocablo designaba, en la antigua Roma, a un tipo muy concreto de *esclavo*, que en principio había sido un ser humano libre, pero luego fue adjudicado a otro mediante juicio o acto legal. Se llegaba a esta situación:

- Por *deudas*: se podía ser esclavo temporal o permanente hasta saldar la deuda (literalmente “entregado a otro”, que debe enormes dineros o favores).
- Como *botín de guerra*: 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.<sup>2</sup>

Otro tanto podemos analizar, desde una perspectiva psicoanalítica, 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.<sup>2</sup>

El filósofo español José Luis Cañas, nos dice que, “toda adicción es huir de uno mismo, aunque es cierto que no todas las adicciones son iguales, pues las sustancias alteran el funcionamiento del cerebro, a diferencia del resto de las adicciones. Sin embargo es fácil identificar los puntos en común entre los distintos tipos de adicciones, que pueden parecer muy diferentes en la superficie pero ser provocadas por las mismas causas profundas, es que todas conducen al mismo estado: *la esclavitud personal*... la nueva esclavitud que pasará a la historia de la Humanidad de comienzos del tercer milenio”.<sup>9</sup> Así, las adicciones se han convertido en uno de los principales problemas de todas las sociedades contemporáneas y, las mismas, “ya no son sólo las drogadicciones, aunque éstas siguen siendo las más alarmantes para la sociedad. La gravedad del fenómeno adictivo procede de su amplitud social y sobre todo existencial, es decir de un posicionamiento vivencial que incluso nos atrevemos a decir que ya está generando un nuevo “puesto del hombre en el cosmos”. Es sintomático el hecho de que las adicciones produzcan una ambivalencia paradójica, de atractivo y de rechazo a la vez, tanto individual como colectivamente: por un lado, un rechazo claro y, por otro, un atractivo fascinado hacia ese mundo abismal”.<sup>9</sup>

Para que una persona termine siendo adicta, nos dice el médico-psiquiatra uruguayo Pablo Fielitz, profesor agregado de la Clínica de Psiquiatría de la Facultad de Medicina (UdelaR), y que fuera director de la UNITRA y de Salud Mental (ASSE), “se necesitan dos cosas: vulnerabilidad biológica para la sustancia (las chances que tiene de terminar siendo dependiente de una sustancia si está expuesta por suficiente tiempo e intensidad a la misma) y un contexto psico-socio-familiar que favorezca el desarrollo del trastorno. Es necesaria la presencia de ambos factores para que se desarrolle una adicción”.<sup>10</sup>

Otro tanto sucede al analizar, también etimológicamente, la palabra *droga*, que proviene del término celta “droug”, cuyo significado es malo.<sup>11</sup> Según la OMS, “droga es toda sustancia de origen natural o sintético que al ser consumida alterará la fisiología del organismo”.<sup>6</sup>

Pero desde una mirada más amplia, ésta aproximación al problema es escasa, porque restringe el concepto de droga a las sustancias, sin reparar en la realidad compleja de las adicciones. Desde el punto de vista existencial podemos decir que, “droga sería cualquier realidad que produce en las personas síndrome de dependencia; adicción es cualquier droga o conducta que hace a la persona esclava de sí misma en su cuerpo, en su mente o en su espíritu. Lo cual equivale a decir que la esencia de cualquier adicción está en esclavizar al ser humano”.<sup>9</sup>

En la actualidad, en el ámbito asistencial para hablar de “medicamento”, se utiliza como sinónimo de dicha expresión el término *fármaco*, el cual proviene del griego y puede

significar medicamento o veneno, pero la diferencia radica en la dosis y en el vínculo establecido.<sup>11,12</sup>

En dicho marco, desde el punto de vista fisiológico, el destino final del consumo de la droga será el cerebro de la persona; afectando de diversas maneras el SNC, encontrando así sustancias *depresoras* (como el *alcohol*), *estimulantes*, *analgésicas* y *perturbadoras* del mismo.<sup>6,10</sup>

Por ejemplo, “fisiológicamente el alcohol actúa como un depresivo y como un anestésico general; en los últimos estados de intoxicación, los efectos son similares a los inducidos por una lobotomía frontal. El etanol parece un estimulante para el que lo bebe, pero de hecho actúa insensibilizando partes de la corteza cerebral frente a controles inhibitorios; 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”.<sup>11</sup>

Al momento de analizar la dependencia a *sustancias psicoactivas*, que según la OMS, son aquellas que pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de una persona;<sup>6</sup> es importante entender estos tres conceptos: uso, abuso y dependencia.

- *Uso*

Aquel tipo de consumo de sustancia psicoactiva en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica, social y cultural de la persona, no se evidencian consecuencias en el consumidor ni en su entorno,<sup>6</sup> lo cual podríamos llamar *consumo no problemático*.

- *Abuso*

Aquella forma de relación con las sustancias psicoactivas en la que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica, social y cultural de la persona, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno,<sup>6</sup> denominándolo *consumo problemático*.

- *Dependencia*

Según la OMS, 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.<sup>6</sup>

Por lo que, la persona dedica la mayor parte de su tiempo a pensar en el consumo de sustancias psicoactivas, a buscarlas, a obtener financiación para comprarlas, a consumirlas, a recuperarse de sus efectos, etc. Podríamos decir que, “toda” la vida de la persona gira alrededor del consumo de sustancias psicoactivas, estableciéndose un *vínculo* adictivo con las mismas.<sup>6</sup>

Para poder hablar de dependencia es una condición imprescindible, la presencia de un *síndrome de abstinencia*, cuando se suprime el uso de la sustancia psicoactiva. Así podemos hablar de:

- *Dependencia física*: en éste caso, el organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia psicoactiva, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en sangre para funcionar con normalidad.
- *Dependencia psíquica*: ésta se pone en manifiesto por la compulsión por consumir periódicamente la sustancia psicoactiva, para experimentar un estado afectivo agradable (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc.), o para librarse de un estado afectivo desagradable (aburrimiento, timidez, estrés, etc.).<sup>6</sup>

La dependencia física se puede superar tras un período de desintoxicación. Es más complejo desactivar la dependencia psíquica, ya que requiere cambios en la conducta y emociones de la persona.<sup>6</sup>

#### *Vías*

Seis grandes vías se delimitan, cuando se valora el establecimiento de una adicción, como sugería el médico-psiquiatra cubano Ricardo González (1936-2021):<sup>13</sup>

1. *Vía sociocultural*: producto de las costumbres, tradiciones y convenciones culturales (presión de grupos).
2. *Vía hedónica*: búsqueda de placer.
3. *Vía asertiva*: sustancia psicoactiva como “muleta” para enfrentarse a situaciones temidas o determinantes de inseguridad y ansiedad (personas tímidas).
4. *Vía evasiva*: sustancia psicoactiva 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*: valorar personas que combinan una gran carga familiar de toxicómanos con un inicio temprano.

#### *Aspectos culturales*

Ya en el Primer Congreso Mundial de las Ciencias Antropológicas y Etnológicas (celebrado en Londres en 1934), nos refiere la antropóloga estadounidense Esther Langdon, 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”.<sup>14</sup>

Por ejemplo, el consumo de bebidas fermentadas tradicionales, en los pueblos originarios de Sudamérica, tiene diversas representaciones: “la chicha es consumida habitualmente para producir un consenso sobre la comunidad, cuando aparecen divergencias en determinadas cuestiones –como la elección de nuevos capitanes–, para

establecer relaciones de amistad entre dos grupos o para hacer el trabajo y celebraciones comunes (...) no hay más chicha, la fiesta termina y la gente vuelve a su casa contenta".<sup>14</sup>

Así vemos que el consumo de bebidas fermentadas tradicionales, pueden formar parte de la búsqueda de la *Tierra Sin Mal* de los pueblos guaraníes (habitantes de la Cuenca del Plata y de la región del Gran Chaco).<sup>15</sup> “La ausencia de mal –la Tierra Sin Mal– es el contraorden. No es casual que las únicas actividades sociales destinadas a persistir en la Tierra Sin Mal sean las fiestas de bebidas”, como dice la antropóloga francesa Hélène Clastres.<sup>16</sup>

Por otra parte, el alcohol introducido por los “blancos”, puede adquirir diferentes perspectivas,<sup>15</sup> aunque a la interna de cada comunidad, cuando se establece un vínculo no adecuado con la sustancia, “toda cultura reconoce desviaciones y estigmatiza a quienes se apartan de la norma”.<sup>17</sup> Es así que, las diversas perspectivas de consumo de bebidas alcohólicas, también nos sugiere un campo de confrontación. “Los Bororo (habitantes de la región Amazónica) tradicionalmente se preparaban para beber su chicha y ser felices sin violencia. Hoy en día, el comportamiento de los bebedores de aguardiente se caracteriza por la agresión y la violencia física. Los valores asociados al comportamiento de la persona intoxicada, se han visto significativamente influidos por la introducción de bebidas destiladas, en el proceso violento de dominación e inserción de los amerindios en la sociedad que los rodea”.<sup>14</sup>

En los contextos de las relaciones económicas de las poblaciones indígenas, el alcohol de los “blancos” es introducido para servir de moneda, como parte de un salario, como sistema de trueque, etc. Por lo tanto, comenzamos a vislumbrar como el alcohol consumido en forma individual, junto a la depresión que origina en el SNC, puede llegar también a ahogar los espacios comunitarios, promover la violencia familiar y cerrar la apertura hacia el otro.<sup>15</sup>

En lo que respecta a la prevalencia de este problema, “la tasa de alcohol varía entre los diferentes grupos de una misma etnia basado en características como la edad, el sexo o la religión”,<sup>14</sup> y, lamentablemente, “se asocia a otros problemas como la violencia social, la persistencia de un estado general de salud deficitario y una alta tasa de suicidio entre algunos grupos como los Kaiowá/Guaraní (habitantes de la región del Mato Grosso) y los Tikuna (habitantes de la región Amazónica)”.<sup>14</sup>

#### *Alcohol: sustancia psicoactiva depresora del SNC*

A lo largo de la historia y en las diversas culturas, vemos que las personas se han vinculado a las sustancias psicoactivas, como por ejemplo el alcohol, en el ámbito de celebraciones rituales y comunitarias y en los contextos de búsquedas hedonísticas.<sup>12,15</sup>

De esta manera 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. 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”.<sup>11</sup> (Figura 19)



Figura 19. *Escabio o licor carcelario*, requisado en invierno del año 2015 en Sala de Seguridad Masculina N.º 11, Hospital Vilardebó. (Foto: Fabrizio Martínez)

En la actualidad, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida en nuestro entorno sociocultural, de la que más se abusa y la que más problemas sociales y sanitarios causa. Es un depresor del SNC, que adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores, produciendo desinhibición conductual y emocional.<sup>5-6</sup>

Para la OMS, el alcoholismo “es la conducta adictiva caracterizada por el consumo excesivo de bebidas alcohólicas”. La persona alcohólica presenta una dificultad para controlar tanto la conducta de beber como los pensamientos relacionados con la bebida y también una menor capacidad para resistirse tanto a dichos pensamientos, como a la búsqueda y el consumo de bebidas alcohólicas.<sup>6</sup>

Según la OMS, en la CIE-10, a los problemas vinculados con el consumo de sustancias psicoactivas, los refiere como: *Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas* (F10-19).

La sensación del 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.<sup>18,19</sup>

Es importante también puntualizar que, en el marco de la atención psiquiátrica, se habla de *patología dual*, cuando tenemos la existencia simultánea de un trastorno por dependencia o abuso de sustancias psicoactivas y un trastorno psiquiátrico.<sup>10</sup>

Una investigación realizada en la Puerta de Emergencia del Hospital Vilardebó, nos revela que la presencia de esta patología en este servicio supera el 60%. Se piensa que alrededor de la mitad de todos los esquizofrénicos abusan de drogas o alcohol.<sup>20</sup>

Por otro lado, es fundamental comprender, como nos sugiere Pablo Fielitz, que la dependencia de sustancias psicoactivas es una *patología crónica*.<sup>10</sup> Sin embargo, los dispositivos de tratamiento habituales están pensados para actuar durante uno o dos años, luego de los cuales la persona “egresa” y se desvincula de la institución.<sup>10</sup> Y también, como ya planteábamos, “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 soluciones para su problemática”.<sup>10</sup>

*Efectos*

Beber alcohol mientras el organismo se encuentra en fases de crecimiento y desarrollo es especialmente nocivo. Durante el embarazo puede provocar aborto espontáneo y parto prematuro, pudiendo generar efectos en el recién nacido.<sup>12</sup>

*Riesgos*

- *En el plano psicológico*: intensa dependencia psicológica.
- *En el plano orgánico*: gastritis, úlceras, cirrosis, cardiopatías; tolerancia y dependencia, con un síndrome de abstinencia.<sup>6</sup>

*Características de algunas bebidas por 100ml<sup>12</sup>*

<b>Bebidas</b>	<b>Grado alcohólico</b>	<b>Calorías</b>
Sidra	4-5	30-40
Cerveza	4-8	30-70
Vino	10-15	70-100
Aperitivos	15-20	120-150
Licores	25-60	150-220

*Manifestaciones clínicas*<sup>19</sup>

- A. Intoxicación aguda
- B. Abstinencia alcohólica
- C. Delirium por abstinencia
- D. Trastornos de ansiedad en alcohólicos
- E. Trastornos depresivos en alcohólicos

*Principales Diagnósticos de Enfermería*

Siguiendo la clasificación y estandarización de la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*.<sup>21</sup>

*A. Intoxicación aguda*<sup>19</sup>

Conducta mal adaptada tras la ingesta reciente de una cantidad de alcohol suficiente como para producir intoxicación en la mayoría de las personas.

- Signos: incoordinación, ataxia (disminución de la capacidad de coordinar los movimientos), nistagmus (movimiento involuntario de los ojos) y rubor facial.
- Cambios de conducta: inconstancia y desinhibición, verborrea, aislamiento, proclividad a las discusiones y afectación de memoria y juicio.

*Diagnósticos de Enfermería*<sup>21</sup>

1. *Déficit de volumen de líquidos* [00027, taxonomía NANDA]
2. *Riesgo de intoxicación* [00037]
3. *Riesgo de lesión* [00035]
4. *Riesgo de violencia autodirigida* [00140]
5. *Riesgo de violencia dirigida a otros* [00138]
6. *Trastorno de los procesos de pensamiento* [00130]

*Acciones de enfermería:* valorar a la persona con una intoxicación aguda por uso de sustancias psicoactivas en forma integral, escuchar la demanda que la persona plantea, mantener la salud y la seguridad, evitar que la persona se lesione, observar y actuar ante situaciones potenciales de agresividad, establecer una relación interpersonal de confianza, administrar medicación prescrita por médica/o-psiquiatra y promover activamente el cumplimiento del régimen terapéutico indicado por el Equipo de Salud.<sup>19,21-25</sup>

*B. Abstinencia alcohólica*<sup>19</sup>

Síndrome que se asocia a la interrupción del consumo étlico en una persona con dependencia alcohólica.

- Síntomas: temblor (moderado o grosero), náuseas o vómitos, malestar o debilidad, taquicardia, hipertensión, sudoración, ansiedad, ánimo depresivo,

irritabilidad, inquietud, alucinaciones transitorias, ilusiones, dolor de cabeza e insomnio.

### Diagnósticos de Enfermería<sup>21</sup>

1. *Ansiedad* [00146]
2. *Mantenimiento inefectivo de la salud* [00099]
3. *Trastorno del patrón del sueño* [00198]

*Acciones de enfermería:* brindar espacio de contención y escucha, técnicas de relajación, administrar medicación prescrita por médica/o-psiquiatra, controlar aparición de *delirium tremens*, mantener adecuada nutrición e hidratación, vigilar seguridad, apoyar toma de decisiones, identificar riesgos y psicoeducación.<sup>19,21-25</sup>

### C. *Delirium por abstinencia*<sup>19</sup>

Grave complicación de la abstinencia alcohólica que se presenta, en aproximadamente el 5% de las personas con dependencia al alcohol, al interrumpir la ingesta etílica. Suele aparecer en personas con situaciones médicas comprometidas y una larga historia de alcoholismo. Puede llegar a ser mortal, si se le deja evolucionar sin tratamiento.

- Signos y síntomas: *delirium* con el sensorio gravemente afectado, hiperactividad neurovegetativa (taquicardia, hipertensión, fiebre, diaforesis), temblor, convulsiones, alucinaciones (táctiles, visuales), actividad psicomotriz (desde agitación a letárgica), pesadillas, insomnio.

### Diagnósticos y Acciones de Enfermería

Similares a los anteriores.<sup>19,21-25</sup> (Figura 20)



Figura 20. *La noche estrellada*, obra de Vincent Van Gogh, realizada en Saint-Rémy (junio 1889), que se conserva en The Museum of Modern Art (Nueva York, Estados Unidos). [Extraída de: <https://es.wikipedia.org/wiki/>]

*D. Trastornos de ansiedad en alcohólicos*<sup>19</sup>

Una de las manifestaciones que con más frecuencia aparecen en un Servicio de Emergencia, relacionado con el alcoholismo, es la ansiedad. En los trastornos de ansiedad en alcohólicos, como norma general, debe priorizarse el tratamiento de desintoxicación sobre esta manifestación, independientemente de cuál sea el trastorno primario.

*Diagnósticos de Enfermería*<sup>21</sup>

1. *Ansiedad* [00146]
2. *Incumplimiento del tratamiento* [00079]
3. *Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo* [00063]

*Acciones de enfermería:* apoyar la toma de decisiones, establecer límites, facilitar la autorresponsabilidad, entrenamiento para control de impulsos, psicoeducación y promover activamente el cumplimiento del régimen terapéutico indicado por el Equipo de Salud.<sup>19,21-25</sup>

*E. Trastornos depresivos en alcohólicos*<sup>19</sup>

En las personas alcohólicas hay una elevada prevalencia del *Episodio Depresivo Mayor* (F32); por lo general, este remite con la abstinencia mantenida de bebidas alcohólicas.

*Diagnósticos de Enfermería*<sup>21</sup>

1. *Aislamiento social* [00053]
2. *Baja autoestima situacional* [00120]
3. *Desempeño inefectivo del rol* [00055]
4. *Desesperanza* [00124]
5. *Riesgo de violencia autodirigida* [00140]
6. *Riesgo de violencia dirigida a otros* [00138]

*Acciones de enfermería:* brindar espacio de contención y escucha, técnicas de relajación, administrar medicación prescrita por médica/o-psiquiatra, ayudar para controlar el enfado, establecer límites, identificación de riesgos, vigilar la seguridad, apoyo emocional, brindar espacio de contención y escucha, potenciación de la autoestima, potenciación de la socialización, potenciación de la conciencia de sí mismo, psicoeducación y promover activamente el cumplimiento del régimen terapéutico indicado por el Equipo de Salud.<sup>19,21-25</sup>

*En suma*

El *cuidado* es un proceso terapéutico, interpersonal y educativo, que actúa sobre las potencialidades de cada persona, familia, grupo poblacional que transita una situación

de Salud-Enfermedad-Atención y es fortalecido con la persona que padece un problema por uso indebido de sustancias psicoactivas,<sup>2</sup> como nos iniciaba la enfermera, psicomotricista y docente universitaria uruguaya Graciela Curbelo.<sup>22</sup>

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; como nos enseñaba la enfermera y docente universitaria uruguaya Cristina Sanabia.<sup>23</sup>

La aplicación de estos enfoques, sobre la persona que padece, permitirá a los profesionales de la Salud mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano y sus derechos.<sup>22-27</sup>

Como nos plantea Pablo Fielitz, en el nivel actual de conocimiento no es ético tratar aisladamente a una persona dependiente de sustancias psicoactivas. La tarea central, a nivel asistencial, es ayudar a esa persona a reconstruir su propia historia, devolviéndoles su identidad e introduciendo el valor de la palabra.<sup>10</sup> Pues, “si pensamos que el objetivo único es que no se droguen, tendríamos una visión profundamente miope de su atención. Es necesario que a lo largo del tratamiento la persona pueda ir armando su propio proyecto de vida, en una dirección distinta al proyecto de muerte en el que estaba embarcado”.<sup>10</sup>

Como corolario, la asistencia a la persona con dependencia alcohólica “en el presente se encuentra desorganizada y fragmentada en el sistema de salud, careciendo de un enfoque interdisciplinario”;<sup>10</sup> dado que, en nuestro país “el impacto del consumo de alcohol es francamente mayor que aquel de las drogas ilegales. Los costos sociales en violencia, delitos, accidentes de tránsito, accidentes y ausentismo laborales, disgregación familiar y marginalidad son sin duda mayores cuando pensamos en términos del consumo abusivo de alcohol por la alta frecuencia de este último”,<sup>10</sup> viéndose agravado en estos tiempos de post-pandemia...<sup>7,28</sup>

### **Referencias bibliográficas**

1. Giraldez G. Indicadores asistenciales Hospital Vilardebó: informe anual 2020. Montevideo: Departamento de Estadística de Hospital Vilardebó; 2021.
2. Martínez F. Alcohólico y encanecido: rescatar la persona entre trayectorias alcohólicas y tratamientos psiquiátricos desde un abordaje de Antropología y Salud. Tesis de doctorado en Antropología. Montevideo: UdelaR; 2019.
3. Menéndez E. Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. México: Alianza editorial mexicana; 1990.

4. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. WHO: Luxemburgo; 2014.
5. Uruguay. Junta Nacional de Drogas. VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General: informe de investigación. Montevideo: Presidencia de la República; 2019.
6. Uruguay. Junta Nacional de Drogas. Drogas: más información menos riesgos. 11ª ed. Montevideo: IMPO; 2016.
7. Pascale A. Consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia por Covid-19: implicancias toxicológicas desde un enfoque integral y desafíos terapéuticos. *Revista Médica del Uruguay* 2020; 36(3): 333-334.
8. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23ª ed. Madrid: Espasa; 2014.
9. Cañas J. Psicoterapia y rehumanización de las adicciones. Un modelo para la bioética personalista. *Cuadernos de Bioética* 2013; 24 (1): 101-112.
10. Fielitz P. Trastornos relacionados con sustancias. En: Aquines C (comp). *Temas de Psiquiatría: manual de psiquiatría para médicos*. Montevideo: Oficina del libro; 2013, pp. 215-242.
11. Atkins P. *Las moléculas de Atkins*. Madrid: Akal; 2003.
12. Rigol A, Ugalde M. *Enfermería de salud mental y psiquiatría*. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
13. González R. *Clínica psiquiátrica: básica actual*. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2008.
14. Langdon E. L'abus d'alcool chez les peuples indigènes du Brésil: une évaluation comparative. *Drogues, santé et société* 2005; 4(1): 15-52.
15. Martínez F. Karu Guasu. Entre encuentros y desencuentros: los Ava-Guaraní y su representación y práctica del alcohol de los Karai. Tesis de maestría en Antropología. Montevideo: UdelaR; 2013.
16. Clastres H. *La tierra sin mal. El profetismo tupí-guaraní*. Buenos Aires: Ediciones del Sol; 1993.
17. Augé M. *El sentido de los otros: actualidad de la antropología*. Barcelona: Paidós; 1996.

18. Gelder M, et al. Oxford psiquiatría. Madrid: Marbán; 2000.
19. Megías F, et al. Guía de intervención rápida de enfermería en psiquiatría y salud mental. Madrid: Difusión avances de enfermería; 2005.
20. Fielitz P, et al. Consumo de sustancias psicoactivas en pacientes con trastornos psicóticos ingresados en Sala de Emergencia Psiquiátrica. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 2010; 48 (2): 106-113.
21. Nanda Internacional. Diagnósticos de Enfermería 2021-2023: definiciones y clasificación. Heather T, Katmisuro S, Takáo C (ed.). 12ª ed. Barcelona: Elsevier; 2021.
22. Curbelo G. Reflexiones sobre el rol de enfermería en el trabajo con personas que hacen uso indebido de drogas. En: Meliá S (comp). *Enfermería en salud mental, conocimientos, desafíos y esperanzas*. Montevideo: Oficina del libro; 2005, pp.199-204.
23. Sanabia C. Espacio de escucha: una propuesta del cuidado de enfermería con una persona con alteración psiquiátrica en una unidad de salud mental. En: Meliá S (comp). *Enfermería en salud mental, conocimientos, desafíos y esperanzas*. Montevideo: Oficina del libro; 2005, pp.189-198.
24. Morrison M. *Foundations of Mental Health Care*. 5ª ed. St. Louis: Elsevier; 2013.
25. Guillén R. La connotación de persona en situación de cronicidad. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* 2012; 9(3): 44-56.
26. Uruguay. Poder Legislativo. Ley de Salud Mental N.º 19.529. Montevideo: IMPO; 2017.
27. Fielitz P. Alcoholismo. En: Aquines C (comp). *Temas de Psiquiatría: manual de psiquiatría para médicos*. Montevideo: Oficina del libro; 2013, pp. 243-256.
28. Bagattini N, et al. Atención en Salud Mental y Covid-19: algunas respuestas iniciales en Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2020; 84(2): 111-129.

### **Tercera Parte**

#### ***Perspectiva antropológica de Enfermería en Salud Mental***



Figura 21. *La siesta*, obra de Vincent Van Gogh, realizada en Saint-Rémy (enero 1890), que se conserva en el Musée d'Orsay (París, Francia). [Extraída de: <https://es.wikipedia.org/wiki>]

## Capítulo VII

### *Cuidados culturales de Enfermería en Salud Mental*

Como veíamos en el primer capítulo, Claude Lévi-Strauss decía que los mitos piensan a los seres humanos,<sup>1</sup> y así, cuando pensamos en la salud mental, comúnmente acude a nuestro imaginario colectivo la idea de *locura*. De esta manera, el filósofo holandés Erasmo de Rotterdam (1466-1536), en su obra *Elogio de la locura* (1511), nos habla de su origen, pues:

dato 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 Pluto 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 Neótete, 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 como nació aquel cojo forjado, sino unida a ella en la dulzura del amor, según dice nuestro buen Homero.<sup>2</sup> (Figura 22)

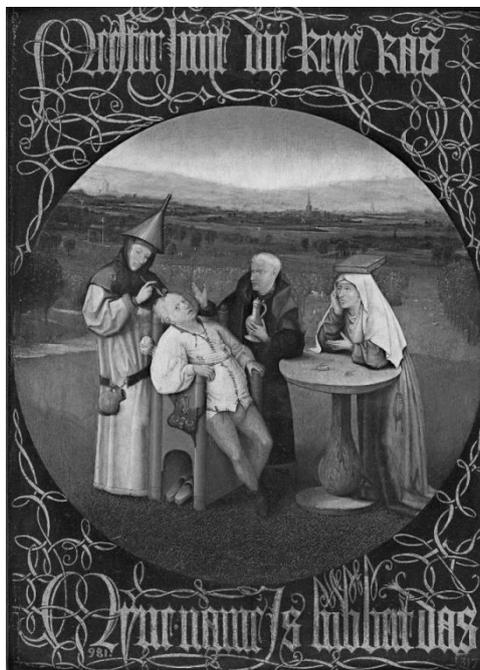


Figura 22. *La extracción de la piedra de la locura*, obra del pintor flamenco Jheronimus van Aken (1450-1516), “el Bosco”, que se conserva en el Museo del Prado (Madrid, España). [Extraída de: <https://www.museodelprado.es>]

En esta obra, también, Erasmo criticaba los abusos de los poderosos de su época y que paradójico que, siglos después, en algunas oportunidades, las persona que sobrellevan este problema sigan padeciendo al sufrir las violencias del Estado<sup>3,4</sup> y del poder,<sup>5</sup> entre otros.

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 “profesionales” y “cuidadores”, como refiere María Epele.<sup>6</sup> 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”,<sup>6</sup> como veíamos, convirtiéndose en “una forma de sufrimiento social contemporáneo que afecta a los sectores sociales más postergados”.<sup>6</sup>

En éste contexto, la medicalización involucra que la enfermedad “deje” los cuerpos para ingresar en las relaciones sociales, implicando el gobierno de la vida y los cuerpos,<sup>7</sup> 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”<sup>8</sup> y este desapego se produce por el desgaste del paciente, que busca seguir manteniendo el “personaje”,<sup>9</sup> para tratar de continuar siendo “si mismo”, como decía Erving Goffman.<sup>9</sup>

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”;<sup>10</sup> pues hay que considerar que el usuario/a tiene una cosmovisión, en cambio el funcionario/a, tiene una ontología fragmentaria; de ahí la importancia de la tríada foucoulitiana, *saber-poder-corporalidad*, para pensar la atención en salud mental y así abordar a los usuarios/as desde un enfoque integrado y transdisciplinario de protección-cuidado-compasión.<sup>7</sup>

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,<sup>11</sup> tanto de la institución y los funcionarios/as, como de las trayectorias de vida de los usuarios/as allí internados/as. Por lo que la antropología es una manera de implicarse, que nos lleva a cuestionarnos; enlazando, por un lado, autoconciencia e implicancia y, por otro lado, extrañamiento antropológico, como nos dice Didier Fassin.<sup>12</sup>

El asumir una *mirada antropológica* permite, a los profesionales del área de la Salud, que se pregunten sobre sus presuposiciones y actúen como *extranjeros* en el lugar de

trabajo; volviendo a aprehender lo que se estudia durante la carrera de grado. Para que, luego esos conceptos, no se vayan perdiendo al 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”, en palabras de Claude Lévi-Strauss.<sup>13</sup>

La perspectiva de *Antropología de la Salud* para trabajar en el campo sanitario y crear allí un objeto antropológico, parte de la noción de *cultura*. La cultura debe de ser comprendida, entre tantas definiciones,<sup>14</sup> como una serie de mecanismos de control: planes, fórmulas, reglas, etc., que son los que gobiernan la conducta.<sup>15</sup> 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”, como decía el antropólogo estadounidense Clifford Geertz (1926-2006).<sup>15</sup> Por lo tanto, siguiendo el planteo del antropólogo estadounidense Marvin Harris, se podría decir que la cultura, es “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)”.<sup>16</sup>

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”;<sup>17</sup> de esa manera, dado que el ser humano “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”;<sup>15</sup> por lo que “la cultura, en el sentido global y antropológico del término, es el 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”.<sup>11</sup> (Figura 23)



Figura 23. *Usuaris interactuando en patio del sector de internación femenino, Hospital Vilardebó, verano de 2016. (Autor Fabrizio Martínez)*

En estas coyunturas observamos, como plantea Adela Cortina, que las *ciencias naturales* describen, explican y predicen, desde un ideal positivista; las *ciencias sociales* explican y comprenden y las *humanidades* comprenden;<sup>18</sup> de ahí la importancia de comprender estos fenómenos desde las *humanidades médicas*, como planteaba el neuro-psiquiatra francés Jean Guyotat (1920-2017).<sup>19</sup>

A veces, nos sugiere la antropóloga, docente universitaria e investigadora uruguaya Sonia Romero, coordinadora del Programa Antropología y Salud (FHCE-UdelaR), los profesionales de la salud como colectivo presentamos una alta valoración en detrimento de otros; “juzgando” cultural, social y éticamente lo diferente;<sup>20</sup> 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”.<sup>17</sup> 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”.<sup>20</sup> 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”.<sup>11</sup>

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, como veíamos en el primer capítulo. Al presente, las influencias más importantes las aportan las teorías sociológicas y antropológicas; 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.<sup>9,21-24</sup>

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”,<sup>11</sup> entendiendo “por actividad simbólica cualquier esfuerzo intelectual cuyo objeto fuese reforzar la relación entre los unos y los otros dándole forma”.<sup>11</sup>

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.<sup>25,26</sup> 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, sintetizados por Simone Roach, como las *cinco C*,<sup>27</sup> como ya vimos. Así, el cuidado se transforma en un proceso terapéutico, interpersonal y educativo, que actúa sobre las potencialidades de cada persona y/o familia,<sup>28</sup> 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,<sup>29</sup> como una parte fundamental de su trama de significaciones.<sup>15</sup>

A partir de 1950, surge en Estados Unidos la *Enfermería Transcultural*, definida por Madeleine Leininger, “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”.<sup>26</sup> Dicha perspectiva intenta unir la práctica de Enfermería con el conocimiento de la Antropología, es decir, “sintetizar cultura y cuidado”,<sup>26</sup> 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.<sup>30,31</sup> Para Leininger, 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.<sup>25,26</sup>

El objetivo general de la *Teoría de la Enfermería Transcultural*, es determinar las visiones *émicas* (o perspectiva interna), 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* (o perspectiva externa) de los profesionales de enfermería.<sup>31</sup>

Lo que Madeleine 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 usuarios/as 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*, como nos sugiere Silvia Meliá,<sup>28</sup> 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,<sup>31-35</sup> manifestados en tal forma que impiden llevar una vida equilibrada.<sup>36</sup> Por lo que, “el ejercicio en salud mental hace que las reflexiones sean enriquecidas por la evolución de la comprensión de la subjetividad, de los aspectos singulares de las personas, teniendo en consideración además las dimensiones socio-históricas y culturales que favorecen el pasaje de una epistemología de lo individual a lo colectivo”,<sup>37</sup> como nos plantea el enfermero uruguayo Álvaro Díaz, profesor titular del Departamento de Enfermería en Salud Mental de la Facultad de Enfermería (UdelaR).

Algo muy importante a destacar es que este *arte de cuidar*, como vimos que Marie Françoise Collière definía a la Enfermería,<sup>38</sup> 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.

Por ejemplo, como ya vimos, la enfermera estadounidense Michelle Morrison nos dice que, “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 sobrenaturales”;<sup>35</sup> 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”.<sup>39</sup> De esta manera, se desprende que la enfermedad mental, como ya planteábamos referente a las teorías

antropológicas y sociológicas, más allá de los indudables aspectos biológicos, es también *una construcción social*, pues “todo miembro de una cultura es tan estrechamente solidario con ella como aquel pasajero ideal lo es de su tren”.<sup>17</sup>

Considero que ni la Enfermería, ni la Medicina, ni la Nutrición, ni la Psicología, entre otras disciplinas que conforman el campo sanitario, pueden prescindir de los conocimientos biológicos, pero tampoco pueden reducirse a ellos, como refiere la filósofa argentina Esther Díaz;<sup>40</sup> 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: decodificar la demanda de los enfermos no puede más que mejorar y enriquecer los procedimientos de diagnóstico”.<sup>39</sup>

Por lo tanto, el abordaje sanitario, de una persona con sufrimiento psíquico, 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”, en palabras de Sonia Romero.<sup>41</sup>

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 implican la capacidad de *escuchar y observar*.

Con relación a lo anterior, la Antropología hace un aporte sustancial a la Enfermería, como ya planteaba Madeleine 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)”.<sup>39</sup>

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”.<sup>42</sup> De esta manera, el poder diagnosticar dolencias, que

tiene que ver con lo cultural, implica analizar el significado que tiene la queja del usuario/a, centrándose en la funcionalidad y no en los síntomas, permitir el “rol del enfermo”, acordando entre el usuario/a y el Equipo de Salud metas terapéuticas realistas, disminuyendo la incertidumbre que produce el modelo biomédico;<sup>43</sup> 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. (en caso de que deseen hacerlo y no puedan realizarlo por sí mismo); 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”.<sup>44</sup>

Por lo tanto, observamos la importancia de la *observación* y la *escucha* como estrategias imprescindibles de *abordaje* a la persona con problemas de salud mental. En la actualidad, en el marco de una nueva Ley de Salud Mental,<sup>45</sup> 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.

Otro tanto, hay que pensar para concebir los cuidados desde la planificación de la gestión asistencial, es forjar un abordaje longitudinal del usuario/a, pensando no solo en la atención del mismo durante su internación sino también en el egreso, 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”<sup>46</sup> con el Equipo de Salud, desde una responsabilidad compartida en el Proceso de Salud/Enfermedad/Atención-Prevención, fomentado la salud bio-psico-social-cultural-espiritual de manera integral.

Para esto, tenemos que ser conscientes del poder de la gramática, pues sucede que en las metas de las políticas asistenciales se coloca la palabra “humanizado”, lo que pareciera transformar todo para bien, aunque siga todo de la misma manera; de ahí la importancia de una verdadera estrategia de prevención, donde se encuentre “la salud mental en la agenda de todos”, como dice la enfermera uruguaya Matilde Pérez, adjunta docente del Hospital Vilardebó.

Considerando lo fundamental del trabajo en Equipo, desde la Antropología de la Salud, el antropólogo español Ángel Martínez-Hernández nos sugiere *cuatro principios* que beneficiarán notoriamente la asistencia en Salud Mental.<sup>47</sup>

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 salud mental.<sup>47</sup>

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.<sup>47</sup>

Tercero, *de la reciprocidad*, donde cabe la pregunta: ¿en la asistencia sanitaria, hablamos de relaciones entre personas (funcionario/a-usuario/a) o entre los espectros (“enfermo/a”) o amuletos (“adicto/a”) de las cosas?<sup>47</sup>

Cuarto, *de la singularidad*, donde el diagnóstico médico se convierte en la identidad social, dándose la hegemonía del pathos sobre la existencia; quedando la persona prisionera de una clasificación taxonómica que releva toda reflexión subjetiva.<sup>47</sup>

Esta convergencia entre ciencias humanas y ciencias de la salud, tienen en común el abordaje antropocéntrico, convirtiéndose así la Antropología de la Salud en una bisagra, como ese espacio de intersección entre la antropología y la salud pública, como decía el antropólogo estadounidense Craig Janes,<sup>48</sup> 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 usuario/a, se crea un espacio antropológico, que tiende a promover la conversación entre dos personas.<sup>49</sup> 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”,<sup>50</sup> nos habilita a que “la locura habla ahora un idioma antropológico”, como decía Michel Foucault.<sup>50</sup>

No obstante lo anterior, la vida puede ser atravesada por períodos de crisis, como por ejemplo la internación en un hospital psiquiátrico, que podría decantar en la autocreación o en la autodestrucción de la persona, como reflexionaba Friedrich Nietzsche.<sup>51</sup> En este contexto, generalmente, la medicalización implica el gobierno de la vida,<sup>7</sup> 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, como dice la antropóloga india Veena Das;<sup>3</sup> y así, la persona deja su lugar al “personaje”<sup>9</sup> y este al “paciente”.<sup>52</sup>

En contraposición a lo anterior, la Organización Mundial de la Salud, en el modelo de *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas* (2013),<sup>53</sup> define los atributos de una asistencia eficaz para las personas con enfermedades crónicas (como puede ser la esquizofrenia), 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,<sup>54</sup>

hacia lo que apunta la nueva *Ley de Salud Mental N.º 19.529* (2017).<sup>45</sup> 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, como dice el enfermero español Joan Contel,<sup>54</sup> 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.<sup>55</sup>

Por lo tanto, habría que comenzar a hacer del tiempo de internación *psi*, un espacio que contribuya al rescate del ser,<sup>56</sup> desde el principio dialógico.<sup>10</sup> Esto implica dejar de atender individuos, como una existencia biopsíquica única,<sup>17</sup> 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 de Claude Lévi-Strauss;<sup>17</sup> buscando así estimular a la Enfermería (como arte de cuidar)<sup>38</sup> y a las demás disciplinas *psi*, que a partir de una ética de mínimos,<sup>56</sup> que apunte a más, se vaya transformando este tiempo de internación en una clínica del buen trato.<sup>6</sup>

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,<sup>26</sup> propone totalizar a las dimensiones físicas (bio-psíquicas), los aspectos espirituales, familiares, culturales y sociales, como refiere el sociólogo argentino Juan Pedro Alonso.<sup>58</sup>

Así, la *perspectiva antropológica en enfermería en salud mental* adquiere un *continuum* “estar entre”,<sup>55</sup> que desde la observación y la escucha,<sup>49,59</sup> buscando la gestación de vínculos a escala humana, como es la relación entre dos personas;<sup>46,59</sup> aprehende el poder curativo que tienen la narrativa, como refiere el médico-psiquiatra y antropólogo estadounidense Arthur Kleinman.<sup>46</sup> Y esto nos lleva a considerar que, una personal relación terapéutica puede contribuir notoriamente a la curación; es decir, que las relaciones pueden curar, como nos dice el médico-cirujano y antropólogo español Javier Granero.<sup>60</sup>

A partir de lo generado por la pandemia por Covid-19, que afectó al mundo entre 2020 y 2022, la OMS comenzó a hablar de *salud total*. Concepto que fui aprehendiendo con los pueblos originarios del chaco boliviano, cuando nos dicen que la salud no solo implica el cuidado de sí mismo y de los otros, sino también el cuidado de los animales, de las plantas y árboles, del agua, etc., es decir, el cuidado de todo lo que nos rodea; como lo vemos reflejado en el logo de la Escuela de Salud del Chaco Boliviano, llamada *Tekove Katu*, es decir, vida plena en guaraní. (Figura 24)



Figura 24. Logo de la Escuela de Salud del Chaco Tekove Katu. Bolivia.

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.<sup>61</sup>

Por lo que, 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,<sup>45</sup> es que debemos seguir caminando para transformar(nos)...<sup>61</sup>

### **Referencias citadas**

1. Lévi-Strauss C. Mito y significado. Madrid: Alianza; 2012. [1978]
2. Erasmo de Rotterdam D. Elogio de la locura. Buenos Aires: Bureau; 2000. [1511]
3. Das V. Sujetos del dolor, agentes de dignidad. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008.
4. Garat G. Un siglo de políticas de drogas en Uruguay. Montevideo: Friedrich Ebert Stiftung; 2013.
5. Good B. Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica. Barcelona: Bellaterra; 2003.
6. Epele M. Padecer, cuidar y tratar: estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas. Buenos Aires: Antropofagia; 2013.
7. Foucault M. El poder psiquiátrico. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2014.
8. Le Breton D. Disparaître de soi: Une tentation contemporaine. París: Métailié; 2015.
9. Goffman E. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu; 2001. [1959]
10. Buber M. ¿Qué es el hombre? México: Fondo de Cultura Económica; 1964. [1942]
11. Augé M. El oficio de antropólogo. Barcelona: Gedisa; 2007.
12. Fassin D. Castigar: una pasión contemporánea. Buenos Aires: Adriana Hidalgo; 2018.
13. Lévi-Strauss C. Tristes trópicos. Buenos Aires: Eudeba; 1970.
14. García Canclini N. Diferentes, desiguales y desconectados: mapas de la interculturalidad. Barcelona: Gedisa; 2005.
15. Geertz C. La interpretación de las culturas. México: Gedisa; 1987.
16. Harris M. Antropología cultural. Madrid: Alianza; 2005.

17. Lévi-Strauss C. Raza y cultura. Madrid: Cátedra; 1993.
18. Cortina A. El futuro de las humanidades. *Revista Chilena de Literatura* 2013; 84: 1-4.
19. Guyotat J. Estudios de antropología psiquiátrica. México: Fondo de Cultura Económica; 1994.
20. Romero S. La transmisión o el fluir continuo de la cultura. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* 1991; 72-73: 229-237.
21. Benedict R. Anthropology and the abnormal. *Journal of General Psychology* 1934; 10: 59-82. Traducción de la Cátedra de Historia de la Teoría Antropológica, FFyL. Buenos Aires: UBA; 2015.
22. Goffman E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 2001. [1961]
23. Goffman E. Estigma: la identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu; 2006. [1963]
24. Fassin D. Por una repolitización del mundo: las vidas descartables como desafío del siglo XXI. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 2018.
25. Leininger M. Transcultural Nursing: concepts, theories, practices. Columbus: McGraw; 1995.
26. Leininger M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados* 1999; 3(6): 5-8.
27. Roach S. Caring from the heart: The convergence of caring and spirituality. New Jersey: Paulist Press; 1997.
28. Meliá S. Conceptos, desafíos y estrategias de transformación del modelo sanitario desde la enfermería en salud mental. En: Meliá S (comp). *Enfermería en salud mental: conocimientos, desafíos y esperanzas*. Montevideo: Oficina del libro; 2005, pp. 19-33.
29. Guillén R. La connotación de persona en situación de cronicidad. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM* 2012; 9(3): 44-56.
30. Kérouac S et al. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.

31. Marriner-Tomey A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
32. O'Brien P. Enfermería psiquiátrica. México: McGraw-Hill Interamericana; 2001.
33. Rigol A, Ugalde M. Enfermería de salud mental y psiquiatría. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
34. Fornés J. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica: valoración y cuidados. 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2013.
35. Morrison M. Foundations of Mental Health Care. 5ª ed. St. Louis: Elsevier; 2013.
36. Aquines C (comp). Temas de Psiquiatría: manual de psiquiatría para médicos. Montevideo: Oficina del libro; 2013.
37. Díaz Á. Pasando por la vida acumulando: representaciones sociales en Montevideo, Uruguay. Tesis de doctorado en Enfermería. Pelotas: UfPel; 2017.
38. Collière M. Promover la vida. 2ªed. México: McGraw-Hill; 2009.
39. Augé M. El sentido de los otros: actualidad de la antropología. Barcelona: Paidós; 1996.
40. Díaz E. 2008. Notas para una epistemología de las ciencias de la salud. Rosario: Universidad Nacional de Rosario; 2008.
41. Romero S. Interrogaciones en torno a la cuestión "afro" y la discriminación en Uruguay, escenario para transformaciones identitarias. En: Guigou N (comp). Trayectos antropológicos. Montevideo: Nordan; 2007, pp. 161-173.
42. Samaja J. Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires: Lugar; 2004.
43. Sandoya E. La incertidumbre en medicina. Tendencias en medicina 2014; 22(44): 131-138.
44. Tarrés S. El cuidado del "otro". Diversidad cultural y enfermería transcultural. Gazeta de Antropología 2001; 17: 1-6.
45. Uruguay. Poder Legislativo. Ley N.º 19.529: Salud Mental. Montevideo: IMPO; 2017.

46. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books; 1988.
47. Martínez-Hernández Á, Correa-Urquiza M. Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud Colectiva* 2017; 13(2): 267-278.
48. Wainwright M. Faltar el aire. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Uruguay. En: Romero S (ed). *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay 2013*. Montevideo: Nordan; 2013, pp. 275-278.
49. Lévi-Strauss C. *Antropología estructural*. Buenos Aires: Eudeba; 1968.
50. Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica; 2012. [1964]
51. Nietzsche F. *El origen de la tragedia*. Madrid: Austral; 2007. [1943]
52. Núñez S. Más acá del bien y del mal. Motivos de prótesis. *Revista de Ensayos* 2014; 1(4): 5-32.
53. Organización Mundial 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: OMS; 2013.
54. Contel J. La atención integrada y el reto de la cronicidad. *Enfermería Clínica* 2018; 28(1): 1-4.
55. Martínez-Hernández Á. *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos; 2015.
56. Heidegger M. *El ser y el tiempo*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2009. [1927]
57. Cortina A. *Ética mínima: introducción a la filosofía práctica*. 6ª ed. Madrid: Tecnos; 2000.
58. Alonso J. Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18(9): 2541-2548.

59. Sanabia C. Espacio de escucha: una propuesta del cuidado de enfermería con una persona con alteración psiquiátrica en una unidad de salud mental. En: Meliá S (comp). *Enfermería en salud mental, conocimientos, desafíos y esperanzas*. Montevideo: Oficina del libro; 2005, pp.189-198.
60. Granero J. Diferencias en los conceptos de salud y enfermedad en la medicina oficial y en las no convencionales. *Humanitas, Humanidades Médicas* 2003. 1(2): 21-30.
61. Martínez F. *Alcoholizado y encanicado: rescatar la persona entre trayectorias alcohólicas y tratamientos psiquiátricos desde un abordaje de Antropología y Salud*. Tesis de doctorado en Antropología. Montevideo: UdelaR; 2019.