

Con el psiquiatra Ángel R. Ginés

# Atención y reinserción del discapacitado mental

POR MELISA MACHADO

*¿Qué se entiende desde la psiquiatría por discapacitado mental?*

Nosotros no usamos mucho el término discapacidad pero, dicho de un modo muy general, refiere a aquellos aspectos que impiden que la persona se despliegue plenamente como resultado de un trastorno congénito, hereditario o adquirido y que le impide resolver con autonomía situaciones personales y/o sociales. Los trastornos mentales fueron siempre una fuente grande de deshabilitación para las tareas familiares, sociales, vinculares, productivas.

Uruguay llegó a tener, a mitad de siglo, 5.000 personas en los asilos públicos, en las colonias de alienados y en el Hospital Vilardebó, gente que difícilmente volvía a la vida familiar, social. Son 18 personas por 10.000 habitantes, una cifra muy alta. Actualmente, en estos asilos y colonias, quedan 1.100 personas.

*¿Por qué la cifra de internados era tan alta?*

Hasta la mitad del siglo no existían tratamientos integrales, efectivos. En Uruguay se sumaron dos causas más y fue que hasta la década del 70, solo se asistían pacientes mentales graves en Montevideo. Eso provocaba una desinserción del núcleo familiar. El asilo masivo, con poca discriminación personal y el alejamiento de la zona de origen y de la familia, se agregaba como causa. Y el otro elemento que también pesó era que la locura en el Uruguay de mitad de siglo y hasta los últimos tiempos, era algo peligroso que había que mantener alejado. Pero con la aparición de tratamientos efectivos que incluyen fármacos, la aproximación psicológica y las técnicas psicosociales esto cambia radicalmente. La cifra de internaciones en los asilos comenzó a caer en el 70. Una mejor comprensión de la situación se empezó a producir después que se aprobó el Programa de salud mental, en el año

El Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay ha considerado oportuno integrar una Comisión Especial para el estudio de las personas con capacidades diferentes. Teniendo en cuenta que la situación de discapacidad puede ser permanente o transitoria, tanto en el plano de la salud física como en el de la salud mental, situación que afecta a personas de cualquier edad y situación económica, *Noticias* ha iniciado una serie de notas informativas. La siguiente es una entrevista al catedrático Ángel R. Ginés, psiquiatra, dedicado totalmente al estudio de la situación del discapacitado mental en Uruguay.

86. La psiquiatría salió de los hospitales clásicos y empezó a tener unidades de internación en hospitales generales. La mayoría de los departamentos del interior abrieron pequeñas unidades de internación para episodios agudos, lo que bloqueó la emigración a Montevideo. Se crearon algunas unidades en hospitales generales, por ejemplo en el Hospital Maciel, que tiene la unidad de mayor calidad en nuestro medio. Y el Vilardebó se recicló y está trabajando con una población de alrededor de 160 pacientes que ingresan y egresan constantemente. Después tenemos 140 personas más, de las cuales 100 están procesadas. También hay un despliegue de la actividad de policlínica en los centros comunitarios de trabajo con los pacientes.

El sector que se ha mostrado más activo en los cambios es el sector público que depende del Ministerio de Salud Pública y de la Universidad. Estaría muy bien que el sector mutual se incorporara porque a él pertenece la cobertura del otro 50% de la población.

*¿Por qué la salud privada no atiende este problema?*

La salud privada se encarga, por decreto, de hasta 30 días de internación del enfermo mental. Esta primera medida se tomó al final de la dictadura. Entonces, no ha tenido estímulo para abordar el tema de la rehabilitación y del mantenimiento "en salud" de los pacientes. Agotados esos 30 días, muchos de ellos pasan a pagar su internación o van al sector público. Con ese decreto, el sector que se encarga de estos pacientes queda en una situación muy cómoda, si no tuvieran ese límite de internación tendrían que

pensar en fórmulas que abarataran el tratamiento. Y lo que abarata el tratamiento es la prevención de las nuevas internaciones y la rehabilitación. Esperamos que este cambio se expanda. Es interesante que en este campo el sector público aparezca a la vanguardia.

*En definitiva ¿usted piensa que el discapacitado mental está bien atendido en Uruguay?*

No, recién estamos iniciando el tratamiento. La iniciativa de asistirlos en Uruguay surge por ley nacional en 1948 con una institución que se llama Patronato del Psicópata, un nombre propio de la época. Hoy, si se hubiera creado esa ley, se llamaría protección del enfermo mental, en ese momento se llamó así porque era la nomenclatura de la época. Es la Ley 11.139 y sus objetivos son: proteger al enfermo mental en todas las etapas de su asistencia hospitalaria y externa y durante su convalecencia. Velar por su bienestar al reintegrarse a la sociedad, procurándole habitación y alimentación y trabajo adecuado. Prestarle ayuda para que solucione sus problemas económicos, profesionales y afectivos. Velar por la situación de los familiares del enfermo mental y asesorarlos en la realización de gestiones. Fundar y administrar un hogar-taller destinado especialmente a aquellos enfermos mentales que no tengan amparo familiar y cuyo estado le permita continuar la cura realizando trabajos remunerados.

*¿Se ha cumplido con lo estipulado por esa ley?*

Sí, en pequeños números. En 1971 se creó el

hogar-taller que funcionó en la órbita del Patronato del Psicópata. Se tomaban pacientes cuando el tratamiento los había colocado en posibilidad de trabajar. De acuerdo a la evaluación del paciente, se le ofrecía formación en carpintería o en algún tipo de artesanía para reintegrarlo a la sociedad. La experiencia fue limitada pero se hizo, desde la década del 70 en adelante.

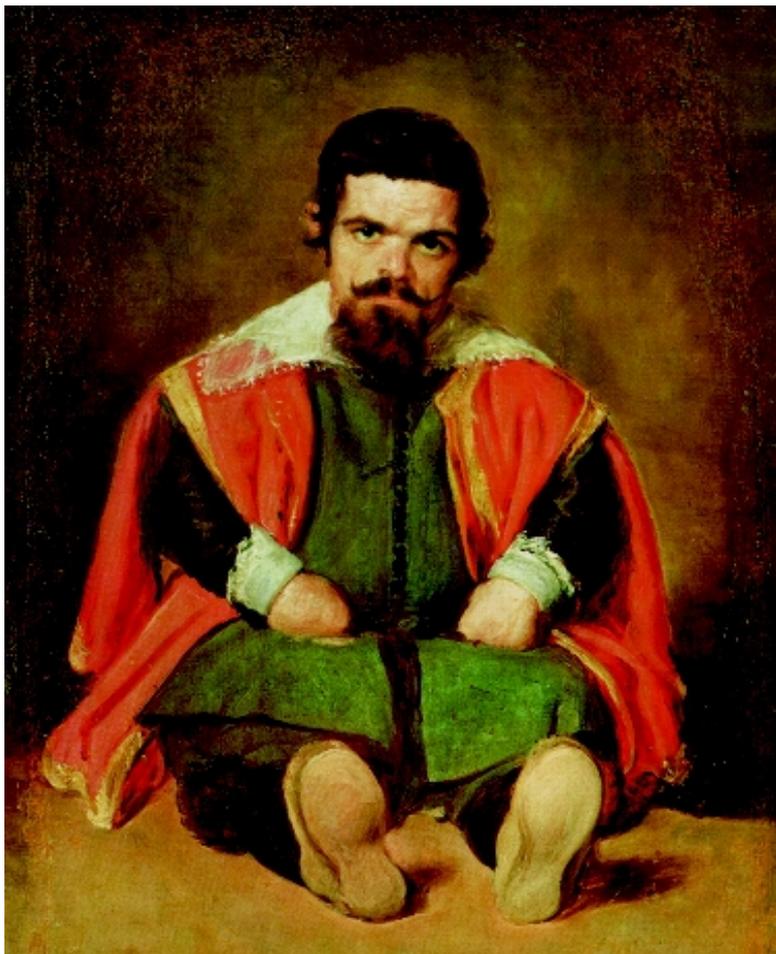
El taller funciona en el Prado. Allí está la sede central, y además hay una política extendida al resto de la República donde hay centros de rehabilitación.

### *¿Sobre qué pilares descansa la reinserción del discapacitado mental?*

Para que se entienda bien, me parece que conviene pensar en qué consiste un ser humano "normal", autónomo y pleno. Es aquel que tiene un núcleo familiar funcionando, una zona de actividades comunitarias, amigos, centros deportivos, centros sociales, centros culturales, la playa, todo lo que es espacio de convivencia. Y el otro aspecto es una formación creativa, el estudio, el trabajo. Ese es el secreto para que alguien pueda funcionar. Proveyéndole a la persona de una familia que funcione y dándole apoyos, es notable la capacidad que tiene el ser humano de crecer más allá de las dificultades. No sólo en el terreno psicológico, sino también en el social y el biológico. Las neurociencias muestran que personas dañadas en el sistema nervioso son capaces, si son colocadas en buenas condiciones de adquisición de conocimiento, de cubrir con otras zonas cerebrales lo que ya no pueden hacer.

### *¿Se diferencia la rehabilitación de los accidentados de la de los que han nacido con una limitación física?*

La primera fuente de personas que están con un handicap para integrarse a la vida social son las que nacieron con algún daño o las que precozmente hicieron un trastorno psicótico infantil. Todos ellos hoy pueden aspirar a un trabajo. Lo que sucede cuando pasa eso es que las estructuras comunitarias, la familia y la estructura laboral no están preparadas. La situación exige que la familia resuelva los conflictos que le crea tener una persona en estas condiciones. En primer lugar hay que apuntar a la familia, instruirla, ayudarla a procesar el dolor de la situación y



Diego Velázquez (1599-1660). *El bufón Sebastián de Morra*

hacerla hábil para sostener al enfermo. Tampoco las actividades comunitarias están planeadas para estos pacientes. A los discapacitados hay que darles niveles de participación; las Olimpiadas Especiales son un buen ejemplo pero, lamentablemente, la cultura está hecha para el promedio. Pero si al que está por debajo uno le aporta los elementos, la persona crece. Muchos de estos pacientes a veces tienen dificultades en el sistema escolar a pesar de que suelen desarrollar notablemente las funciones artísticas. A veces es difícil apuntalar a un joven sin daños; en estos casos es más difícil porque hay que encontrar lo que las habilidades permiten. Pero se obtienen avances notables, aun en los casos de daños muy tempranos.

*Antiguamente, al discapacitado mental se lo apartaba, actualmente no. ¿Cómo explica este cambio?*

Apartar al enfermo se justifica cuando la excitación y el desorden son muy grandes. Pero con la medicación actual el paciente puede estar contenido, inclusive desde el primer y segundo día. Aun así, en general, queda fuertemente afectado para activida-

## Comisión sobre Discapacidad Los orígenes

El disparador de la creación de la Comisión Especial para atender las situaciones de los discapacitados fue una entrevista radial realizada en CX 30, en la que participaron diferentes especialistas. En esa reunión, en la que se encontraban, entre otros, el músico Panchito Nolé, el presidente del SMU, doctor Juan Carlos Macedo, su vicepresidente, doctor Hugo Rodríguez y el administrador general, doctor Antonio L. Turnes, la presidenta de la Comisión Nacional Honoraria del Discapacitado, licenciada Alba Silvera, informó sobre la situación de la discapacidad en Uruguay, denunciando que los discapacitados no son tenidos en cuenta como usuarios, tanto en las instituciones de salud como en otras instituciones públicas y privadas, recalando que las barreras arquitectónicas de los edificios no están resueltas y encuentran impedimentos para desplazarse por su cuenta.

Inmediatamente, los médicos tomaron en cuenta su pedido y decidieron crear la comisión que atiende este tema en la órbita del SMU.

*"La discapacidad es un problema cultural que atañe a toda la sociedad. Hasta hace poco, la propia Facultad de Arquitectura no tenía previsto el acceso a su sede para personas que se desplazan en sillas de ruedas. En Uruguay, este tema recién está siendo atendido. Son pocas las construcciones que cuentan con equipamiento. Ni en Montevideo ni en el interior las aceras están construidas de manera adecuada; sólo es así en algunos tramos de 18 de Julio. Si se intenta que Uruguay sea un país atractivo para los turistas, esto debería tomarse en cuenta. En muchísimos países los discapacitados son los 'número uno' en materia de atención, pueden viajar solos porque está todo previsto para ellos y son 'un público' que está muy tenido en cuenta",* dijo Turnes.

**Compromiso con la comunidad**

«Como parte de la sociedad, los médicos tenemos un compromiso respecto al equipamiento adecuado para los discapacitados en los ambientes que tienen que ver con la salud más allá que, como ciudadanos, tenemos ese mismo compromiso con toda la comunidad y con todos los espacios. Necesitamos un cambio cultural; algo que va a ser largo, lento y gradual. El Sindicato, como institución con 80 años de existencia y que ha contribuido a cambiar muchos de los aspectos sustanciales de la atención de salud del país, quiere prestarle atención a este 'grito' de los integrantes de la Comisión Nacional Honoraria para el Discapacitado», dijo el doctor Antonio L. Turnes, administrador general del SMU.

«En todo lugar de atención de salud, sea público o privado, sea en Montevideo o en el interior, sea un centro de gran complejidad o un dispensario de la periferia, tienen que eliminarse las barreras arquitectónicas y haber rampas, pasamanos, ascensores, sanitarios adecuados. Hay también que prevenir la situación de una población que ha aumentado su promedio de vida: se calcula que el 10% de la población de Uruguay va a tener algún grado de discapacidad. Hay personas que padecen de una discapacidad transitoria, como las embarazadas, o los que están recién operados o los que portan una prótesis por algún tiempo. Esto también es parte de ese cambio cultural del que hablaba anteriormente y que, de pronto, nos lleva 10 o 20 años procesarlo pero, desde ya, tendríamos que incorporarlo en la formación y en el pensamiento de profesionales médicos y arquitectos, así como en los estudiantes y, sobre todo, en aquellas personas que tienen responsabilidad en la dirección o en la administración de bienes y servicios de uso comunitario».

des elementales como bañarse, vestirse, afeitarse. Durante el primer empuje de una crisis, el paciente es tratado y hospitalizado porque puede ser peligroso para sí mismo o para un tercero o porque convivir con él es imposible. Una vez que se controló el momento de mayor desorden, en general, hay un tiempo de convalecencia. Este primer periodo se puede resolver entre dos o tres semanas a dos meses, el promedio de internación hoy es de 30 días. Esas son las cifras de nuestro medio con los recursos actuales. Pero cuando el paciente vuelve a cierta estabilidad queda afectado en muchos desempeños. En ese periodo se hace un tipo de trabajo que son los centros diurnos, donde el paciente va durante el día y hace todo tipo de actividades en grupo. Esos centros incluyen trabajar colectivamente las cosas más elementales en tareas grupales de orientación psicoterapéutica.

Se trabaja con equipos multidisciplinarios. Con la asistencia de un psiquiatra que controla

la parte clínica. Los técnicos van aprendiendo un poco de todo. Hay psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales y gente que trabaja en artesanía, en artes plásticas y en todas las profesiones del arte.

*Hoy hablábamos también del discapacitado por secuelas de un accidente...*

Con los que sobreviven a accidentes de tránsito, a problemas vasculares, pasa algo similar. La situación se da de tal manera que a la familia le cuesta adaptarse a la nueva situación. Luego de que el accidentado sale del coma puede quedar con lesiones cerebrales y cuando vuelve a la actividad la gente no se percató que esas lesiones lo pueden afectar de tal manera que no puede seguir desempeñando la función que tenía hasta entonces. Las personas que lo rodean empiezan a decir que es vago, que no quiere, que está deprimido. Lo que hay que hacer es una buena

evaluación, muchas veces los daños en el sector frontal, que son comunes, impiden que la persona maneje el planeamiento de su tarea como lo hacía antes. Ese tema es una situación no resuelta en ningún lado. La medicina uruguaya fue siempre muy calificada, pero la rehabilitación quedó fuera. Entonces es muy común que una persona tenga un accidente, vaya a un CTI, se lo opere bien, se lo salve y después que se arregle como pueda. Toda persona que pasó por un accidente queda con algún tipo de afectación y eso afecta también a su entorno.

*¿En otros países hay experiencias de "contención" de los afectados?*

Sí, la hay. Cada vez que hay un terremoto, por ejemplo, aparece inmediatamente un equipo de asistencia que incluye la atención al fenómeno traumático desde el punto de vista físico y social. En Uruguay, esto ocurrió una sola vez. El Poder Ejecutivo tiene previsto el comité de crisis para situaciones de desastre.

En Uruguay no existe un centro de rehabilitación de discapacitados que tome en cuenta el aspecto físico de la enfermedad y la atención psiquiátrica. Y es un tema muy importante ya que en neurología luego de que se da de alta a un paciente viene la parte más importante: la rehabilitación. Después de haberle salvado la vida, ¿quién se ocupa de los daños que se han instalado? Si se trabaja en el rescate y la rehabilitación social, psicológica y neurológica, el sistema nervioso es capaz de compensar aquello que se ha perdido. Por lo mismo, deberían existir más centros multidisciplinarios de atención.

Para ello habría que coordinar esfuerzos. Para la rehabilitación física son necesarios centros deportivos y Uruguay los tiene. El MSP tiene técnicos. Las ONG pueden sumar esfuerzos, el sector privado puede participar. El Ministerio de Salud y las instituciones oficiales tienen que dar las líneas de trabajo y propiciar la operación de estas instituciones. 

AVISO