Publicado en: Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, el año 33 (2013), n.° 117 (Enero-Marzo), pp. 137-150
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352013000100010

Peter Lehmann

Alternativas a la psiquiatría

Exposición en la conferencia "Discapacidad Psicosocial – más allá de la Psiquiatría", organizado de Fundamental Colombia (https://miusa.org/resource/books-and-journals/viewing-identity-through-a-global-prism/) y de Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social (https://derecho.uniandes.edu.co/clinica-juridica/programa-de-accion-por-la-igualdad-y-la-inclusion-social-paiis/), Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia, 10 de octubre del 2012

Siento que me estoy volviendo loco – ¿Qué puedo hacer? ¿Dónde puedo encontrar ayuda confiable para un familiar, una amiga, un amigo que tiene problemas? ¿Cómo puedo protegerme de tratamientos psiquiátricos forzosos? ¿Cuáles son las alternativas viables a la psiquiatría? ¿Por qué las alternativas a la psiquiatría son tan importantes? Todas estas son preguntas, con las que estoy tratando desde hace más de 30 años.

La psiquiatría común sostiene que para personas en severa crisis psíquica no existen alternativas a los tratamientos psicofarmacológicos; y para mantener de pie esta afirmación, se desentiende de las posibles alternativas institucionales que sí existen. Pues los enfoques como Soteria, Diabasis, Refugio de Crisis o Diálogo Abierto ayudarían a reducir y evitar la violencia psiquiátrica y la prescripción de psicofármacos y a superar en forma sostenible las crisis. Por supuesto que se requiere también de enfoques de autoayuda y medidas estructurales como el involucramiento de personas afectadas tanto en la investigación como también en la doctrina y, sobre todo, debe mejorarse la situación legal de usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría, por ejemplo, mediante declaraciones de voluntad anticipadas y la puesta en práctica de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

1. Superación de crisis sin psiquiatría – estrategias individuales

Existe una amplia variedad de formas para superar estados de locura de todo tipo sin llegar al consultorio del psiquiatra. En el libro titulado *"Alternatives beyond Psychiatry" ("Alternativas a la Psiquiatría")* que publiqué en el año 2007 conjuntamente con el psiquiatra Peter Stastny, se describen algunos de estos caminos alternativos. Los autores relatan con qué medidas ellos mismos han superado crisis psíquicas sin ser psiquiatrizados: retirándose al silencio y a lugares seguros; con medidas tranquilizantes, masajes, contacto con animales; también dirigiéndose a personas que están dispuestas a ayudar o a través de la actividad artística; mediante la reflexión en autoayuda, terapia o la escritura; analizando sus diagnósticos, empeñándose en iniciativas en materia de política psiquiátrica o la observación autocrítica; llevando una vida balanceada y consciente, asegurando una alimentación adecuada y suficientes horas de sueño; alejándose de lugares peligrosos y mediante declaraciones de voluntad anticipadas. Otras estrategias importantes son el apoyo afectivo de otros, el acompañamiento de personas que brinden seguridad, cercanía, respetando los espacios y momentos individuales sin presiones, molestia ni hostigamientos (Lehmann, 2007). Ahora bien, las recetas patentadas que funcionan para todos no existen. Pero la componente más importante es la

empatía. Zoran Solomun – un director de cine de la ex Yugoslavia que ha vivido en carne propia experiencias psiquiátricas muy dolorosas – lo resume así:

> "Escuchamos, hablamos, nuevamente escuchamos. Decimos nuestra verdad, sabemos que esta verdad existe, y la oímos. De esta manera, abrimos el acceso a lo profundo de nuestro propio ser y encontramos la calidez del otro. Es la cosa más normal que yo espero de la vida." (2007, p. 66)

Bhargavi Davar, conocedora del arte médico hindú, hace hincapié en el rol fundamental de la alimentación, y recalca, p.ej. la importancia de un "golpe de glucosa" en caso de estados de ánimo cambiantes y la necesidad de una adecuada combinación de carbohidratos complejos y proteínas. Cuando se trata de vencer síntomas depresivos, es fundamental el aporte suficiente de ácidos grasos omega 3, de vitamina B_{12}, ácido fólico, zinc y otros micronutrientes. Asimismo, Bhargavi Davar señala que es decisivo abordar el problema de una manera integral y holística:

> "Todo enfoque para la sanación de la depresión debe abarcar tanto los estados médicos del cuerpo como también los procesos de corporalización. Significa que deben tomarse en cuenta las situaciones médicas del cuerpo, sus reacciones vegetativas, las manifestaciones físicas de estrés, la conciencia corporal, y los métodos curativos deben generar efecto en primer lugar en el cuerpo. Una curación holística de la depresión considera tanto el historial médico como también metabólico de la persona. Asimismo, hace frente a las reacciones del sistema nervioso autónomo mediante una serie de técnicas corporales como, p.ej., ejercicios de relajación, biofeedback, imaginación dirigida, entrenamiento autógeno, técnicas de respiración rítmica, trance, meditación, tai chi o yoga. Todas estas técnicas curativas desarrollan en la persona un sentimiento corporal equilibrado y centrado; aumentan la conciencia corporal y apoyan la motivación necesaria para una disciplina corporal integral. De igual manera, ofrecen a la persona una experiencia gratificante, corporalizada en forma humana. Fortalecen el aparato circulatorio, regulan la respiración, el sueño, el apetito, el deseo sexual y varias otras funciones vegetativas del cuerpo – funciones que se encuentran también en el núcleo de la depresión." (2007, p. 87)

2. Superación de crisis sin psiquiatría – autoayuda organizada

En su libro titulado "La ofensiva de los locos – experiencias de una organización de autoayuda de sobrevivientes de la psiquiatría", Tina Stöckle muestra cómo es posible vencer las crisis psíquicas con recursos de autoayuda no psiquiátricos, dando voz a los miembros de un grupo de autoayuda crítico de la psiquiatría que existe desde hace 1980 en la ciudad de Berlín. En base a los resultados de las entrevistas y desde la perspectiva de su propia afectación, la autora desarrolla las condiciones necesarias para una actividad de autoayuda efectiva: unión; lucha contra las violaciones psiquiátricas de los Derechos Humanos; discusión colectiva de las condiciones de vida; autoorganización y autoayuda; liberación de influencias psiquiátricas; búsqueda del sentido de la locura; autonomía y desenvolvimiento personal; debate crítico con "expertos"; minimización de constelaciones de poder al interior del grupo y resistencia al control ajeno (Stöckle 2005 [1983]).

Y aún sin ese enfoque de lucha, la autoayuda organizada es de suma importancia. Wilma Boevink, presidenta de una red de escuchadores de voces en Holanda, ha aportado con un artículo al libro "Alternativas a la Psiquiatría" que titula "Sobrevivir, arte de vivir y conocimientos para transmitir – recuperación, empoderamiento y conocimientos basados en la experiencia". El artículo recalca el

alto valor del conocimiento basado en las experiencias de usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría:

> "Nos ayudamos a nosotros mismos con nuestras propias historias. Hacemos de todo para ayudarnos a nosotros mismos. Tenemos experiencia de sobra con eso. Aprendemos a reconocer el valor verdadero de nuestras experiencias y a ver su significado. Tratamos de aprender de ellas, qué es lo que tenemos en común y en qué nos diferenciamos. Queremos identificar lo que nos ayuda y lo que nos perjudica. Desarrollamos conocimientos: conocimientos basados en la experiencia. Y estos conocimientos, los transmitimos a otros: a la próxima generación de personas afectadas, para darles fuerza y esperanza; a personas que trabajan en la psiquiatría para que aprendan a escuchar nuestra voz; a personas fuera del área psicosocial para mostrarles que nosotros también somos seres humanos y que también formamos parte de la sociedad." (2007, pp. 109-110)

3. Modelos alternativos de apoyo institucionalizado

El libro "Alternativas a la Psiquiatría" incluye también una descripción de alternativas a la psiquiatría que han probado su utilidad y funcionamiento. Peter Stastny – coautor del mencionado libro – es miembro fundador de la Red Internacional de Alternativas y Recuperación (www.intar.org). En esta red se han unido los proyectos alternativos más importantes a nivel mundial, y a continuación, voy a presentarles algunos ejemplos:

a) Soteria

Originalmente, Soteria tiene sus raíces en un proyecto estadounidense en San José, California, fundado por el psiquiatra Loren Mosher que fue alumno de Ronald D. Laing. El nombre "Soteria" viene del idioma griego y quiere decir salvación, es también el nombre de la Diosa de la Salvación. En Soteria, para el apoyo de personas "esquizofrénicas", los profesionales del área recurren a no-profesionales llamados laicos. Fue fundada en 1971 y replicada de 1974 hasta 1980 bajo el nombre "Emanon" – que, leído al revés quiere decir en inglés "no name", es decir "sin nombre". Finalmente, Soteria fue suspendida en 1983.

Según "Alternativas a la Psiquiatría", uno de los varios motivos para la fundación del proyecto Soteria fue que se había visto que aún en las clínicas bien equipadas y que trabajaban con enfoques progresistas, el carácter institucional hacía que no se lograba establecer una relación positiva entre usuarios y el personal tratante. El modelo médico de la enfermedad constituía un obstáculo, también el tamaño y la estructura de la institución, también los tratamientos con neurolépticos. Se estableció un proyecto de investigación con el fin de comprobar científicamente el impacto y los éxitos de Soteria. Para tal efecto, los investigadores conformaron dos grupos. Las personas afectadas que vivían en la casa Soteria constituían el grupo experimental, las que se sometían a un tratamiento normal en una clínica psiquiátrica eran el grupo de control. Los iniciantes de Soteria justificaban el reclutamiento de personas no-profesionales como acompañantes argumentando que éstas no estaban "contaminadas" por la ideología psiquiátrica y que, por ello, tendían a actuar en forma más libre, espontánea y auténtica frente lo que muchos llamarían una "reacción psicótica". Los postulantes que finalmente se contrataba eran personas que mostraban mayor capacidad de comprender las vivencias y las acciones alocadas – y que eran capaces de crear una presencia constante y tranquilizante sin hostigar, exigir ni molestar.

A diferencia del modelo médico de enfermedad, las experiencias comúnmente llamadas "psicóticas" eran consideradas experiencias y conductas comprensibles como extremos de características humanas fundamentales y, si venía al caso, como expresión potencial de una crisis de vida. De hecho, la función de los acompañantes no era tratar o curar a los afectados sino *estar ahí para ellos.*

Dados sus efectos, los psicofármacos – en especial los neurolépticos – eran considerados problemáticos para una rehabilitación de largo plazo y se administraban sólo en casos muy aislados y siempre bajo el control de la persona afectada misma. Al respecto, Mosher indicaba:

> "Raras veces usamos medicamentos, y si los prescribimos, su uso queda bajo el control primordial del habitante. (…) Después de un periodo de prueba de dos semanas, es el habitante mismo que decide si quiere continuar con la medicación o no."

En cuanto a la reintegración a su entorno social, los habitantes de la casa Soteria mostraban una reacción más favorable en comparación con los usuarios del grupo de control a los que, sin excepción, se había administrado neurolépticos, pues al cabo de dos años, el consumo de psicofármacos en el grupo Soteria era muy escaso.

También sus avances en cuanto a desarrollo personal eran mayores. Se definía como desarrollo personal que los afectados cumplían los siguientes requisitos – cosa que anteriormente lograban menos:

- trabajar regularmente por un determinado lapso de tiempo
- asistir con regularidad al colegio y/o concluirlo con éxito
- salir de la casa de los padres, vivir independientemente
- mantener una relación sexual satisfactoria.

Respecto a los gastos por persona, eran prácticamente los mismos en ambos grupos. Sin embargo, el número de personas que posteriormente de nuevo se internaban en una clínica psiquiátrica era un poco menor en el grupo Soteria (Aderhold et al., 2007).

b) Refugio de Crisis

El Refugio de Crisis era una alternativa a la psiquiatría de internación establecida por personas afectadas mismas en Tompkins County, Estado de Nueva York. Relatan experiencias al respecto en "Alternativas a la Psiquiatría" Jeanne Dumont – economista e investigadora sobreviviente de psiquiatría – y Kristine Jones. El objetivo principal del Refugio de Crisis fue ofrecer un lugar al que podían retirarse a personas que consideraban necesaria una estadía en la psiquiatría y/o que temían ser internadas. De 1994 a 1996, personas con experiencias relevantes trabajaban en el Refugio. La planificación del proyecto – en la que participaban en forma efectiva usuarios y sobrevivientes de psiquiatría – había durado varios años. Finalmente, el Refugio de Crisis fue financiado por una asociación psicosocial sin fines de lucro de Tompkins County.

Ahora bien, el programa del Refugio constaba de dos componentes. Por un lado, ofrecía una planificación preventiva en caso de crisis y entrenamiento para la superación en combinación con apoyo en un centro de asesoramiento y, por otro, brindaba cobijo a personas que, según su propia percepción, requerían albergarse en el Refugio porque corrían el peligro de ser internadas en una clínica psiquiátrica.

Lo que destacaba y diferenciaba el Refugio de servicios convencionales de atención de crisis fue la participación de los afectados, un modelo no-médico y no-coercitivo, la definición de necesidades por los afectados mismos y el apoyo mutuo como base fundamental.

La evaluación de los resultados se basó en los datos de un total de 265 personas que fueron admitidas en el Refugio por azar. Todas contaban con diagnósticos establecidos según "DSM-III R" – la "Biblia" del diagnóstico psiquiátrico. Y todas se habían internado en clínicas psiquiátricas en varias oportunidades, la mayoría de ellas cuatro veces y más.

Las personas del grupo experimental tenían acceso a todos los servicios del Refugio, es decir: apoyo en crisis, talleres de largo plazo, asesoramiento por parte de otros afectados, asesoramiento legal, acceso a espacios para desfogarse, relajarse y pernoctar. El grupo de control no podía hacer uso de la oferta del Refugio. Por lo demás, no había diferencias fundamentales entre los miembros de ambos grupos.

El resultado que arroja el análisis de los informes sobre el grupo del Refugio no nos sorprende. La ayuda ofrecida por el Refugio era más inmediata y de mayor utilidad – con personal experto que respetaba más los derechos de los usuarios que en servicios de ayuda en crisis convencionales. De hecho, las personas del grupo del Refugio experimentó mayor apoyo en la recuperación y para la autoayuda que los miembros del grupo de control. En total, el grado de satisfacción con la atención recibida fue mayor en el grupo experimental que en el grupo de control.

Asimismo, los usuarios del Refugio de Crisis mostraban mayores progresos en recuperación, empoderamiento y grado de satisfacción. Las interrupciones en la vida laboral – si acaso las hubo – eran mucho menores, las estadías en clínicas eran menos frecuentes y más cortas. Y en cuanto a los gastos, los gastos para servicios de crisis y el total de gastos para servicios psiquiátricos fueron menores en el grupo del Refugio que en el grupo de control.

Si se suman los gastos para servicios de crisis, para servicios psiquiátricos y los programas de vivienda protegida, el total de gastos generado por el grupo experimental fue considerablemente menor que el del grupo de control. De hecho, el promedio de gastos para este tipo de servicios ampliados fue de $US 9.088, en el grupo de control, este monto ascendió $US 13.919 – lo que significa un ahorro promedio de $US 4.831 por persona en tan solo 6 meses (Dumont & Jones, 2007).

c) Diálogo Abierto

El "Diálogo Abierto" se basa en el así llamado tratamiento adaptado a las necesidades desarrollado por el psiquiatra finlandés Yrjö Alanen. Jaakko Seikkula y Birgitta Alakare – psicólogo el primero y psiquiatra la segunda – informan sobre este enfoque en "Alternativas a la Psiquiatría". Según los autores, los prerrequisitos necesarios para este enfoque de intervención en crisis son los siguientes:

- comprensión sistémica de la psicosis que se apoya en trastornos en las relaciones de las personas y no en trastornos cerebrales
- reacción inmediata en el lugar mismos
- involucramiento de la red social – también en la toma de decisiones
- asunción de responsabilidad
- continuidad psicológica

- equipo interdisciplinario de profesionales
- tolerancia ante la inseguridad (que incluye la no administración de psicofármacos por varias semanas)

Según Seikkula y Alakare, al contrario del método del Diálogo Abierto, en las primeras fases del tratamiento, los enfoques orientados en la enfermedad se concentran en aliviar los síntomas mediante la administración de psicofármacos. En el caso de personas con psicosis, normalmente estaríamos hablando de neurolépticos. Los autores sostienen que si bien éstos pueden ayudar, albergan el peligro de reducir y debilitar las fuerzas de autocuración y los recursos psicológicos que tiene la persona. Lo que hacen los neurolépticos es sedar al paciente, nublar la psiquis, cosa que puede perjudicar el trabajo psicológico. El desafío es generar un proceso que dé seguridad a la persona y la anime a trabajar en sí misma. Seikkula y Alakare indican que es importante tratar el tema de la administración de neurolépticos en por lo menos dos o tres sesiones antes de comenzar.

En un estudio de dos años, se han comparado los procesos de tratamiento que recibieron pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en Diálogo Abierto y en servicios de tratamiento tradicionales. Los resultados han revelado considerables diferencias:

- Las estadías en la clínica eran considerablemente más largas en los pacientes del grupo de control (aprox. 117 días en comparación con sólo 14 días en el grupo de Diálogo Abierto).
- Todos los pacientes del grupo de control tomaban neurolépticos. En el grupo de Diálogo Abierto sólo la tercera parte de las personas recurrían a estos fármacos.

Comparando los resultados, observamos que la recuperación de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia y tratados con Diálogo Abierto es mejor. Las diferencias que se han evidenciado al respecto son las siguientes:

- El 71% de los pacientes del grupo de control han sufrido por lo menos una recaída. En el grupo de Diálogo Abierto sólo era el 24%.
- Los pacientes del grupo de control tenían muchos más síntomas psicóticos permanentes que las personas atendidas mediante Diálogo Abierto. El 50% del grupo de control sufría de síntomas leves por lo menos de vez en cuando, en el grupo de Diálogo Abierto sólo fue el 17%.
- La situación laboral del grupo de Diálogo Abierto fue mejor, pues sólo el 19% vivía de una renta de incapacidad laboral, mientras que en el grupo de control, el 57% cobraban una renta de este tipo (Seikkula & Alakare, 2007).

d) Casa de Escape, Windhorse, La Cura, etc.

Aparte de las alternativas que acabamos de señalar, existen otras que en el marco de la presente exposición sólo las puedo mencionar brevemente. Así, en Berlín existe la Casa de Escape, una institución de intervención de crisis que trabaja bajo un enfoque antipsiquiátrico. Lejos de diagnósticos psiquiátricos y psicofármacos, lo que constituye una alternativa viable para los habitantes son el apoyo las 24 horas – muchas veces brindado por personas que también han sufrido intervenciones psiquiátricas – y la convivencia activa, pues en la Casa de Escape, los pacientes no son reducidos a receptores pasivos de tratamiento ni obligados – con mayor o menor fuerza – a consumir psicofármacos (Hartmann & Bräunling, 2007; Kempker, 1998, 2004).

Otro proyecto que me gustaría mencionar es el proyecto Windhorse, creado en 1981 por Edward Podvoll y un grupo de egresados de una maestría en psicología contemplativa de la Universidad Naropa en Boulder, Colorado. De hecho, anteriormente Podvoll había trabajo como psiquiatra. Luego comenzó a practicar meditación budista y a buscar un abordaje sano y compasivo para el cuidado y la curación de personas que viven en estados mentales extremos. Estaba convencido de que combinando la psicología occidental con la oriental, podían abrirse nuevos caminos para ayudar a personas que, a raíz de situaciones de vida extraordinarias, se encuentran en una situación de severo apremio (Herrick et al., 2007).

También en Italia, más exactamente en Sicilia, existe un proyecto alternativo. Se llama La Cura y apuesta al apoyo social y a la cooperación. A diferencia de los proyectos alternativos en países anglosajones y en Europa noroccidental que suelen estar orientados más hacia un enfoque terapéutico, la Cura se basa en una comunidad. Uno de los cofundadores es Giuseppe Bucalo, quien en "Alternativas a la Psiquiatría" señala lo siguiente:

> "Nuestra experiencia es la solidaridad activa apoyada por la sociedad – sin profesionales pero con voluntarios que crean una red de apoyo para personas que quieren vivir su locura, lejos de todo concepto de 'enfermedad' y 'curación psíquica'." (2007, p. 217)

En 1996, se conformó la Asociación Penélope con sede en Taormina que también forma parte de La Cura. Se trata de:

> „... una red que brinda cobijo y alimentación a estas personas, un lugar en el que se las escucha, pero también un lugar en el que pueden asearse, reciben vestimenta, vivienda y trabajo o un lugar en el que pueden relajarse y emprender un viaje a su interior. La red está abierta para todas las personas que no quieren o no pueden vivir con su familia, pero no es un servicio alternativo para pacientes psiquiátricos, sino un ejemplo práctico de utilidad común. Gracias a la red, la Asociación Penélope ha ampliado las opciones para todas las personas que se encuentran en una situación difícil." (2007, p. 222)

El proyecto La Cura en Sicilia es similar a la comunidad abierta que Alfredo Moffatt ha creado en 1971 en Buenos Aires. Se llamaba "Peña Carlos Gardel" y una vez abolida la dictadura militar, lo retomó bajo el nombre "Cooperanza" ("Cooperativa de la Esperanza – www.cooperanza.com.ar). Muchas personas encuentran ayuda en Cooperanza mediante el teatro, la danza, la pintura y una buena alimentación. De hecho, esta comunidad tiene algo de la filosofía de los gauchos de las Pampas, de la anarquía y de la ideología de Frantz Fanon, el ideólogo de la liberación en Argelia (Moncalvillo, 1987; Moffatt, 1993).

e) Diabasis

Diabasis fue un modelo de una práctica antipsiquiátrica modificada en San Francisco. Sus orígenes también remontan a los años 1970, cuando el psiquiatra John Perry – influenciado por los conceptos de Carl G. Jung – había creado un proyecto de vivienda para personas con psicosis así llamadas agudas. La palabra "Diabasis" también proviene de la lengua griega. Significa "transición" y se refiere a que los estados de locura y otras crisis albergan una oportunidad de desarrollo de la personalidad. John Perry describe su proyecto de la siguiente manera:

> "En primerísimo lugar está la actitud del personal respecto a los estados psicóticos. Teníamos asesores cuasi profesionales sin formación en psicopatología. Tenían en común el punto de vista de que el etiquetaje psiquiátrico tiene un efecto destructor en los clientes, porque

> menosprecia sus experiencias y sus formas de ser. Por consiguiente, los colaboradores mantenían una estricta regla fundamental que era: no etiquetar. Su conducta se caracterizaba por el interés, la animación, el apoyo y el afecto. El ambiente en la casa era cálido, de apoyo, abierto y libre para la expresión de la personalidad de las personas. (...) No administrábamos psicofármacos. Nuestras expectativas eran altas, y aun así, los resultados nos asombraban. La experiencia más sobresaliente fue la rapidez con la que estas personas salían de sus estados psicóticos: la mayoría recobraba un estado de conciencia coherente, racional en el lapso de entre 1 a 5 días. El 'regreso' más largo duró 9 días. Su sanación no significaba la ausencia total de síntomas, pero sí era el camino hacia una vida rica y hacia desarrollos creativos." (1980, p. 194)

4. ¿Por qué las alternativas a la psiquiatría son tan importantes?

En promedio, la esperanza de vida de las personas con diagnósticos psiquiátricos y los tratamientos respectivos es de entre 20 a 30 años menor. Los motivos de este hecho – ampliamente comprobado, por cierto – son su situación de vida muchas veces precaria, su estado físico general deplorable y el consumo de psicofármacos tóxicos (Colton & Manderscheid, 2006; Manderscheid, 2006, 2009; Aderhold, 2007, 2010; Weinmann et al., 2009; Chang et al., 2011). La administración de psicofármacos, en especial de neurolépticos, genera muchas enfermedades crónicas y hasta mortales; entre otras los síndromes de déficit crónicos (falta permanente del impulso y de la necesidad de hablar y de tener contactos sociales); delirios; psicosis y depresiones crónicas; daños irreparables en la retina, la córnea y en el nervio óptico; trastornos musculares y motrices irreversibles; ictericia crónica y daños hepáticos; tumores en las glándulas mamarias que pueden llegar a ser cancerosos; sobrepeso; trastornos en el metabolismo de grasas; hipertensión; resistencia a la insulina como factor condicional de un síndrome metabólico que puede desencadenar en diabetes crónica; enfermedades vasculares graves; infartos cardiacos o accidentes cerebrovasculares y muchos problemas más (Lehmann, 2012a). También los antidepresivos tienen muchos efectos nocivos indeseables, sobre todo la cronificación de la depresión misma (Andrews et al., 2011, 2012), lo que puede traer consigo la aplicación de electrochoques altamente dañinos para el cerebro.

Y al hecho de que muchos de los afectados fallecen jóvenes – a menudo por suicidio, pues los psicofármacos tienen un efecto suicidal – nadie parece darle importancia (Lehmann, 2012b).

Cabe señalar también que existen varios estudios que confirman que personas afectadas y sobrevivientes de psiquiatría suelen ser discriminadas. Como ejemplo, podemos indicar un estudio europeo titulado "Acoso y Discriminación Sufridos por Personas con Discapacidad Psíquico-social en el Ámbito de los Servicios de Salud. Estudio a nivel europeo" (2001-05). Se trata de un estudio multinacional realizado por encargo de la Comisión Europea. Diversas asociaciones de personas afectadas por psiquiatría, asociaciones psiquiátricas y de familiares de pacientes psiquiátricos han entrevistado a personal que trabaja en la psiquiatría, familiares y personas afectadas. Participaron en el estudio asociaciones de Gran Bretaña, Austria, Alemania España y Holanda, la Red Europea de (ex-) Usuarios y Sobrevivientes de Psiquiatría (ENUSP), Salud Mental Europa (sección europea de la Federación Mundial de Salud Mental) así como un instituto de investigación con sede en Bélgica. El resultado del estudio: los usuarios y sobrevivientes de psiquiatría son discriminados sistemáticamente en el ámbito médico y psiquiátrico ("Acoso", 2005). Y no existe razón alguna para suponer que en América Latina la situación sería mejor.

A menudo, no se informa adecuadamente a las personas sobre los riesgos y los daños que pueden causar los psicofármacos psiquiátricos. Tampoco se advierte a los pacientes del efecto suicidal que pueden tener, ni del peligro de adicción que es característico para todas estas sustancias. Y menos aún los pacientes se enteran de cómo reducir los riesgos en el momento de dejar la medicación. Al respecto, hace poco se ha publicado el primer libro sobre el tema escrito por una persona: "Dejando los Medicamentos Psiquiátricos: Retirada Exitosa de los Neurolépticos, Antidepresivos, Litio, Carbamazepina y Tranquilizantes". Todos, que quieren retiran sus psicofármacos, historias en detalle, de cómo otros abandonaron las substancias sin que eso provocara que regresaran al oficina médica o la clinica psiquiátrica, tienen un interés fundamental (Lehmann, 1998).

5. Abordajes estructurales para implementar un tratamiento humano

Para lograr que se impongan las alternativas a la psiquiatría y condiciones humanas en las instituciones que actualmente tenemos, hacen falta medidas estructurales. Mencionaremos sólo algunas de ellas: centros de reclamo y defensorías, demandas por daños y perjuicios, declaraciones de voluntad anticipadas con efecto jurídico, cooperaciones internacionales (que influyan en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad – véase www.un.org/spanish/disabilities), investigación controlada por afectados e intercambio de experiencias internacional entre organizaciones de autoayuda y proyectos alternativos (Stastny & Lehmann, 2007, pp. 297-380).

Las declaraciones de voluntad anticipadas son un recurso legal que se ha introducido para proteger el derecho de personas capaces de comprender y juzgar para elegir o rechazar tratamientos médicos. Permiten a potenciales pacientes documentar ciertas decisiones específicas y a nombrar representantes autorizados a tomar estas decisiones en su nombre. De esta manera, las declaraciones anticipadas aseguran que tengan el control sobre su tratamiento psiquiátrico aún en momentos en los que hayan perdido su capacidad de comprender y juzgar (Ziegler, 2007). De igual manera, el hecho de anticipadamente pensar en una posible intervención no psiquiátrica en caso de alguna crisis y en posibles factores desencadenantes de una crisis ha probado dar alas a las actividades de autoayuda (Krücke, 2007).

Ahora bien, respecto a la investigación controlada por los usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría mismos, ésta está recobrando cada vez más importancia en el momento de valorar las diferentes ofertas psiquiátricas. Mientras que se permita que los ofertantes de "servicios" mismos investiguen su valor y utilidad, no podemos esperar resultados independientes capaces de darnos indicios de cómo mejorar la oferta. Por lo tanto, el objetivo de la investigación controlada por los usuarios mismos es ofrecer una plataforma a las voces, a los puntos de vista de personas afectadas y contribuir a que, con su experiencia y experticia, ellas – los clientes de este sistema – formen parte integral de toda planificación en el área psiquiátrica. La Dra. Jan Wallcraft – ella misma sobreviviente de psiquiatría – recalca la diferencia fundamental entre la investigación controlada por los (ex)usuarios y la investigación común en el área:

> "El conocimiento generado por investigadores usuarios o sobrevivientes de psiquiatría se basa en otro sistema de valores que el producido por expertos. Algunos de los valores fundamentales para la investigación controlada por usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría son, entre otros, la orientación en el cambio, la competencia basada en la experiencia propia, la lucha contra la estigmatización y las constelaciones de poder así como el anhelo de autogestión y recuperación con el fin de llevar una vida plena." (2007, p. 349)

6. Atravesar la crisis con psicoterapia

Las personas que se encuentran en medio de una crisis psíquica y que no tienen acceso a opciones de autoayuda, pueden tratar de establecer una relación de apoyo y ayuda mediante una psicoterapia – siempre y cuando ésta sea alcanzable económicamente. Para que una psicoterapia tenga sentido, el terapeuta debe abstenerse de recetar psicofármacos psiquiátricos que alteran la personalidad de la persona, renunciar a un lenguaje patologizador y realizar una rehistoriación y reconstrucción de todo aquello que la psiquiatría generalmente trata como un síntoma incomprensible y aislado de la historia de vida del paciente. Para poder ayudar y apoyar a personas a superar problemas de vida graves y dolor del alma, hace falta tomarlas en serio, condescenderlas en su historia de vida y guiarlas para que puedan salir de su excomunicación y volver a la comunicación (Itten, 2007).

7. Requisitos para que las alternativas a la psiquiatría funcionen

Algunos de los requisitos que deben cumplir las alternativas a la psiquiatría o los enfoques que merecen llamarse "reforma" son los siguientes:

- actitud crítica respecto al concepto de enfermedad
- conciencia de los efectos nocivos de la violencia psiquiátrica traumatizante, de neurolépticos y electrochoques
- respeto de los Derechos Humanos

Asimismo, es necesario deshacerse de la idea de que las dificultades humanas puedan comprenderse, de una u otra manera, como una especie de problema técnico: como problema que puede solucionarse con algún modelo técnico ya sea médico, cognitivo, psicoanalítico o social.

El psicólogo estadounidense David Goldblatt, alumno de Laing y fundador de otra institución alternativa llamada "Burch-House", critica la fe de muchos de sus colegas en la psiquiatría biológica. En 1995, Goldblatt señaló:

> "Muchos expertos apuestan a hacer creer al pobre paciente que lo que necesitan para curarse son ellos. Y con ello, no hacen más que empeorar aún más las cosas. (...) Debemos dejar atrás la distribución de roles tal como la vemos en el trabajo de los expertos para asumir una actitud que comprenda que aquí hay dos personas en condiciones de igualdad de derechos que se encuentran en medio de una situación de sufrimiento en la que se ha quedado atascada una de ellas. Creer que uno tiene la respuesta a problemas de otra persona o que sabe qué es lo mejor para ella, también es una posición peligrosa, porque eso genera expectativas no realistas y asigna al terapeuta una imagen similar a la de un Dios, lo cual alimenta la ilusión de que éste es superior al paciente." (p. 229)

Cabe destacar que un cambio positivo implica, según el psiquiatra irlandés Pat Bracken, el reconocimiento

> "... de que son los afectados los que mayor conocimiento y mayor información tienen sobre valores, significados y relaciones. De hecho, en el sentido del movimiento de recuperación, son ellos los verdaderos expertos." (2007, p. 402)

Finalmente, es menester señalar que el cambio presupone modificar las constelaciones de poder y el poder de disposición de recursos económicos. Si los profesionales realmente tienen interés en el cambio, deben cambiar ellos mismos. Deben estar dispuestos a recabar y transmitir información y

datos sobre la nocividad de los psicofármacos psiquiátricos, también sobre su potencial de crear dependencia y adicción. Asimismo, deben hacer públicos los diferentes caminos que existen para retirar psicofármacos. Deben estar dispuestos a renunciar a su poder y a prebendas económicas en beneficio al fomento de la autoayuda. Deberían analizar y debatir sobre la mentalidad antihumana, sobre las prácticas y las consecuencias de todo uso de poder y violencia en el campo psicosocial que no sólo son antiterapéuticas sino que también van en contra de los Derechos Humanos. Y deben reflexionar críticamente y dejar atrás sus fantasías de omnipotencia respecto a sus propias habilidades terapéuticas.

Este es un lado. El otro lado son usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría dispuestos a luchar por recobrar el poder sobre su propia vida. Deben organizarse en proyectos de autoayuda, participar en la construcción de alternativas, organizarse a nivel internacional y buscar aliados adecuados para enfrentarse a todo este complejo psiquiátrico-industrial. Y si existen personas que trabajan en la psiquiatría dispuestas a cooperar, familiares y amigos de usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría y otros ciudadanos que tengan la disposición de apoyar este cambio – bienvenidos sean, pues sólo podrán enriquecer el proceso.

La dependencia de la industria farmacológica va en constante aumento, también el número de recetas que expiden los profesionales y, consecuentemente, los gastos y el daño para los afectados, inclusive los perjuicios sociales y económicos. Todo ello contribuye en creciente medida a la agudización de la crisis económica en muchos países. Es por eso que invertir en las alternativas sería del interés de la gran mayoría de las personas.

Bibliografía

"Acoso y discriminación sufridos por personas con discapacidad psíquico-social en el ámbito de los servicios de salud. Estudio a nivel europeo" (2005); recuperado el 20 de julio del 2012 de www.peter-lehmann.de/articles/enusp/harassment-spain.htm

Aderhold, Volkmar / Stastny, Peter / Lehmann, Peter: "Soteria: An alternative mental health reform movement", en: Peter Stastny & Peter Lehmann (eds.): "Alternatives beyond psychiatry", Berlín / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2007, pp. 146-160 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/books/without.htm)

Aderhold, Volkmar: "Neuroleptics: Effects, risks, education and treatment contexts", manuscrito inédito de enero del 2007; recuperado el 20 de julio del 2012 de www.peter-lehmann.de/articles/others/pdf/aderhold_neuroleptics.pdf

Aderhold, Volkmar: "Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. Minimale Anwendung von Neuroleptika – ein Update", manuscrito inédito de septiembre del 2010; recuperado el 20 de julio del 2012 de www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/nl-debatte.pdf

Andrews, Paul W. / Thomson, J. Anderson / Amstadter, Ananda / Neale Michael C.: "Primum non nocere: an evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good", en: Frontiers in Evolutionary Psychology, vol. 3 (2012), artículo 117; doi: 10.3389/fpsyg.2012.00117. Publicado online el 24 de abril del 2012; recuperado el 20 de julio del 2012 de www.frontiersin.org/Evolutionary_Psychology/10.3389/fpsyg.2012.00117/full

Andrews, Paul W. / Kornstein, Susan G. / Halberstadt, Lisa J. / Gardner, Charles O. / Neale, Michael C.: “Blue again: Perturbational effects of antidepressants suggest monoaminergic homeostasis in major depression”, en: Frontiers in Psychology, vol. 2 (2011), artículo 159; recuperado el 10 de marzo del 2012 de www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133866/

Boevink, Wilma: “Survival, the art of living and knowledge to pass on: Recovery, empowerment and experiential expertise of persons with severe mental health problems”, en: Peter Stastny & Peter Lehmann (eds.): “Alternatives beyond psychiatry”, Berlín / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2007, pp. 105-116 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/books/without.htm)

Bracken, Pat: “Beyond models, beyond paradigms: The radical interpretation of recovery”, en: Peter Stastny & Peter Lehmann (eds.): “Alternatives beyond psychiatry”, Berlín / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2007, pp. 400-402 (https://www.peter-lehmann.de/books/without.htm); recuperado el 20 de julio del 2012 de www.peter-lehmann.de/articles/pat-bracken_recovery.pdf

Bucalo, Giuseppe: “A Sicilian way to antipsychiatry: La Cura”, en: Peter Stastny & Peter Lehmann (eds.): “Alternatives beyond psychiatry”, Berlín / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2007, pp. 217-223 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/books/without.htm)

Chang, Chin-Kuo / Hayes, Richard D. / Perera, Gayan / Broadbent, Mathew T. M. / Fernandes, Andrea C. / Lee, William E., et al.: “Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London”, en: PLoS One, vol. 6 (2011), e19590; recuperado el 20 de julio del 2012 de www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0019590

Colton, Craig W. / Manderscheid, Ronald W.: “Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states”, en: Preventing Chronic Disease, vol. 3 (2006), no. 2, pp. 1-14; recuperado el 20 de julio del 2012 de www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1563985/

Davar, Bhargavi: “Depression and the use of natural healing methods”, en: Peter Stastny & Peter Lehmann (eds.): “Alternatives beyond psychiatry”, Berlín / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2007, pp. 83-90 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/books/without.htm)

Dumont, Jeanne / Jones, Kristine: “The Crisis Hostel: Findings from a consumer/survivor-defined alternative to psychiatric hospitalization”, en: Peter Stastny & Peter Lehmann (eds.): “Alternatives beyond psychiatry”, Berlín / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2007, pp. 179-187 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/books/without.htm)

Goldblatt, David: “Zwei Wochen des Dabeiseins – Die Integration der Psyche in die Person”, en: Thomas Bock, Dorothea Buck, Jan Gross, Ernst Maß, Eliot Sorel, & Eugen Wolpert (eds.): “Abschied von Babylon”, Bonn: Psychiatrieverlag 1995, pp. 223-230

Hartmann, Petra / Bräunling, Stefan: “Finding common strength together: The Berlin Runaway House”, en: Peter Stastny & Peter Lehmann (eds.): “Alternatives beyond psychiatry”, Berlín

/ Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2007, pp. 188-199 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/books/without.htm)

Herrick, Michael / DiGiacomo, Anne Marie / Welsch, Scott: "The Windhorse project", en: Peter Stastny & Peter Lehmann (eds.): "Alternatives beyond psychiatry", Berlín / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2007, pp. 168-179 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/books/without.htm)

Itten, Theodor: "Psychotherapy instead of psychiatry? A no-brainer", en: Peter Stastny & Peter Lehmann (eds.): "Alternatives beyond psychiatry", Berlín / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2007, pp. 240-251 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/books/without.htm)

Kempker, Kerstin (ed.): "Flucht in die Wirklichkeit – Das Berliner Weglaufhaus", Berlín: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 1998 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/buecher/flucht.htm)

Kempker, Kerstin: "Withdrawing from psychiatric drugs in the Runaway-house", en: Peter Lehmann (ed.): "Coming off psychiatric drugs: Successful withdrawal from neuroleptics, antidepressants, lithium, carbamazepine and tranquilizers", Berlín / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2004, pp. 270-272 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/books/withdraw.htm)

Krücke, Miriam: "Advance directives: A step towards self-help", en: Peter Stastny & Peter Lehmann (eds.): "Alternatives beyond psychiatry", Berlín / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2007, pp. 97-104 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/books/without.htm)

Lehmann, Peter (ed.): "Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Carbamazepin, Lithium und Tranquilizern", Berlín: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 1998 (Consulte la información sobre el libro en https://www.peter-lehmann.de/buecher/absetzen.htm); "Coming off psychiatric drugs: Successful withdrawal from neuroleptics, antidepressants, lithium, carbamazepine and tranquilizers", Berlín / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2004 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/books/withdraw.htm)

Lehmann, Peter / Stastny, Peter: "What helps me if I go mad?", en: Peter Stastny & Peter Lehmann (eds.): "Alternatives beyond psychiatry", Berlín / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2007, pp. 44-75 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/books/without.htm)

Lehmann, Peter: "Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen", en: Allegro – Magazin psychisch beeinträchtigter Menschen (Zúrich), 2012(a), no. 1, pp. 34-38 (www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/warnzeichen-allegro.pdf); en inglés bajo el título "Early warning signs of chronic or lethal diseases due to the administration of neuroleptics", in: Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy, vol. 13 (2013), no. 1, pp. 23-29; recuperado el 19 de diciembre del 2012 de www.peter-lehmann.de/articles/lehmann/pdf/warningsigns.pdf

Lehmann, Peter: "About the intrinsic suicidal effects of neuroleptics: Towards breaking the taboo and fighting therapeutical recklessness", en: International Journal of Psychotherapy, vol. 16

(2012[b]), no. 1, pp. 30-49; recuperado el 20 de julio del 2012 de www.peter-lehmann.de/articles/lehmann/pdf/neuroleptics-suicide.pdf

Manderscheid, Ronald W.: "The quiet tragedy of premature death among mental health consumers", en: National Council News, septiembre del 2006, pp. 1 y 10

Manderscheid, Ronald W.: "Premature death among state mental health agency consumers: Assessing progress in addressing a quiet tragedy", en: International Journal of Public Health, vol. 54 (2009), supl. 1, pp. 7-8; recuperado el 20 de julio del 2012 de www.springerlink.com/content/37w1458601228782/

Moffatt, Alfredo: "Persönliche Beweggründe für antipsychiatrisches Handeln", en: Kerstin Kempker / Peter Lehmann (eds.): "Statt Psychiatrie", Berlín: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 1993, pp. 392-394 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/buecher/sp-1993.htm); recuperado el 20 de julio del 2012 de www.peter-lehmann.de/artikel/biographien/sp-1993/moffatt.htm

Moncalvillo, Mona: "Alfredo Moffatt – Psicólogo social de la contracultura", en: Humor (Buenos Aires), no. 198 (junio del 1987), p. 34

Perry, John Weir: "Psychosis as visionary state", en: Ian F. Baker (ed.): "Methods of treatment in analytical psychology", Fellbach: Bonz Verlag 1980, pp. 193-198

Seikkula, Jaakko / Alakare, Birgitta: "Open dialogues", en: Peter Stastny & Peter Lehmann (eds.): "Alternatives beyond psychiatry", Berlín / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2007, pp. 223-239 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/books/without.htm)

Solomun, Zoran: "What helps me if I go mad?", en: Peter Stastny & Peter Lehmann (eds.): "Alternatives beyond psychiatry", Berlín / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2007, pp. 65-66 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/books/without.htm)

Stastny, Peter / Lehmann, Peter (eds.): "Alternatives beyond psychiatry", Berlín / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2007 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/books/without.htm)

Stöckle, Tina: "Die Irren-Offensive – Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrieüberlebenden", Berlín / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag, nueva edición 2005 (reimpresión ampliada de la edición original de 1983) (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/buecher/stoeckle.htm)

Wallcraft, Jan: "User-led research to develop an evidence base for alternative approaches", en: Peter Stastny & Peter Lehmann (eds.): "Alternatives beyond psychiatry", Berlín / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2007, pp. 342-351 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/books/without.htm)

Weinmann, Stefan / Read, John / Aderhold, Volkmar: "Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: Systematic review", en: Schizophrenia Research, vol. 113 (2009), no. 1, pp. 1-11; el resumen recuperado el 20 de julio del 2012 de www.schres-journal.com/article/S0920-9964%2809%2900233-3/abstract

Ziegler, Laura: “Upholding psychiatric advance directives: ‘The rights of a flea’”, en: Peter Stastny & Peter Lehmann (eds.): “Alternatives beyond psychiatry”, Berlín / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2007, pp. 318-328 (Consulte la información sobre el libro en www.peter-lehmann.de/books/without.htm)

Traducción de Cordi Thöny

✖ El autor agradece a la *Deutsche Klassenlotterie* (www.lotto-stiftung-berlin.de/) y el *Der Paritätische Wohlfahrtsverband Berlín* (www.paritaet-berlin.de/) por la financiación de la traducción.

Acerca de Peter Lehmann: Educación en pedagogía. Vive en Berlín. Autor y editor desde 1986. En 1991, fue co-fundador de la Red Europea de (ex-) Usuarios y Sobrevivientes de Psiquiatría (ENUSP). Fue Director de la organización de 1997 a 1999 y miembro de la Junta Directiva hasta el 2010. En el año 2010, le fue otorgado un Doctorado Honorario en reconocimiento a su “excepcional contribución científica y humanitaria a los derechos de las personas con experiencia psiquiátrica” de la Universidad Aristóteles de Tesalónica (Grecia). En el año 2011, le fue concedida por el Presidente de la República la Orden del Mérito de la República Federal de Alemania. Más sobre Peter Lehmann, en www.peter-lehmann.de/espanol.htm

Copyright 2012 Peter Lehmann