

Debate sobre los medicamentos psiquiátricos y si hacen más mal que bien.

Traducción: XarxaGAM www.xarxagam.org, con ayuda de gente del colectivo Tejiendo Redes en Salud Mental.

Texto original en inglés: <http://rufusmay.com/index.php/resources/33-2006-debate-about-whether-drugs-do-more-harm-than-good>

Un debate público, subvencionado por el “James Naylor Foundation”. Esta parte cree que “Medicamentos psiquiátricos hacen más mal que bien”.

A Favor: Dr. Peter Breggin, acompañado por Dr. Joanna Moncreiff. En contra: Dr. Mark Salter, acompañado por Dr. Trevor Turner (que sale en “El Médico Oye Voces”).

Viernes 7 abril 2006

Café 17.30h Debate 18 - 20h

The Guardian Seminar Room, 60 Farringdon Road, Londres EC1R 3GA

Bob: Gracias, quiero dar la bienvenida a todos de parte del James Naylor Foundation, una pequeña organización benéfica para la salud mental, de la cual soy co-director. Me llamo Bob Johnson y me alegra mucho ver tanta gente aquí. Esta noche vamos a hablar de algunos temas muy importantes, y espero que venga mucha luz pero poco calor. Me gustaría presentar a David Brindle, el Editor de Servicios Públicos del Guardian. Siento un agradecimiento a él por ser el moderador de este evento, ahora os paso a él y pido a los participantes que se presenten. Gracias.

David: Bienvenidos a la Sala de Noticias del Guardian. Es importante decir, claramente, que el reportaje sobre la salud mental por los medios de comunicación podría ser mejor. Aquí, en el Guardian, creemos que hacemos un buen trabajo, mejor que los demás y por lo tanto incluimos apoyo a eventos como este debate y su reportaje, que podéis haber visto hoy - - un texto bastante profundo de Mind, en “un escritor responde”, sobre un artículo que hicimos sobre la depresión y estimulación profunda del cerebro.

Esta noche intentaré mantener la calma. Va ser un debate interesante, y apasionado, entonces os ruego que tengamos un debate bien educado, por favor. Por cierto, a los participantes de los dos lados opuestos del tema, les damos la cortesía de escuchar sin molestar. Tendremos tiempo luego para argumentos y contribuciones de ustedes cuando hayamos escuchado a nuestros 4 participantes. Los dos participantes principales a favor y en contra hablarán durante 10 minutos y los acompañantes 5 minutos, entonces tendremos casi una hora de debate después. Dos avisos, por favor apagen los móviles como cortesía a los demás, y segundo, se está grabando el evento para que tengamos una transcripción – así que por favor, sed conscientes, cuando escogáis vuestras palabras.
(risa)

David: Entonces, la moción es “Los Medicamentos Psiquiátricos Hacen Más Mal Que Bien”. Proponiendo la moción está el Sr. Peter Breggin, acompañado por Joanna Moncreiff. Contra la moción está Mark Salter, acompañado por Trevor Turner. Los presentaré en turno. Empezamos con Peter Breggin, como sabemos, es una autoridad respetada en el campo, autor de “Psiquiatría Tóxica”, fundador del Centro Internacional par el Estudio de Psiquiatría y Psicología en Norte America, y defensor sobre estos temas durante más de 30 años, fuertemente contra el Ritalin, una carrera impresionante, y Peter hablará sobre “Los Medicamentos Psiquiátricos Hacen Más Mal Que

Bien". Peter.

Peter: Gracias por la presentación tan amable. para responder a la cuestión de si los medicamentos psiquiátricos hacen más mal que bien, o no, me voy directamente a la boca del lobo, rumbo al prototipo de la ciencia psiquiátrica, por decirlo de una manera, que es el uso de los Neurolepticos o medicamentos antipsicoticos para tratar a gente etiquetada como esquizofrénica, porque si ese baluarte de autoridad psiquiátrica es "de pegatina" (quiere decir que no tiene una base sólida) entonces todo el resto de la psiquiatría claramente también lo es respecto a los medicamentos y medicinas.

Basicamente hay dos partes de esta propuesta:

1.

Los Neurolepticos solo pueden funcionar haciendo daño al cerebro causando disfunción cerebral. Es el caso que, a través de la disrupción de la neurotransmisión de dopamina a los lóbulos frontales y también al sistema de activación reticular, estos medicamentos, inevitablemente, cuando se dan en dosis adecuadas para que funcionen, causan una lobotomía química de los lóbulos frontales. Y también del sistema de activación reticular. Los cuales están energizados por Dopaminergicos. Es un hecho científico, no una metáfora, que se trata de un fenómeno de lobotomía. Y lo que experimentan los pacientes es la apatía y el desánimo típicos de las lobotomías antiguas y clásicas de cirugía. No dejan de experimentar las llamadas alucinaciones y delirios. - - pero sí, pierden interés en todo lo relacionado con respeto a ellos mismos, su vida familiar, el seguimiento de su equipo de fútbol, toda la variedad vivencial dentro de ellos mismos está tapada por la medicación.

Eso es el principio primario, en general. Recuerdo que cuando se usa el término medicación, que vamos a usar esta noche, de hecho estamos hablando, esencialmente, de la intoxicación del sistema dopamínico. Bloquea hasta un 90% del sistema neurotransmisor, y los nuevos medicamentos bloquean, no solo la dopamina sino también el sistema serotoninérgico, que pasa por todas las partes del cerebro incluyendo los centros mentales más altos. Esa es la primera parte que quiero que entendáis.

La segunda parte es que la gente a la que nosotros llamamos pacientes, a quien estos medicamentos están dirigidos, son personas de verdad. Son seres humanos que podrían venir de cualquier grupo de gente en nuestra sociedad. Está pasando, como en Norte America, que los niños están volviendo a ser el objetivo principal de los medicamentos como Risperadol, Zyprexa, Seroquel, los llamados medicamentos de segunda generación. Los cuales, todos, bloquean la dopamina, y no sé como, pero los profesionales se han olvidado de eso, de que todos bloquean la dopamina. Estos medicamentos son utilizados en todas las circunstancias en las cuales un control se necesita o es deseado.. Se usaron en las psico-cárceles de Rusia, y aun se usan en China y Cuba, se usan en residencias para gente mayor cuando una señora se pone difícil, rebelde o inquieta. Y por supuesto se usan para casi todos los que han sido encarcelados en nuestros grandes hospitales mentales públicos, ahora son más pequeños, pero practicamente todos los que están dentro tomarán estos medicamentos, no importa su diagnóstico.

Es posible que no sepais que estos medicamentos se usan en la medicina veterinaria. Se usan en la medicina veterinaria. Cuando vemos a un tigre tranquilizado por un dardo, muchas veces lleva un Neuroleptico, no sólo un sedante. La gran diferencia en la medicina veterenaria es que toman precaución de no usarlo durante tiempos prolongados porque no quieren hacer daño a los animales.

A pesar del efecto de tapar provocado por estos medicamentos, el efecto fundamental de la

lobotomía es una verdad innegable, una vez que se conoce la psicología sencilla del tema. Los medicamentos también causan mucho sufrimiento en particular causan akathisia, que es una inquietud terrible e interna que obliga a la persona a moverse. Con los medicamentos más antiguos, Haldol y medicamentos de este tipo, un 50% o más de las personas tomando este medicamento sufría de algún grado de akathisia. Podría ser menos ahora, es difícil saberlo. Entonces, la paciente, la persona - - quiero observar esta persona un momento--Nuestro modelo clásico de la persona que recibe estos medicamentos es una persona etiquetada esquizofrénica, pero ¿quién es esta persona? Sobre todo es un individuo sensible, es un individuo asustado, un individuo sin esperanzas, es una persona que necesita, más que cualquier otra cosa en el mundo, una relación de confianza con otro ser humano. Porque cuando hablamos de una falta de contacto con la realidad, lo que queremos decir es la realidad humana. Esa persona que está delante de nosotros cree que no se puede confiar en ningún otro ser humano ni relacionarse con ellos, y se encierra en un mundo de pesadillas.

La manera de salir de este mundo, y lo sabemos a través de muchos estudios, y llegaré a mencionar algunos, es por una relación humana, no por intoxicar los centros reguladores de la emoción más alta del cerebro con Dopamina, y ahora con agentes de bloqueo de Serotonina. Porque esos medicamentos son tan tóxicos, son tóxicos a las células, son Cytotoxic y son especialmente tóxicos a las células Dopamínicas, las células que bloquean. En los medicamentos más antiguos, Tardive Dyskinesia, un trastorno neurológico de movimientos anormales y de daño cerebral, ocurre con un índice de 5% hasta 8% al año acumulativo. Durante los primeros 3 años son, a lo menos, un 15% de personas presentando una desfiguración, y como especialista, veo también casos de Tardive Dyskinesia discapacitantes. Se afirma que el índice de los medicamentos nuevos es menor, pero no estamos al día con las trampas de las compañías de medicamentos. Sus estudios tratan de usar una dosis más baja de sus agentes para bloquear Dopamina, y causan Tardive Dyskinesia. Yo, probablemente he evaluado una docena de casos de niños con retorcio anormal provocado por Risperidol, porque se lo están dando mucho a los niños.

Ahora sabemos que los atípicos también están causando obesidad, hypercholesterolemia, subida de los lípidos de la sangre, diabetes mortal y pancreatitis mortal. Déjame explicar la gravedad del asunto de la diabetes y la pancreatitis. Yo fui un médico especialista en un pleito civil enorme para la diabetes y pancreatitis causado por Zyprexa Olanzapine que se arreglaron extrajudicialmente y la compañía de medicamentos pagó 3/4 billión de dólares. Sí, es correcto, billiones de dólares. Probablemente nadie aquí lo sabe, dudo mucho que mis compañeros psiquiatras sepan algo de este arreglo. En los Estados Unidos, las compañías de medicamentos controlan mucho a la media y casi nadie se enteró, toda la información fue ocultada porque la compañía optó por arreglar, y está prohibido hablar sobre los datos pertinentes.

El NIMH [National Institute of Mental Health, Bethesda, Maryland USA] recién salido de la imprenta, en abril, este mes, el American Journal of Psychiatry, el baluarte del sistema de autoridad, también el estudio CATIE de NIMH, haciendo reportajes sobre Olanzapine, Risperidone, Zipraxadone etc. ¿Y qué han descubierto? Querían hacer un estudio de 18 meses pero salió que el tiempo medio de abandonarlo era 2.9 meses. ¿Y por qué lo abandonaban? Bueno eso es un tema que me suena a mi mismo; era una editorial - - tardan un poco en ver la luz. Es una editorial de este mes del Journal of the American Psychiatry Assosiation...”Vimos altísimos ratos de abandono, que parece indicar una disatisfacción galopante con el medicamento y su ineficacia.”

Dice la editorial que los efectos secundarios eran “sorprendentes en su magnitud y extensión” y advierte a mis compañeros psiquiatras que tendrán que convertirse en doctores de medicina solo para curar los trastornos. Puños para presión de sangre, vascúlas, metros para el cuerpo, control de la química de plasma y electrocardiogramas y especialistas titulados para preguntas medicales

llegarán a ser componentes importantes de la práctica. Tendríamos que estar dentro de una clínica de medicina solo para poder hacer las pruebas para diabetes, hypercholesterolemia, la obesidad, y los medicamentos casi no funcionan cuando queremos estudiarlos.

¿Y que demuestran los estudios de investigación? Que los medicamentos funcionan, claro. Si damos un Neuroléptico a cada persona en esta sala, todos perderían interés en lo que estoy diciendo. ¡Funcionaría! Podría sacarlos para un paseo, guiarlos por aquí, por allá. Funcionarían. Pero estudios múltiples indican que no tienen ningún efecto específico con respecto a las alucinaciones y los delirios. ¿Cómo podrían tenerlo, con nuestro cerebro integrado? ¿Explotamos las neurotransmisiones Dopaminérgicas y eso va a ser específico para una cosa como un pensamiento o una acción? No puede ser.

Todos los estudios hechos por NIMH y otros lugares indican que las tasas de recaída son más grandes después de tomar los medicamentos que sin haber tomado los medicamentos.

Podríamos hablar de muchas cosas que han funcionado con un enfoque social, como Lauren Mosher de Soteria House. Mi propio trabajo hace 50 años como estudiante voluntario, hay muchos enfoques sociales hacia estas pacientes y hay dos lecciones importantes.

Primero, muchas veces la gente se cura sola o con intervención psico-social, pero raras veces se cura de contacto con Neurolepticos durante tiempos prolongados. Entonces, reflexionamos que cuando estos seres humanos, frágiles, nerviosos y desconectados, vienen a nosotros para que les ayudemos, primero necesitan una relación social, contacto humano, pero lo que hacemos es intoxicarlos. Gracias.

Mark: David: Vale, contra la moción que medicamentos psiquiátricos hacen más mal que bien tenemos al Dr. Mark Salter, psiquiatra especialista en la psiquiatría general y en la comunidad del Londres Este. Mark.

Mark: ¿Podéis ver bien? (con referencia a un proyector). ¿Está bien iluminado? Esa es una imagen de una señorita simpática, una chica de catálogo, una modelo, ¿y qué lleva en sus brazos? Lleva una pistola muy grande. Soy socio de Amnesty International, una organización benéfica maravillosa que defiende la importancia de los seres humanos. La gente a la cual se refería Dr. Breggin, la gente a la que tenemos que entender, respetar, amar, ayudar y confiar. Eso, lo hago cada día, hablando con la gente. ¿Qué es mi trabajo? Cuido a la gente enferma que está destrozada, quiero decir destrozada por el sufrimiento. Porque pasar por una enfermedad mental es una experiencia terrible. Bueno, entonces soy un lobotomista, envenenador, un asesino de las almas, si creéis a Dr. Breggin.

Hemos escuchado un agrumento muy radical y rabioso, y cuando hablamos de temas como las armas, y Amnesty International está satirizando algo que no hace ningún bien a nadie. No hay ninguna buena aplicación para un lanzagranadas de propulsión. No puedo pensar en alguna. Pero si se da un medicamento con habilidad, estamos observando algo diferente. Estos medicamentos, a pesar de lo que os diría Dr. Breggin, si son usados con conocimiento y de forma adecuada pueden transformar radicalmente una vida infeliz, insaludable y caótica, y hacerla saludable. En ningún momento digo que estos medicamentos son la solución, solo digo que forman una parte de la solución. No veo ningún problema con recetar con habilidad neurolepticos, benzodiazepinas o Litio, y acordamos que esta noche estamos hablando de medicamentos psicotrpicos, no sólo de los Neurolepticos. No veo ningún problema con el uso de estos medicamentos con conocimiento, a un nivel mucho menos tóxico, y dosis no-lobotomía.

Y la palabra lobotomía - ¿Qué? De hecho estas palabras llevan la idea de que perdona, pensaba que y era un médico de las S.S. Este tipo de polémica no ayuda a nadie, especialmente a los pobres individuos que tienen que luchar, día tras día, contra una enfermedad psicótica. Y quiero decirlos

una cosa más, que la gente que toman estos medicamentos, a los cuales dan un beneficio, están tranquilos, y son los desatisfechos los que hacen más ruido.

Es la polémica, ellos que despotrican desde el extremo de este mundo y este oficio, que francamente no hacen ningún bien a los 95% de los pacientes que reciben un beneficio enorme de estos medicamentos. Y como estamos en ello, ¿cómo se calcula eso? si la gente que reciben un beneficio no dicen nada - - ¿cómo saben calcular como el otro 5 - 10 % están recibiendo daño 20%..... 30%. Es una cosa muy, muy difícil de calcular. La idea de mal contra bien es algo realmente imposible de contar con una calculadora, y es lo que tenemos en su lugar, gracias al enfoque polemico, rabioso y radical de Dr. Breggin...

(Mujer del público) : ¡No estaba rabioso!

Mark : ...es, como lo veo yo, un enfoque que hace daño. Porque lo que estamos haciendo es tirar al bebé con su agua de baño. (es un dicho inglés, que quiere decir tirar lo bueno a la vez con lo malo)

¿Por qué deberíamos abandonar el sistema solo cuando no funcione o esté mal aplicado? Mejor pensar en como podemos usar los medicamentos con más eficacia. ¿Son veneno? Sí, pero son un veneno imperceptible.

Uno de los críticos de la psiquiatría que más admiro en este país dijo ésto : "No me cabe duda de que el descubrimiento accidental de la clorpromazina terapéutica fue un avance importante en el tratamiento de enfermedades mentales graves". ensayos frecuentes demostraron consistentemente en su experiencia quejas menos psicóticas pero el Dr. Breggin diría más bien ignorar ... o ... o envenenados anima a ignorar sus quejas es como él decía. Pero no - mira si se utiliza con habilidad, estas personas se recuperan. Lo veo cada día. Yo lo sé que porque tengo una relación de confianza con mis pacientes , la relación que el Dr. Breggin defendía.

¿Para qué sirve este argumento? Este argumento a favor del uso de medicamentos psicotrópicos, es una valoración equilibrada, una valoración científica y equilibrada, y claramente no una pasión. Lo que necesitamos es una mirada honesta, mirar a la verdad. Tendríamos que evitar un rechazo completo de los argumentos de un lado o del otro.

El autor de esta declaración es un psiquiatra radical y activista que se llama Dr. Richard Bentall. Este libro considero que es el equivalente, en el Reino Unido, al libro de Dr. Breggin. Es un libro fantástico. Recomendo que lo leyáis. Dentro hay un argumento central. Estas medicinas si se aplican a través de una comprensión amplia que permite a la gente mirar sus almas, sus espíritus, sus relaciones, su trabajo, vidas, viviendo en una sociedad que respeta y valora a cada uno de sus ciudadanos, así si que se pueden usar estos medicamentos, y se pueden usar para bien, o también para mal.

¿Más mal, más bien? No sé valorar eso, pero mi reacción instintiva, en mi trabajo clinical día a día, en mi experiencia de 20 a 25 años como médico, es que aquí hay bien. Darne la etiqueta de lobotomista con una granada de propulsión a cohete es francamente insincero, injusto y contra productente.

El libro de Peter es un texto sobre su compasión excepcional y su preocupación. Si dejamos a un lado su rabia evidente y su uso de consultas contra productivas que nos lían, es un libro en el cual se insiste en que tenemos que hacer una valoración totalmenet humana e individual a cada paciente. No hay nada nuevo en este idea. Hipócrates nos dijo lo mismo hace muchos años.

¿Y qué más dijo? Nos dijo que la verdad que podría venir por nuestra conocimiento de los problemas de la mente, que esa verdad, viene del cerebro. El cerebro, por su parte, es una bolsa blanda de moléculas que piensa, con la medida de una esponja de baño. El sistema central nervioso de Shakespeare escribió Hamlet. Mi sistema central nervioso ama a mi madre. Es una

cosa compleja, y la idea de que mi amor por mi madre podría ser un meta-fenómeno, y que no tiene nada que ver con la química es una estupidez. La mente es el cerebro, la química es sólida. Alguien que piensa al contrario está francamente equívocado.

(Ruido del público)

Mark : Déjame ilustrar este punto con una imagen muy simple. Mira la pantalla, (Risa) Y veréis, cuando dejéis de reír y me podáis escuchar atentamente, que la imagen podría ser dos caras o un vaso - - nada nuevo en eso. Aprecia lo difícil que es escoger con claridad entre ambas imágenes. Se ven bien las caras, y se puede recrear la cara entera en la mente. Se ve el vaso con claridad y se puede recrear el vaso en su enteridad, el vaso único. Ahora intentamos coger ambas imágenes en la mente y ver las dos a la vez, completos con claridad.

Es muy difícil. La verdad es que los humanos tenemos una gran necesidad estar seguros. Frente a la complejidad o cuando intentamos mantener dos imágenes en la mente a la vez, nos tenemos que inclinar hacia un lado o otro. Tenemos la instalación eléctrica, nuestro cerebro, la mente, llámalo como quieras, hecho para observar la imagen completa. Lo que vemos aquí es muy difícil. Para entender la mente, los medicamentos, versus la toxicidad, es francamente, un rompecabezas parecido al que nos presenta esta ilusión. La verdad es que Peter Breggin tiene razón, y la verdad es que yo también tengo razón. Tenemos la razón pero de maneras distintas. Lo que deberíamos hacer, es no rechazar a los benzodiazepinas, que consiguen mucho durante un crisis de corto plazo. No vamos a retirar los estabilizantes de humor a la gente que tiene su vida fastidiada por una condición bipolar.

No vamos a tirar los Neurolepticos, no deberíamos tirar esas cosas - (el bebé con el agua sucia). Tampoco tiramos la necesidad entender, cuidar y valorar la importancia del dolor y sufrimiento de cada uno de nuestros pacientes.

¿Más mal que bien? No lo creo. ¿Más bien que mal? Probablemente sí. Es muy fácil, como estas personas que he escuchado tonteando esta tarde, reducir todo eso a un sarcasmo rabioso y agresivo. Pero, francamente, no creo que esta actitud inmadura ayude a avanzar el argumento. Hay mucha gente afuera, sufriendo, realmente sufriendo. Yo lo sé, son mis pacientes y hago lo que puedo para ayudarles. Creo que hablar de intoxicar y lobotomizar a esas personas hace más mal que bien.

(Aplauso)

David: Vale, ahora invitamos a los ayudantes, y el ayudante para Dr. Breggin es la Dra. Joanna Moncreiff.

David: Vale, ahora invitaremos a los ayudantes. Y la ayudante para el Dr. Peter Breggin es la Dra. Joanna Moncreiff, Profesora Senior de Psiquiatría Social y Comunitaria en la University College de Londres y especialista en psiquiatría honrada con el North East London Mental Health Trust. (En el Reino Unido, con el gobierno de Thatcher, hubo una venta de servicios de salud del estado al sector privado, y el resultado fue un “negocio” con el nombre de Trust, que vende sus servicios al gobierno, ¡vigila que no venga aquí!).

Joanna: ¡Gracias! El discurso de Mark Salter me hizo pensar en una declaración que está en el libro de Andrew Schole; no lo puedo reproducir palabra por palabra, pero parafraseando, habla sobre los médicos, de médicos como los psiquiatras, que quieren ayudar a sus pacientes. Claro que quieren. La dificultad es, según T.S. Elliot, que a veces el peor daño está hecho por gente que cree que está ayudando.

(Aplausos)

Pero antes de la época de los medicamentos psiquiátricos modernos, los psiquiatras creían que tenían unos tratamientos efectivos. Creían en la terapia de coma insulínico, considerado muy efectivo, especialmente en personas diagnosticadas de esquizofrenia. Ahora sabemos que no funciona, es igual que dar un placebo. Y la mortalidad era de un impresionante 5%. También tenían la TEC (Terapia Electro Convulsiva), considerada muy efectiva en casos de trastornos del humor, especialmente depresión, y aún existen personas que lo creen. No tengo tiempo de hablar de la evidencia sobre la TEC, pero creo que hay importantes dudas sobre su eficacia. Por cierto, nadie ha demostrado que funcione una vez que dejan de usarla, y sabemos que causa problemas cognitivos y aturdimiento mientras se usa.

Entonces, propongo la idea de que, igual que los psiquiatras en otra época podían autoconvencerse de que intervenciones como la terapia de coma insulínico, la TEC y la lobotomía frontal eran efectivas, de la misma manera ahora se pueden convencer de que la nueva generación de medicamentos son efectivos.

¿Y que sabemos de la evidencia que supone apoyar estas convicciones?

Quiero decir unas palabras sobre los antidepresivos primero, porque la gran parte de este debate se ha enfocado en los neurolépticos. La investigación sobre los antidepresivos demuestra que, básicamente, solo hay una diferencia muy, muy pequeña, entre los efectos del antidepresivo y un placebo. Esta diferencia podría estar producida de varias maneras: por ejemplo, las pruebas con antidepresivos no son correctamente doble-ciego (la gente que toma antidepresivos pueden notar que están tomando la medicación porque tiene efectos fisiológicos); la mayoría de las personas que se apuntan para las pruebas quieren una medicación, entonces tendrán una predisposición debido a los efectos de sus expectativas. Además, los antidepresivos causan un estado de intoxicación y, por seguir con los mismos argumentos de Peter Breggin, este estado de intoxicación podría "tapar" las sensaciones de la depresión. Uno podría encontrarse distraído, como si le costase mantenerse despierto, y luchando contra las dificultades cognitivas intensas causadas por una dosis completa y, supuestamente terapéutica, de los tricíclicos. Probablemente no tendrás mucha energía, o capacidad para pensar, para preocuparte por tus problemas, al menos durante una temporada. También la mayoría de los antidepresivos tienen un efecto sedativo, y las escalas para medir la depresión tienen muchos elementos, como los problemas con el sueño, la tensión, la angustia...que responderán a los efectos sedativos de dichos fármacos.

En conclusión, no tenemos evidencia de que los antidepresivos realmente tengan una acción específica antidepresiva. Pero, ¿Importa? Creo que la epidemia de prescripción de antidepresivos me preocupa no solo por los efectos secundarios que conocemos (hay indicaciones que podrían favorecer la aparición de ideas de suicidio), sino sobretodo por el impacto psicológico. Si le decimos a la gente que sus problemas están causados por un desequilibrio químico y que la solución es un medicamento, en realidad les estamos robando su confianza en ellos mismos y su propia capacidad de superar sus problemas. Y probablemente, dejando a la gente más vulnerable a una recaída, ya que la gente no aprende que puede superar sus problemas sola.

Quiero decir algo rápido sobre los neurolépticos. No quiero decir mucho sobre los efectos a corto plazo, porque mi preocupación es sobre el uso de los neurolépticos a largo plazo. Mucha gente que tiene problemas psiquiátricos tienen prescrito este medicamento durante un largo período de tiempo. Cualquier persona que ha tenido un episodio psicótico, especialmente si están diagnosticados con esquizofrenia, están informados de que tienen que tomar el medicamento durante varios años, como mínimo. La evidencia para respaldar esta

recomendación está muy equivocada, y la razón es que los médicos han ignorado los problemas de discontinuación. Lo que las pruebas a largo plazo demuestran es que, si las personas han estado tomando neurolépticos durante una temporada y luego los dejan, especialmente de golpe, aparece una gran cantidad de problemas. Podrían sufrir un síndrome de abstinencia, y una parte del síndrome de abstinencia podría ser un episodio psicótico. Es posible demostrarlo. Hay algunos estudios de casos de gente normal que estaban tomando medicamentos parecidos a neurolépticos que se volvieron psicóticos cuando los dejaron.

También hay evidencia con los antipsicóticos, y con litio en particular, de que cuando se deja de tomar el medicamento la persona se queda más vulnerable a una recaída del problema inicial. Y el nivel de vulnerabilidad sube hasta un nivel más alto que si nunca hubiera tomado la medicación.

Creo que, entonces, la evidencia que tendría que demostrar que el uso de este tipo de medicamentos a largo plazo es efectivo, en realidad muestra que hay un problema yatrogénico enorme. Que estamos creando trastornos recurrentes, y eso, es culpa del problema de discontinuación en muchos casos.

David: Bien, muchas gracias. Ayudando a Mark Salter tenemos a Trevor Turner, psiquiatra especialista y director de la clínica para la ciudad de Hackney y Vicepresidente mayoritario del Royal College of Psychiatrists. Trevor.

Trevor: Muchas gracias. Espero que mi contribución, como último en el debate, no sea la causa de una confusión. Intentaré resumir algunos de mis argumentos, e intentaré enfocarme en los puntos claves, y en dos o tres puntos en particular. Especialmente en algunos datos históricos, en el cerebro y su funcionamiento, cómo crece, y algunas ideas sobre los mitos de perfección y estados idílicos. Porque temo decirnos que no vivimos en el Edén, vivimos en un mundo donde mucha gente está terriblemente discapacitada por enfermedades terribles, por ejemplo, el caso de la diabetes. La insulina puede mantener a una persona viva. Antes de su descubrimiento por Banting y Best, a finales del siglo XX, la gente moría en 3 o 4 años, y ahora la gente vive bien. Pero siguen ocurriendo cosas terribles, porque la enfermedad sigue avanzando a pesar de la insulina, a pesar de haber pasado 30-40 años. Estamos de acuerdo con el argumento de Joanna sobre los problemas que ocurren cuando uno sigue tomando y tomando un medicamento. Pero es, por supuesto, porque hay una enfermedad detrás que está en progresión. Y nuestra habilidad para detener esta enfermedad no es perfecta. Nuestras armas terapéuticas tienen su límite.

Peter mencionó algo sobre animar a un equipo de fútbol y me hizo pensar en ayer. Estuve en el entierro de un hombre que había animado a su equipo de fútbol, muy contento, durante 30 años o más; era hincha de un club de su barrio, estaba interesado en la música, cuidó a su madre cuando era mayor, hasta que murió con 78 años. Este hombre entró en el hospital en los años 50, diagnosticado con demencia pero, gracias a los medicamentos nuevos, salió del hospital y pasó 30 o 40 años en casa, cuidando de su madre, mirando el fútbol, animando a su equipo, disfrutando de la música y viviendo una vida muy normal. El tipo de demencia que tenía era lo que antiguamente se llamaba "dementia praecox", que era el término antiguo para la esquizofrenia. Una razón para el cambio del lenguaje fue la actitud hacia la enfermedad, que fue la intención con la cual se introdujo el término esquizofrenia, que usaba Bleuler en el cambio de siglo.

Quiero hablar de esto para empezar. Me gustaría mencionar una cita de Dr. Frank Ayd, de los

años 70, sobre la época pre-medicación. Está hablando en 1970 y dice: “Una actitud de pesimismo y desesperación hacia las enfermedades mentales era prevalente. Dentro de los muros blancos de los manicomios como prisiones, aislados y hacinados”, como mencionó Peter, “vivían muchos individuos gritando, cuyos comportamientos requerían de reclusión y restricción. Pacientes catatónicos se quedaban, día tras día, rígidos como estatuas, con sus piernas hinchadas. Otros estaban permanentemente inquietos, paseando por aquí y por allá como animales en una jaula. Las enfermeras que les cuidaban pasaban los días protegiendo a los pacientes de hacerse daño a si mismos u a otros. Para mantenerlos con vida alimentaron a personas a través de un tubo. A pesar de su formación como terapeutas, estaban obligados a funcionar como guardianes en un ambiente infernal donde dominaba la desesperación y sólo la muerte ofrecía alivio permanente al sufrimiento”.

Creo que cuando pensamos en el mundo mirando por los ojos de alguien que no sea nosotros, un mundo, posiblemente de alguien con una enfermedad mental crónica, como la esquizofrenia, - esta imagen es un cuadro de Max Ernst “Un Hombre que Puede Ver Otro Hombre”, de 1933. Estoy intentando daros imágenes de los distintos rostros de personas con esta enfermedad terrible, y como te afecta.

Esta imagen se llama “Hombre Loco Atado”. Acabo de hacer unos estudios en Tyas House Asylum, que es un manicomio en Sussex, Inglaterra, con 600 pacientes, y estaba leyendo sus libros desde 1850 a 1890. Una de las tareas más importantes de las enfermeras era darle la comida a la gente contra su voluntad, también hacer sedación con bañeras calientes de mostaza, y es cierto que algunos se mejoraban. Pero imaginen ver a la gente morir de sífilis del cerebro, que ahora se cura con algún antibiótico. Una tercera parte de los pacientes, más o menos, hicieron muecas, murmuraban y estaban inquietos, y ¿sabían qué pasó con ellos? Se presentaron con discinesia tardía (la discinesia tardía es un trastorno del movimiento asociado frecuentemente al uso continuado de algunos psicofármacos, como los neurolépticos) ¿y recibieron alguna dosis de Neuroleptico? No. Está publicado y existen otros estudios, por ejemplo en 1921, David Cooper, el antipsiquiatra, se negó a dar cualquier tipo de antipsicótico a ninguno de sus pacientes, y cuando volvieron a estudiarlos, 20 o 30 años después, tenían la misma incidencia de discinesia tardía que los pacientes medicados. Otro estudio de hace dos años, por Medreys y Monsoon, hecho en la India, donde muchos pacientes no reciben nada de medicamento. Podríamos pensar “¡Qué bueno! Están libres para vivir su vida”. Pero la misma cantidad de personas de la India que no tomaban medicamentos tuvieron discinesia tardía que los que tomaban medicamento. La diferencia era que los que tenía medicación estaban en la calle.

¡Miren esta cosa maravillosa! - James Tilly Matthews y la Máquina Telar del Aire. Michael John Hasden le hizo una descripción en su fantástico libro en 1805, como los delirios complejos de un hombre que obviamente sufría de una enfermedad esquizofrénica severa - indicando que esta enfermedad ha sido reconocida desde hace tiempo. No es una consecuencia de la civilización moderna ni de comer Kellogg's Cornflakes.

Mira que tenemos aquí, la historia del manicomio en Inglaterra. Construyeron manicomios, eso sí. Hubo Leyes de la Locura y guerras mundiales - nada podía detener la tendencia monstruosa de encarcelar a las personas difíciles de integrar. He estado dentro de los manicomios y he escuchado las historias de las cosas que pasaban allí dentro. Pasaron cosas buenas y cosas malas pero, en esencia, fueron, en las palabras del sociólogo Andrew Schole: “Museos de la Locura”.

Sobre los años 50 podemos ver cómo los números de personas ingresadas bajan y hay un movimiento hacia cuidar en la comunidad. ¿Y porqué hubo este cambio? Bueno, la clorpromacina fue introducida en 1954, pero no creo que ese fuera el único factor. Creo que se permitió la posibilidad de hacerlo diferente, cambió el zeitgeist (expresión alemana que significa "el espíritu de la época") del movimiento de puertas abiertas de los manicomios, se normalizó la

idea de que esa gente no debería estar encarcelada y escondida. A pesar del gobierno que tenemos ahora, que lleva un programa de riesgo controlado y de seguridad del público -con mucho miedo de la agenda pública hasta el punto de que no se puede ni montar una fiesta de té ("tea party", es una costumbre inglesa) sobre el césped de Westminster. Pero no podemos negar el hecho de que todo lo de las puertas abiertas y la normalización iba mano a mano con el uso de medicamentos.

Quiero enseñaros unos gráficos aburridos de como funciona la medicación:

No. 1 Es la inyección depot (medicamento que se inyecta cada cierto tiempo y mantiene dosis de esa sustancia en el cuerpo durante varios días o semanas). El activo está abajo y el de arriba es el placebo. Hay una gran diferencia. 50% de diferencia en los puntos de síntomas durante las semanas cuando estos medicamentos son utilizados. Este estudio es bastante tradicional. Datos de recaída después de dejar el antipsicótico, si se lo deja poco a poco (aquí hubo información visual, pero no explica más).

Quiero enseñaros una imagen del cerebro para decir que las alucinaciones, los delirios, los trastornos del pensamiento, los síntomas terribles de la esquizofrenia, no son solo de la imaginación, son funciones del cerebro anormales. No puedo enseñaros una imagen del cerebro iluminado, pero me gustaría poder hacerlo. Quiero decir que el escáner PET (un tipo especial de prueba de imagen, la Tomografía por Emisión de Positrones) se ilumina cuando alguien está alucinando, su cerebro se ilumina durante la prueba. Es una enfermedad de verdad, es una enfermedad del cerebro, y tenemos que tratarla con medicación. Sabemos que no es la respuesta final, que no son perfectos, pero es algo que ayuda a la gente a comunicarse con nosotros. Nos da una entrada a las intervenciones psicosociales, al contacto personal y a la posibilidad de hablar.

Una de las declaraciones más trágicas que he oído de las salas agudas y hacinadas que tenemos que gestionar, porque no hay fondos para la enfermedad mental, es que cuanto antes un paciente empiece a hablar con nosotros, antes es dado de alta del hospital. Entran mudos, confusos, ansiosos y asustados. Pero en el momento que empiezan hablar de una forma un poco coherente, pueden ser dados de alta para continuar sus cuidados en la comunidad, porque hay una falta de fondos. La medicación les puede ayudar hasta un cierto punto, pero sabemos que el tratamiento psicosocial es mucho más importante.

Para acabar, quería enseñaros un imagen de un hombre arrastrándose por el desierto, sudando, con su lengua colgando, el sol apretando fuerte, y está hablando consigo mismo "asistencia sociopsicológica..." (de la palabra inglesa "counseling").

Un servicio de orientación podría ayudar, hablando con un consejero podría ayudar, pero no puede ayudar a la gente que no son capaces de pensar con claridad solos. Entonces, os pido, pensar bien sobre la idea de que los medicamentos hacen más mal que bien, porque si estás de acuerdo con eso estás diciendo que volamos atrás hacia la época horrorosa ilustrada por la película de terror "El Hoyo de la Serpiente" de los Warner Brothers, del descuido, el abuso y todo lo demás.

Para daros una prueba olfatoria de cómo estaba el tema en la etapa pre-medicamento moderno, tengo una ampolla pequeña de una sustancia que se llama paraldehído. Es horrible. Es un tipo de anticonvulsivante, y fue la única opción que tenían en los años 20 y 30 para calmar a personas furiosas, rabiosas y muy enfadadas. Lo pasaré para que podáis olerlo. Muchas gracias.

(Aplausos)

Donner McCloud:

Mi nombre es Donner McCloud, y tengo algo que decir a Mark y Trevor. En primer lugar, estéis reaccionando a la angustia de una forma beligerante. Se puede hacer feliz a cualquiera por interferir en la función de su cerebro. En teoría se puede hacer eso. Bueno, hay una consecuencia, como decía Peter, pero en teoría podría hacerse.

Quiero contrastar el método y efecto de los medicamentos. Todo es físico, esta conversación es física-bioquímica. Pero cuando en realidad, estás dando medicación a alguien, estás cortando y manipulando la comunicación interpersonal. No te estás comunicando con esa persona como estamos haciendo ahora mismo.

He apoyado a gente durante sus épocas psicóticas. No soy profesional de salud mental, pero he estado en vuestro hospital. Soy de Hackney. La gente tomaba Haloperidol, y nosotros conseguíamos que lo dejara. Hemos organizado grupos de apoyo para ellos y los hemos acompañado. Pero desde un proceso biológico, no usabamos químicos. Hay un proceso biológico y natural más adecuado que el uso de químicos.

Me gustaría preguntar a Trevor sobre la idea de la enfermedad, y las funciones anormales. ¿Existe evidencia científica, objetiva, o verificable para decir que eso es la verdad? ¿Se puede verificar?

Irene Clayton:

Hola, me llamo Irene Clayton. Soy maniacodepresiva. Vengo de MIND (una asociación de apoyo) que está dirigida y gestionada por nosotros mismos. Me gustaría dar mil gracias a Peter Breggin, gracias con todo mi corazón por darme esperanza, porque desde este lado de la mesa ellos no me dan nada. A este lado de la mesa no veo ningún modelo de rehabilitación pero al otro lado sí podría recuperarme. La parte más vacua de todo este debate es el modelo médico que dice que tengo disfunción de mi dopamina o mi serotonina o tal circuitos y conexiones, y que son una consecuencia de tener algo mal aquí (supongo que indica a su cabeza) y entonces, según la medicina no tiene nada que ver con algún trauma o violación que podría haber sufrido en mi pasado. Y por eso están tan desesperados en descubrir una causa genética para mi enfermedad, para que la sociedad esté tranquila. Mientras el problema sólo sea de la química de mi mente, la sociedad no tiene que preocuparse.

¡Esta sociedad maravillosa Británica donde vivo!, es una de las peores sociedades.. en el abuso infantil, por no hablar del abuso de la mujer, y el abuso de todo el mundo, menos al de ciertos hombres blancos de la clase media o alta.

Odi Artist:

Me gustaría ponerme de pie... mi nombre es Odi. Soy de Brighton. Estoy diagnosticado como esquizofrénico. Pero no lo soy. Soy un buen artista y se puede ver por ahí lo que he hecho. Las personas tienen un latido y línea en la personalidad. Quiero decir que si tratamos a la gente con amor y comprensión, no será necesario ayudarles con medicación. Pero cuando piensan cómo afecta la medicación y tratan de medir o intentan justificar su manera de funcionar de marena global no pueden, en el fondo, no saben, somos todos de orígenes y reacciones distintas. No se puede usar la misma medicación que usaban para mí para otro tipo de persona. Eso podría causar reacciones muy diferentes.

Shaman:

Soy shaman. Soy Africano. He trabajado como shaman y médico también. Entiendo como es la mente... y como... entrar en el espacio de la mente de las personas, aunque no me creáis diciéndolo

así.. Nosotros decimos el espíritu o decimos los antepasados, y cuando miramos atrás en la historia, la esclavitud de los negros, ver como han sido avasallados y torturados, o ver lo que es "nigger" y todas estas cosas. Pues te das cuenta, como la gente no puede distinguir que han sido las instituciones y el poder lo que ha provocado la enfermedad mental y los enfermos, y luego intenta "ayudar" a la gente pinchando con aguja en mano y esto es lo que quería decir.

Susan Wolfe:

Hola, soy Susan Wolfe. Soy de Laramie Wyoming en los Estados Unidos. Soy historiadora social y he estudiado y he hecho la investigación primaria en los E.U. sobre los manicomios territoriales de finales del siglo 19 y principios del siglo 20. He estudiado archivos sociales de mujeres jóvenes que fueron encarceladas por tener relaciones sexuales con sus novios, hasta los años 30, 40, y 50. También de hombres que fueron encarcelados por masturbarse, niños de 7 años encarcelados toda la vida por masturbarse. Pues, lo siento Trevor, pero no puedes decirme nada a mí. No nos puedes enseñar fotos de gente encadenada del pasado siglo, y decir que las medicaciones de este siglo los han liberado de sus cadenas. Son dos cosas distintas... estoy... confusa con cómo responder a tu argumento ya que éste no tiene sentido. Sii encarcelamos a todos con cadenas habrá una reacción emocional. Si quitamos la libertad personal de alguien y lo ponemos en condiciones horribles, habrá una reacción negativa. Entonces, para justificar el uso de la medicación, decir que la gente está mucho mejor que antes cuando todos fueron encarcelados y torturados, no es un argumento adecuado.

Hombre:

Eso sería exactamente igual que fusilar a los pacientes.

David: Intentando mantener el equilibrio ¿ hay alguien que quiere hablar contra la moción?

Este señor aquí...

Terry Williams:

Sí, es la verdad, lamentablemente. Yo, como muchos de aquí, tengo un interés verdadero en este debate. Me llamo Terry Williams y tenemos un hijo, nuestro tercer hijo, que ha sido diagnosticado a veces de esquizofrenia a veces de disfunción bipolar y maniacodepresivo, en estos días. Durante 18 años hemos intentado hacer todo lo posible para ayudar a nuestro hijo, y tengo que decir, que cuando leí el libro de Peter Breggin "Psicología Tóxica", me quedé impresionado. Porque decía que los expertos, con sus títulos impecables, no están de acuerdo entre ellos, no hay una verdad demostrable ni algo indiscutible. En cualquier otra rama de la ciencia esto no pasaría, y me hizo comprender que la psiquiatría no es una ciencia....durante estos 18 años.. gracias al libro de Peter tan informativo y con una gran investigación... hemos llegado a un acuerdo con nuestro hijo y es que tome siempre la menos medicación posible Y si eso quiere decir cero, perfecto, y durante unas etapas ha sido cero, tuvo algunas recaídas, y cuando digo etapas, estoy hablando de 2 años, o 2 años y medio - sin nada de, medicación Pero las recaídas siguen, y ahora vienen más a menudo, entonces, es un buen momento preguntar, con la crítica de Peter sobre la toxicología de las farmacéuticas... si la psiquiatría no es una ciencia, entonces ¿no deberíamos aplicar cada arma en su arsenal, ¿que sea psicología en lugar de medicación? Es cierto que algunos medicamentos podrían ayudar puntualmente Hay que investigar más...y me gustaría saber si Peter sabe si hay un movimiento de masas o fuera posible para hacer eso, igual que existe el movimiento masivo para dar medicación.

David: ¿Alguien más que quiere hablar contra la moción?

Mujer:

Quiero decir que el marketing de las empresas farmacéuticas es muy bueno para mis acciones, lo tengo que confesar, lo siento. Me gustaría saber un poco más sobre la promoción de estos medicamentos - - porque es muy agresiva, y a pesar de la idea de que la gente tendría que estar mejor, la gente está más drogada tomando estos medicamentos y se enferma.

Por ejemplo en diabetes, se necesita ayuda, se necesita insulina. Y se puede controlar.. pero no pasa así con medicamentos psiquiátricos... un poco en el momento adecuado controla a algunas personas. Pero el debate es “Los Medicamentos Psiquiátricos Hacen Más Mal Que Bien” y en la manera que son aplicados, son perjudiciales. La historia es ésta. A veces podrían ayudar durante un periodo de tiempo limitado, como en los casos que hemos escuchado antes. Pero nunca hemos tenido una revisión física y completa del paciente.... para saber si tiene una intolerancia a alguna comida... conozco a un chico que toma Ritalin porque tiene intolerancia al claro de huevo, ¡por favor! Algo tan simple. Eso se puede solucionar sin dar a un chico Ritalin, que es un medicamento muy peligroso. Pero el marketing... ¿Es muy agresivo el marketing al Royal College of Psychiatry?

David: Vale, volveremos a este tema...¿Alguien más contra la moción?

Enfermero:

Soy Ray Rowden y a principios de los años 70 solía inyectar Paraldehyde a pacientes en un psiquiátrico de 1,000 camas. Soy enfermero. Recuerdo al hacerlo que toda mi piel y la atmósfera olía fatal. No voy a decir con esto que estoy cien por cien con los argumentos del otro lado del debate.

Tengo muchos amigos que han tomado medicamentos y que han tenido experiencias distintas. Lo que veo es que la gente está mejor si siente que tiene la sensación de control sobre su medicación, además de libertad en otras decisiones de su vida, junto a dieta, ejercicio, ocio, amistades, trabajo, educación. La gente que conozco que usan los servicios de salud mental tiene la idea que puede elegir y la libertad de elegir cuando y cómo lo usa. ¿Puedo tomar un descanso de la medicación? ¿Puedo plantearme dejar durante un periodo la medicación esa y probar otra rama de posibilidades? Creo que es el uso sabio de la medicación. Decir que todo es malo, no es correcto, creo. Creo que si apoyamos a la gente para que se informen y elijan por su parte y con libertad, se puede ayudarlos en este viaje y algunos medicamentos podrían ayudar. Yo tengo horribles recuerdos de los manicomios antiguos de 1,000 camas y no quiero verlos más.

Mujer: (otra vez)

¿Puedo preguntar, en su trabajo como enfermero, cuántas veces recibieron una revisión física y completa antes de empezar con sus tratamientos, y si eran controlados profesional y comprensiva y humanamente, para saber el daño físico y las secuelas? Porque hacen mucho daño.

David: Vale, gracias. Señor...

Cliff Bollard:

Mi nombre es Cliff Bollard, y me hubiera gustado venir aquí con mi hijo. Pero lamentablemente se suicidó hace 2 años, pero no quiero que eso influya a lo que voy a decir. Sólo quería daros una ilustración. Vosotros podréis ser los expertos de esquizofrenia y de la manicodepresión, pero mi mujer y yo, y mis compañeros, somos los expertos de las enfermedades de nuestros hijos. Vemos los síntomas y vemos los efectos secundarios de la medicación, no sólo durante 20 minutos muy de vez en cuando, sino cada día de la semana. Un inciso que quiero comentar, cuando mi hijo murió le dije al psiquiatra que pensé que hubo una posibilidad que sus pensamientos suicidas podrían haber comenzado como consecuencia de la cirugía, porque francamente, antes nunca hablaba sobre el tema. Pero la psiquiatra lo negó totalmente. Dijo que no hubo ninguna posibilidad, pero yo no buscaba una conexión casual, solo propuse la idea que era una posibilidad contrastable, pero fue rechazada categóricamente. Y eso refleja su actitud. De hecho, hace poco salieron algunas historias e investigaciones sobre eso que me daban la razón. Pero no quiero demorarme, nosotros somos socios de un grupo de cuidadores muy dinámico en Hertfordshire y en nuestra opinión, nacida de una experiencia directa y vivencial, es que francamente, la eficacia del tratamiento farmacéutico para enfermedades mentales graves y psiquiátricas no es nada buena. Esa es nuestra experiencia. Lo hemos compartido con otros grupos y están de acuerdo. MIND dicen que sí, que tenemos un caso. Hemos propuesto algo muy positivo al gobierno y también al Institute of Psychiatry.

Decimos que ha llegado el momento para consultar a los usuarios y los cuidadores para dar su opinión sobre la eficacia de los tratamientos y sus efectos secundarios. Pero, por supuesto, nadie quiere escucharles, y creo que tienen una buena razón, tienen miedo del resultado. Hasta que no sepamos cuál es la situación real en el mundo real, no avanzaremos nada, pienso yo. Tengo algo más que añadir. Observamos que la psiquiatría moderna está y mira así (dentro de un túnel). Los ensayos clínicos son como Dios, pero francamente, hablando de la medicina psiquiátrica, debería tener un gran interrogante encima de los ensayos clínicos, por sus inmensas carencias en lo contrastable. Como me comentó un psiquiatra, que el 30% de sus pacientes habían recibido un beneficio por tomar Olanzapine. Y el otro 70% ¿qué? Y, por supuesto, no podía aclarar cuales serían las circunstancias de ese 30% para especificar el beneficio y eso deja un terrible interrogante encima de todos los métodos científicos de la psiquiatría. Pero lo que ha sido abandonada es la experiencia y certeza real en el mundo real, en los usuarios La vista en psiquiatría es un túnel y lo que deberíamos hacer es tirarlo totalmente para mirar todas las soluciones que habrá que encontrar para tratar estas enfermedades terribles.

Bob: (lleva algún tipo con la cámara de video)

Intentaré hacer que funcione esta máquina, pero veo que es caprichosa. Lo que quiero decir es que los medicamentos reprimen y tapan la mente del paciente, y se los dan por esta razón, y lo que es peor, drogan y contaminan a la mente del médico. Este libro es mío - "Peligroso a cualquier dosis". Ahora estoy contento con el título, pero al principio no estaba muy contento con ello y la razón es porque parece que desvía otros enfoques al problema centrándose en la química y en los medicamentos y como hemos escuchado, son muy graves y determinantes.

Lo que quiero hacer ahora, si esta máquina funcionara, es enseñaros un video muy doloroso.

Solo son 2 minutos y medio - ahora está en marcha... Lo que enseña es a una paciente sufriendo una psicosis aguda. Me disculpo, porque es dolorosa verla. Pero eso es la realidad de lo que hemos escuchado sobre la enfermedad mental. Es muy doloroso o puede ser muy doloroso. Y es lo que quiero que miren - esta paciente empieza a decir que está llena de odio, demuestra evidencia muy clara del pensamiento bloqueado, disfunción del pensamiento, no es capaz de formar una frase, tiene paranoia, está sufriendo delirios, piensa que va a morir, está alucinando, está muy angustiada y tiene mucho dolor. Está llorando, y aquí ... (problema con la máquina).

David: Bob, alguien ha preguntado sobre la relación actual con esta cliente y el asunto del consentimiento. ¿Podemos preguntar? un momento...

Trevor: ¿Ha dado su consentimiento?

Bob: Sí, ha dado su consentimiento absoluto. Me preguntó si estaría estrenada en la pantalla grande. (Video de una mujer llorando).

Bob: Dice que está muriendo y la estoy preguntando porqué. Lo está pensando, se puede observar que piensa lentamente. (El video continua)

Bob: Eso es parte de la misma entrevista.

Bob: “Mis emociones me están diciendo que sin mi papá estoy muerto - no es CORRECTO.

Díselo”

Hatty: Mis emociones me están diciendo que sin mi papá estoy muerto - no es CORRECTO. (se ríe)

Bob:

Eso pasó media hora después. Lo que quiero decir es que eso es un ejemplo de terapia al hablar como uno tendría que hacerlo, o ... mejor decir, yo lo hago así. Si estás escribiendo recetas y estás dependiente de un enfoque químico, pues, estarás ignorando 3 factores que he destacado aquí.

Son, ignorar el Miedo, Ignorar la Mente e ignorar el Software. Si no es un problema del disco duro entonces es un problema del software, y la manera de solucionar un problema del software en una mente inquieta por hablar, es la comunicación. Pero hay que hablar con conocimiento, como he intentado demostrar. Podría decir que soy un psiquiatra especialista y mi trabajo me gusta mucho, porque si hablamos con la gente sobre sus traumas del pasado, o en este caso su mal-apego, se pueden conseguir resultados muy dramáticos y a veces la tecnología nos permite demostrarlo. Gracias.

Mujer vestido color naranja:

Me disculpo porque llegué tarde. Cuando leí el libro “Psiquiatria Tóxica” de Peter Breggin ya había participado en algunas conferencias de autismo, en las cuales la bioquímica individual es imprescindible para curar a los niños pequeños y a los más mayores también... del espectro autístico.

Me gustaría entender por qué los ensayos clínicos y los resultados efectivos, que psiquiatras como Abraham Hoffer han conseguido curando esquizofrenia, no se han dado en la psiquiatría, por qué la psiquiatria orthomolecular se ha quedado al margen y por qué la idea de la bioquímica genética e individual de la persona ha sido ignorada completamente en el campo de psiquiatria, donde una talla sirve para todos. Si alguien tiene un diagnosticado de esquizofrenia, entonces, serán 2 antipsicóticos, y si pierdes el juego, toma Clozapine. Otros campos sobre la salud toman en cuenta al individuo, no entiendo porqué no es el caso en la psiquiatria.

David: Vale, gracias. Señora a este lado y después este señor.

Mujer con sombrero negro:

Soy madre de un joven que fue diagnosticado con esquizofrenia hace unos años, cuando tenía 15

años. Una de las cosas más aterradoras que he encontrado en la psiquiatría contemporánea es que si un paciente empieza a deteriorarse año tras año, tomando medicación, incluyendo Clozaril, y son resistentes crónicos al tratamiento, los psiquiatras nunca preguntan si, como en el caso de mi hijo, si los medicamentos podrían influir y acrecentar el daño del cerebro y de su vida

Estoy mirando, con horror total éste proceso, y la cantidad de medicamentos que ha tomado, puede ser 8 o 9 antipsicóticos, más anti-depresivos, Benzodiazepine, estabilizadores del ánimo ect, de ser un joven inteligente, sensible y coherente, ahora es como una persona con demencia severa.

No puede hablar, no puede hacer nada. Solo tiene 26 años y estoy desesperada y no sé ayudarlo, ni dónde puedo ir para que alguien le dé la oportunidad de probar a curarse sin medicación, reduciéndola poco a poco. Si ya es demasiado tarde, o si no es posible ayudarlo, entonces seguimos con cualquier tipo de ayuda posible. Pero nunca ha tenido una oportunidad. No hemos visto otro camino. Una vez que les ponen la etiqueta de esquizofrenia, entran en una cárcel de medicación, de cuidado en la comunidad, o en el hospital. Y por una acción sin importancia, como lanzar un objeto, romper un vaso, gritar en la calle o lo que sea, y ¡pam! vuelven directamente al hospital para más y más medicación, y a veces estos incidentes aislados no están olvidados nunca, aunque hayan pasado 2 o 3 años atrás. Dicen, “Ese es un riesgo a la comunidad, no podemos tener a ese sin medicación nunca”. Es horroroso para una persona que nunca ha hecho daño a nadie en la comunidad o que nunca se ha hecho daño a si mismo - y esta es mi pesadilla.

David: Muchas gracias - señor...

Michael Corry:

Mi nombre es Michael Corry. Soy de Dublin y soy psiquiatra. Me he formado en otras ramas de la medicina, y tuve mucha suerte con mi formación en obstetrica. Hice mi carrera en Inglaterra y las prácticas en Liverpool. Trabajaba en Alderney y he trabajado en África como cirujano. Cuando volví a Irlanda estudié psiquiatría. Una cosa que me impresionó sobre la psiquiatría es que hay un defecto fundamental que la atraviesa. Nunca pasa que los médicos, no hay ningún cardiólogo que critique a su propio oficio. Pero no pasa esto en psiquiatría.

Tenemos que tomar en serio las razones que hay detrás del movimiento de anti-psicología. Hay mucha gente por fuera que la señala. Mirando internet, hay millones de páginas con gente muy preocupada por la manera en la que la psiquiatría se comporta. Eso no existe en otras ramas de la medicina. Y este defecto, hay que reconocerlo. Estamos todos compartiendo nuestras perspectivas y me gustaría explicar mi punto de vista y lo haré rápidamente.

No se trata de una enfermedad, y el asunto es ese, se trata de algo existencialista. Se trata de algo espiritual, y también se trata de algo psico-social. Mirad un ejemplo muy muy sencillo - depresión, que está volando por los países del mundo como una plaga. Las empresas farmacéuticas quieren hacerlo una enfermedad, quieren que sea una amenaza permanente. Si pierdes tu trabajo en el “Guardian” debes cumplir con unos compromisos fiscales. Un ejemplo muy simple, te encuentras con dificultades económicas y vas al CAP, y tu médico te hace una receta de anti-depresivos. Y estás a punto de ir al farmacia para comprar la medicación y suena el teléfono, y te dice que tienes tu puesto de trabajo otra vez y además, una subida de sueldo. Esta depresión va a desaparecer - y eso no ocurre en ninguna otros problemas médicos. Que sea fibroso sistico, o

esclerosis múltiple, no desaparece por el ambiente y las circunstancias sociales, entonces está claro que no se trata de una enfermedad. Soy científico, estoy formado en medicina... no tengo pretensiones en éste asunto, me interesa el conocimiento. Tenemos que abarcar la idea de que hay una línea de defecto fundamental que cruza toda la práctica de la psiquiatría.

David: Gracias. Nos faltan 15 o 20 minutos entonces intentaremos ser breves con las contribuciones para poder escuchar a todos. Señor de allí que está esperando para hablar.

Peter Bennet:

Gracias, Peter Bennet, durante 30 años he trabajado de policía. He tenido mucho contacto, cara a cara, con todo tipo de persona con enfermedad mental o mal de salud. He visto aquellos entre la droga y luego he notado una subida rápida en la cantidad de gente, los jóvenes en particular, con sus bolsillos llenos de varios medicamentos, medicación de receta, no tanto los tipos que suelen llevar por ejemplo medicación para cosas como el asma. Mirando hacia adelante, empecé a buscar otros factores, y investigué el panorama de los tratamientos psiquiátricos de hace 100 años..

Y hubo una cosa que no me dejó en paz, y lo hemos mencionado varias veces esta noche, es una palabra pequeña - la dieta o la comida. Y para ilustrar, perdonad, en los Estados Unidos especialmente tienen la Administración de la Comida y la Medicación - comida y medicación. Dos palabras y van juntas. La comida va primero, pero el énfasis está en las enfermedades y tratamientos, especialmente en los Estados Unidos, y lo que tenemos por aquí - - es que la medicación va primero. Encuentro, y trabajo con gente, especialmente gente joven, y reciben ASBOs (Síndrome de comportamiento antisocial) y muchos están repartidos directamente, al principio se consulta con el médico del CAP, y quizás algunos pasan a ver una especialista, y están medicados con muchos de los medicamentos que hemos mencionado esta noche. No hay ninguna revisión verdadera de ellos, no hay consideración rutinaria de otros factores como comida, dieta, nutrición. Siempre lo encuentro de esta forma, pero al fondo de toda enfermedad mental y muchas enfermedades físicas, hay un elemento nutritivo. Y es importante identificarlos y descubrirlos, normalmente es una falta de alguno de los minerales esenciales, tengo una lista aquí...

David: No, está muy claro lo que has explicado tenemos que avanzar. Una mano aquí - y luego la señora allá, gracias.

Mujer rubia:

Vale, pienso que hay algo práctico en todo eso, porque cuando una persona se vuelve muy inquieta mentalmente o inquieta emocionalmente, podría darse el caso que no puede trabajar. En este país, y supongo que pasa lo mismo en los Estados Unidos, que para recibir un ingreso mínimo, si no puedes trabajar, tienes que estar de baja - no como angustiado pero como enfermo. Entonces tienes que ir al médico y decir "Estoy enfermo, ¿me puedes dar de baja para que pueda recibir la ayuda del estado para vivir?" Los psiquiatras no solo te dan recetas, también están controlando si vas a recibir un sueldo o no. Funciona así en este país - y la gente está en una trampa... mucha gente con angustia mental severa no son capaces de trabajar durante años, y nos encontramos atrapados por la situación y la precariedad. Estás obligado a entrar en el sistema psiquiátrico y una vez dentro estás dentro de la medicación. Quiero que los psiquiatras aprecien que no llevan solamente el poder de dar medicación a la gente, también llevan el poder de mandar sobre nuestros sueldos y posibilidades para ganar la vida y sobrevivir.

Katherine Duncan: Mi nombre es Katherine Duncan y soy paciente del Maudsley Psychiatric Hospital en Londres. Me dieron receta de Benzodiazepinas cuando tenía 16 años. Ahora tengo 52 años y todavía las estoy tomando. No entiendo cómo un psiquiatra puede justificar esto. Por supuesto, ahora soy adicta. Hace poco, en enero, me cambiaron del ISRS (Inhibidor Selectivo de la Recaptación de la Serotonina) que tomaba, a un ISRSN (Inhibidor Selectivo de la Recaptación de la Serotonina y la Noradrenalina), un medicamento nuevo, Duloxetine. Un efecto secundario es que no puedo dormir, y desde enero no he podido dormir más que dos o tres horas por noche. ¿Qué han hecho entonces? Me han dado Temazepam y Diazepam juntos para intentar ayudarme a dormir. He intentado hablar con alguien pero no hay ningún psicólogo disponible y solo podré ver al psiquiatra dentro de unos meses. Es increíble, y estoy totalmente de acuerdo con la señora que hablaba antes mío, que si no sigo conformándome con los programas del Maudsley, no recibiré la paga que necesito para vivir. Me siento dentro de una situación sin salida. O tomo las pastillas o pierdo mi pensión. He sido profesora, pero con un historial tan largo de problemas de salud mental nunca volveré a serlo. Por culpa de un diagnóstico al principio, que ya no me acuerdo ni de qué era. Ahora dicen que tengo trastorno bipolar. He tenido tantos diagnósticos que ya no me acuerdo ni de sus nombres. En consecuencia, por culpa de la cantidad de ingresos al hospital que he tenido, me han quitado la oportunidad de volver a trabajar en lo que estoy formada, y esto es por culpa de los diagnósticos de los psiquiatras que me han encasillado y etiquetado.

David: Gracias. Peter y Mark van a hacer un resumen formal al final, pero quiero preguntar a Trevor y Joanna si, en este momento, quieren responder a algunos de los asuntos planteados.

Trevor: Hay muchos asuntos pertinentes planteados por la gente aquí esta noche, y me compadezco de todos los que sienten que han sido maltratados, o aquellos que han tenido una enfermedad grave, porque son condiciones terribles, lo sabemos. Me compadezco totalmente con el caso de la última persona. Pasamos el tiempo obligados a llenar formularios para DLA (*una pensión para gente con discapacidad*), una pila cada día, y pensamos ¿por qué tenemos que hacerlo? ¿Por qué no podemos dejar la persona seguir adelante? Si están llevándolo todo bien y piensan con claridad, o lo que sea, ¿por qué nos obligan a hacer eso? Odiamos tener que hacer estas cosas.

El 90% de consultas acerca de la salud mental no son con el psiquiatra, sino con el médico del CAP. Es una manera perfectamente razonable y más holística. Y respecto al importante asunto del Royal College of Psychiatrists y las empresas farmacéuticas, todo el mundo está de acuerdo dentro del Colegio. Hemos visto un cambio de política desde hace 5 años aproximadamente porque, de hecho, era impropia la cantidad de patrocinio que recibíamos. En parte porque nadie más está dispuesto a financiar investigación en salud mental en este país, y que quede claro, literalmente nadie más. Se puede conseguir más dinero para una residencia para burros viejos que para cuidar a gente con enfermedades mentales. Y se puede pasar más tiempo en el parlamento discutiendo sobre los perros raposeros que aprobando un nuevo Acto de Salud Mental. Yo, compadezco totalmente con todos estos casos.

David: Vale, Joanna.

Joanna: Quiero dar respaldo al caso de Lynn acerca la política de todo este tema. Creo que es muy importante. La psiquiatría está drogando a niños que tienen dificultades con el régimen escolar, drogando a gente que no aguanta la presión del trabajo. Y la sociedad, en lugar de decir: “¡Espera! ¿Qué es lo que no estamos haciendo bien? Quizás nuestro ambiente en el trabajo no adecuado, y puede ser que nuestro sistema escolar no esté bien. ¿Cómo podemos solucionarlo?” Estamos etiquetando a estos individuos como enfermos, dándoles medicación. Este es un tema muy importante a tener en cuenta. Por eso la industria farmacéutica está promocionando estos

medicamentos, repartiéndolos por todas partes, y diciéndole a todo el mundo que está deprimido, o que es hiperactivo, y eso es muy peligroso.

El otro aspecto importante son los cuidadores, porque creo que es complicado plantearse que, si los medicamentos no sirven para nada, ¿qué hacemos? Por mi parte no creo que haya una respuesta fácil. Creo que tenemos que ayudar a la gente a desarrollar su potencial óptimo e intentar crear un ambiente que lo haga posible. No pienso, necesariamente, que la medicación no tenga ningún papel en esto, pero la cuestión está en cómo se están administrando en este momento. Se dan como si fueran la curación, como si pudieran transformar a una persona en otra y corregir alguna anomalía bioquímica. Lo que tendríamos que hacer es apoyar a la gente para que sean quienes son. Intentar abrir todo su potencial y estar orgullosos de lo que saben hacer. Que estén orgullosos de ellos mismos, y que estén en el mundo exactamente como son y no intentando transformarse en otro.

David: Vamos a hablar rápidamente algunos asuntos más. Las personas que no hemos podido escuchar hasta ahora.

Mujer morena: ¿Quién se está aprovechando de todo esto? Estamos olvidando una cosa, hace poco hicieron una gran campaña para dejar de fumar. Dejar de fumar ¿por qué? Porque han inventado suficientes medicamentos a los que se puede ser adicto en lugar de a un cigarrillo. ¿Por qué no querían que dejásemos de fumar hace años? Y es lo mismo con los jodidos médicos de salud mental que están repartiéndolos.

David: Sigiente.

Sally: Soy madre de un hombre de 32 años con síndrome de Asperger. Durante 14 años fue tratado de esquizofrenia. Tomó Neurolepticos y otros muchos medicamentos psiquiátricos, ninguno de los cuales le ayudaron. En nuestra experiencia, cuando el medicamento no funcionaba, subían la dosis. Y ponían otro, y otro. Afortunadamente, hace 7 años, nos encontramos un médico y (para hacer corta una historia larga) ha desenganchado mi hijo de toda la medicación y ha estado libre de medicación durante 6 años. Y quería hablar de los diagnósticos equivocados, porque a mí me parece que los psiquiatras no están dispuestos a compartir sus ideas, ni contactar con uno que sea especialista en autismo, y conozco a mucha gente que está en tratamiento para esquizofrenia y no son esquizofrénicos.

David: Gracias, otro muy rápido.

Hombre traje azul: Soy del Hospital de Geneva. Hay evidencia muy indicativa de un rol causativo de los anti-psicóticos atípicos en la inducción de sintomatología maníaca e hipermaníaca. ¿Señores?

Joven: En cualquier otra rama de la medicina, como la pediatría o, por ejemplo, la cardiología, se puede dar consentimiento y tienes el derecho de decir que no. En la psiquiatría no se puede.

David: Buen tema, la señora de aquí.

Chica morena joven: Si yo hubiese sido sincera con mi psiquiatra en la primera ocasión en que me llevaron al hospital, me hubiera etiquetado como esquizofrénica. Pero, por suerte, algo dentro de mí me decía que aquel era un lugar muy peligroso y que no debía contar nada a esos hijos de puta. Y también quería decir que, después de 10 años pasando por el infierno de una pesadilla química y de medicación, al final, y sola, dejé de tomar la medicación completamente. He cambiado mi dieta: he quitado el trigo, lactosa y azúcar que eran alergénicos durante toda mi vida, y ahora mi vida es totalmente diferente.

David: Esta señora.

Señora morena: Estoy muy interesada en el asunto planteado por nuestro amigo, el señor Shaman. Por contactos personales, me parece que mucha gente de minorías étnicas está diagnosticada de esquizofrenia, cuando en realidad lo que están sufriendo es que el racismo es un asunto central 24 horas al día para ellos, mientras que para nosotros es periférico. Casi no lo notamos, y si la sociedad fuese responsable y tratase a todos con respeto no tendríamos estos problemas. Y, por cierto, no son esquizofrénicos. Simplemente sufren presiones inaceptables.

David: Vamos a extender el debate por 10 minutos. Señora...

Señora: Mi hermana ha estado en la psiquiatría, diagnosticada de esquizofrenia. Le comenté a su médico que quería hacer terapia de apoyo y ellos le dijeron que no se puede hacer eso, y yo me pregunto ¿por qué no es posible recibir terapia alternativa?

David: Dos más, creo, este señor.

Hombre Irlandés: Soy psicoterapeuta y soy de Irlanda, también soy ex-policía con mucho interés en asuntos relacionados con los derechos humanos. Creo que probablemente estamos descubriendo una de las injusticias más gordas de la historia humana. Quiero poner un pequeño ejemplo. En Irlanda, en los años 30, las instituciones más respetables en nuestro país católico eran los curas y las instituciones, y confiábamos en ellos para cuidar a miles de nuestros niños. Ahora, han descubierto que los niños fueron abusados por estos curas. Curas que tenían la confianza de una mayoría de gente muy sumisa, y que estaban marcados positivamente por la doctrina prevalente en aquellos tiempos. Ahora esta doctrina se tiene respecto a la psiquiatría, la doctrina del médico bueno. En las instituciones de la medicina buena, existen psicópatas tanto como en las instituciones religiosas. Me gustaría que se hiciera un rastreo por la psiquiatría, de la misma manera que se hizo con los curas hace 50 años, y descubrir qué tipo de tonterías están pasando, y descubrir lo que está pasando en esta institución. Y lo más importante de todo, el programa político que tiene, porque es muy cruel. Como dijo el señor africano, es "medicina mala" decir a alguien: "Tú tienes una enfermedad y no hay solución." Eso es mala medicina, y lo saben mucho en África, pero es lo que practican los médicos cada día.

Hombre en frente: Hola, yo participé en un estudio de investigación de Haloperidol y otros neurolepticos hace unos años. No he tenido necesidad de tomarlos más. Y me pregunto si Mark Salter o Trevor Turner han probado los neurolepticos y qué piensan de los efectos secundarios. Pregunto si probarlos tendría que formar parte del curso para estudiantes de enfermería psiquiátrica. Y los médicos que conozco que lo han probado ellos mismos, de hecho, lo piensan más antes de escribir la receta.

David: Un momento perfecto para que Mark haga su resumen de los argumentos contra la postura de que los medicamentos psiquiátricos hacen más mal que bien.

Mark: Para comentar acerca de este último caso, en 1985 tomé dos miligramos y medio de Haloperidol... dos miligramos y medio es una dosis muy pequeña. Francamente no podría responder a estas preguntas, ni siquiera si lo hubiera tomado hoy. Tomé Procyclidine porque soy cobarde, por si acaso tenía distonía aguda (uno de los efectos secundarios), y no lo digo en broma, sé exactamente cómo son estos medicamentos. Era como tener una resaca durante 24 horas. Eso con una dosis muy pequeña, como he explicado. Solo eran dos miligramos y medio. Tomé Lithium durante un mes, y tengo que decir que me resultó una experiencia muy rara. Para responder a la pregunta: sí.

Alguien del público: Creo que no te han tratado bien. Sé que eres muy buen médico. El tema no es solo los medicamentos. Sé que trabajas en la comunidad y que trabajas con una gran cantidad de casos complejos, y tienes buena actitud hacia el nivel de cuidado.

Mark: Una cosa fascinante de todo lo que hemos hablado esta noche es que estoy de acuerdo con casi todo lo que he escuchado, siendo sincero, todo lo que ha venido del público. Y lo que me está diciendo, francamente, es que es un asunto de tanta complejidad que nadie tiene las soluciones. Y todavía pienso en el juego del pensamiento tramposo, cuando antes os pedí imaginar que estábamos en lo correcto. Quizás ninguno estaba en lo correcto, esa es la verdad. Pensando en todas las cosas que he escuchado esta noche, ha habido una persona que me ha impresionado mucho, con su punto de vista tan claro, y es esta persona de aquí (señala el enfermero). Este hombre dijo: "Mira, sí que podemos elegir, hay que saber lo que uno quiere." Se trata de dar el poder de tomar decisiones, y los medicamentos son solo una herramienta que puede ser útil. O no, podrían ser fatales si se usan de manera irresponsable, por lo tanto podría ser que no.

Pero creo que el enemigo verdadero aquí es la polémica. Creo que nuestra pasión y rabia nos entorpece. Por todo el país hay una masa de gente, y yo formo una pieza. Hay enfermeras, médicos, padres, rabinos, curas... somos una masa silenciosa de gente que intenta demostrar amor y respeto a una gran cantidad de personas que está sufriendo. Como vimos ilustrado el ese video, que para mí era bastante chungo. Me siento bastante incómodo mirando eso. Lo veo día tras día. Yo no iría a este señor, no me gustó su manera de hablar con su paciente. Para mí fue ofensivo. Personalmente, creo que ignoró... ¿cómo vamos a solucionar esto? Si no hacemos más que caer en nociones de veneno para el cuerpo, francamente estamos simplificando demasiado y eso es peligroso.

debate parte 8

(Grito del público): Él no investiga la cultura particular de la persona... entonces, ¿cómo puede sugerir que...?

Mark: Por supuesto no apunto el historial completo de cada persona. El caso es que parece que lo hacemos todo correctamente y que hemos ganado un premio. Pero al fin y cabo, la esencia, como decía este señor (señala el enfermero), es que tenemos que dar a nuestros pacientes el derecho a decir algo como seres humanos, no como víctimas desesperadas. Pero ¿esta sociedad no es un poco tonta? ¿Nos llama víctimas y no buscamos en otros lugares algún experto que pueda arreglarlo? ¿Y no estamos matando al experto, al mensajero? Cuando en realidad es la naturaleza humana, o mejor dicho, nuestra interpretación de esta naturaleza, aquí en la civilización occidental, la que tiene la

verdadera culpa. Dicho de otra manera: Jesús, Gandhi, Nelson Mandela... cualquier sabio en la historia, dijeron: "Respetad a la gente". ¿Lo hacemos?

(Coro de varios voces del público) : ¡No lo haces!

Mujer: Peter, no tienes que estar enfadado, es un hombre muy dulce.

Peter: Estoy orgulloso que me llamen enfadado, y estar en compañía de gente llamada esquizofrénica. Es otra manera de asesinar una palabra, en cualquier cosa que decimos. Quiero decir algunas cosas sobre la elección. La psiquiatría es la única rama de la medicina que existe porque no da posibilidad de elección a los pacientes. Si la psiquiatría no practicase el tratamiento involuntario, habría colapsado hace 200 años. La base de la psiquiatría es el compromiso civil y ahora está vinculado a la discapacidad. Tienes que tomar tus medicamentos o no recibirás tu discapacidad. Todo el edificio está construido con brutalidad, y siempre ha sido así, tristemente. Ahora, en los Estados Unidos, una cosa que se está desarrollando aquí también: el compromiso del paciente externo. Cuando un médico está de acuerdo con uno de ellos (*supongo que está mirando a Mark y Trevor*), y no con uno de nosotros, estás obligado a entrar en el tratamiento por fuerza. Entran directamente en tu casa, en los Estados Unidos. ¿Aquí lo tenemos? El segundo caso específico que quiero pronunciar...

Trevor: El Royal College of Psychiatrists se opone.

Peter: Debo pensar que no lo aplicarás la ley.

Trevor: Aplicaré la ley si tengo que salvar la vida de una persona.

Peter: Pero me estás interrumpiendo. El asunto del respeto debería estar claro aquí, la naturaleza del respeto. ¿Qué tipo de respeto se ha desarrollado dentro de nosotros como psiquiatras con una formación y actitud corrientes? Eso aparte. Quiero hablar de un asunto científico, la idea de que la causa de la Discinesia Tardía (en adelante D.T.) está en el paciente. ¡Por Dios! Tenemos más ciencia acerca de este tema que en cualquier otro tema en toda la psiquiatría. Quizás mil ensayos clínicos controlados que puedo mostrar cuando este asunto se hable. 10 ensayos clínicos controlados con hombres y mujeres mayores en residencias, que no tenían ningún tipo de psicosis y que se presentaron con D.T. a razón de 20% por año. Eso es lo que pasa a la gente mayor con esta disfunción. Vergüenza, vergüenza, vergüenza por atribuirlo al paciente.

En mayo de este año cumpliré 70 años. Hay muchas cosas destacables en esto. He sobrevivido hasta el "hablar largo tiempo para llegar al poder de la verdad", por aprovechar un dicho de los cuáqueros. Y aún más importante, he estado ejerciendo durante 40 años. Nunca he iniciado en el uso de medicamentos antipsicóticos a un paciente, y estoy continuamente ayudándoles a dejarlos. Nunca he tenido un suicidio, nunca he tenido un acto de violencia por parte de un paciente, y puede ser que, en mi carrera, 5 o 6 hayan estado ingresados en el manicomio durante su tratamiento conmigo. Tuvieron que ir al hospital. ¿Soy un mago loco? No. Simplemente no mato a la gente con la medicación. Imagínate, que alguien viene hacia ti en un estado conflictivo y tu tienes una arma, y ellos no, y estáis en conflicto y estáis hablando. Puedes disparar, puedes drogar. No resuelves nada, no buscas una solución. No trabajas con, porque no formas contacto con, no relacionas, y no hablas con. Porque puedes terminarlo todo diciendo que el otro está enfadado y fuera de control, o esquizofrénico, u otra cosa.

Por otro lado, lo que para mí es más interesante, siendo tan mayor como soy, es ver las imágenes de archivo. Yo trabajé en estos hospitales. Empecé mi carrera en 1954, a la entrada de los medicamentos. Dirigía, bueno, en el primer año era voluntario, en el segundo año dirigí el programa

de voluntarios del Harvard Radcliff Mental Hospital. Era estudiante en el colegio, viendo con ojos abiertos cosas que más adelante podrían haberse sacado. Cuando un médico dijo que la TEC mataba las células del cerebro, sabía que continuar en su uso era ridículo. Pero aún no estaba formado profesionalmente.

Obligamos al director a dejarnos desarrollar un programa de ayuda por casos. Quiero hablar un poco sobre esto, sobre terapia y ayuda. Porque empecé como ayudante. Convencimos al hospital para que nos dejase 15 pacientes que estaban cada vez peor, tan enfermos que ni siquiera nosotros podríamos haberles hecho empeorar. La única persona que nos vigiló fue un valiente asistente social. Durante 2 horas a la semana, entre todos nosotros, nos dejaban estos pacientes solo para relacionarnos con ellos. Y conseguimos sacar del hospital a 13 de los 15 pacientes durante el primer año. Eran, suponían que eran, pacientes incurables a quienes, con suerte, no haríamos daño. ¿Cómo lo hicimos? Intentar descubrir sus necesidades. Algunos necesitaban compañía, otros reunirse otra vez con sus familias que no habían visto durante 10 años. El paciente que me tocó tenía una fobia que consistía en que iba a sufrir un infarto si andaba, o si daba pasos pequeñitos. Entonces, le hacía dar pasos muy pequeños para probar etc... Literalmente es lo que hice como voluntario, hablar con la gente sobre sus sentimientos. Ese programa llegó a ser una parte del curriculum en Harvard, y fuimos acreditados tiempo después de marchar. Llegó a ser una pieza central en salud mental y en la reforma que hizo el presidente en 1962. Pero llegando a 1975, cuando la bioquímica pasó a controlar la profesión, programas de este tipo tenían que eliminarse, porque iban en contra de toda la base de su disciplina.

¿Pero fue esto algo novedoso? No. En el Reino Unido, durante todo el siglo XVIII entero y también en tiempos anteriores, existían los hospitales morales y los de los Cuáqueros. Ni siquiera tenían médicos al principio. Existen estudios intensivos de este periodo de tiempo, Bachoven y otros, libros, artículos... y tras la rehabilitación para el peor tipo de paciente ingresado, casi todos salían del hospital.

No era la esquizofrenia la que tenía la culpa del deterioro de la gente en los hospitales. Como voluntarios tuvimos que informarnos por nuestros propios medios, después de 4 horas en el hospital. La gente había sido violada, golpeada y privado de comida, y cuando esto no funcionaba recibían lobotomías. Estas condiciones horribles fueron creadas por los psiquiatras, no por la esquizofrenia, por los psiquiatras. Estas condiciones no eran prevelantes tiempo atrás, en los hospitales morales de Tuke. Pinel empezó a desmontarlos en Francia, pero aquí no fue el gran liberador. Aquí fueron los Cuáqueros.

Tenemos muchos ejemplos de las necesidades de la gente: apoyo moral, apoyo social, apoyo de la familia y apoyo económico. Eso es lo que intentaba proporcionar en mi práctica particular. Y lo podríamos hacer mucho mejor si pudiéramos tener refugios, y a veces los hemos tenido. Lauren Mosher y otros montaron refugios voluntarios, vigilados únicamente por un asistente social. El criterio para ser terapéuta era no juzgar a las personas. Los ensayos clínicos controlados se podían realizar en una residencia con gente normal ayudándote, dedicados a proteger tu libertad, a desarrollar tus relaciones y a superar la locura. Las estrategias de mejora eran más efectivas que en los hospitales mentales y, como no tomaban neurolépticos, no se presentaban con D.T. tres años después en un intervalo del 15% al 20% (*como sí que sucede en los grupos anteriores*).

Finalmente quiero decir que podría llevar un taller sobre todos estos asuntos. Alguien habló del modelo usuario/cuidador, y creo profundamente en él. Judy Chamberlain y otros Supervivientes de la Psiquiatría, así se llaman, han construido modelos que han funcionado con la gente etiquetada, que luego han trabajado mediante este sistema ayudando a otros. Algún tipo de combinación de profesionales dedicados y consumidores es necesario. El problema es que una vez que están mondados, desaparecen. Si alguien quiere entrar en contacto con ellos puede mirar en la web

www.icspp.org, una organización que formé en 1972 con mi esposa, y que es internacional desde hace 15 años. Ahora no la gestiono yo, no me implico en ello. Lo he dejado a hombres y mujeres más jóvenes, y lo hacen ellos. Entre otras cosas, este grupo busca soluciones humanas y afectuosas. Ya existe esta tradición en la psiquiatría moral. Ofrezco volver al Reino Unido y consultar, sin cobrar, con cualquier grupo de usuario-consumidor que consiga los fondos, a montar un enfoque alternativo.

David: Gracias. Bueno, empiezo sentir el humor de esta reunión. Hemos hecho un debate formal, entonces ahora haremos una votación formal. La propuesta es muy simple: “Los medicamentos psiquiátricos hacen más mal que bien”. ¿A favor? Y ¿en contra?... gracias. [Alrededor de 85 a favor, 3 en contra y 8 abstenciones]

Bob: Me gustaría finalizar agradeciendo a la James Nayler Foundation. Agradeceros a todos por venir, ha sido una tarde muy interesante. Particularmente quería agradecer a los miembros de la mesa [aplausos]. Creo que nuestro comportamiento ha sido muy educado considerando las circunstancias. Ahora la parte difícil (la otra era la parte fácil), donaciones. Hemos montado este evento y ha costado más de mil libras. Pedimos que deis £10, o £20 si podéis, así será gratuito para aquellos que no pueden contribuir. Si os interesa saber más, nuestra conferencia de mañana es “Curación exitosa de la angustia emocional” en Friends House, Euston Road (*un edificio en el centro de Londres que pertenece a los Cuáqueros*). Seréis todos bienvenidos. Gracias por asistir esta noche.