

Editorial

Este segundo número de *Esfuerzo* —Publicación Intermittente de Pensamiento Refractario— cede la totalidad de su espacio a un texto de crítica y denuncia de la medicación psiquiátrica obligatoria. La propia gravedad del tema exige el que saquemos a la calle un material que trate de arrojar algo de luz sobre los distintos movimientos que se están realizando para implantar la medicación forzosa en el estado español. Estas páginas guardan al respecto una singularidad que no debe dejar de tenerse en cuenta en ningún momento: quienes las han escrito son precisamente parte de aquellos a los que nadie ha preguntado, sujetos diagnosticados con algún tipo de enfermedad mental por el Sistema de Salud Mental. Este hecho ya nos parece suficiente para que sus palabras deban ser tenidas en cuenta por delante de los discursos redentores y totalizadores que están ofreciendo jueces, periodistas, psiquiatras y asociaciones de distinto pelaje. Frente al ensordecedor parloteo que está teniendo lugar desde hace aproximadamente medio año, no podemos sino preguntarnos: ¿cómo no se le ha ocurrido a ninguno de esos iluminados pedir la opinión a los propios individuos a los que afectarán las medidas judiciales sobre las que se está hablando? Creemos que la respuesta a esta pregunta quedará clara con la lectura del texto.

Por otra parte, este número no sólo es monográfico, sino que tiene unas características especiales. La tirada será mucho más numerosa que la del primero, tratando de responder así a la necesidad de plantar cara —en un primer momento y como aproximación al conflicto, de manera fundamentalmente teórica— al futuro establecimiento de un Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI). Además, y en estricta relación con la cantidad de ejemplares impresos, este número está también destinado a un público que no suele frecuentar los lugares de distribución habituales de *Esfuerzo*. Por ello mismo llamamos a la solidaridad de todas aquellas y aquellos que compartan *nuestras palabras, reflexiones y alaridos*: el papel que tienes entre las manos no tiene sentido alguno de ser si no circula, si no se mueve, si no llega a una serie de lugares y personas con las que hay una auténtica necesidad de compartirlo. No se pide ninguna tarea descomunal, simplemente que no se permita que los ejemplares se olviden en locales y armarios, que se les dé una vida, que acaben en manos de la gente a la que la implantación del TAI afectará en un futuro, de su familia y de amigos... también de psiquiatras, psicólogos, trabajadores y educadores sociales, etc. Para ello hay que llegar a ambulatorios, centros de salud mental, facultades de psicología y medicina, y asociaciones de familiares (la mayor parte están federadas en FEAFES —organización

de la que se hablará en el texto— y sus direcciones de contacto se encuentran en www.feafes.com). Si conseguimos que se distribuya —aunque sea de una manera cuantitativamente muy inferior a la de los medios oficiales— una interpretación alternativa a la que se está presentando socialmente sobre la necesidad de tratar judicial y policialmente la enfermedad mental, habremos sentado de alguna manera ciertas bases que nos permitan dar pasos hacia delante en un frente de lucha en el que, en última instancia, lo que se está poniendo en juego no es otra cosa que la libertad y la dignidad humanas.

Este texto está dedicado a todos los psiquiatrizados que se rebelan día a día contra la tiranía de lo real y lo normal, a quienes contra todo pronóstico se levantan una y otra vez, haciendo posible lo imposible. Por supuesto, estas letras también deben estar necesariamente dedicadas a todos aquellos que forman parte de su entorno y les ayudan, regalándoles su aliento, confianza, amor y solidaridad... algo tan extraño en esta sociedad y en estos días aciagos, que les convierte en cómplices y hermosos anormales.

El pasado 25 de Octubre de 2008 se aprobó en Alicante un protocolo de coordinación institucional dirigido a los enfermos mentales que se niegan a recibir tratamiento médico. La idea viene de lejos y pretende sencillamente establecer los mecanismos jurídicos necesarios para hacer tomar medicación psiquiátrica (psicofármacos) a un sujeto contra su voluntad. De aquí en adelante nos referiremos a este tipo de tratamiento como TAI (Tratamiento Ambulatorio Involuntario) y lo trataremos sin eufemismos: de lo que se está hablando es simple y llanamente de «medicación forzosa». La propuesta defendida por Vicente Magro Servet (presidente de la Audiencia Provincial de Alicante) no es un hecho aislado, desgraciadamente y en la práctica, la medicación forzosa amparada por la decisión de un juez¹ es un hecho consumado en muchos puntos del estado español. En San Sebastián ya se obliga la toma de psicofármacos contra la voluntad de los pacientes a través del juzgado de primera instancia número 6 (cuya titular es Aurora Elósegui), y en Madrid se aplican tratamientos forzosos que supeditan el alta de los pacientes a su estricto cumplimiento (según informaciones proporcionadas por la fiscal de incapacidades de dicha comunidad autónoma, Nuria López). Sin embargo, las características del TAI aprobado en Alicante le hacen especialmente peligroso: la decisión de aplicarlo no recae tanto en los

1 Otra cosa es la medicación forzosa en espacios de reclusión. El tema merecería un texto aparte, pero vemos necesario —como poco— mencionar las barbaridades que se están cometiendo en al menos tres lugares de confinamiento: la prisión, los centros de menores y las residencias privadas donde se internan tanto «enfermos mentales», como personas a las que se ha diagnosticado algún tipo de «discapacidad intelectual» y otras características que la medicina califica como «trastornos». En estos centros de privación de libertad, los psicofármacos (especialmente los antipsicóticos o neurolépticos, de efectos mucho más devastadores que los habituales sedantes o tranquilizantes) son utilizados como auténtica medida de contención, con la finalidad última de anular las capacidades de los sujetos encerrados. Consideramos que en los tres casos se trata de una tortura encubierta (hay que tener en cuenta que en la mayoría de las ocasiones las personas son drogadas contra su consentimiento, sin que haya ningún tipo de información sobre la sustancia que se les suministra) y una vulneración flagrante de los derechos humanos. Si la realidad muros afuera ya es terrible, es poca la información con la que contamos sobre qué sucede dentro de ellos, donde la impunidad permite prácticamente cualquier caso de abuso. Con los centros de menores en especial, habría que hacer una reflexión sincera sobre qué legitimidad tiene una sociedad que es capaz de aislar y drogar a niños contra su voluntad.

llamados «profesionales de la salud mental», como directamente en el juez. Mientras que en Guipúzcoa son los médicos los que piden a un juez en un momento dado que autorice un determinado tratamiento, en la Comunidad Valenciana el interlocutor privilegiado son las familias. La salud mental queda pues como un problema social y de orden que los jueces deben tratar debidamente, en ningún momento se busca mejorar la vida de sujetos afectados por una determinada dolencia psíquica, el TAI está destinado a garantizar la convivencia, por lo que el enfermo mental cambia de estatus para ser tratado directamente como un delincuente perturbador de la paz social. El propio Vicente Magro ha insistido en la potencialidad delictiva de los pacientes psiquiátricos en algunas intervenciones en prensa (diario alicantino *Información*), y el miércoles 13 de Agosto de 2008 sentenció: «la sociedad debe dar una respuesta a muchas familias que demandan ante la sanidad pública y la justicia un problema que por ellas mismas no pueden resolver». Una vez realizado un primer acercamiento al TAI, vayamos entonces despejando el terreno para tratar de comprender antecedentes, razones de ser y actualidad de la medicación forzosa en España.

El protocolo aprobado en octubre es la radicalización (local, circunscrita a la Comunidad Valenciana) de una propuesta elaborada por la FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales) y el CEIFEM (Centro Español de Información y Formación sobre la Enfermedad Mental). En 2004, FEAFES presentó a un diputado de CiU una propuesta de ley que pretendía modificar sustancialmente la ley de Enjuiciamiento Civil con el fin de regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos². Aunque parecía que los diferentes grupos parlamentarios estaban de acuerdo con su aprobación y comenzó a tramitarse el 19 de Julio de ese mismo año, la propuesta no fue aprobada antes del fin de la legislatura (Febrero de 2008). Sin embargo, podemos decir que aquí se abrió la caja de los truenos: cuando en vez de solicitar recursos para afrontar situaciones (que como más adelante abordaremos, reconocemos que en ocasiones pueden llegar a ser críticas para el entorno más cercano del sujeto que sufre psíquicamente), se busca tratar judicialmente una conducta, a largo plazo no se puede esperar nada bueno. Curiosamente, ahora FEAFES ha retirado públicamente su apoyo al TAI promovido desde Alicante, ya que considera que su aplicación entraña ciertos riesgos. Ante ello no podemos decir otra cosa que el que no nos extraña que cuando se juega con fuego en un pajar, la cosa acabe finalmente mal. Judicializar la salud mental no implica nada

2 Puede ser consultada en el BOE 122/000085/0000.

positivo, tratar de hacer frente a las deficiencias asistenciales de un sistema que ignora y desprecia a los calificados como «enfermos mentales» mediante la fuerza de jueces y policías (que en última instancia, y tanto en la propuesta originaria de FEAFES como en la de nuestro querido Vicente Magro, son los que deben garantizar que el sujeto que no quiere tomar la medicación la tome), no puede sino traer de la mano más dolor y represión. Por lo menos exigimos que no se nos tome como excusa, que se reconozca de forma sincera y abierta que los psiquiatrizados no somos el interés fundamental de todas estas reformas legales, que realmente lo que sucede es que la sociedad no quiere mancharse las manos con una realidad que la trastoca fundamentalmente. Parece, pues, que el sujeto principal de esta tragedia no es el loco, sino que son sus familias (a día de hoy no conocemos a ningún enfermo que sea miembro «activo» de FEAFES, es decir: que acuda como ponente a sus actos, que redacte sus comunicados, etc.). Pensemos, pues, sobre ello...

En 1984 se inicia lo que se ha venido a denominar como Reforma Psiquiátrica. En pocos años se llevará a cabo el cierre de los hospitales psiquiátricos públicos³. La idea inicial estaba adornada con un sinnúmero de buenas intenciones y propósitos humanitarios. Frente al sistema totalitario y represor del manicomio se defendía la necesidad de «reinsertar» al enfermo en la sociedad, combatiendo así el estigma y el aislamiento. Todo muy bonito, pero ¿cómo se llevaría a cabo dicha intención? La clave la tienen dos palabras: atención comunitaria. No obstante, y como suele decirse, a aquellas palabras se las llevó el viento. Siempre fue más fácil decir que hacer. A efectos prácticos, en el estado español (y esto lo sabe bien tanto cualquier psiquiatrizado como su entorno más cercano) ni hay ni hubo jamás recursos públicos suficientes para atender de forma «comunitaria» el problema de la salud mental. No hace falta dar tediosos datos al respecto, basta haber tenido algún tipo de trato con el Sistema de Salud Mental. Obtener una cita con un especialista puede tardar incluso meses dependiendo de la comunidad autónoma (pudiendo llegar a darse el caso, como le sucedió a alguno de nosotros en Andalucía, de acudir con el volante del médico de cabecera a solicitarla y tener por respuesta: «Las listas están cerradas, pásate por aquí dentro de 3 ó 4 semanas y a ver si hay suerte»), y una vez consigues esa cita, las consultas son fugaces, limitándose a la receta de medicamentos, evidentemente no suelen existir recursos de ningún tipo para psicoterapia (es decir, tratamiento al margen de la simple medicación), y en definitiva no hay ningún tipo de orientación en los tratamientos que

3 Aunque actualmente siguen existiendo centros cerrados que ya no responden al modelo del «gran manicomio», pero que siguen funcionando como psiquiátricos bajo el nombre de comunidades terapéuticas.

trabaje en aras de la autonomía del paciente. Es necesario detenerse un momento en este punto, nuestra tesis fundamental al respecto es tan sencilla como el puro instinto del sentido común: frente a un dolor psíquico, lo esencial es fomentar la autonomía del sujeto. En otras palabras, si entendemos la enfermedad mental como una merma de la autonomía individual, todo aquello que ayude a fomentar esa autonomía actuará contra la enfermedad. Pero, ¿qué tipo de autonomía puede conseguirse con un puñado de cajas de medicamentos y una pensión (dado el caso de que fuera concedida) que en ocasiones no llega a los 400 euros? Y aquí se desvela el gran problema de las familias, que frecuentemente tienen que hacerse cargo del mantenimiento del psiquiatrizado. Si se cronifica una situación mediante la ingesta sistemática de psicofármacos, sin ningún tipo de intervención real y efectiva en los problemas que viven los pacientes, si se les niega un subsidio que realmente les garantice la subsistencia... ¿cómo tirar para adelante? Los psiquiátricos fueron cambiados por la química de los medicamentos, pero el problema nunca fue afrontado de raíz. ¿Por qué? Simplemente porque ese al que llaman «enfermo mental» no significa absolutamente nada para el sistema. El fallo es estructural. En un mundo que se rige exclusivamente por los criterios de la economía, el desviado, el loco, no pasará nunca de ser un error, un elemento que debe situarse al margen de la comunidad y el mercado. El único interés que realmente podemos suscitar los psiquiatrizados es el que despierta nuestra capacidad para engullir fármacos. Por lo general no solemos ser buenos trabajadores ni grandes consumidores, y somos los suficientemente pocos como para que nuestra capacidad de voto (que mayoritariamente, y con mejor criterio que la sociedad «sana», no solemos ejercer) valga algo.

Sabemos que estas afirmaciones son desoladoras, pero al menos son honestas y sinceras, la situación de los sujetos diagnosticados con enfermedad mental en el seno de una sociedad en la que todo se organiza alrededor del dinero siempre será penosa. Y en el caso de que se decida arañar al Estado algún tipo de reforma y ayuda, si lo que se busca es el beneficio del paciente y la mejora en sus condiciones de vida, nunca se debe pasar por pedir a un juez que la policía le obligue a tomar pastillas por la fuerza. Parece mentira que una perogrullada de tal calibre se nos ocurra a nosotros, pobres desviados de la norma y tarados mentales, antes que a toda esa gente inteligentísima y bondadosa que dice velar por nuestros intereses.

Ahora bien, la gente que aún no ha perdido el velo de la ingenuidad y que todavía cree que este es «el mejor de los mundos posibles» preguntará: ¿cómo puede una sociedad que se proclama a viva voz democrática y garante de libertades, permitir la anestesia química y el abandono de quienes sufren mentalmente? Muy sencillo: buscando una

coartada, asumiendo como propia una teoría que la exculpe de manera definitiva de todos sus errores y males. Si quien sufre no lo hace porque este mundo es inhabitable, sino porque tiene un desajuste bioquímico y se descubre alguna sustancia para subsanarlo, el problema habrá quedado prácticamente resuelto. Si además disponemos de «algo» en nuestros genes que nos empuja hacia la depresión o el delirio, la culpa recaerá en la naturaleza y no en una sociedad que ha hecho de la existencia un tiempo muerto en el que los hombres y las mujeres no deciden prácticamente nada sobre sus condiciones de existencia. En términos pedantes, esta teoría se llama biologicismo (y en el campo de la psiquiatría, que es el que nos ocupa, psiquiatría biologicista), y viene a decir que lo que les pasa a nuestras escacharradas cabezas nunca tiene nada que ver con nuestra infancia, nuestras relaciones, nuestros miedos, nuestros asquerosos trabajos o nuestras casas de mierda. Se trata pues de una lotería... en el caso de la esquizofrenia, ese maldito 1%. Tu enfermedad, tu dolor, se debe de manera exclusiva a una cuestión de probabilidad: ser uno entre cien.

Actualmente esta tendencia es la que está prevaleciendo, y se defiende a capa y espada tanto en los ámbitos académicos como en los medios de comunicación. Cuando menos, resulta sospechoso que sea la económicamente más rentable, ya que todo el mundo sabe que es infinitamente más barato dispensar píldoras que afrontar problemas. De esta manera queda arrojada al basurero de la historia toda una enorme variedad de teorías y estrategias terapéuticas que ponen el énfasis en la persona misma y en sus vivencias, y que por definición necesitan más recursos y tiempo para trabajar que la inmediatez de una droga. Sin embargo, y si se sigue ese consejo popular que dice que siempre hay que desconfiar de quien te presente arrogantemente una verdad como si fuera absoluta e incuestionable, uno suele encontrar cierto hedor autoritario en las palabras de los psiquiatras biologicistas. En ellas no hay lugar para dudas o cuestionamientos, como demuestran las afirmaciones de un par de individuos que se mueven por universidades y platós televisivos. Según José María Izquierdo Rojo (catedrático de neurocirugía y colaborador de *La Nueva España*), «Atribuir la esquizofrenia a la presión de la sociedad “alienante” se parece mucho a atribuirla al castigo por el pecado o a la actividad del demonio, y en el terreno científico resulta hoy día una actitud enormemente “reaccionaria”, además de profundamente ignorante». De una patada se desechan disciplinas enteras como la psiquiatría social, ya que la enfermedad mental se circunscribe exclusivamente al ámbito de lo biológico. Lo curioso es entonces la separación entre neurología y psiquiatría. Si todo son problemas físicos: ¿por qué no se afronta la enfermedad mental desde la ciencia que trata los problemas específicos del sistema nervioso (es decir: la neurología)? Simplemente porque los psiquiatras ni pueden ni saben señalar cuál es el origen físico de un desorden mental

como la depresión o la psicosis. Saben que se puede dar un correlato físico, pero no conocen las causas. El propio señor Izquierdo lo reconoce: «Lo que ocurre es que no siempre conocemos la etiología exacta, pero sí sabemos de su organicidad». Que la enfermedad mental provoca reacciones en nuestro organismo (esa «organicidad» a la que hace referencia) no tiene nada de revelador y no tenemos ningún problema en aceptarlo, es tanto como decir que una situación de ansiedad puede provocar trastornos digestivos. Lo que nos interesa es que su perfecto y avanzado paradigma teórico dé cuenta de las causas reales del dolor, de los procesos que lo fundan (es decir: la «etiología»). Y ahí los psiquiatras callan, porque saben que cuando una presunta enfermedad psíquica tiene un origen estrictamente físico, se ocupa de ella una ciencia llamada neurología. Hacemos hincapié en la palabra ciencia, ya que si esta trata por definición objetos y procesos observables, cuantificables e inteligibles, queda claro que la psiquiatría (y sabemos que en esto somos auténticos herejes) no es una ciencia, y si no que nos cuenten el origen de cualquier (no importa el grado de gravedad) trastorno psíquico. El caso de la epilepsia es muy esclarecedor al respecto, durante mucho tiempo fue considerada como una enfermedad psiquiátrica, hasta que se descubrieron sus causas físicas y pasó a tratarse desde la neurología. Otro tanto pasó con la homosexualidad, pero en este caso dejó de considerarse una enfermedad mental (aunque también aquí muchos psiquiatras bramaban sobre su fundamentación biológica) cuando la sociedad evolucionó (aunque fuera tímidamente)⁴.

Otro paladín del biologicismo es José Cabrera, asesor de FEAFES, defensor a ultranza de la medicación forzosa y tertuliano profesional⁵. Este tipo, que equipara continuamente la medicación psiquiátrica forzosa con una reanimación cardio-respiratoria (ya que al igual que no pides permiso a un hombre al que le ha dado un infarto para reanimarlo, no deberías pedirselo a un loco para drogarlo), se permitió el lujo de afirmar vehementemente en un plató que cualquier relación entre proceso traumático

4 La homosexualidad estaba definida como trastorno mental en la página 44 del texto de referencia DSM-II: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (segunda edición), publicado en 1968. En ese libro la homosexualidad es categorizada como «desviación sexual» en la citada página. En 1973 la Asociación Psiquiátrica Americana votó para sacar a la homosexualidad de sus categorías diagnósticas de enfermedades mentales. De manera que cuando la tercera edición del DSM se publicó en 1980, observó que «en sí misma, la homosexualidad no es una enfermedad o trastorno» (pág 282).

5 Este hombre, de mirada hosca, ceño eternamente fruncido y tan seguro de sí mismo que casi da pena (en serio, cuando se habla con tanto endiosamiento uno debería hacérselo mirar), es un habitual de los espacios televisivos matinales, la radio e incluso ese programa tan científicamente riguroso que es Milenio Cuatro de Iker Jiménez (dedicado a las ciencias ocultas, los avistamientos de ovnis y toda suerte de morralla parapsicológica).

y enfermedad mental es «pura leyenda urbana». Casi sería grotescamente gracioso si no fuera por dos cosas: 1) porque le vieron cientos de miles de personas que posiblemente le creyeran (se tiene que ser muy listo para hablar en la tele, ¿no?); 2) porque ha insultado y se ha mofado de todas esas personas que han desarrollado una patología mental (en su sentido estricto, un dolor) a partir de un hecho traumático y son conscientes de ello. Si ambos «profesionales» están interesados (ya que vamos a hacer todo lo posible por hacerles llegar esta publicación) en que les tuteemos una serie de lecturas sobre causas no biológicas de la enfermedad mental, que se pongan en contacto a través de nuestro correo electrónico y estaremos encantados en abrirles un mundo de conocimiento y alternativas a su visión monolítica⁶.

En ningún momento queremos dejar de tener en cuenta las dramáticas situaciones que viven muchas familias en el estado español, simplemente nos posicionamos claramente en lo que consideramos un conflicto de intereses. Por un lado, una administración que quiere gastar lo menos posible en salud mental, a la que le interesa estigmatizar y aislar a los pacientes diagnosticados con trastornos psíquicos, y por el otro, ese mismo colectivo de pacientes del que formamos parte, y cuyos derechos como tales y como personas se ven seriamente amenazados por la ofensiva judicial que estamos analizando. El choque es tan viejo como la civilización en la que vivimos: una minoría que reivindica su integridad frente a un Estado que no reconoce en sus miembros sujetos de propio derecho. Tratar de forzar la medicación en vez de subsanar toda una serie sin fin de fracasos estructurales no es la solución a ningún problema, las familias necesitan recursos, pero desgraciadamente esos recursos (asistencia terapéutica, ayudas económicas, personal cualificado, investigaciones interdisciplinares etc.) suponen un gasto que nadie quiere asumir. La respuesta viene entonces por la vía más rápida: el asunto se plantea en términos de culpa, y como ya hemos mencionado que la sociedad no suele reconocer las suyas propias, la culpa debe recaer forzosamente sobre los hombros de los psiquiatrizados. Da igual que el porcentaje de delitos cometidos por enfermos mentales sea igual o inferior al de quienes tienen la suerte de no padecer ningún trastorno psíquico⁷, los medios de comunicación ya se encargan de crear una alarma social que insiste una y otra vez en que los enfermos sin medicar son «auténticas bombas de relojería» (expresión literal recogida con demasiada frecuencia

⁶ A José Cabrera, dada su nociva relevancia televisiva, le rogamos encarecidamente que no pierda el tiempo y eche un vistazo a las obras de T.T. Franz, B. Johnston o A.T. Beck.

⁷ Según la Organización Mundial de la Salud, casi un 26% de la población sufre o puede sufrir trastornos psíquicos de distintos tipos, sin embargo —en el caso de Europa— sólo el 3% de los delitos son cometidos por personas que padecen un trastorno mental (de la índole que sea).

de columnas de opinión e intervenciones de tertulianos). Cuando una persona que sufre deja de ser considerada como tal para convertirse en un delincuente potencial, las críticas sobre un sistema socio-sanitario que hace aguas por los cuatro costados se desvanecen, lo que importa es imponer el orden. Ya no hay alternativas ni matices, el problema es que los enfermos mentales no toman su medicación. Y se insiste una y otra vez en que las tasas de abandono son alarmantes, en que los pacientes abandonan su toma de pastillas con una altísima frecuencia. ¿Por qué? Los especialistas dictan sentencia: esos sujetos no tienen conciencia de su enfermedad. Ahora bien, ¿cuáles son los criterios que dan cuenta del nivel de esa conciencia?, ¿pierde el tiempo algún psiquiatra en detenerse y preguntar a los pacientes por qué dejan de tomar unos fármacos que son la solución definitiva a todos sus males?

La medicación psiquiátrica no puede ser considerada como si formara parte de los medicamentos a los que estamos acostumbrados, no se trata de nada que funcione de manera semejante a un antibiótico o un antihistamínico. Para empezar, los psicofármacos no curan. Eso lo sabe cualquiera que los tome o los haya tomado. No subsanan ningún problema bioquímico y te sanan (es decir: no son una solución a un problema de tu organismo que te permita abandonar un estado de enfermedad), y no lo hacen por la sencilla razón de que como ya hemos mencionado, la psiquiatría desconoce las causas finales del sufrimiento. En el mejor de los casos palián ese dolor, ayudan a sobrellevarlo puntualmente, y en el peor, te anestesian y mutilan tu existencia. Alteran la química de tu cuerpo (los sufridos pacientes estamos acostumbrados a escuchar a nuestros doctores hablar una y otra vez de los niveles de nuestra serotonina o dopamina), de eso no hay duda, pero no producen un efecto como el de un antibiótico al contrarrestar una infección bacteriana o el de un antihistamínico al combatir una reacción alérgica. Dicho de otra manera, ni los antidepresivos ni los neurolépticos que comúnmente se recetan en las consultas producen un efecto específico. No se restaura una función biológica normal (pensemos por ejemplo en el caso de la administración de insulina a diabéticos), sino que se interfiere de manera directa en una función biológica normal. En ningún caso estamos rechazando el hecho de que puntualmente la utilización de estos fármacos pueda ayudar a un paciente psiquiátrico, nos limitamos a reflexionar sobre su naturaleza y funcionamiento (información que nunca se da por parte de los psiquiatras), afirmando, eso sí, que si no somos nadie para decir a una persona que deje de tomarlos, no reconocemos en nadie la autoridad para obligarnos a consumirlos... porque en última instancia estamos hablando de violencia, y esta no deja de ser tal por el hecho de presentarse así misma como tratamiento médico.

Sabemos que buena parte de lo que estamos diciendo puede ser puesto en tela de juicio: ¿quiénes son estos autodenominados «psiquiatrizados en lucha» para emitir semejantes juicios? Las ideas que estamos presentando no son ni nuevas ni exclusivas de aquellos que buscan subvertir el orden social existente (de quienes sin embargo, nos sentimos parte orgullosa), son muchos los profesionales del ámbito de la salud mental que cuestionan el determinismo biológico, harina de otro costal es el que convenga mantenerlos callados y en la sombra. Podríamos extendernos con numerosas citas bibliográficas, pero nos limitaremos a mencionar algunos ejemplos que nos puedan ayudar a ilustrar nuestras posiciones con cierta claridad. En 1992, la Oficina del Congreso Americano de Evaluación Tecnológica reunió a un grupo de expertos para que abordaran el tema de las causas biológicas de la enfermedad mental, la conclusión no puede ser más rotunda: «Muchas preguntas quedan sin contestar acerca de la biología de los trastornos mentales. De hecho, las investigaciones aún tienen que identificar causas biológicas específicas para cualquiera de estos trastornos... Los trastornos mentales se clasifican sobre la base de síntomas porque aún no existen signos biológicos o pruebas de laboratorio para ellos» (*La biología de los trastornos mentales*, U.S. Government Printing Office). El profesor de la universidad de Columbia, Jerrold S. Maxmen escribe en su libro *The New Psychiatry: How Modern Psychiatrists Think about Their Patients, Theories, Diagnoses, Drugs, Psychotherapies, Power, Training, Families, and Private Lives*: «Es un hecho no reconocido el que los psiquiatras son los *únicos* especialistas médicos que tratan trastornos que, por definición, no tienen causas o curaciones conocidas... Un diagnóstico debe indicar la causa del trastorno mental, pero [...], como las etiologías de la mayoría de los trastornos mentales es desconocida, los actuales sistemas de diagnóstico no pueden reflejarlas». En resumidas cuentas, creemos que a día de hoy no hay evidencias que permitan afirmar que los trastornos psiquiátricos tengan un componente genético⁸ o biológico.

8 En el presente texto estamos dejando —por evidentes razones de espacio— conscientemente de lado la crítica al origen genético de la enfermedad mental. El hecho de que en una misma familia se manifiesten varios casos de esquizofrenia (por citar el trastorno más comúnmente citado) suele ser para los deterministas biológicos una prueba irrefutable de la heredabilidad de la enfermedad mental, no obstante hay otras hipótesis de trabajo que ofrecen interpretaciones más plausibles, como las que enuncian que los trastornos pueden en cierta manera enseñarse y aprenderse. Así, una determinada desestructuración del pensamiento puede transmitirse dentro de un contexto dado de la misma manera que se transmiten percepciones del mundo, valores o actitudes (un padre violento puede educar a su hijo en la violencia, de manera que no es nada de extrañar que ese hijo sea a su vez un sujeto violento). De todas formas, y como ya se ha dicho, no hay una sola evidencia que demuestre la base genética de la enfermedad mental (otra cosa sería hablar de cierta predisposición biológica, aunque tampoco se trata de algo demostrado). La

Este hecho es absolutamente esencial a la hora de hablar del TAI. No se puede hablar de la medicación obligatoria sin hablar de la propia medicación en sí misma. Y hablar de psicofármacos es hablar de efectos secundarios. ¿Por qué tienen antidepresivos y neurolépticos unos efectos secundarios tan devastadores? Precisamente porque como ya hemos comentado, no tienen un efecto específico y por lo tanto su acción no se restringe a algo concreto y delimitado. Pongamos el ejemplo de los neurolépticos, incluso el de los denominados atípicos (es decir de todos aquellos más recientes y que tienen menos efectos secundarios que sus antecesores), se trata de fármacos usados para afrontar lo que se vienen a llamar procesos psicóticos, es decir, pérdidas de contacto con la realidad que suelen manifestarse a través de delirios o alucinaciones. Como no existe una causa biológica concreta que pudiera ser atacada farmacológicamente, lo que se hace es interrumpir el funcionamiento normal del cerebro (en este caso, alterando los niveles de un neurotransmisor: la dopamina). Utilizando un símil que puede ser bastante ilustrativo, podemos decir que sometemos al cerebro a un bombardeo preventivo, alteramos su manera de funcionar de una manera amplia y no focalizada. Como resultado y en muchas ocasiones, los delirios se ven atenuados, pero como contrapartida serán afectados muchos otros procesos neuronales. Por eso la medicación neuroléptica puede acarrear aplanamientos afectivos (que a menudo suelen ser utilizados por los psiquiatras en sus diagnósticos como síntomas de la enfermedad, aun cuando esta está siendo supuestamente «tratada» por la medicación), discinesia tardía (movimientos musculares anormales), problemas de memoria, incapacidad de concentración, impotencia y falta de apetito sexual, irregularidad menstrual, rigidez, temblores, sequedad bucal, somnolencia, diabetes (en el caso de la olanzapina, comercializada bajo la marca Zyprexa), aumento de peso etc. ¿De verdad cuesta tanto entender que abandonemos con tanta frecuencia la medicación psiquiátrica?, ¿acaso no se dan cuenta quienes tan a la ligera opinan al respecto, que los psicofármacos pueden atenuar puntualmente los síntomas pero que no ofrecen una solución real y efectiva al dolor psíquico?, ¿por qué no se empeña nadie en legislar también la obligatoriedad por parte del Estado de ofrecer una asistencia psicosocial integradora (por utilizar la jerga habitual) y dotada con suficientes recursos materiales y humanos?

historia le ha dado una lección de humildad a todos aquellos que afirmaron que era cuestión de tiempo hallar pruebas irrefutables al respecto, han pasado décadas y la psiquiatría determinista sigue empantanada. Para informarse al respecto, recomendamos la lectura de los capítulos 7 y 8 de *No está en los genes. Racismo, genética y biología* (R.C. Lewontin, S. Rose y L.J. Kamin), las críticas al determinismo biológico que se presentan en este clásico de 1984 siguen absolutamente vigentes casi un cuarto de siglo después. Lo sentimos por quienes defienden que el mundo no puede ser de otra manera porque lo llevamos escrito en nuestra naturaleza: la enfermedad mental no tiene un sustento genético de la misma manera que no la tiene la superioridad del blanco sobre el negro, el hombre sobre la mujer o el rico sobre el pobre.

En torno a la cuestión farmacológica, en psiquiatría suelen darse dos posiciones mayoritarias: 1) la de los entusiastas de la industria farmacéutica, que afirman sin el más mínimo temor a la equivocación que «Los psicofármacos son buenos, y punto»; 2) la de los comedidos, que defienden —con bastante mayor sentido común que los primeros— que «Los psicofármacos no son ni buenos ni malos en sí mismos, si no que depende del uso que se haga de ellos». Nosotros defendemos una tercera posición al respecto, entendemos que los psicofármacos son potentes drogas, neurotoxinas cuyo uso prolongado puede producir daños en el cerebro, y que por lo tanto su uso debería ser estudiado con rigor y detenimiento, teniendo en cuenta lo siguiente: 1) debe informarse al paciente de todos sus posibles efectos, tanto los positivos como los negativos; 2) la posología (la dosificación) del medicamento debe tender a ser lo más baja posible en relación con el trastorno que se trata de mitigar; 3) el tratamiento farmacológico debe tender a ser lo más corto posible, acompañándose de estrategias terapéuticas que eviten que el consumo del tóxico se cronifique. Evidentemente esto no es posible según está planteado el actual Sistema de Salud Mental, y las razones son varias.

Para empezar, la salud mental no escapa a los planteamientos economicistas de la sociedad capitalista en la que vivimos, los medicamentos son fabricados por una descomunal industria que cotiza en bolsa y que tiene un objetivo propio: aumentar sus beneficios⁹. Por más que su publicidad apele a cuestiones humanitarias como la disminución del sufrimiento¹⁰, las empresas farmacéuticas no son entidades sin ánimo de lucro ni existen para servir a los intereses de la población que padece, son organizaciones privadas que viven siguiendo las reglas de un mercado de las que ellas mismas forman parte. Cualquier atisbo de neutralidad debe ser eliminado a la hora de

⁹ Teniendo en cuenta que el sector de los psicofármacos es el que más crece año a año dentro de todo el espectro de medicamentos, conviene citar el siguiente pasaje de *El gran secreto de la industria farmacéutica* de Philippe Pignarre (2005): «Para los países occidentales, y sobre todo para los Estados Unidos, la industria farmacéutica es la joya de la corona capitalista. Es, de lejos, su industria más rentable: los márgenes brutos giran entorno al 70% y hasta el 90%, y según los expertos, su tasa de ganancias promedio es la más elevada de todas: alcanza el 18,6%, contra el 15,8% de los bancos comerciales, que aparecen en segunda posición, por delante de índices mucho más bajos para los demás sectores de la industria. En el mundo occidental, el costo total del gasto en medicamentos recetados aumenta cada año del 6% al 20% según los países, es decir, a un ritmo mucho más veloz que el conjunto de gastos en salud».

¹⁰ La agencia publicitaria inglesa Junction desarrolló una campaña de promoción del Risperdal llena de sensacionalismo, falta de respeto y mal gusto. Con el lema: «Porque las recaídas son una vida de pesadilla», en los carteles que diseñaron son representados gráficamente una serie de delirios y terrores para cuya desaparición la risperidona es la receta mágica. Pueden verse en <http://adsl.ike.blogspot.com/2007/05/risperdal-antipsychotic-for.html>.

tratar de entender su funcionamiento, ellas mismas son las encargadas de financiar las principales investigaciones en psiquiatría, lo que lleva necesariamente a cuestionarse hasta qué punto esas investigaciones no están sesgadas y encauzadas. Tengamos además en cuenta que la medicación psiquiátrica (especialmente la neuroléptica, que es la más cara de todas) suele recetarse durante largos periodos de tiempo, y que por ejemplo, un paciente diagnosticado con un cuadro psicótico al que se le recete Zyprexa (en el año 2001 se vendieron en las farmacias españolas cerca de 800.000 envases, lo que supuso para la Seguridad Social un gasto de casi 100 millones de euros) es literalmente un «chollo» para Lilly, el gigante farmacéutico que lo fabrica. ¿Alguien puede creer que Lilly tenga un interés real en la recuperación de sus consumidores, o más bien quiere un «mercado cautivo» (término económico especialmente acertado en nuestro caso) que le proporcione ingresos fijos durante años? La medicación es el centro de la atención en salud mental, todo gira entorno a ella y por ello quieren legislarla. Este hecho es fácilmente corroborable con datos: en el caso de Cataluña, del presupuesto que la Generalitat destina a la atención a la enfermedad mental (625 millones de euros), el 40% se utiliza para sufragar psicofármacos, mientras que del presupuesto global del Departamento de Salud, el 25% se destina a pagar la factura farmacéutica (medicamentos subvencionados por la Seguridad Social). ¿Por qué en el caso de la salud mental hay un gasto tan descaradamente superior en medicación al del resto de campos de atención sanitaria? Dada la actual dotación presupuestaria que tiene la salud mental en España, no existen recursos suficientes que puedan financiar programas o dispositivos que cubran adecuadamente las necesidades de la población: mientras que los laboratorios ven dispararse sus cuentas de resultados gracias a los 1.204,65 millones de euros (Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, 2007) que se gastan en costear las recetas de antidepresivos, antipsicóticos y benzodiazepinas, nos encontramos con que se dispone de 4 psicólogos y 6 psiquiatras por cada cien mil habitantes, cifra que se encuentra bastante por debajo de la media europea (18 psicólogos y 11 psiquiatras por cada cien mil habitantes), además de estar invertida en relación a la tendencia europea, donde el número de psicólogos supera al de psiquiatras.

En relación directa con esta última apreciación, un uso no abusivo de los psicofármacos pasaría en primer lugar por una atención sanitaria seria. Y todos los afectados sabemos que acudir 15 minutos al mes a que un señor con bata blanca nos pase las drogas, tiene más parecido con una relación entre consumidor y camello, que entre paciente y terapeuta. Además, es más que frecuente el hecho de que se nos cambie de medicación una y otra vez, jugando al ensayo y error con nuestras cabezas, probando diferentes píldoras sin otro criterio científico que el de quedarnos con la que mejor nos siente. Y llegados a ese punto, perpetuar la ingesta hasta el fin de los tiempos,

que es lo más sencillo y rentable para todos (menos para el que se medica, claro está). Lo más curioso es que los psiquiatras suelen reconocer que la medicación no cura (al fin y al cabo, los trastornos mentales más graves —como la esquizofrenia— son considerados un mal vitalicio), sino que ayuda a mejorar tu calidad de vida. Parece lógico que a partir de ese razonamiento haya quienes quieran poder obligar a los pacientes a tomar su ración diaria de psicofármacos, pero también es perfectamente lógico recorrer un camino inverso y cuestionar una disciplina médica que no es capaz de definir los problemas que trata, y mucho menos de curarlos (tengamos a mano el diccionario —el *María Moliner*, en este caso—: *Medicina*: Ciencia que trata de las enfermedades y de su curación; *Curar*: Poner bien a una persona o animal, a un organismo o a una parte de él que están enfermos; hacer desaparecer cierta enfermedad). ¿Cómo entonces se pueden dejar de lado todas las demás líneas de trabajo posible (desde la psicoterapia en sentido amplio a otro tipo de alternativas no invasivas o incluso las naturistas)?, ¿cómo alguien que tiene tan poco que ofrecernos (una mera atención —ojo, que no cuidado— paliativa) puede ser tan arrogante y chulo de negar cualquier otra realidad que no sea la de sus drogas que nos convierten en zombis? Reivindicamos nuestro derecho a no medicarnos por los efectos secundarios, porque elegimos otra manera de afrontar nuestro dolor o simplemente porque nos planteamos la posibilidad de que el tratamiento que nos ofrecen no es el correcto. Usualmente este recelo suele considerarse como una muestra más de la perturbación del enfermo, que en su delirio suele creer que el psiquiatra es un incompetente. Desgraciadamente, la experiencia nos demuestra que existen una gran cantidad de incompetentes en el Sistema de Salud Mental, incompetencia que se deriva en ocasiones de la propia negligencia profesional del doctor, en ocasiones del poco tiempo del que disponen (lo cual suele llevarles a medicar a la alta, es decir a darte bastantes más miligramos de los necesarios para llevar un determinado trastorno, de manera que se reducen las veces que tendrías que acudir al centro de salud mental si fueras poco a poco con el fármaco), y en otras, de la inoperancia de la disciplina psiquiátrica. ¿A cuántos de nosotros nos han ido diagnosticando con sucesivas etiquetas hasta dar con una final?, ¿cómo puede ser un criterio diagnóstico tan voluble dependiendo del tiempo transcurrido y el especialista que te trate? A este respecto, no podemos evitar citar un episodio histórico que evidencia la fragilidad de una catalogación de patologías cuyas fronteras se basan en consensos entre expertos y no en criterios objetivos: «En 1972 se publicaban los estudios de la UK-US Study. Dos grupos de enfermos, hospitalizados unos en Londres y otros en Nueva York, habían sido examinados por un equipo conjunto de psiquiatras ingleses y norteamericanos. Resultó que un enfermo dado tenía dos veces más posibilidades de ser diagnosticado como esquizofrénico por un psiquiatra estadounidense que por uno inglés, y dos veces más

posibilidades de ser diagnosticado como depresivo por un psiquiatra inglés que por uno norteamericano» (*Un siècle de psychiatrie*, Pierre Pichot).

Antes de seguir con nuestro ataque al TAI, y para poner un punto y seguido que nos permita sintetizar nuestra crítica a la psiquiatría biologicista, su autoritario determinismo y su exaltación de los fármacos, vamos a citar unas palabras del controvertido psiquiatra norteamericano Peter Breggin (de cuya obra tampoco somos unos entusiastas empedernidos, pero al que hay que reconocer valiosas aportaciones): «Nada ha dañado más la calidad de vida individual en la sociedad moderna que la errada idea de que el sufrimiento humano se deriva de causas biológicas y genéticas, y que puede ser rectificado tomando medicinas o recibiendo terapia de electroshock... Si yo quisiera arruinar la vida de alguien, le convencería de que la psiquiatría biologicista tiene la razón: que las relaciones humanas no significan nada, que el libre albedrío es imposible, y que la mecánica de un cerebro descompuesto reina sobre las emociones y conductas. Si quisiera estropear la capacidad de un individuo de crear relaciones empáticas y amorosas, le recetaría medicinas psiquiátricas: *todas* aplanan nuestras más altas funciones psicológicas o espirituales» (prefacio de Peter Breggin en *Reality Therapy in action*, de William Glasser).

Ya hemos dicho que el sólo planteamiento del TAI anula cualquiera de las legítimas razones que pudiera tener un paciente para rechazar el tratamiento. El calificativo involuntario debería sustituirse por forzoso. Lo forzado es necesariamente violento, y la violencia (aunque se disfrace) no tiene nada de terapéutica. Cuando una persona diagnosticada es inhabilitada para poder decidir sobre su propio tratamiento, se manifiesta a las claras que la última intención de la judicialización de la salud mental es el control y no la recuperación. ¿Qué criterio terapéutico puede existir en una acción de fuerza?, ¿alguien se ha planteado seriamente cuáles pueden ser los riesgos que puede acarrear dicha acción? Cuando los promotores del TAI despliegan toda su verborrea sobre qué es lo mejor para los pobres enfermos, no hay que perder de vista el hecho de que no hablan en ningún momento de terapia, sino de hacer del consumo una ley. ¿Qué tipo de terapia es aquella que se cumple bajo la amenaza o la intervención de un agente armado? Toda literatura médica sensata insiste en que entre paciente y profesional de la salud debe conformarse un pacto terapéutico de respeto (la llamada «alianza terapéutica»), para ayudar a alguien tiene que existir un grado de confianza mínimo. La obligatoriedad del tratamiento so riesgo de intervención forzosa (y digámoslo con todas sus palabras y no dando rodeos, como hacen jueces, psiquiatras y periodistas: que personal sanitario ayudado de la fuerza te reduzca, baje los pantalones y clave una jeringa llena de una droga que rechazas) dinamita todo pacto, la

relación paciente-terapeuta se convierte en pura relación de poder, lo que no es otra cosa que reconocer que aquí ya no se trata de curar, sino de controlar. Dicho de otra manera: sin objetivos liberadores, jamás se podrá liberar a nadie. La medicación se convierte en un saco sin fondo, cuanto más se promueva (y el TAI es una defensa más que entusiasta de la misma), más crecerá su demanda. Si nos basamos en los principios lógicos de cualquier política sanitaria, comprobaremos que el TAI no es más que una muestra del fracaso de la institución psiquiátrica, ya que no sólo no sirve para reducir el fenómeno para el cual fue creada, sino que es su principal aliento. Una vez más, consideramos que el fallo no puede ser más que estructural, y que va más allá de la propia psiquiatría, nos enfrentamos a problemas de orden social. Por eso, de la misma manera que por más medicamentos que se saquen al mercado, la enfermedad mental no hace más que extenderse a modo de epidemia, la medicación obligatoria, aunque inicialmente se plantee para casos puntuales y especialmente graves, no hará otra cosa que generar cada vez más casos en los que debe ser aplicada. Esto sucederá por la sencilla razón de que el TAI no está encauzado a la necesidad terapéutica, sino que sus razones de ser son el control y el mercado.

Las palabras que escribiera el psiquiatra Enrique González Duro en 1977 (dentro del volumen *Peligrosidad Social*) sobre el manicomio, pueden ser traídas aquí para hablar del TAI: «La sociedad, la sociedad clasista y alienante, necesita tener a sus locos perfectamente organizados, para que sirvan, por contraste, de contramodelo de conducta socialmente aceptable, normalizada y adaptada». Ni la propuesta de la audiencia de Alicante, ni la que inicialmente sacó a la luz FEAFES, se centran en la recuperación del enfermo. Más bien son actas de defunción terapéutica, es como si dijeran: «No hay más que hacer, sólo queda salvaguardar el orden familiar y social». Por eso el enfermo acaba viéndose como un delincuente en potencia, los medios no publican noticias sobre la falta de recursos, los riesgos farmacológicos o los chanchullos de los laboratorios, presentan una relación entre peligrosidad y enfermedad mental que hace de los sujetos diagnosticados auténticos chivos expiatorios de una sociedad sin valores, sin ética alguna y regida únicamente por el dinero. Esta demarcación, esa escisión que se realiza entre un nosotros y un ellos cuando se fuerza un tratamiento o se presenta al enfermo como una amenaza social (nótese que ponemos al mismo nivel la labor del periodista y la del juez), es la que le sirve a la propia sociedad para reafirmarse a sí misma y para dar a entender a los descarriados dónde y cómo pueden acabar si se salen del tiesto.

Cuando comenzamos a documentarnos con la finalidad de escribir estas páginas, nos dimos cuenta de que entre todas las reflexiones (tanto las positivas como las negati-

vas) que encontramos sobre el TAI, faltaba una que nos parecía la más evidente, una que te asaltaba la cabeza desde el mismo momento en el que leías sobre el tratamiento forzoso... el TAI, se lleve a cabo o no, tiene una función esencial: la de la amenaza. Quizás tengas que estar en el pellejo de un diagnosticado para llegar a esta conclusión, pero nos gustaría que se pensara en ella con cierto detenimiento. Si el TAI se presenta como una espada de Damocles sobre la cabeza de los psiquiatrizados, quizás debiéramos comenzar a hablar en términos de castigo. Si alguien nos preguntara por qué estamos escribiendo esto, la respuesta más sencilla sería: porque el TAI nos da miedo. El miedo es consustancial al castigo y la violencia. La amenaza de perder tu dignidad, tu autonomía y tu libertad no puede ser algo concebido para nuestro bien, y desde luego no puede hacer nada por ayudarnos a recuperarnos de nuestro sufrimiento. Al fin y al cabo, cuando a uno le apliquen un TAI, le someterán a un juicio, pero no a esos juicios a los que podemos estar acostumbrados por la televisión: esos en los que hay pruebas, defensa y acusación. Aquí nos encontramos ante un juicio que por definición nunca podrá ser objetivo (repetimos una vez más: la psiquiatría no dispone de pruebas o evidencias que respalden sus afirmaciones, que puedan ser comprobadas de manera independiente y objetiva¹¹), un juicio personal, y por lo tanto con un alto porcentaje de probabilidad de ser erróneo o tendencioso, que puede desembocar en la pérdida tu libertad y tu salud. Desde un punto de vista jurídico, el TAI se asemeja a la llamada «detención preventiva», algo ilegal en los denominados países democráticos. El tratamiento involuntario se basa erróneamente en la suposición de que los psiquiatras pueden predecir conductas violentas y peligrosas, algo imposible ya que se basan en la observación y en la opinión (y no en hechos científicos), y el resultado es parecido al de un «preso preventivo»: un «medicado preventivo».

Metidos ya en el meollo legal del TAI y sus implicaciones éticas, debemos ir hasta el final. Pregunta de partida: ¿Qué tienen en común la psiquiatría y la justicia? Pues que ambas forman parte de los mecanismos de control social de conductas desviadas (nótese que la misma pregunta no puede ser respondida de igual manera si sustituimos la psiquiatría por cualquier otra disciplina médica). Frente a esas dos fuerzas

11 Nos remitimos a las palabras textuales del insigne Dr. Edwin Fuller Torrey, autor de ese best-seller de psiquiatría biológica que es *Superar la esquizofrenia*: «El diagnóstico todavía está basado en la evaluación subjetiva del comportamiento del paciente por parte del psiquiatra y lo que los pacientes dicen estar sintiendo. Está claro que lo que se necesita, y quizás esté disponible dentro de pocos años, son indicadores objetivos para el diagnóstico, como análisis sanguíneos o de líquido cefalorraquídeo llevados a cabo en laboratorio». Comparando el entusiasmo de Fuller con el que han profesado sus antecesores desde hace décadas sin resultado alguno, sólo podemos decirle una cosa: Si espera que una prueba de laboratorio diga que un sujeto tiene o no esquizofrenia, que espere sentado.

de control, la persona con un trastorno mental dispone teóricamente de una serie de derechos que salvaguardan su integridad: derechos que se desprenden del hecho de ser también ciudadanos y ciudadanas. Partiendo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948, las personas diagnosticadas con alguna enfermedad mental comparten con el resto de seres humanos lo que se viene a llamar «dignidad inherente» y «derechos iguales e inalienables de los miembros de la familia humana», hecho que queda recogido en la Declaración de los Derechos Humanos y la Salud Mental promovidos por la Federación Mundial de la Salud Mental:

«Los derechos fundamentales de los seres humanos designados o diagnosticados, tratados o definidos como emocionalmente enfermos o perturbados, serán idénticos a los derechos del resto de ciudadanos. Comprenden *el derecho a un tratamiento no obligatorio, digno, humano y cualificado* con acceso a la tecnología médica, psicológica y social indicada; la ausencia de discriminación en el acceso equitativo a la terapia o de su limitación injusta a causa de convicciones políticas, socio-económicas, culturales, éticas, raciales, religiosas, de sexo, edad u orientación sexual; el derecho a la vida privada y a la confidencialidad; el derecho a la propiedad privada; el derecho a la protección de los abusos físicos y psicosociales; el derecho a la protección contra el abandono profesional y no profesional; el derecho de cada persona a una información adecuada sobre su estado clínico» (las cursivas son nuestras).

Tristemente estos derechos se vulneran con alarmante frecuencia en el Sistema de Salud Mental español. El «abandono profesional» por el cual la familia de una persona con un llamado trastorno mental grave y una situación crónica es instada a acudir a «soluciones privadas», es decir, a consultas o residencias de carácter privado, no constituye ninguna anomalía. A su vez, la información sobre el tratamiento farmacológico suele ser nula, añadiéndose el hecho de que cuando un paciente exige conocerla suele ser tratado con ese desdén que relaciona su interés por su situación con su propia enfermedad (y así la necesidad de conocimiento es tratada en ocasiones como una suerte de susceptibilidad paranoica). Estos hechos nos acercan a la idea de fondo que defendemos: que el paciente de salud mental no es considerado como persona autónoma, libre y depositaria de plenos derechos. Sin embargo, el TAI supone una vuelta de tuerca más en nuestra situación, pues abre las puertas legales a un auténtico estado de excepción en el que los derechos humanos son suspendidos. Y una vez más y a riesgo de ser repetitivos, tenemos que afirmar ante el resto de pacientes, familias, profesionales y jueces, que la coacción no puede ser jamás terapéutica.

Esta idea que por intuitiva casi es una banalidad, no es propia únicamente de quienes anhelamos y luchamos por un cambio social que consideramos absolutamente necesario, sino que podemos encontrarla en quienes aún no han perdido el sentido común. En este sentido, la Asociación Española de Neuropsiquiatría¹² defiende, entre otras cosas, que:

- «Un problema de tratamiento (rehabilitación, etc) y de soporte social (alojamiento, etc) no va a ser solucionado por una Ley corriéndose el riesgo de una psiquiatrización de toda conducta anómala de los pacientes».
- «El carácter forzoso del tratamiento hace que tan solo pueda objetivarse el cumplimiento del tratamiento farmacológico, sin que pueda garantizar la existencia o la adherencia a un plan terapéutico y/o rehabilitador. Cada día hay más evidencias de que un tratamiento integral y/o combinado es el más eficaz para los trastornos graves».
- «La “judicialización” del tratamiento puede incluso fomentar actitudes de inhibición o “desresponsabilización” de los profesionales sanitarios por delegación en el sistema judicial».
- «La participación del paciente en la toma de decisiones, el consentimiento y pacto asistencial basado en la confianza entre los profesionales sanitarios y el usuario son ejes fundamentales en la evolución del tratamiento y posterior proceso rehabilitador».
- «El tratamiento involuntario en atención comunitaria es controvertido y tiene implicaciones en los Derechos Humanos de las personas con Trastorno Mental».

El tratamiento involuntario no es otra cosa que un parche para tratar de compensar socialmente la falta de servicios apropiados y eficaces. Para poder defenderlo, previamente hay que hacer dos cosas: 1) Negar la responsabilidad del Estado en cuanto a deficiencias asistenciales; 2) Negar el derecho del paciente¹³ al respeto a su intimidad personal y libertad individual. Sólo así se podrá abrir la peligrosa puerta de la medicación forzosa sin sombra alguna de dudas o inquietudes de carácter ético.

Comprender la actual situación del TAI en el estado español pasa por una lectura atenta del documento *Medidas de tratamiento obligatorio externo en Salud Mental: Marco de*

12 Documento AEN sobre la propuesta de regulación del Tratamiento Ambulatorio Involuntario, consultable en: www.aen.es.

13 Recogido tanto en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, como en la propia Constitución Española.

una propuesta legislativa respetuosa con los Derechos Humanos, redactado por el Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana (28 de Marzo de 2003) y defendido por FEAFFES (puede consultarse en su ya citada web). Aquí encontraremos las principales líneas de defensa de la medicación forzosa, así como sus más notables deficiencias. En treinta páginas se realiza un vago esbozo de propuesta que intenta sin demasiado éxito casar coacción y derechos humanos.

Se parte de una afirmación acrítica que ya hemos atacado con anterioridad: la medicación psiquiátrica supone un gran progreso en el tratamiento de la enfermedad mental, por lo tanto, es lógico que el tratamiento se organice y gire alrededor del consumo de psicofármacos. La imprecisión y la ambigüedad del documento deja de lado un matiz importante recogido por la propia ONU, que proscribía el «uso abusivo de fármacos»¹⁴. Si dentro de la atención sanitaria «normal» cualquier psiquiatrizado o allegado puede constatar día a día ese uso masivo de psicofármacos, ¿qué garantía podemos esperar de un estado excepcional como es el que supone el TAI? En este sentido, todas las propuestas de medicación obligatoria remiten al mismo lugar común, la Declaración de Hawái de 1977 (ratificada por la World Psychiatric Association y revisada en 1983) que afirma que la obligación del psiquiatra es siempre la de estar al servicio de «los supremos intereses del paciente». Ahora bien, ¿cómo se garantiza esa dedicación? Suponemos que a los pacientes se nos exige un acto de fe, pero sinceramente somos muchos los que no estamos por la labor. Para estar en condiciones de hacerlo, deberíamos obviar un sinnúmero de factores. Comenzando por el hecho de que la práctica psiquiátrica está enmarcada en un contexto capitalista, en el cual el beneficio económico lo es todo, y en el que los intereses de los laboratorios farmacéuticos se traducen en cantidades desorbitadas de dinero. También habría que suponer que los psiquiatras son de por sí hermosas personas, cuyo objetivo vital es la recuperación del paciente, y que —sobre todo— no se equivocan. Sin pretender realizar un juicio sumario a la profesión, la verdad es que la figura del psiquiatra no nos inspira demasiada confianza. Históricamente no hay disciplina médica que haya defendido y cometido más aberraciones, desde el uso generalizado de la psicocirugía (llevando a cabo operaciones cerebrales que arruinaron la vida a miles de personas durante buena parte del siglo XX) o el encierro masivo de enfermos en condiciones infrahumanas, a la defensa y promoción de las prácticas eugenésicas (cuyo punto álgido fue el Programa T4 ejecutado por los nazis durante el Holocausto bajo la

14 Incluido en la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el Uso y Abuso de Medicamentos Psicotropos, adoptada por la 29ª Asamblea Médica Mundial (Tokio, octubre de 1975) y enmendada por la 35ª Asamblea (Venecia, octubre de 1983).

dirección de eminentes psiquiatras alemanes —muchos de los cuales continuarían más tarde su profesión como inmigrantes en los Estados Unidos—, y que supuso el asesinato de más de doscientos mil pacientes). No queremos demonizar más de la cuenta la psiquiatría, pero argumentamos razones para al menos no permitir que se le otorgue una reputación y unas capacidades que no tiene. La historia de esta disciplina es la historia de un fracaso médico (lejos de curar la enfermedad mental, esta se expande cada vez más en la sociedad) y de una pesadilla represiva que siempre se cebó con los sectores sociales más desfavorecidos. Si quieren que nos mediquemos, que traten de convencernos, que nos ofrezcan pruebas objetivas de las bondades de sus drogas, pero si nos tratan como a enemigos a batir, entonces es que algo no funciona. La psiquiatría no se ha caracterizado jamás por sus capacidades persuasivas, sino más bien por el peso de sus amenazas, ya en 1818 Benajamin Rush escribía: «El terror actúa poderosamente sobre el cuerpo a través de la mente y debe emplearse para curar la locura». El señor Rush fue el primer presidente de la APA, la Asociación Americana de Psiquiatras, ese cónclave que redacta los manuales DSM con los que nos diagnostican en las consultas (de hecho, su cara está en el sello de la organización). El TAI es parte de una tradición basada en defender que la enfermedad mental se cura con control, coacciones y miedo. Evidentemente no estamos en tiempo del III Reich ni en aquél en el que en los Estados del Sur de Estados Unidos se esterilizaba a negros, pobres y disminuidos al amparo de la psiquiatría biologicista, las cosas se han vuelto mucho más sutiles e higiénicas, y sobre todo se han vuelto negocio.

Las alusiones de los defensores del tratamiento obligatorio al coste económico son continuas. Es mentira que las necesidades de los pacientes estén por delante de todo lo demás, si así fuera, la cuestión económica no sería un argumento a favor del TAI. En el documento citado podemos leer: «El tratamiento externo obligatorio debe ser considerado como el menos restrictivo, más beneficioso y menos costoso tratamiento alternativo al internamiento». A continuación se cita el primer boletín de FEAFES, llamado *Encuentro* y publicado en 1998: «¿Qué duda cabe que la continuidad en un tratamiento psiquiátrico redundaría en el beneficio del enfermo y de todo el cuerpo social? Y no sólo por la estabilización de la enfermedad en sí misma, sino por la disminución en la frecuencia de ingresos por crisis de la enfermedad, lo que no sólo ahorraría disgustos, tensiones y desajustes emocionales, sino dinero a las arcas del Estado y de la Comunidad Autónoma». Es desalentador ver cómo se habla de nuestro dolor en términos que recuerdan demasiado al plan de viabilidad de una empresa. Es como si las demandas que se le hacen al Estado dejaran de lado las pretensiones terapéuticas debidas y se le dijera: «Danos esto, todos van salir contentos y además

es la opción más barata». Somos conscientes de la carga (económica, emocional etc.) que sufren muchas familias, pero con este desvarío que es la medicación obligatoria se ha perdido el norte, es decir: el derecho a la salud y a la dignidad del paciente.

Las Medidas de tratamiento obligatorio externo en Salud Mental no son tales, el texto se reduce a exponer tenuemente los rasgos principales del TAI, coge de aquí y de allá, pero no concreta sus propuestas. No hace falta ser un experto en derecho para aventurarse a predecir qué sucede cuando al reformar un marco legislativo se dejan demasiadas cosas en el aire. Un ejemplo de esta peligrosa tendencia a la abstracción es el siguiente: «En lo que nos concierne, aunque el contacto con los diferentes servicios se desarrolle de forma inicialmente coactiva, debe potenciarse al máximo la motivación y voluntariedad del afectado, utilizando los mecanismo coactivos sólo cuando resulte necesario». Las preguntas que le asaltan al lector son fáciles de imaginar: ¿quién y cómo decide la utilización de esos mecanismos?, ¿cómo se motiva e impulsa la voluntad sin caer en la represión o en el chantaje (del tipo: si te tomas la medicación podrás acceder a una vivienda, una pensión o un trabajo)? Otro peligro que acarrea la falta de concreción es que, en un futuro no muy lejano, podría darse el caso de que, al igual que ahora se quiere promulgar la medicación obligatoria, se pudieran considerar dentro del tratamiento ambulatorio otro tipo de intervenciones como son el electroshock o la psicocirugía. Habrá quien ponga el grito en el cielo, pero la psiquiatría en tanto que pseudociencia adolece de una tendencia intrínseca a las modas, ya hubo tiempos en los que se daban corrientes eléctricas en el cráneo de pacientes a discreción, y ahora estamos viviendo una suerte de *revival* del TEC (Terapia Electro Convulsiva). Las máquinas tienen una apariencia menos aterradora que la que vimos en *Alguien voló sobre el nido del cuco*, pero el funcionamiento es esencialmente el mismo: electricidad y convulsión. Una vez más, el tratamiento destaca por su ausencia de especificidad, en palabras de la psiquiatra Ana Patricia Vázquez: «La explicación química de cómo actúan las descargas en nuestros cerebros no está clara y los expertos no acaban de encontrar dónde actúa, pero parece claro que mueve nuestros neurotransmisores y todo lo coloca en su sitio [...] Es como cuando nuestro ordenador se bloquea y optamos por darle al botón de apagar para luego encender». Terriblemente convincente: llevan utilizándolo desde 1938 y aún no saben cómo funciona, aunque sí te pueden decir que es bueno... ¿podrán también decirnos que es necesario y obligarnos a tumbarnos en una camilla con un tubo en la boca para evitar que nos arranquemos la lengua cuando convulsionemos por la acción de la electricidad?

Como estamos viendo, el TAI conlleva riesgos que no han sido suficientemente evaluados por sus defensores (o sí lo han hecho y les da exactamente igual). Uno es tan

evidente que necesariamente tienen que hacer referencia a él: el llamado «principio expansivo». El Síndic de Greuges escribe: «En lo que a nosotros nos afecta, es de resaltar que este tipo de órdenes no debe tener un efecto expansivo, sino que se aplica a un grupo reducido de pacientes que presentan características determinadas». ¿Cómo garantizar que no se produzca ese efecto expansivo y se vaya ampliando progresivamente la cantidad de tratamientos obligatorios aplicados? El texto —una vez más— no nos aclara nada, se conforma con decir que lo ideal sería que no se produjera la expansión, pero no formula garantías ni mecanismos de control. Ya se sabe: cuestión de fe. Cuando se conciben estrategias de intervención al margen de los derechos humanos y sin una regulación explícita y cerrada, lo que se está creando es una potencia represiva que en cualquier momento puede rebasar los límites para la que fue proyectada y convertirse una auténtica arma. El TAI nos aterroriza porque el miedo es su única esencia, porque potencialmente puede dinamitar todas las —supuestas— garantías que protegen los ya de por sí mermados derechos de los pacientes psiquiátricos¹⁵. Si con toda una colección de principios y derechos que tienen por misión salvaguardar nuestra integridad, ya estamos desamparados y somos tratados como la escoria de la sociedad... ¿qué sucedería a medio y largo plazo si se altera el marco jurídico dejando en suspenso todos nuestros aparentes derechos?

El TAI altera el orden indicado por la propia ONU, ya que el tratamiento no se orienta prioritariamente al beneficio del paciente, sino que pone en primer término los beneficios sociales (presuntamente, orden y seguridad). El uso de medicación busca consecuencias en la mejora del orden social y no en la recuperación del paciente, por lo tanto, la psiquiatría se revela una vez más como lo que históricamente ha sido: no una disciplina de cuidado, sino de control. Ya hemos visto cómo sus diagnósticos pueden sancionar conductas que la sociedad no quiere tolerar en un momento dado (como fue el caso de la homosexualidad), y nada nos protege de que en un futuro esos diagnósticos sean una coartada para una represión brutal. A diferencia de cualquier otro campo de la medicina, la arbitrariedad que caracteriza a la práctica psiquiátrica es tan peligrosa que la ONU se encarga de avisar: 1) que «la mera dificultad en adaptarse a los valores morales, sociales, políticos u otros no deben considerarse un trastorno mental»; 2) que «la medicación responderá a las necesidades fundamentales de la salud del

15 Por ejemplo, la Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991 de la ONU, el Artículo 10 de la Recomendación No. R (83) del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estado Miembros sobre la Protección Legal de las Personas que Padecen Trastornos Mentales, el Artículo 1 del convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina del 4 de abril de 1997 ratificado en Oviedo o el Artículo 2.1 de la Ley 41/2002 del orden jurídico español.

paciente y sólo se administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros»¹⁶. Para demostrar hasta qué punto lo que estamos diciendo tiene una relación estrecha con la realidad que no suele ser tenida en cuenta, mencionaremos que a comienzos del 2009 un político comentó a los medios de comunicación que todos aquellos que se oponen a las obras de construcción del tren de alta velocidad vasco, se oponen en definitiva al progreso, y que por lo tanto tienen un desorden mental y deberían ponerse en manos de un psiquiatra (recalcamos que no había atisbo de ironía en sus palabras, hablaba con auténtica convicción). La psiquiatría se ha utilizado como herramienta de represión política desde siempre, podríamos dar numerosísimos ejemplos, pero creemos que es suficiente con recordar que en la URSS se diagnosticaba de esquizofrenia y encerraba a los disidentes, o que en la España de Franco se estableció desde las cátedras de psiquiatría una relación directa entre el comunismo y el anarquismo con la locura y la debilidad mental¹⁷.

La propuesta defendida por FEAFFES, y en general todas las argumentaciones a favor del TAI que se han producido en el estado español, sostienen que son varios los países que disponen de mecanismos para llevar a cabo la medicación obligatoria en pacientes psiquiátricos. Parece ser que la legitimidad de un procedimiento viene dada por su aplicación en otros lugares geográficos (en este sentido podrían darse por enterados y demandar los recursos asistenciales y presupuestos que para la salud mental hay en otros países), sin embargo, y dejando momentáneamente de lado las cuestiones éticas que estábamos abordando, las conclusiones que pueden extraerse de las investigaciones evaluativas que han estudiado los tratamientos obligatorios en diferentes países no son muy satisfactorias¹⁸. Para empezar no queda tan claro que este tipo de tratamientos reduzcan significativamente las tasas de rehospitalización (lo que es sin duda uno de sus objetivos declarados), y además, la mayoría de estudios concluyen que es absolutamente necesario acometer una mejora de los servicios asistenciales. La

16 Principios incluidos en la Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991 de la ONU.

17 «El marxismo es una enfermedad y en nuestras manos está gran parte de su tratamiento», palabras del psiquiatra Marco Merenciano en 1942.

18 Citamos sólo algunas, que recogen tanto la aplicación de tratamientos ya legislados como experimentales: Policy Research Associates, en *Final Report: Research Study of the New York City Involuntary Outpatient Commitment Pilot Program*; Kisely S., Campbell L.A., Preston N., *Tratamiento obligatorio en la comunidad y tratamiento ambulatorio no voluntario para personas con trastornos mentales graves*; Moran, M., *Coercion or Caring?*; Steadman H.J., Louis K., Dennis D., *Assessing the New York City Involuntary Outpatient Commitment Pilot Program*; Ridgely, M., Borum, R., Petrila, J., *The Effectiveness of Involuntary Outpatient Treatment: Empirical Evidence and the Experience of Eight States*.

cuestión clave sobre el TAI es la insuficiencia de medios en la red asistencial de salud mental, desgraciadamente la medicación forzosa responde más a una inexistencia de recursos que a las necesidades de los pacientes. Una vez más nos encontramos frente a cuestiones de orden económico: es más sencillo y rentable suministrar medicación de forma continuada que prestar una asistencia de forma continuada. El sujeto diagnosticado con una enfermedad mental no se encuentra en una posición social que le permita reclamar nada, de hecho el TAI pone de manifiesto al despojarle de sus derechos básicos que puede ser eliminado como sujeto autónomo y libre. Es hora de comenzar a aceptar que en términos de esta sociedad, en relación a sus valores y su dios (el dinero), no valemos nada. Las leyes restrictivas son proporcionales a la calidad de la asistencia, y la calidad de la asistencia está necesariamente relacionada con su destinatario... el desviado, el loco. El Estado no quiere cuidarnos porque no nos reconoce como partes válidas de su sistema, es duro y cruel, pero al menos cuando te das cuenta de ello dejas de vivir envuelto por mentiras que por serlo son aún más duras y crueles.

En España existe un estudio «observacional-retrospectivo» que trata de avalar con datos la propuesta del TAI. El artículo tiene por nombre *Tratamiento ambulatorio involuntario para personas con trastorno mental severo. Resultados de un estudio en la ciudad de Valencia*, fue publicado en 2007 y se centra en 38 pacientes sometidos a una medida de tratamiento judicializado en el Centro de Salud Mental de la Malvarrosa. Frente a los estudios mencionados que cuestionan la efectividad de los tratamientos obligatorios, pertenecientes a los denominados de segunda generación o aleatorios (más rigurosos y completos), el de la Malvarrosa se caracteriza por ser metodológicamente «débil» (tal y como sus autores reconocen en el mismo). Por lo tanto, los datos que arroja no ofrecen ninguna seriedad. Nos parece especialmente reseñable que el texto recoja la siguiente afirmación: «Destaca la baja incidencia de abandonos del tratamiento en las personas con TAI, ya que sólo en un caso fue necesaria la conducción forzosa del paciente al centro de salud mental». Bueno, si ese el principal logro de un tratamiento que se define obligatorio, que actúa bajo la amenaza legal continua y que cuenta con la policía para llevarse a cabo, enhorabuena. Eso sólo demuestra que la coacción funciona, pero ¿qué hay de la calidad de vida, de la mejoría en los pacientes? Ese tema no se toca (aunque son varios los estudios anglosajones que tratan de contemplarlo), y no se hace porque no está en la mente de quienes defienden el TAI, como ya hemos dicho, la prioridad es el orden y no la salud de los pacientes. Sí que se dice que disminuye sensiblemente el número de ingresos y urgencias, pero aparte de ser un dato cuestionable por la propia formulación del estudio, lo que a nosotros nos interesa es saber si esas personas que no han ingresado han experimentado algún tipo de

mejoría. Una vez más, no hay parámetros que estudien ese hecho. Por último, hay un pequeño detalle al que nadie que ha reseñado este estudio parece haber dado importancia: el centro de salud mental en el que se realizó se encuentra ubicado en una de las zonas más deterioradas de la ciudad de Valencia. ¿Por qué no se hacen estudios en los centros de áreas con mayor renta *per cápita*?, ¿acaso no existe una relación —que todas las autoridades e instituciones implicadas occultan— entre condición socio-económica, salud mental y recursos para abordarla?

El TAI no está hecho para los enfermos ricos (que son muchísimos menos que los que no lo son¹⁹), el TAI no atiende a conceptos como ciudadanía o recuperación... ni somos ciudadanos de plenos derechos, ni parece que a nadie le importe o interese que podamos recuperarnos. En el estado español, la atención en salud mental está derivando a actuaciones como el tratamiento involuntario porque las alternativas que contemplan atenciones integrales y comunitarias no son rentables ni económica ni socialmente. La intuición y el puro instinto nos dicen que no puede existir un proceso de atención real a una persona que sufre psíquicamente si no hay acuerdo o consentimiento por su parte. Nos encontramos en tierra de nadie, no formamos parte de la comunidad aun cuando compartimos espacio con ella. La propia sociedad impone unas condiciones de vida que generan enfermedad mental de manera exponencial, y a la vez esa sociedad segrega, señala, estigmatiza y ahora incluso criminaliza a los que caen, marcándolos para que el resto de la sociedad sepa lo que ocurre cuando no cumples con sus expectativas. En otras palabras, la enfermedad mental es un daño colateral de un sistema deshumanizado y al mismo tiempo una necesidad social.

En un muro del psiquiátrico de Trieste (norte de Italia) se puede leer: *La libertad es terapéutica*. Nosotros creemos en ello, pero ¿qué podemos esperar si nos encontráramos en un estado de libertad vigilada en el que a cada momento pesara sobre nuestras cabezas la amenaza de ser tratados a la fuerza?, ¿dónde queda esa última expresión de la autonomía del psiquiatrizado que es el derecho a rechazar el tratamiento?, ¿dónde queda el espacio para la duda razonable que pone en entredicho la habilidad de un psiquiatra para evaluar nuestras capacidades o el efecto que pueden provocar sus drogas en nuestra salud?, ¿cómo nadie tiene la desfachatez de exigirnos que agache-

19 Como irónicamente escribe González Duro en el texto ya citado (perteneciente al volumen *Peligrosidad Social*, editado en 1977) hablando de tiempos pasados que no han cambiado demasiado: «Lógicamente los enfermos ricos podían acudir voluntariamente al psiquiatra, con confianza y sin temor, porque no estaban tan locos como los pobres que no se reconocían enfermos, desconfiaban del médico y, en lo posible, se resistían a sus tratamientos, pues eran tan torpes que no entendían nada».

mos la cabeza frente a un sistema que sólo sabe controlarnos pero no curarnos? Por nuestra parte, hemos comprendido que esta contradicción entre el aparente cuidado y el control real, esa incapacidad de la psiquiatría para curar nuestro dolor, sólo puede ser solucionada por un cambio de la estructura social.

Ya hemos dicho que el TAI es esencialmente miedo. El miedo impide el desarrollo de la conciencia y a hace de mujeres y hombres seres cobardes y sin capacidad de decisión. Entendemos que sólo mediante la conciencia de quiénes somos y cuáles son las condiciones en las que existimos, podemos hacer frente a la enfermedad. Sólo así podremos seguir levantándonos una y otra vez, hasta que contra todo pronóstico psiquiátrico, ya no volvamos a caer. Esa es nuestra elección, y al igual que no se la imponemos a nadie, no vamos a permitir que nadie nos imponga otra a nosotros. Frente al TAI invocamos el derecho que siempre ha existido a rebelarse contra una ley injusta. Si nos atacan, que no echen culpa a nuestra enfermedad de la decisión libremente asumida que tomaremos para defendernos. Si es verdad que somos criminales, nos comportaremos como tales, al margen de leyes e instituciones, y abrazando el derecho absoluto e irrevocable de ser libres.

Son nuestras mentes y nuestras vidas, nadie puede arrogarse la capacidad de violarlas y saquearlas a su antojo.