

“La defensa de la salud mental”. La iniciativa global en psiquiatría

Robert Van Voren*



Introducción

Escribiendo acerca de la promoción en la Salud Mental desde la perspectiva del usuario automáticamente se me plantea una pregunta fundamental ¿Qué es un usuario? ¿Puedo considerarme a mi mismo como un usuario?. Sí, he padecido sufrimiento psíquico en el pasado, he tenido largas sesiones con un terapeuta, he tenido episodios emocionales que fácilmente podrían clasificarse como depresión, pero ¿Esto hace que yo sea un usuario?. No padezco esquizofrenia, trastorno bipolar, no encajo en muchas de las categorías diagnósticas de la psiquiatría moderna. Sin embargo me siento muy cercano a la Salud Mental. De hecho ha marcado mi vida. No hay día ni probablemente hora que pase sin pensamientos acerca de cuestiones relacionadas con Salud Mental. ¿Es una obsesión? ¿Soy por tanto un obsesivo compulsivo?

La cuestión es que, a mi modo de ver, la Salud Mental nos concierne a todos y es muy difícil distinguir entre profesional, familiar y usuario. He estado trabajando en el campo de la Salud Mental durante 30 años, por lo que se me podría considerar un profesional. Mi padre sufrió depresión una gran parte de su vida y murió cuando sufría demencia prefrontal, y con él pasé por todas las etapas de reconocimiento, dolor, afrontamiento y aceptación de la nueva realidad, así que se me podría considerar un familiar. En lo referente a la tercera categoría ya lo expuse en el párrafo anterior.

Por tanto, en este artículo escribiré sobre la Salud Mental desde mi perspectiva personal y será elección del lector decidir si lo hago como usuario, familiar, profesional o simplemente como ser humano afectado por la Salud Mental.

*Graduado en la Universidad de Amsterdam, doctor en Filosofía por la Universidad de Vytautas Magnus (Lithuania) donde actualmente enseña ciencias políticas.

En 1980 cofundó la Asociación Internacional sobre el uso Político en Psiquiatría. Actualmente es jefe ejecutivo de Iniciativa Global en Psiquiatría.

Abusos políticos

La Iniciativa Global en Psiquiatría es una organización de derechos humanos. Fue fundada como tal con el primer objetivo de combatir el abuso en psiquiatría por motivos políticos y permanece luchando por los derechos de las personas con enfermedad o discapacidad mental y para que puedan tener una posición igualitaria en la sociedad y los cuidados que necesitan y merecen.

Los orígenes de la Iniciativa Global en Psiquiatría se remontan a diciembre de 1980, cuando un pequeño grupo de activistas por los derechos humanos, psiquiatras, abogados..... establecieron la confederación internacional de comités que estaban involucrados en la campaña en contra del abuso político en psiquiatría en la Unión Soviética. El principal objetivo de las campañas de la organización, entonces llamada asociación internacional sobre el uso político de la psiquiatría (Internacional Association on the Political Use of Psychiatry, IAPUP), fue la Asociación Mundial de Psiquiatría (World Psychiatric Association (WPA), siendo el principal foro internacional de psiquiatría y uno de los que habían condenado las prácticas soviéticas ya en su congreso mundial de 1977 en Honolulu. Sin embargo, la situación no cambió mucho, los Soviéticos continuaron encarcelando disidentes en hospitales psiquiátricos y al final de 1970 uno de cada 3 prisioneros políticos no era enviado a un

campamento militar o a prisión sino que eran hospitalizados y tratados con dosis masivas de neurolépticos. En 1983 conseguimos la retirada soviética de la WAP sabiendo que si no renunciaban podrían ser expulsados. Cuando regresaron en 1989 la URSS estaba ya desintegrada ¹.

El abuso político de la psiquiatría en la Unión Soviética tuvo su origen en la idea de que la persona que se oponía al régimen soviético estaba mentalmente enferma, porque no había otra explicación lógica por la que alguien pudiera oponerse al mejor sistema sociopolítico del mundo. El diagnóstico de "esquizofrenia indolente", un viejo concepto mas desarrollado por la escuela de psiquiatría de Moscú y en particular por su líder el Prof. Andrei Snezhnevsky, proporciona un marco accesible para explicar esta conducta. De acuerdo a las teorías de Snezhnevsky y sus colegas, la prevalencia de la esquizofrenia es mayor de lo que se pensaba previamente porque la enfermedad puede estar presente con síntomas relativamente leves y progresar posteriormente. Como resultado fue diagnosticada esquizofrenia mucho más frecuentemente en Moscú que en otros países en el estudio piloto en esquizofrenia de la Organización Mundial de la Salud publicado en 1973². Y particularmente en la "esquizofrenia indolente" se amplió el campo, porque de acuerdo a Snezhnevsky y sus colaboradores los pacientes con este diagnóstico eran capaces de funcionar casi normalmente

¹ Para información mas detallada acerca del abuso soviético en psiquiatría con fines psiquiátricos y la Asociación Mundial de Psiquiatría ver Van voren, Robert: Cold War in Psychiatry. Rodopi Ámsterdam/ New Cork, 2010

² The Internacional Pilot Study on Schizophrenia. World Health Organization, 1973.

en el ámbito social. Sus síntomas pueden asemejarse a síntomas neuróticos o pueden adquirir una cualidad paranoide. Los pacientes con síntomas paranoides conservaban algún insight en su condición, pero sobrevaloraban su valía y podían exhibir ideas megalomaniacas de reformar la sociedad. De este modo los síntomas de la "esquizofrenia indolente" podrían ser "delirios de reforma" "lucha por la verdad" o "perseverancia"³.

Mientras muchos expertos están de acuerdo que el grupo principal de psiquiatras que desarrolló este concepto lo hizo a las órdenes del partido y de la KGB y sabían muy bien lo que estaban haciendo, a otros psiquiatras soviéticos les parecía una explicación lógica porque no podrían explicarse de otra forma a sí mismos como alguien podría estar dispuesto a renunciar a su carrera, familia y felicidad por una idea o convicción que era tan diferente a lo que la mayoría de la gente cree o se fuerza a sí mismo a creer. En cierto modo, el concepto fue también bien recibido, así excluyeron la necesidad de hacerse preguntas difíciles acerca de uno mismo y de su conducta. Las preguntas difíciles podrían llevar conclusiones difíciles que podrían suponer para el psiquiatra problemas con las autoridades.

Apoyándose en los datos disponibles uno podría concluir con seguridad que miles de disidentes fueron hospitalizados por

razones políticas. Los archivos de IAPUP contenían en torno a miles de nombres de víctimas de los cuales teníamos múltiples datos (nombre, fecha de nacimiento, tipo de ofensa, lugar de hospitalización), toda la información que había alcanzado la vía occidental del movimiento disidente. Sin embargo, este número excluía la amplia "zona gris", gente que era hospitalizada por cortos períodos de tiempo a causa de quejas de los oficiales inferiores, conflictos con las autoridades locales o a causa de "conducta poco ortodoxa". Se estima que este grupo fue mucho mayor. Sus nombres, sin embargo, no eran conocidos por el movimiento disidente y de este modo tampoco estaban registrados en occidente. Un diccionario biográfico publicado por IAPUP en 1990 incluía 340 víctimas de abuso político en psiquiatría a sí como más de 250 psiquiatras involucrados en estas prácticas⁴. Una comisión de investigación de psiquiatras de Moscú que investigó los archivos de cinco hospitales psiquiátricos penitenciarios en Rusia en 1994-1995 encontraron aproximadamente 2000 casos sólo en estos hospitales⁵.

El abuso político en psiquiatría no estaba limitado a la Unión Soviética solamente. En 1980 también recibimos información de casos en Checoslovaquia, Hungría y Bulgaria, pero estos casos fueron individuales y no había evidencia de que hubiera habido un abuso sistemático. Las informaciones de abuso político en

³ Bloch, S., *Soviet Psychiatry and Snezhnevskyism*, in Van Voren, R. (ed.), *Soviet Psychiatry Abuse in the Gorbachev Era*, Amsterdam, IAPUP, 1989:55-61

⁴ Koppers, A., *A Biographical Dictionary on the Political Abuse of Psychiatry in the USSR*, IAPUP, Amsterdam, 1990.

⁵ Korotenko, A., and Alkina, N., *Sovietskaya Psikhatriya - Zabluzhdeniya I Umysl*, Kiev, Sphera, 2002: 29

psiquiatría en Yugoslavia recibido en 1980 eran inconclusas⁶. Una extensa investigación en la situación de Alemania del este concluyó que no había habido casos de abuso político en psiquiatría, aunque en este país socialista la política y la psiquiatría parecían estar estrechamente interrelacionadas⁷. Más tarde se publicó información acerca del abuso político en psiquiatría en Cuba, sobre lo que, sin embargo, no se incidió más⁸. EN 1990 la organización sucesora del IAPUP, la Iniciativa Global en Psiquiatría, estaba involucrado en un caso de abuso político en psiquiatría en Los Países Bajos, en el curso del cual el ministro de defensa intentó silenciar al trabajador social falsificando varios diagnósticos psiquiátricos. El caso tardó varios años en ser resuelto y aunque la víctima fue compensada, incluso nombrado sir por la reina de Holanda, está todavía sin resolver completamente ya que el ministerio rechazó desechar su historial médico y continuó considerándolo enfermo mental⁹.

Y, finalmente, a principios de este siglo, el abuso político en psiquiatría en la población de la República China es de

actualidad en la agenda y ha causado múltiples debates dentro de la comunidad psiquiátrica internacional. Los abusos aquí parecen ser todavía más extensos que en la Unión Soviética en 1970 y 1980 e incluyen el encarcelamiento de los seguidores del "Falun Gong movement", "trade union activist", trabajadores por los derechos humanos, gente que denuncia las injusticias de las autoridades locales¹⁰.

Condiciones de vida inhumanas

Habiéndoles considerado "criminales especialmente peligrosos", muchos disidentes fueron encarcelados en estos hospitales psiquiátricos "especiales". A menudo estaban alojados en edificios de las antiguas prisiones recordando los tiempos de los zares, las condiciones de vida eran generalmente muy malas. Ya en 1971 el ministerio soviético de la Salud informó al Comité Central del Partido Comunista que las condiciones de vida en los hospitales psiquiátricos no cumplen los estándares necesarios para un adecuado tratamiento de la enfermedad mental. La postura crítica del ministerio no era

⁶ The Review Committee of the World Psychiatric Association came to the same conclusion. See travel report of Prof. J. Neumann on the WPA EC meeting in Sydney, May 1987, p. 3. The private document is in the author's possession.

⁷Süss, S., *Politisch Missbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR*, Berlin, Ch. Linke Verlag, 1998.

⁸Brown, Ch.A., and Lago, A., *The Politics of Psychiatry in Revolutionary Cuba*, New York 1991.

⁹ For the case of Fred Spijkers see Nijeboer, A., *Een man tegen de Staat*, Papieren Tijger, Breda, 2006. A dutch court on December 23, 2010, reached the conclusion that all blame is on the Ministry of Defence, yet the issue of discarding the mental diagnosis was again ignored. See Psy, March 2011.

¹⁰Munro, R. (2001) *Judicial Psychiatry in China and its Political Abuses*, GIP, Amsterdam, and Munro, R. (2006) *China Psychiatric Inquisition*, Wildy, Simmonds&Hill, London.

la única. En el mismo año el Ministerio de la Salud junto con el Ministerio de Asuntos Internos y la KGB envió un plan al consejo de ministros para la futura mejora de la atención médica de los pacientes con enfermedad mental. Unas semanas después, la comisión recibió un informe de 4 páginas muy crítico del Departamento de Ciencias y Educación del Comité Central, dirigido al Comité Central, que aportaba muchos detalles acerca de la situación prevalente¹¹ y ¹². El informe mencionaba que durante varios años se había estado prestando atención especial a los servicios de atención a la Salud Mental en el país, pero que el comité central todavía estaba recibiendo "quejas de la población en relación a los serios defectos en los servicios de salud mental" en el país y que "la situación de la ayuda psiquiátrica continúa siendo poco satisfactoria". De acuerdo con este informe, el número de personas que precisaba ayuda psiquiátrica creció enormemente: mientras en 1966 había alrededor de dos millones de personas en los registros psiquiátricos, en 1971 había aumentado a 3,7 millones¹³. En muchos hospitales, continúa el informe, los pacientes disponían sólo de 2-2,5 metros cuadrados, aunque la norma eran 7 metros cuadrados. "No son raros los casos en los que los pacientes

duermen de dos en dos en la misma cama e incluso en el suelo"¹⁴. En varios hospitales se han hecho dobles literas. El informe continúa: "Como resultado del hacinamiento en los hospitales se violan las normas higiénico-sanitarias, se crean condiciones inaceptables para la vida, el diagnóstico y tratamiento del enfermo mental, así como para el trabajo del personal. No era raro que los pacientes recibieran el alta prematuramente"¹⁵

Después del colapso de la Unión Soviética, miembros del IAPUP entraron por primera vez en las instituciones psiquiátricas soviéticas. Lo que encontraron fue horrendo. En muchas instituciones hallaron departamentos superpoblados, con pacientes en harapos y apenas personal médico disponible. En el principal hospital de la capital de Ucrania, Kiev, entraron en las salas de psicogeriatría: "más de 70 pacientes de edad avanzada fueron encerrados en dos salas subterráneas. El hedor era terrible, no entraba aire fresco a las habitaciones. Las camas se ponían muy cerca unas de otras, a veces se colocaban dos juntas para que durmieran tres pacientes en dos camas. Los colchones fueron arrancados y, en algunos casos no había colchones y se obligaba a los pacientes a dormir encima de la estructura de metal de la cama. Sus

¹¹Report by Minister of Health B. Petrovsky to the Head of the department of Science and Education of the Central Committee of the CPSU, arch 25, 1971.

¹²Except from the minutes n° 31, paragraph 19c of the session of the Central Committee of the CPSU of February 22, 1972.

¹³ In 1988 the number of persons on the psychiatric register had grown to 10,2 million. See: Ogonek (n°16, 15-22 April, 1989, p.24)

¹⁴ On the situation of psychiatry help in the country, report to the Central Committee, February 18, 1972, signed by the Head of the Department for Science and education S. Trapeznikov, p.1

¹⁵ On the situation of psychiatric help in the country, p.1.

pijamas estaban sucios y rotos, algunos caminaban semidesnudos. El saneamiento solo estaba parcialmente disponible: solo agua fría y baños en los que los excrementos salían fuera por aberturas. Nunca había visto algo así”¹⁶.

Estaba claro que era necesario hacer algo. En un territorio extenso, desde Brest-Litovsk en la frontera con Polonia hasta Vladivostok cerca de Japón, cientos de miles de pacientes se consumían en hospitales psiquiátricos y casas de auxilio social. Comenzamos con la creación de organizaciones no gubernamentales (NGO’s), así como asociaciones psiquiátricas, asociaciones de enfermería y, en 1992, asociaciones de familiares. Hacia el final de aquella década se creó el primer grupo de usuarios. Esta fue la fase más difícil porque las personas con enfermedad mental estaban no sólo fuertemente estigmatizadas en la sociedad soviética sino que también tenían miedo como cualquier otro de expresar su propia opinión. Tuvieron que vencer una doble barrera. Pero al principio de este siglo el panorama de la Salud Mental en la antigua Unión Soviética prosperaba con docenas de grupos activos en la lucha por mejorar el cuidado en Salud Mental y conseguir igualdad de oportunidades para la gente con enfermedades mentales o discapacidad mental¹⁷.

psiquiatría se centraba exclusivamente en Europa central y oriental y la antigua URSS, ahora llamada “Nuevos Estados Independientes”. Trabajamos en todos ellos, excepto en Uzbekistán y Turkmenistán, donde las estrictas dictaduras hacían imposible cualquier actividad en este campo. Nuestros proyectos estaban centrados en reciclar el personal que trabajaba en Salud mental, traducir y publicar literatura moderna en Salud Mental, la creación de organizaciones no gubernamentales y la docencia, formando a la población en el ámbito de la defensa, relaciones con los medios de comunicación y autoridades. Ayudamos al desarrollo de la legislación en Salud Mental, a crear organismos de vigilancia de los derechos humanos en los Servicios de Salud Mental, promovimos el trabajo multidisciplinar y la gestión de casos, establecimos programas piloto en Servicios de Salud Mental en la comunidad e iniciamos programas para grupos específicos, como pacientes con infección por VIH y problemas mentales, pacientes psicogerítricos..... En todos los proyectos nos aseguramos de que se abordaran todos los problemas de los pacientes y la filosofía principal era que los servicios fueran guiados y orientados por y para los pacientes. Lentamente con toda seguridad el paisaje de la Salud Mental en estos países está comenzando a cambiar.

Hasta 2005, la iniciativa global en

En 2005, cuando la GIP celebró su 25

¹⁶Van Voren, Robert: On dissidents and Madness, Rodopi Amsterdam/New York 2009, p-144

¹⁷However, at this moment still approximately half a million of people in the former Soviet Union are locked up in so-called “social care homes” with very inhuman living conditions and no chance to ever return to society. The patients include people with chronic mental illness, persons with mental disability, but also “socially unadapted” people or persons who have been abandoned by their relatives.

cumpleaños, decidimos abrir a otras partes del mundo nuestro trabajo en la región. Desde entonces nos hemos convertido en una organización verdaderamente global trabajando en 40 países por todo el mundo, pero principalmente en nuestra antigua zona de trabajo (Europa central y del este y antigua URSS), en África, Sri Lanka e Indochina. También aquí nos centramos en el desarrollo de Servicios de Salud Mental orientados hacia el paciente, basado en la comunidad, coste-efectivos y humanos. En nuestro trabajo dedicamos mucha atención a las cuestiones de sostenibilidad, asegurándonos que los servicios son asequibles, que podrían continuar con recursos locales y del "empoderamiento" de los actores locales. Intentamos hacer las cosas con calma, promoviendo una construcción gradual que tenga una posibilidad razonable de supervivencia y posterior desarrollo más que plantear grandes planes y subvención de muchos programas que hay que interrumpir 2-3 años después por falta de fondos. No hay nada más destructivo que este tipo de inversiones a corto plazo.

GIP y derechos humanos

Desde nuestro punto de vista, la Salud Mental es un espejo de la sociedad. Cuanto más humana y civilizada es la sociedad, más probable es que tenga un sistema de cuidado humano en Salud Mental, orientado al usuario en el que los derechos humanos son respetados y los pacientes y sus cuidadores participan en la selección y provisión de servicios. En varios países nuestro trabajo va más allá de los límites regulares de la Salud Mental, ayudando a cambiar la

sociedad haciéndola más sensible a las necesidades de los pacientes con enfermedad y discapacidad mental.

Sin embargo, es también evidente que la sociedad civil no produce de forma automática un sistema de cuidados en Salud Mental humano y orientado al paciente. A pesar de que una proporción importante de la sociedad está afectada por problemas mentales, los pacientes siguen siendo estigmatizados, ignorados y a menudo descuidados y, como consecuencia, los Servicios de Salud Mental son con frecuencia subestimados y escasamente financiados. Las personas con alteraciones mentales a menudo son discriminadas psicológicamente y en muchos casos también física y legalmente. De hecho, un auténtico compromiso para mejorar el tratamiento de las personas con discapacidades mentales puede ser un indicador muy revelador de progreso en una sociedad moderna. Una verdadera sociedad civilizada mejora la posición de sus ciudadanos más vulnerables, atiende las necesidades de las personas con problemas mentales, proporciona una financiación adecuada para el cuidado de la salud mental y asegura que los servicios estén orientados al usuario, en otras palabras, las necesidades y deseos de aquellos que utilizan los servicios son las consideraciones fundamentales en la planificación y práctica política.

El cuidado en Salud Mental no ha sido prioritario en la antigua URSS (al igual que en muchos países occidentales hasta hace sólo unas décadas). En la ideología socialista/soviética, solo eran valoradas las personas que o bien producían

o bien habían sido productivas durante la edad laboral. Aquellos no productivos eran considerados superfluos, molestos y sin valor. Como resultado, los pacientes mentales eran recludos en grandes instituciones fuera de la ciudad donde eran ignorados y, con demasiada frecuencia, se les dejaba morir. Esta mentalidad, que relega a los enfermos mentales al status de subhumanos, e incluso marca a los familiares de los enfermos mentales, aún impregna estas sociedades. Es necesario trabajar mucho en este terreno, para cambiar la imagen y posición de las personas con enfermedad mental. Para llevar a cabo esta tarea se necesitarán varias décadas.

En muchos países, los derechos humanos de los enfermos mentales son violados a gran escala. En muchas instituciones las condiciones de vida son deplorables, los métodos de tratamiento están obsoletos, el personal está mal pagado, insuficientemente formado y es incapaz de manejar los problemas de los pacientes; los abusos son constantes y es pequeña la esperanza de que el cuidado prestado a los pacientes les ayude a volver a la sociedad. En definitiva, convertirse en enfermo mental suele ser una cadena perpetua a una forma de exilio o una ciudadanía de segunda clase.

La resistencia a la reforma refleja el miedo al cambio y la desconfianza hacia los "extraños" que lo defienden. Esto significa que es necesario un enfoque muy cuidadoso para construir una alianza entre los reformistas y las partes interesadas y encontrar alguna grieta en la pared para introducir las primeras semillas del cambio. Sin embargo las condiciones de vida inhumanas y la flagrante

violación de los derechos humanos, hacen que los primeros pasos para la reforma requieran denodados esfuerzos para encontrar un idioma común y para establecer una base para la confianza. Esto podría hacer posible que los funcionarios de la Salud Mental y los líderes profesionales reconozcan la utilidad de las reformas. Sólo de esta forma se pueden planear reformas de forma realista. La política de tender puentes con las partes interesadas no se opone a la crítica. La crítica debe ser cuidadosamente planteada de modo que pueda servir de base para el desarrollo de un consenso para el cambio, en lugar de estimular la resistencia.

La participación de los usuarios, una cuestión central para el GIP

Como se indicó arriba, para GIP los problemas de los usuarios están en el núcleo de nuestra actividad. Hace muchos años esta organización decidió que no se apoyaría ningún proyecto o actividad a menos que los pacientes pudieran estar implicados o se promoviese la participación de los usuarios. Ya que, a través de todos sus programas, la GIP promueve servicios psiquiátricos en los que están ausentes el estigma, la discriminación, la opresión y las actitudes autoritarias.

Mediante el patrocinio de asistencia técnica, programas educativos, y conferencias de pacientes, el GIP está decidido a dotar a los pacientes con las herramientas necesarias para funcionar de manera independiente, para estar activos en la red internacional de organizaciones de usuarios, y para hablar en su propio nombre. Con el fin de apoyar el principio de autonomía y responsabilidad de los



Pep Carrió, *Cuaderno 3*, 2006

(ex) usuarios en la toma de sus propias decisiones, el GIP prioriza las siguientes áreas: la soberanía, la diversidad, la integridad de la persona, la preservación de las redes sociales y los derechos civiles, la imagen positiva del enfermo y la enfermedad, las normas técnicas médicas y la igualdad de acceso. La organización considera que en todos los procedimientos de toma de decisiones, la voz de los pacientes debe tener un papel significativo.

La soberanía o la autonomía del paciente debería ser un principio básico absoluto en el cuidado. El cliente debería decidir que hacer con él/ella. Las condiciones para ello son: la libre elección de médico, el equilibrio adecuado entre las responsabilidades del paciente y del médico junto con la disponibilidad de información para poder tomar decisiones. Por adecuado equilibrio entendemos la necesidad de que el médico conozca las

limitaciones de su conocimiento y sus herramientas y asumir el papel de quien da consejos bien fundados a los clientes para que a su vez tomen sus propias decisiones. La información de apoyo a la toma de decisiones es la información necesaria para que el cliente sea capaz de tomar su decisión.

Diversidad: Así como la soberanía debería ser la base, la diversidad en la provisión de cuidado es necesaria. Los servicios y ayudas en el cuidado de la salud no deberían ser estándar sino hechos a medida. Debería tenerse en cuenta que no hay dos personas iguales.

Integridad de la persona: El ser humano es más que un cliente o un paciente, Él/ella cumple otros roles también. Las ayudas profesionales deberían tener esto en cuenta como punto de partida. Ésto significa que los clientes deberían ser seriamente considerados como seres humanos y que la competencia del paciente debería ser asumida de forma rutinaria. Los clientes deberían estar en una posición de igualdad respecto a los profesionales.

Preservación de redes sociales y derechos civiles: El cliente debería ser capaz de mantener contactos con socios, familia y amigos. Los clientes no deben ser objeto de discriminación o exclusión. Sus derechos civiles deberían ser respetados dentro del cuidado de la salud.

Una imagen positiva del enfermo y de la enfermedad mental: Vivir con una enfermedad mental o una discapacidad no debe idealizarse pero tampoco debe presentarse una imagen exclusivamente negativa. Debe proyectarse una imagen

positiva de los pacientes con enfermedad mental.

Criterios médico-técnicos:

Cualquiera que sufra una larga enfermedad adquiere una gran cantidad de conocimientos acerca de esta enfermedad; Por ejemplo conocimientos acerca de la investigación científica acerca de las causas, tratamientos y de que manera uno puede responder a las terapias, medicación u otras formas de tratamiento. Además nadie sabe mejor que el cliente lo que se siente al tener una determinada enfermedad o someterse a un tratamiento particular y lo que debe y no debe hacer. Es importante que este conocimiento acerca de las ventajas e inconvenientes de ciertas formas de tratamiento, intervenciones.....esté reconocido y pueda ser visto como una contribución a la mejora de la práctica médica. El conocimiento y experiencia de los clientes puede contribuir a tener correctos criterios médico-técnicos

Igual acceso: todos deben tener igualdad de acceso a los mismos servicios independientemente del sexo, color de piel, edad o ingresos.

Teniendo todo lo anterior en mente, la Iniciativa Global en Psiquiatría promueve la participación e influencia de los usuarios de los servicios en todos los aspectos de los esfuerzos en la reforma psiquiátrica. GIP, una organización multidisciplinar en Salud Mental, cree que la reforma psiquiátrica solo puede ocurrir y ser sostenida cuando los usuarios y profesionales de la psiquiatría sean socios iguales en los esfuerzos por la reforma.

La misión de la GIP refleja el compromiso de la organización con el principio sistemático de que los usuarios deben participar e influir en la planificación, fomento y evaluación de los Servicios de Salud Mental. Además, GIP cree que cada usuario debe ser completamente informado acerca de los servicios y de las medicaciones que se ofertan de forma que puedan tomar decisiones que afectan a su vida con responsabilidad.