

Los psiquiátricos nos mantienen a salvo

y otros 7 mitos del
encarcelamiento psiquiátrico

escrito e ilustrado por @embracing.ambiguity
traducción de @belanuti



arraigadx en la supervivencia

Escribo este fanzine como unx superviviente psiquiátricx orgullosamente locx de 23 años.

También escribo este zine como unx joven de 15 años que experimenta el encarcelamiento psiquiátrico por primera vez. Escribo como unx niñx de 12 años que ve cómo meten a su ser querido en la parte trasera de un coche de camino al hospital psiquiátrico. Escribo este zine como unx joven de 19 años que conduce voluntariamente a Urgencias con la esperanza de que "esta vez sea diferente". Escribo como unx joven de 21 años que intenta salir a arañazos de la parte trasera de una patrulla. Escribo este fanzine después de haberme liberado del sistema durante dos años, luchando para que nunca más me obliguen a volver.

Esta experiencia e identidad de superviviente guió todo lo que he decidido incluir en este fanzine. Aun así, el zine está escrito desde un punto de vista principalmente académico. He optado intencionadamente por llenar el texto de referencias. Considero esta elección como una concesión. Más que nada, me gustaría que los gritos de lxs supervivientes psiquiátricos fueran suficientes para impulsar un movimiento de abolición. Sin embargo, no es así. La gente quiere hechos, cifras y argumentos "lógicos". Escribo este fanzine en parte por frustración: "¿por qué mi historia (y las de tantxs otrxs) no son suficientes?" Y es esta frustración la que me ha impulsado a recopilar todo lo que aquí se incluye, aunque ello supusiera leer libros y artículos que no me decían nada que mi experiencia vivida no me hubiera dado ya... sólo para poder ofrecer una cita "suficientemente válida".

Así que, una petición para ti: si estás utilizando este texto para acercarte a los conceptos del encarcelamiento psiquiátrico por primera vez, no dejes que éste sea tu último encuentro. Tómate tu tiempo para apreciar los hechos y las cifras, claro, pero tómate más tiempo para buscar el testimonio de lxs supervivientes. Necesitamos que se nos escuche.

*En solidaridad,
S.*

Índice

Mito #1

Los hospitales psiquiátricos son lugares para “mejorar” 3

Mito #2

El tratamiento forzado es efectivo 5

Mito #3

El encarcelamiento psiquiátrico voluntario es “voluntario” 6

Mito #4

Los psiquiátricos mantienen a lxs “enfermxs” mentales a salvo 9

Mito #5

Los psiquiátricos son necesarios para proteger a la sociedad de “enfermxs” mentales peligrosxs 11

Mito #6

Si no “pertenece” al psiquiátrico, te van a sacar de ahí 13

Mito #7

A veces no hay más opción que internar a alguien en el psiquiátrico 15

Mito #8

Sólo necesitamos mejorar la calidad de nuestros hospitales psiquiátricos 17



Mito #1

Los hospitales psiquiátricos son lugares para “mejorar”.

Realidad:

Las personas dadas de alta tras una hospitalización psiquiátrica experimentan una tasa de suicidio estimada entre 200 y 300 veces superior a la tasa de suicidio general [1].

Los hospitales psiquiátricos suelen considerarse lugares para "mejorar". Romantizamos el concepto del psiquiátrico, asumiendo que ofrecen terapia, acceso a médicos, alguien con quien hablar a todas horas, un lugar donde descansar la cabeza y un respiro de los factores estresantes externos. Por desgracia, esta bella imagen de alivio que nos imaginamos es sólo eso: una bonita imagen con poca relación con la realidad de los pabellones psiquiátricos.

La verdad de los hospitales psiquiátricos, reconocida no sólo por los pacientes sino también por el personal y los médicos, es que funcionan más o menos como cajas estériles cerradas. La mayoría de las veces no hay terapia individual. Lo más parecido a una "terapia" es un breve cuestionario de admisión de 15 minutos con un trabajador social sobrecargado de trabajo y mal pagado. En lugar de "alguien con quien hablar a todas horas", puede que te encuentres con un "equipo" de técnicos de salud conductual falto de personal y más centrado en llegar al final de su turno de 12 horas que en reservarte un espacio para hablar. En algunos hospitales, puede que no tengas una cama para descansar, sino que pases 72 horas de retención en una silla de plástico debido al hacinamiento.



Los defensores de los pabellones psiquiátricos no se oponen a esta realidad: reconocen en buena medida que los psiquiátricos no ofrecen terapia ni recursos terapéuticos. Hacen hincapié en que la finalidad de los psiquiátricos NO es terapéutica. En cambio, el objetivo del psiquiátrico suele ser doble: 1) proporcionar un entorno "seguro" a corto plazo para la contención (el concepto de entorno "seguro" se analizará con más detalle en el Mito 3) y 2) servir como un puente a corto plazo hacia el apoyo terapéutico en el entorno social [2]. Nótese que ninguno de estos objetivos declarados incluye que el paciente "mejore". Se espera que los pacientes "mejoren" al recibir servicios continuos en su entorno social tras el alta.

La idea de que los hospitales psiquiátricos no deben ser para la contención y el "tratamiento" a largo plazo proviene en parte del éxito del movimiento de la década de los 60 y 70 para la desinstitucionalización de los "enfermos mentales" en Estados Unidos. Este movimiento, liderado por defensores de supervivientes psiquiátricos, dio lugar a una reforma masiva de los entornos institucionales y a la eliminación de los manicomios tal y como existían. [3]

A medida que se reformaban los objetivos de los centros psiquiátricos hospitalarios, se pasó de retener a las personas "hasta que mejoren" (o mueran) a una contención a corto plazo y a la provisión de recursos (lo que vemos en los modelos actuales de hospitales psiquiátricos). Por lo tanto, el mito de que la gente "mejora" en los hospitales psiquiátricos puede considerarse falso no sólo por las experiencias de las personas encarceladas en ellos, sino también por las intenciones explícitas de los psiquiatras que los atienden.

Referencias:

1. Chung D, Hadzi-Pavlovic D, Wang M, Swaraj S, Olfson M, Large M. Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open*. 2019;9(3):e023883.
2. Clarke, A., & Glick, I. D. (2020). The Crisis in Psychiatric Hospital Care: Changing the Model to Continuous, Integrative Behavioral Health Care. *Psychiatric Services*, 71(2), 165–169. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900259>
3. Ben-Moshe, L. (2020). *Decarcerating Disability: Deinstitutionalization and Prison Abolition*. University of Minnesota Press. <https://doi.org/10.5749/j.ctv10vm2ww>

Mito #2

El tratamiento forzado es efectivo.

Realidad:

Un amplio análisis de las Órdenes de Tratamiento Comunitario (OTC) que exigen el cumplimiento de programas de tratamiento ambulatorio forzoso concluye que éstas no evitan los ingresos (de mayor nivel) ni confieren beneficios a los pacientes. [1]

Un estudio sobre el tratamiento involuntario de salud mental no encontró ningún beneficio para el bienestar del paciente ni un menor riesgo de muerte. [2]

Los pacientes que perciben coacción durante el ingreso en un hospital psiquiátrico tienen más probabilidades de intentar suicidarse tras el alta en comparación con los que no la perciben. [3]

En Massachusetts, Estados Unidos, los datos del departamento de salud pública revelaron que el riesgo de sobredosis mortal era el doble tras un tratamiento involuntario (Sección 35) que tras un tratamiento voluntario. [4]

[1] Barnett P, Matthews H, Lloyd-Evans B, Mackay E, Pilling S, Johnson S. Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2018;5(12):1013–22.

[2] Nytingnes, O., Benth, J.S., Hofstad, T. et al. The relationship between area levels of involuntary psychiatric care and patient outcomes: a longitudinal national register study from Norway. *BMC Psychiatry* 23, 112 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04584-4>

[3] Jordan JT, McNeil DE. Perceived Coercion During Admission Into Psychiatric Hospitalization Increases Risk of Suicide Attempts After Discharge. *Suicide Life Threat Behav*. 2020 Feb;50(1):180-188. doi: 10.1111/sltb.12560. Epub 2019 Jun 4. PMID: 31162700.

[4] Massachusetts Department of Public Health, "An Assessment of Opioid-Related Deaths in Massachusetts (2013-2014)". 2016 Sept

Mito #3

El encarcelamiento psiquiátrico “voluntario” es voluntario

Realidad:

En reconocimiento (parcial) de que la hospitalización involuntaria no es eficaz e impone daños inherentes, existe una motivación significativa para animar a los pacientes a internarse "voluntariamente". Esta preferencia por el internamiento "voluntario" está codificada en el poder legislativo de varios estados de Estados Unidos. Por ejemplo, la legislatura de Nueva York insta a los profesionales de la salud mental estatales y locales a animar a los "enfermos mentales" a solicitar voluntariamente tratamiento en un hospital psiquiátrico, en virtud del artículo § 9.21 de la ley de higiene mental. En Florida, el estatuto § 394.4625 insta a todos los miembros del personal de los centros de tratamiento a animar a los pacientes involuntarios a pasar a la condición de voluntarios.

Lamentablemente, estos argumentos ignoran la realidad del tratamiento "voluntario", que lleva a algunos a preguntarse si cualquier forma de encarcelamiento psiquiátrico es "voluntaria".

En el llamado tratamiento "voluntario":

el paciente no es libre de irse

el paciente está sujeto a coacción

el paciente tiene menos oportunidades de ser dado de alta

el paciente ingresa bajo amenaza de internamiento involuntario

no existe una duración máxima de la estancia

[1]

En especial, en la mayoría de los estados los pacientes voluntarios no pueden decidir marcharse por voluntad propia. Tras aceptar el ingreso voluntario, es el psiquiatra tratante quien determina la duración de su estancia y su capacidad para ser dada de alta. Los pacientes pueden solicitar el alta y el hospital suele disponer de 72 horas para aprobar su solicitud o convertir su estado en "involuntario". Este sistema da lugar a la realidad de que muchos pacientes llamados "voluntarios" están internados en hospitales de todo menos voluntarios.

Un análisis de los derechos garantizados a los pacientes involuntarios frente a los voluntarios obvia aún más la naturaleza retrógrada de estos términos legalistas. Mientras que los pacientes involuntarios gozan del derecho a revisión judicial y representación legal, un ingreso voluntario suele firmarse sin representación. En este sentido, al consentir el ingreso "voluntario", los pacientes tienen respectivamente menos acceso a la revisión judicial y a la representación externas y, en su lugar, se otorga la totalidad del poder al psiquiatra tratante.

Las oportunidades de coacción por parte de los miembros del personal añaden un nivel adicional de complejidad que oscurece la verdadera naturaleza carcelaria de una estancia "voluntaria". Los pacientes suelen ser objeto de manipulación a varios niveles. El personal puede decir a los pacientes en situación involuntaria que si convierten su estancia en "voluntaria", aumentarán sus posibilidades de una liberación más rápida (y evitarán un proceso judicial supuestamente largo). En realidad, la conversión de involuntaria a voluntaria, por supuesto, no siempre garantiza una liberación más rápida, pero sí la pérdida de su derecho a la revisión judicial. En otras situaciones se coacciona a los pacientes para que den su consentimiento a "tratamientos" no deseados. A los pacientes se les "promete" la liberación tras una "cooperación" completa, lo que subraya la totalidad del poder que posee el psiquiatra.

Por estas razones, el encarcelamiento psiquiátrico "voluntario" no sólo es increíblemente engañoso, sino que puede considerarse un mito omnipresente que sólo sirve para alimentar sistemas carcelarios y opresivos.

Referencias:

1. The Benefits of Voluntary Inpatient Psychiatric Hospitalization: Myth or Reality?, 9 B.U. Pub. Int. L.J. 25 (1999)

Mito #4

Los psiquiátricos mantienen a lxs “enfermxs” mentales a salvo.

Realidad:

La mitad de los suicidios de pacientes con esquizofrenia se producen durante el tratamiento hospitalario. [1]

Cuando son confrontados con la realidad de que los hospitales psiquiátricos no son lugares para "mejorar", quienes defienden la hospitalización suelen centrar sus argumentos en la seguridad. Suelen argumentar que la hospitalización proporciona la contención necesaria en casos de suicidio, y que el espacio estéril y cerrado del pabellón es necesario y útil para mantener "a salvo" a lxs pacientes.

Estas afirmaciones de "seguridad" pueden considerarse simplificaciones excesivas en tres ámbitos distintos: (1) ¿son los psiquiátricos "seguros" para todxs? (2) ¿"A salvo" de qué? (3) ¿"A salvo", pero durante cuánto tiempo?

¿Son los psiquiátricos "seguros" para todxs?

Los hospitales psiquiátricos imponen una violencia y un trauma carcelarios a casi todxs lxs que entran en ellos. Pero para algunos, esta violencia y trauma carcelarios son mucho más extensos.

Consideremos en primer lugar el proceso por el que muchxs pasan para llegar al hospital: se llama a la policía para un "control de bienestar" y lo siguiente que saben es que tienen los brazos esposados a la espalda y están sentadxs en un coche de camino a Urgencias. Para todxs, este proceso es aterrador. Para personas negras e indígenas en particular, este proceso puede ser no sólo aterrador, sino mortal. Lxs estadounidenses negrxs tienen 3,23 veces más probabilidades de morir a manos de la policía que lxs blancxs [2]. El riesgo de morir al ser abordado por las fuerzas del orden es 16 veces mayor para las personas con "enfermedades mentales graves" que para el resto de civiles [3]. Es fácil suponer que la combinación de ser percibido como negrx y "enfermx mental" te expone a un grave riesgo de que te maten. ¿Es esto lo que quieren decir cuando afirman que intentan mantenernos "a salvo"?

Incluso si consiguen salir "sanxs y salvxs" de la custodia policial y entrar en el psiquiátrico, lxs pacientes negrxs e indígenas siguen corriendo un mayor riesgo de sufrir daños que lxs blancxs. En un análisis del uso de la reclusión y el aislamiento en hospitales de todo Estados Unidos, las salas variaban enormemente en función de la demografía del condado en el que se encontraban. Por ejemplo, los hospitales situados en barrios predominantemente negros registraron 3 veces más tiempo de uso de contenciones físicas (en comparación con los hospitales situados en barrios predominantemente blancos) [4]. El uso de la reclusión sigue una tendencia similar, con un tiempo de reclusión 2,5 veces mayor en los barrios predominantemente negros [4]. Otro análisis reveló que el uso sesgado de la fuerza restrictiva se extendía también a las contenciones químicas (medicación PRN). En general, lxs pacientes negrxs recibieron más medicamentos PRN que lxs blancxs. Este efecto se acentúa en lxs pacientes etiquetadx con algún tipo de psicosis: al 17,7% de lxs pacientes negrxs se les administraron antipsicóticos PRN en comparación con el 8,2% de lxs pacientes blancxs. [5]

¿A quién exactamente mantienen "a salvo" los pabellones psiquiátricos? ¿Son realmente "seguros" para todxs?

¿"A salvo" de qué?

Incluso suponiendo que los hospitales psiquiátricos tuvieran un 100% de éxito a la hora de eliminar los medios para hacerse daño a unx mismx o a lxs demás, ¿significa esto que han mantenido a los pacientes "a salvo"? ¿Cómo definimos la seguridad?

En medicina, a menudo se realiza un análisis de "riesgos frente a beneficios" cuando se prescriben nuevos medicamentos o terapias. Este análisis integral incluye los efectos secundarios potenciales y la calidad de vida en general. En el ámbito de la hospitalización psiquiátrica, a menudo desechamos este análisis. Definimos la "seguridad" únicamente en función de si una persona sigue viva. A menudo no se tienen en cuenta los riesgos del tratamiento hospitalario: coacción, abusos, traumas, aislamiento de la comunidad, estigmatización y empeoramiento de la angustia.

Al internar a una persona, ¿de qué la mantenemos "a salvo"?



“A salvo”, pero ¿por cuánto tiempo?

Supongamos que los hospitales psiquiátricos promueven la seguridad de lxs pacientes (lo cual, de nuevo, es cuestionable). Digamos que el hospital logra salvar (o, más exactamente, prolongar) la vida de alguien al eliminar los medios para acabar con ella. ¿Qué ocurre cuando le dan el alta? ¿Se han resuelto sus problemas? ¿Se han atendido sus necesidades? Como se menciona en el Mito 1, los pabellones psiquiátricos no están pensados como lugares para "mejorar", sino sólo como celdas temporales. Una vez más, ¿qué ocurre cuando llega el momento de la salida?

Las personas dadas de alta tras una hospitalización psiquiátrica experimentan una tasa de suicidio estimada entre 200 y 300 veces superior a la tasa de suicidio general [6].

Tras el alta, no sólo el tratamiento ha sido escaso o nulo, sino que el paciente ha sufrido un trauma importante. Los impactos del tratamiento carcelario permanecen:

Un estudio descubrió que la mera percepción de coacción durante la hospitalización se asocia con un mayor riesgo de intentos de suicidio tras el alta [7].

Referencias:

1. Pompili M, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Toward a new prevention of suicide in schizophrenia. *World J Biol Psychiatry*. 2004 Oct;5(4):201-10. doi: 10.1080/15622970410029934. PMID: 15543514.
2. Schwartz GL, Jahn JL (2020) Mapping fatal police violence across U.S. metropolitan areas: Overall rates and racial/ethnic inequities, 2013-2017. *PLOS ONE* 15(6): e0229686. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229686>
3. Treatment Advocacy Center, “Overlooks in the Undercounted: The role of mental illness in fatal law enforcement encounters”. Dec 2015
4. Self-conducted informal analysis of data from Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)
5. Kassam AS, Karalis P, Aydinian T, Panjwani A, Martinez G, Whiteman A, Daas M, Cunningham EA. Racial disparities with PRN medication usage in inpatient psychiatric treatment. *Schizophrenia (Heidelb)*. 2024 Apr 13;10(1):46. doi: 10.1038/s41537-024-00461-5. PMID: 38615056; PMCID: PMC11016118.
6. Chung D, Hadzi-Pavlovic D, Wang M, Swaraj S, Olfson M, Large M. Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ Open*. 2019;9(3):e023883.
7. Jordan JT, McNeil DE. Perceived Coercion During Admission Into Psychiatric Hospitalization Increases Risk of Suicide Attempts After Discharge. *Suicide Life Threat Behav*. 2020 Feb;50(1):180-188. doi: 10.1111/sltb.12560. Epub 2019 Jun 4. PMID: 31162700.

Mito #5

Los psiquiátricos son necesarios para mantener a la sociedad a salvo de “enfermxs” mentales peligrosxs

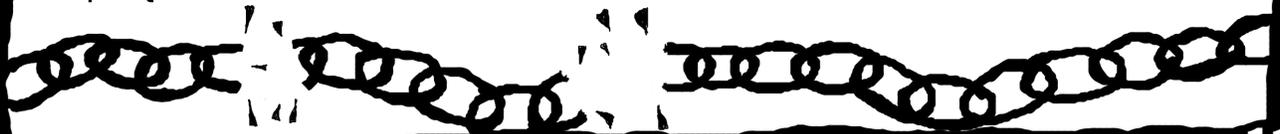
Realidad:

“A los estadounidenses les han vendido la historia: enciérralxs y estarás a salvo. Pero creas a una persona más dañada” [1]

-KAMADIA, encarceladx enTexas desde 2007

“¿Pero qué hay de lxs “enfermos” mentales violentos?” es una de las críticas más populares en contra los movimientos de abolición psiquiátrica. En primer lugar, es importante señalar que nuestra comprensión de la llamada violencia está moldeada por prejuicios raciales, socioeconómicos y xenófobos. Por ejemplo, la ira o la resistencia política a la opresión tienen un largo linaje histórico de patologización y confusión con la violencia, especialmente cuando se da en hombres negros[2]. [2] Cuando examinamos este mito, es importante considerar: ¿quién tiene más probabilidades de ser etiquetado como violento? ¿cómo se cruza esto con nuestros conceptos de cordura y locura? ¿estamos utilizando el encarcelamiento psiquiátrico como una alternativa conveniente (pero igualmente carcelaria e ineficaz) al cada vez más mal visto encarcelamiento dentro del sistema jurídico penal?

Dejando a un lado estas cuestiones de aplicación desigual de etiquetas de "violencia", podemos pasar a explorar la supuesta eficacia del encarcelamiento psiquiátrico de individuos violentos. A menudo, quienes se comprometen con este mito argumentan que los psiquiátricos son lugares para la rehabilitación: que la raíz de la violencia puede abordarse realmente a través del tratamiento y la atención. Pero, ¿cuáles son las raíces de la violencia? ¿Se abordan realmente dentro del hospital psiquiátrico?



De forma similar al encarcelamiento dentro del sistema jurídico penal, los pacientes son aislados de la comunidad, de sus familiares y de las personas que les apoyan. A través del proceso de encarcelamiento psiquiátrico, las vidas se interrumpen y se desestabilizan. Se puede perder el trabajo, la condición de estudiante y la seguridad económica. Con el encarcelamiento repetido, las relaciones y las vidas continúan desestabilizándose y deshilachándose. ¿Es así como se supone que debemos prevenir la violencia y los daños en la comunidad?

Investigaciones sobre las repercusiones del sistema jurídico penal han demostrado que el encarcelamiento se asocia a un aumento de la reincidencia, o comisión de un nuevo delito, especialmente si se compara con las consecuencias no carcelarias, como la libertad condicional [3]. Dados los puntos en común entre el sistema jurídico penal y el encarcelamiento psiquiátrico, sería un salto relativamente pequeño plantear la hipótesis de que podrían observarse resultados similares en ambos contextos.

Referencias:

1. Law, V. (2021). "Prisons make us safer": and 20 other myths about mass incarceration. Boston, Massachusetts, Beacon Press.
2. Metz, J. M. (2009). The protest psychosis: How schizophrenia became a black disease. Beacon Press.
3. SPOHN, C. and HOLLERAN, D. (2002), THE EFFECT OF IMPRISONMENT ON RECIDIVISM RATES OF FELONY OFFENDERS: A FOCUS ON DRUG OFFENDERS*. *Criminology*, 40: 329-358. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2002.tb00959.x>



Mito #6

Si no “pertenece” al psiquiátrico, te van a sacar de ahí.

Realidad:

Según la ley, deben cumplirse unas condiciones específicas para internar a alguien involuntariamente en un hospital psiquiátrico. Aunque los detalles de estas condiciones varían de un estado a otro, a menudo se centran en si se considera que el paciente supone un riesgo para sí mismo o para los demás. Estas condiciones son intencionadamente ambiguas y dependen de la interpretación de las figuras a las que se otorga el poder de internar involuntariamente a alguien. En algunos estados, este poder no sólo se otorga a profesionales de la salud mental como psiquiatras y trabajadores sociales. En la ciudad de Nueva York, las fuerzas de seguridad están facultadas para el internamiento involuntario [1]. En Carolina del Norte, la facultad de solicitarlo se extiende a cualquier persona que conozca de primera mano a la persona en cuestión [2]. Sí, has leído bien: cualquiera. Personas sin ningún tipo de formación o conocimiento en evaluación, valoración o tratamiento de salud mental reciben el derecho de internar involuntariamente a otra persona.

Una vez que te han encerrado tras las pesadas puertas del psiquiátrico, podrías suponer que quizá se trate de un error que se puede subsanar fácilmente. En cuanto hables con el psiquiatra de guardia, todo se arreglará, ¿verdad? Por supuesto, el psiquiatra se dará cuenta inmediatamente de que no necesitas estar allí, ¡todo se aclarará pronto! (... ¿verdad?).

Desgraciadamente, una vez que te han ingresado en el hospital, salir es una ardua batalla. La etiqueta de "demente" que te asignan en cuanto cruzas la puerta no es fácil de quitar. Esta etiqueta significa que ya no se confía automáticamente en tus palabras. Por ejemplo, tus intentos de conectar con el personal en busca de apoyo se patologizan como intentos de manipulación, en línea con un diagnóstico de "TLP". Por otro lado, tus repetidas peticiones de irte, diciendo "no me pasa nada", pueden ser patologizadas como "este paciente no coopera y se niega a aceptar ayuda".

Con los actuales modelos sanitarios de "tratamiento" de la salud mental, prácticamente cualquier cosa puede ser patologizada fácilmente. Los psiquiatras y trabajadores sociales "bienintencionados" a menudo quieren "ir a lo seguro" y "sólo" retenerte unos días en "observación". Es mejor asegurarse de que estás bien, ¿no? En realidad se aseguran de proteger su licencia a toda costa, incluso si eso significa causar un trauma en el proceso.

Pero, ¿qué pasa cuando psiquiatras y trabajadores sociales "bienintencionados" empiezan a trabajar en empresas con fines de lucro? En una investigación del New York Times de 2024, los periodistas descubrieron que se retenía a los pacientes contra su voluntad en centros psiquiátricos gestionados por Acadia, con la clara intención de maximizar el pago del seguro y, por tanto, aumentar los márgenes de beneficio. [3]

Basándose en las leyes de internamiento involuntario de Florida, una institución, "El Hospital de Salud Conductual de Tampa del Norte", exhibió un claro patrón de prolongación intencional de las estancias de los pacientes, con pruebas cuestionables sobre si estos pacientes aún calificaban para el internamiento. De 2019 a 2023, Tampa del Norte presentó más de 4500 peticiones para prolongar las estancias involuntarias. Presentar una petición de este tipo permite al centro seguir recluyendo al paciente hasta su audiencia. Durante este tiempo, el hospital puede seguir facturando al seguro. Los reporteros descubrieron que, en Tampa del Norte, sólo 54 de las 4500 peticiones fueron concedidas por los jueces, apenas un 1% del total. Este reportaje de investigación expuso y enfatizó algo que los supervivientes del encarcelamiento psiquiátrico llevan mucho tiempo diciendo: los hospitales psiquiátricos no tienen en mente el interés superior de los pacientes.

Tanto si te encuentras en un hospital dirigido por una empresa ávida de dinero, como si estás en manos de un psiquiatra "bienintencionado", una cosa es segura: es poco probable que puedas irte cuando te plazca. Incluso si no eres un peligro para ti mismo o para los demás.

Referencias:

1.MHL §§9.37, 9.41 & 9.45

2. § 122C-261.

3. Silver-Greenberg, Jessica., Thomas, Katie. "How a Leading Chain of Psychiatric Hospitals Traps Patients". The New York Times. Sept 1 2024

Mito #7

A veces no hay más opción que internar a alguien en el psiquiátrico.

Realidad:

Muchos hemos pasado por esto: tenemos un amigo que nos tiende la mano. Nos dice "ayuda, tengo ideación suicida, no sé qué hacer". Y nuestra primera reacción, como amigos, es de miedo. No podemos soportar perderlos, decimos y pensamos que no hay otra opción que llevarlos al hospital local, o incluso llamar al 911. Creemos que en realidad no hay otra solución.

Pero la realidad es que, a menudo, podemos hacer muchas más cosas en lugar de internar a nuestro amigo por miedo. De hecho, hay tantas opciones que sería imposible incluirlas todas en este folleto. A continuación presentamos algunos ejemplos:

Retiros dirigidos entre iguales

Los centros de "respiro" suelen ser entornos similares a un hogar, son atendidos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, por un equipo de especialistas en apoyo entre iguales. Suelen ser pequeños, pueden ofrecer una programación ligera y alguien con quien hablar a todas horas. Las estancias suelen limitarse a unos pocos días y son completamente voluntarias en todo momento.

Checa este directorio: <https://power2u.org/directory-of-peer-respites/>

Organiza tu propio retiro

Si en tu zona no hay un lugar de respiro, o es inaccesible para tu compañero por cualquier motivo, puedes intentar organizar el tuyo propio. Empieza por preguntar al amigo al que apoyas dónde se sentiría más seguro. ¿Necesita quedarse en su propio espacio? ¿O le vendría bien un cambio de entorno? A continuación, ¡preséntate! Hazle un hueco en tu sofá. Reúne a un equipo de compañeros que puedan trabajar juntos para proporcionar apoyo entre iguales cuando sea necesario. Envuelve a tu amigo en una manta apretada, deja correr el agua del baño, prepara comida nutritiva, hazle sitio cuando lo necesite. A lo largo de este proceso, ¡cuidate tú también! Llama a tu propio equipo de cuidados para aligerar la carga.

Un paso adelante, un paso atrás

Gran parte de la labor de asistencia no consiste sólo en dar un paso adelante, sino también en dar un paso atrás. El trabajo de cuidados puede consistir en decir "te mereces autonomía y voy a respetar tus deseos aunque quiera algo diferente para tí". Cuando dejamos de aferrarnos a la culpa y la responsabilidad, podemos movernos desde el amor. Y a veces eso se parece a desear desesperadamente una forma de seguridad (como la seguridad que imaginamos que existe en un psiquiátrico), pero confiando en que nuestro compañero puede estar buscando un tipo diferente de seguridad, un tipo de seguridad que nuestra mente no puede comprender, un tipo de seguridad que puede que no se encuentre en el mundo que ocupamos actualmente.

Buscar seguridad fuera del hospital psiquiátrico...

si estás buscando seguridad para tí (o para unx compañero)

- alimentos que den una sensación de seguridad encarnada
- esencias or aromas
- cambios de temperatura - baño caliente, regaderazo frío, hielo
- un espacio cerrado (closet)
- un espacio abierto (¡la cima de una montaña!)
- presión: ¡envolverse como burrito con una cobija! , ¡un abrazo fuerte!
- sustancias (comestibles, plantas+ mucho, mucho más)
- co-regulación (¡a veces sólo una voz en el teléfono ayuda!)
- silencio
- música (escucharla o crearla)
- descanso
- movimiento
- rutina, planeación, lluvia de ideas

aquí hay algunos lugares, espacios, objetos y actividades que pueden invitar a la seguridad.

- repetición (¡movimientos repetitivos como mecerse, o sonidos!)
- pasar tiempo con animales, plantas, ¡espíritus no humanos!
- el tacto o la ausencia intencional del tacto
- ruido blanco
- conexión con la tierra



Mito #8

Sólo necesitamos mejorar la calidad de nuestros hospitales psiquiátricos.

Realidad:

La hospitalización psiquiátrica es inherentemente carcelaria. No importa si añadimos ventanas, le quitamos a la gente las batas de papel y detenemos los cateos sin ropa. Podríamos convertir los psiquiátricos en resorts de cinco estrellas y no importaría... si existe una cerradura en la puerta, la imposibilidad de salir o la coacción para quedarse, el hospital psiquiátrico no tiene cabida en un futuro verdaderamente liberado.

Las ideas de comida lujosa o ropa cómoda no pueden eliminar los daños del encarcelamiento. Cambiarle el nombre y disfrazar los barrotes de las jaulas que nos rodean no significa que se haya creado algo nuevo.

Debemos seguir presionando por la abolición absoluta y total. No podemos conformarnos con una reforma. ¡Hay que quemarla!



*cuidados no coacción

Declaración de linaje

una declaración de linaje es un reconocimiento de que todas las ideas son inspiradas, influenciadas y co-creadas en comunidad, sin importar lo únicas o novedosas que puedan parecer. A menudo, aquellxs con privilegios toman y mercantilizan ideas de poblaciones marginadas. En reconocimiento de esto, elijo incluir algunas personas sabias, ancestrxs, organizaciones y textos y enseñanzas que han dado forma a mi manera de pensar sobre este tema.

Project LETS + Stefanie
Lyn Kaufman-Mthinkhulu

Thabiso Mthinkhulu

Liat Ben-Moshe,
Decarcerating
Disability

Dr. Samah Jabr

Kiera Lyons, @neuroabolition

Leah Lakshmi Piepzna-
Samarasinha

Mi abuela Helen, a quien
no conocí pero que con
frecuencia me guía

Ndeye Oumou Sylla,
@connectwithoumou

Ysabel Garcia,
Estoy Aqui

Duty, mi siempre
amigx y maestrx sabix

Mia (Queen Bulimia)
@the_deathsongdola

Soñando con mundos
sin encarcelamiento
psiquiátrico

