Comprender la psicosis y la esquizofrenia

¿Por qué a veces las personas oyen voces, creen cosas que a otros les parecen extrañas, o parecen estar fuera de la realidad, y qué es lo que puede ayudarles?

Editor: Anne Cooke

Un informe de la *Division of Clinical Psychology (The British Psychological Society)*

The British Psychological Society

Division of Clinical Psychology

Canterbury Christ Church University

Cuadros: Anita Klein (www.anitaklein.com)
Muchas gracias a Anita que amablemente nos permite usar sus bellas pinturas de forma gratuita.

Colaboradores:*
Thurstine Basset
Professor Richard Bentall
Professor Mary Boyle
Anne Cooke (co-ordinating editor)
Caroline Cupitt
Jacqui Dillon
Professor Daniel Freeman
Professor Philippa Garety
Dr David Harper
Dr Lucy Johnstone
Professor Peter Kinderman
Professor Elizabeth Kuipers
Professor Tony Lavender
Laura Lea
Dr Eleanor Longden
Dr Rufus May
Professor Tony Morrison
Dr Sara Meddings
Professor Steve Onyett
Dr Emmanuelle Peters
Professor David Pilgrim
Professor John Read
Professor Mike Slade
Yan Weaver
Professor Til Wykes

Reconocimientos
Estamos muy agradecidos a:
Canterbury Christ Church University por apoyar a Anne Cooke para llevar a cabo este proyecto;
Dra, Catherine Dooley, Dr. Stephen Weatherhead y a Professional Standards Unit of theDivision por poner en funcionamiento y apoyar este proyecto;
Dr. Stuart Whomsley y a Psychosis and Complex Mental Health Faculty of the Division por los comentarios útiles y su apoyo;
Sophie Chatfield y Sarah Phillips por su capacidad de ayuda y la ayuda entusiasta con los estudios y las referencias;
Bruce Bassam por la ayuda y apoyo en el transcurso de este proyecto;
Helen y Nigel Cooke por las útiles sugerencias para conseguir un lenguaje claro y accessible;
Professor Peter Kinderman por su amplia ayuda y apoyo con el proceso de edición.

Colaboradores del primer informe*
Este informe está basado en otro previo y es su actualización. *Recent Advances in Understanding Mental Illness and Psychotic Experiences – Avances recientes en la comprensión de la enfermedad mental y las experiencias psicóticas* -, que se publicó en 2000.

Professor Richard Bentall
Professor Mary Boyle
Professor Paul Chadwick
Anne Cooke (editor coordinador)
Professor Philippa Garety
Dr Simon Gelsthorpe
Dr Anne Goodwin
Dr David Harper
Dr Lucy Johnstone
Professor Peter Kinderman (editor coordinador)
Professor Tony Lavender
Dr Rufus May
Professor Elizabeth Kuipers
Dr Steve Onyett
Dr Emmanuelle Peters
Professor David Pilgrim
Professor Mike Slade
Professor Til Wyke
Listados en orden alfabético. Se dan más detalles sobre los colaboradores al final del informe.

Esta publicación ha sido producida por la British Society Division of Clinical Psychology – la Sección de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología – y solo representa la visión de los colaboradores expertos de los miembros de esta división.

La versión inglesa del informe se encuentra disponible en:
https://www.bps.org.uk/system/files/user-files/Division%20of%20Clinical%20Psychology/public/understanding_psychosis_-_final_19th_nov_2014.pdf

Sobre la traducción

Esta traducción se ha realizado por una iniciativa personal de los traductores. Dado que además compartimos la mayor parte del contenido de este informe, podríamos defenderlo en los foros en que pudiera ser necesario.

Hemos señalado las referencias usadas en este informe que están disponibles en español. Además, se ha añadido un apéndice (Libros, páginas web y otros recursos en español) con las obras en español que se consideran en el texto original y están traducidas, y otras que hemos creído que serían útiles. Se han listado también diversos recursos existentes en España que son afines al sentido de lo esbozado en el informe.

Se ha realizado un pequeño glosario explicativo de las diversas instituciones, asociaciones, organismos y siglas que aparecen en el texto. Hemos pensado que podría ser útil, ya que sirve para resaltar el nivel de complejidad asistencial y de apoyo que se moviliza en el Reino Unido.
Hemos añadido un breve texto al informe que considera la situación del Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI) en España, colocando las referencias usadas o relevantes a pie del mismo párrafo: 13.5.4 Unas palabras sobre el tratamiento involuntario en España.

Se han añadido también algunos comentarios al informe realizado por profesionales y personas relacionadas con Salud Mental. Agradecemos a Fernando Alonso, Angels, Charo De Luís, José A. Inchauspe, Eddy, Carmen Martín, Cristina Monreal, Rosa Ramos, Jorge L Tizón, José Valdecasas, Amaia Vispe, y a la AMSM (Asociación Madrileña de Salud Mental) por los comentarios que generosamente nos han suministrado.

Agradecemos también a las páginas web que permiten que este informe de acceso libre esté disponible para cualquier persona interesada.

La traducción ha sido realizada por Sergio Bilbao Sanz (info@sergiobilbao.com), María Cortina Bermúdez de Castro, Sergio Iribarren Cia (iribarrensergio@gmail.com), Cristina Juan Llamas (cristinajuanllamas@hotmail.com), Inés Martínez Ciordia (inesmciordia@hotmail.com), Sara Pineda Murcia (pineda.murcia@gmail.com), Miguel A Valverde Eizaguirre (valverdema@hotmail.com), todos ellos psicólogos. Para ponerse en contacto con los traductores se pueden utilizar los correos electrónicos.
Los posibles aciertos y errores en la traducción son asumidos por los traductores.

Octubre de 2015

Comentarios a la edición española

«Comprender la psicosis y la esquizofrenia» es un texto habitado por el sentido común. Y eso es decir mucho cuando hablamos de salud mental. Las personas y sus provisionalidades no suelen ser del gusto de quienes se empeñan en cuadricular la existencia. Por el contrario, estas páginas asumen la fragilidad del conocimiento existente sobre el sufrimiento psíquico, de manera que cuanto se plantea o se deja de plantear en ellas se hace desde una posición de humildad. Esa toma de partido se refleja en el uso que se hace del lenguaje, pero también en el reconocimiento de proyectos que han trabajado al margen del ámbito psiquiátrico estableciendo relaciones entre, por ejemplo, el trauma, la desigualdad o la opresión y la aparición de determinadas experiencias psíquicas que suelen calificarse como psicóticas.

Fernando Alonso, miembro de Entrevoces, gestiona la página Web Primera Vocal.
http://primeravocal.org/

¿Por qué en temas de salud mental no se editan más libros inteligentes, lúcidos, objetivos, realistas, honestos, eclécticamente científicos, plenos de sentido común y claridad, como este que nos ocupa? Sus traductores merecen un aplauso desde la inteligencia.

Angels, de Obertament (Campaña catalana anti-estigma)

Leer «Comprender la psicosis y la esquizofrenia» ha sido muy estimulante y agradezco vivamente a sus autores la elaboración de este libro.
Hacen accesible, de forma diáfana, las nuevas concepciones sobre las psicosis, su comprensión y en especial las formas de abordarlas.
Nos muestra el sufrimiento humano y las crisis personales desde una perspectiva científica sólida, qué a la vez es contextual y nos trasmite esperanza.
Ojalá pueda ayudar a cambiar la creencia de que los cuadros psicóticos son crónicos y permanentes, y que es posible alcanzar la recuperación de una vida plena y con sentido, más allá de los síntomas, las voces…
Aboga por una relación entre los servicios, los profesionales, y las personas, basada en una estrecha relación de ayuda, de encuentro y de colaboración entre humanos.
Resalta la necesidad de cambiar, e interpela a los profesionales a abrirse a otras formas de entender la clínica y la relación con los usuarios en todos los niveles.
No me queda más que recomendar la lectura de esta obra a cualquier persona interesada en salud mental, y de forma especial a los familiares y a los propios pacientes, porque se cargarán de buenas razones para solicitar la información que necesitan, y para asumir las riendas de sus procesos, y hacer valer el respeto a sus propias necesidades, en definitiva, porque puede ayudarles a empoderarse para sanar.

Charo de Luis, psicóloga, vocal de clínica del Colegio de Psicólogos de Navarra, y exdirectora del Hospital de Día Irubide de la Red de Salud Mental de Navarra

Como Guía de Práctica Clínica, el Informe «Comprender la Psicosis y la Esquizofrenia» se aleja de los caminos trillados habituales de este tipo de documentos y de la perspectiva reduccionista y oscura, por lo limitado y pobre de sus resultados, del abordaje asistencial de la psicosis en términos de diagnóstico médico, tratamiento farmacológico y psicoeducación. Aborda de manera cabal, sencilla y didáctica, los conocimientos más actuales acerca de las experiencias psicóticas, su frecuente origen traumático, su carácter profundamente humano, la experiencia personal única que representan, lo bien fundado de hablar de ellas en detalle, ser escuchado y darles sentido, la existencia de terapias psicológicas eficaces y, en cualquier caso, la posibilidad real de recuperarse y alcanzar una vida plena y satisfactoria.
Producto de un trabajo modélico de colaboración entre profesionales de Psicología Clínica y personas que viven o han vivido este tipo de experiencias, el Informe es también un Manual de Autoayuda práctico que pasa en revista y no cierra puertas a ninguna forma útil de afrontar y adaptarse a estas experiencias, incluido el uso de medicación antipsicótica, eso sí, desde presupuestos conceptuales y maneras diferentes, cualitativa y cuantitativamente, a los usos actualmente más extendidos.
Supone también un alegato a favor de cambios en profundidad de los servicios sanitarios y sociales que trabajan actualmente con personas con psicosis.

José A Inchauspe, psiquiatra, exdirector de la Red de Salud Mental de Navarra, Coordinador del Centro de Salud Mental de San Juan (Pamplona), presidente de la OME (Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitarias del País Vasco y Navarra)

Tuve voces y todavía las tengo, pero de otra forma. Antes las tenia negativas y con el tiempo las eduqué para tenerlas positivas, y me empezaron a proteger, me decían cuidado con esto, y me decían curiosidades de la vida y de los amigos, de esto hace tiempo.
Hace ya muchos años que no ingreso, tomo medicación.
He leído el libro y me he sentido totalmente identificado.

Eddy, usuario de servicios

Este libro es una excelente guía que nos acerca a comprender las experiencias de sufrimiento denominadas psicóticas.
Fundamental e imprescindible para los profesionales de la salud mental y para aquellos que se estén formando en este ámbito. Esta guía desmonta mitos sobre las experiencias de sufrimiento y los tratamientos. Da herramientas a los profesionales, a los que apoyan al paciente, y en general al lector interesado para una compresión directa y compartida los mismos.

Carmen Martín, Psicóloga Clínica.
Centro de Rehabilitación Psicosocial Río Arga, Pamplona

Es cierto que en los últimos años se han producido grandes transformaciones en el campo de la Salud Mental. Nuevas teorías, modelos, corrientes… empiezan a emerger con fuerza frente a la hegemonía del modelo médico tradicional.
Un cambio de paradigma debería conllevar necesariamente un cambio de método, pero lamentablemente esto no siempre es así, de manera que en la práctica diaria seguimos siendo profesionales clínicos orientados a la atención de la enfermedad, el síntoma, el déficit, y en definitiva, seguimos «atrapados» en prácticas que giran en torno al diagnóstico. Y esto es así, sencillamente, porque es para lo que nos hemos formado y preparado, y lo que llevamos haciendo toda la vida. Da igual que el pensamiento evolucione, o que surjan novedosos y revolucionarios planteamientos teóricos. Con herramientas tradicionales, seguimos haciendo «más de lo mismo».
He encontrado en este informe, por fin, una herramienta útil, práctica y REAL, para poder ofrecer algo diferente a las personas que demandan ayuda para superar sus dificultades. Una guía para cambiar definitivamente el foco de atención de la enfermedad a la capacidad y las fortalezas, y el objetivo de la intervención de la supresión del síntoma a la construcción, junto a la PERSONA, de su proyecto de vida.

Cristina Monreal, psicóloga, profesora de la UNED, Coordinadora Técnica en AVANVIDA.
Directora del CRPS y Residencia- Hogar "Félix Garrido", Gobierno de Navarra.

«Comprender la Psicosis y la Esquizofrenia» es un excepcional trabajo, tanto por su valor científico como por el aplicativo.
Esta guía supone «escuchar otras voces» y avanzar en el verdadero conocimiento del ser humano cuando sufre, apartándose de las etiquetas diagnósticas que no abren caminos.
Presenta un enfoque que humaniza a la persona ante el sufrimiento psicológico, devolviéndole el poder de recuperar su bienestar y dándole sentido a sus experiencias traumáticas, comprendiendo el significado que tienen para el individuo, desde el propio individuo.
Es un gran avance para la normalización de estas experiencias en el ámbito de la salud mental.
Gracias a los traductores que han hecho posible el acceso a esta magnifica guía.

Rosa Ramos, presidenta del Colegio Oficial de Psicólogos de Navarra

El modelo médico de psicopatología y de cuidado de las experiencias «psicopatológicas» parece que está alcanzando sus límites: cada vez resulta más obvio que su predominio unidimensional ya no podrá proporcionar avances relevantes en esos campos. Las líneas de investigación clínica, la investigación empírica más reciente, la actividad de las asociaciones de afectados y sus familiares, así como la difusión alcanzada por algunas de las publicaciones de los profesionales críticos con ese predominio unidimensional, están logrando que el mismo pueda y deba replantearse.
Para algunos de nosotros, ese replanteamiento tiene que apoyarse directamente en volver a considerar las experiencias de las personas con dichos trastornos y sus formas personalizadas de comunicarlas, por un lado. Por otro, ha de apoyarse también en una decisiva participación de los afectados en la búsqueda de enfoques, soluciones y organizaciones asistenciales. En tercer

lugar, ha de suponer un replanteamiento en la formación y los modelos y actitudes utilizados por los profesionales. En definitiva, también en el campo de la salud mental, de los trastornos graves de la misma y, por supuesto, en el ámbito de las psicosis y la «esquizofrenia», hemos de avanzar hacia nuevos enfoques más integradores y auténticamente democráticos. Enfoques, además, que, en vez de hundirnos más y más en un profesionalismo desmedido, supongan una nueva aplicación del principio ecológico y socioeconómico de «la mínima intervención profesional necesaria y suficiente» también en estos ámbitos.

Replantearse las aplicaciones, enfoques y modelos explicativos de los profesionales y no profesionales que trabajamos en estos ámbitos es fundamental. Indudablemente, el modelo médico de psicopatología ha dado sus frutos (no reducibles tan solo a los psicofármacos, desde luego). Pero muchos creemos que hoy habría que dedicar un importante trabajo para cambiar esos enfoques y explicaciones a favor de otros más comunicables, difundibles, participables por los diversos actores y redes sociales... Y, por supuesto, más apoyados en la ciencia que el eslogan retórico, hoy mera jaculatoria, de los «desequilibrios electroquímicos del cerebro».

De ahí que celebre la aparición de este libro y su difusión «en abierto» lo más amplia posible. Primero, por su calidad y enfoque. Pero, además, porque en sí mismo supone la realidad de que, como acostumbro a insistir, «otro mundo es posible, y está ya en éste»: al desinteresado esfuerzo de los redactores para escribir el libro se ha sumado el desinteresado y solidario esfuerzo de los traductores al castellano del mismo. El fondo y la forma resultan así coherentes con una actitud comunitarista, con una actitud que hará disminuir el predominio comercial-ideológico del modelo médico-comercial de la salud mental y la atención a sus trastornos.

Por eso también me siento obligado, calurosamente obligado, a apoyar la aparición y difusión de esta obra: a nivel personal, incluso podría pensarse que significará una competencia directa con mis propias publicaciones sobre el tema, casi homónimas («Entender las psicosis» y «Familia y psicosis») y, tal vez, una menor difusión de las mismas. Pero el objetivo de muchos de nosotros con ese tipo de trabajos es mucho más amplio y, por lo tanto, ha de predominar sobre la mera difusión de un título u otro; se trata de difundir un modelo de atención a los problemas psicológicos y psico(pato)lógicos de la población más integral, integrado comunitariamente, y menos sujeto a profesionalismos gremialistas y beneficios comerciales sesgados. Y como aún es un enfoque minoritario entre muchos psicólogos y, desde luego, entre médicos y psiquiatras, cualquier vía de difusión del mismo creo que debe ser apoyada. Y más cuanto posee la calidad y formas de concepción y lanzamiento del presente folleto, cuya lectura considero hoy casi imprescindible para cualquier profesional de la salud mental y para los propios consultantes y sus familiares.

Jorge L. Tizón, psiquiatra, psicólogo, neurólogo, y psicoanalista.
Profesor del Institut Universitari de Salut Mental, Universitat Ramon Llull, Barcelona.
Coordinador de la colección 3P (Psicopatología y Psicoterapia de las Psicosis) de la Editorial Herder, y autor de varios libros.

Disponemos por fin en castellano de este imprescindible trabajo, resultado de toda una línea crítica en la psicología y psiquiatría actuales que está presente sobre todo en el mundo anglosajón, al menos por el momento. Línea crítica que no sólo denuncia aquello que los profesionales – o la sociedad entera – no hacemos bien a la hora de tratar y cuidar de las

personas con psicosis sino, sobre todo, muestra caminos por los que dichas personas pueden encontrar alivio cuando sus síntomas – si queremos llamarlos así – supongan un malestar para ellos.
Creemos que esta guía es altamente recomendable para cualquier profesional que trate a personas en estas circunstancias, pero sobre todo para dichas personas, que pueden encontrar en ella reflexiones sobre lo que les ocurre, sobre distintas posibilidades acerca de cómo entenderlo y cómo manejarlo y, además, todo un listado de recursos disponibles en internet, tanto a nivel de autoayuda y asociativo como de fuente de conocimiento y opinión en este enfoque de las psicosis y su trato, que no sólo tratamiento.
Nuestro agradecimiento a autores y traductores y nuestra mayor recomendación para este trabajo.

Amaia Vispe, enfermera de salud mental, y Jose Valdecasas, psiquiatra.
Gestionan la página Web Postpsiquiatría. http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/

…Es un documento que recoge de manera clara y concisa el pensamiento entorno a la psicosis que se está desarrollando fuera de la psiquiatría oficial alineada con el modelo biomédico, fundamentada en el DSM y patrocinada por la industria farmacéutica. De esta manera, el texto propone acercarse a las experiencias psicóticas como fenómenos inusuales, pero en un continuo con la normalidad y que pueden entenderse como una respuesta al sufrimiento dentro del contexto de la biografía del sujeto. Para ello, claro está, hay que escuchar a nuestros pacientes y considerar entonces, la psicoterapia como una herramienta de primer orden en el tratamiento.
…A los pocos días de su publicación, apareció una revisión crítica que generó sucesivas contestaciones y réplicas de los autores del documento y de los revisores.
…Understanding Psychosis and Schizophrenia es un documento de lectura obligatoria por lo que plantea (con sus sesgos y deficiencias) y por el debate abundante en argumentos que ha suscitado y que nos hacen tomar conciencia del limitado conocimiento que tenemos de la psicosis y de las herramientas terapéuticas tan precarias (y a veces dañinas) que manejamos.

AMSM, texto de Alberto Ortiz, psiquiatra, autor del libro «Hacia una psiquiatría crítica», en el interesante comentario al informe «Entender la psicosis y la esquizofrenia», accesible en versión completa en la página de la AMSM – Asociación Madrileña de Salud Mental –, en http://amsm.es/2014/12/08/entender-la-psicosis-y-la-esquizofrenia-2/#more-1474

Una persona tiene dificultades inusuales cuando afronta los conflictos con su entorno y levanta una polvareda, por así decirlo. He usado la metáfora del pez enganchado al anzuelo: sus giros pueden parecer extraños para los otros peces que no comprenden las circunstancias; pero su chapoteo no es su sufrimiento, es su esfuerzo para liberarse de su sufrimiento, y como sabe todo pescador esos esfuerzos pueden tener éxito.

Karl Menninger

Contenidos

Comentarios a la edición española 5
Prólogo 17
Resumen ejecutivo 18
Observaciones sobre los términos 19

Parte 1: ¿Qué es la «psicosis»? 21

Sección 1: De lo que trata este informe 22
1.1 ¿Qué significa tener experiencias «psicóticas»? 22
1.2 Las experiencias de cada persona son diferentes 25
1.3 Nuestras distintas culturas 26

Sección 2: ¿Son frecuentes estas experiencias? 27
2.1. ¿Cuántas personas tienen experiencias «psicóticas»? ¿Cuántas son diagnosticadas de esquizofrenia? 27
2.2. Las personas que no acuden a los servicios de salud mental 28

Sección 3: ¿Se entienden mejor estas experiencias considerándolas como una enfermedad mental? 29
3.1 ¿Se pueden distinguir las experiencias psicóticas de las normales? 30
3.2 Muchas personas «normales» tienen experiencias inusuales 32
3.3 ¿Son fiables los diagnósticos de salud mental – se ponen de acuerdo los clínicos? 32
3.4 ¿Tienen sentido los diagnósticos de salud mental? 34
3.4.1 Dar un nombre a algo no lo hace real 35
3.4.2. Lo que el diagnóstico no dice 35
3.4.3 Las experiencias se sitúan en un continuo y no encajan en categorías precisas 35
3.4.4 La constante ampliación de los diagnósticos de salud mental 36
3.4.5 ¿Pudiera ser que el concepto de esquizofrenia fuera la consecuencia de una «ilusión clínica»? 36
3.5. Ventajas e inconvenientes de ver las cosas como enfermedades mentales 36
3.6 Las recientes recomendaciones para abandonar el uso de los diagnósticos 40

Sección 4: ¿Cómo impactan estas experiencias en la vida de las personas? 41
4.1 La variabilidad de los resultados 41
4.2. ¿Cuáles son los resultados importantes? 42
4.3 Lo que influye en el resultado 43
4.4 El mito de que la psicosis lleva a la violencia 44

Parte 2: Las causas: ¿Por qué son tantas las personas que tienen estas experiencias y cómo llegan a ser angustiosas? 46

Sección 5: Biología – Nuestro cerebro 48
5.1. La genética 49
5.2. Las teorías neuroquímicas 50
5.3. Estructura y función del cerebro 51
5.4. Conclusiones 52

Sección 6: Las experiencias de la vida y cómo nos afectan 53
6.1. Acontecimientos vitales y trauma 53
6.2. Relaciones 55
6.3. Desigualdad, pobreza y desventaja social. 56

Sección 7: La forma en que damos sentido al mundo: la psicología de la «psicosis» 57
7.1. El vínculo psicológico entre los acontecimientos vitales y la psicosis. 57
7.2. La escucha de voces, el habla interna y los recuerdos 58
7.3. ¿Cómo desarrollamos creencias y llegamos a conclusiones? 59
7.4 La relación entre las emociones y la psicosis 59
7.5 ¿Cómo pueden llevar las experiencias psicóticas al sufrimiento y a la discapacidad? 61
7.5.1 ¿Cómo damos sentido a nuestras experiencias? 61
7.5.2 Aspectos positivos de la psicosis 64
7.5.3. Espiritualidad 66

Parte 3: Lo que puede ayudar 68

Sección 8: Llegar a una comprensión compartida del problema 70
8.1 La formulación 70
8.2 Decidir lo que podría ayudar 74

Sección 9: La autoayuda y la ayuda de los familiares, los amigos y la comunidad 75
9.1 El apoyo de los familiares y los amigos 76
9.1.1 Cómo pueden los servicios ayudar a los amigos y familiares para que den apoyo a las personas 76
9.1.1.1 Reuniones con los familiares 78
9.2. La autoayuda y el apoyo mutuo 80
9.2.1 Hearing Voices Network (La red de escuchadores de Voces) 81
9.2.2 Abordajes complementarios 81
9.2.3 El apoyo entre pares 82
9.2.4 Las escuelas de recuperación: una perspectiva educativa para brindar ayuda 83
9.2.5 El movimiento de los usuarios / supervivientes 84

Sección 10: La ayuda práctica y emocional de los profesionales 85
10. 1 Asegurar que se cubren las necesidades básicas 86
10. 2 El apoyo emocional 87
10.3 El trabajo y el empleo 89
10.4 La ayuda para la organización y la motivación 90
10.5 Conseguir ayuda temprana 91
10.6 La ayuda en los momentos de crisis 91
10.7 Permanecer a salvo y seguro 94
10.7.1 El abandono personal, las autolesiones y el suicidio 94
10.7.2 Los riesgos para otras personas 94
10.7.3 El riesgo de que los servicios dañen 94
10.7.4 Coerción: usar la legislación en salud mental 95

Sección 11: Hablar – la ayuda psicológica 97
11.1 La terapia cognitivo-conductual (TCC ó CBT) 100
11.1.1 La efectividad de la terapia cognitivo-conductual 102
11.1.2 Un apoyo menos formal basado en las ideas de la TCC 104

11.2 La rehabilitación o remediación cognitiva 104
11.3 La terapia centrada en el trauma y los enfoques psicodinámicos 105
11.4 La terapia de aceptación y compromiso (ACT) y mindfulness 106
11.5 La terapia narrativa y las sistémicas 106
11.6 Dialogar con las voces 107
11.7 La ayuda a las familias 107
11.8 Hacer que la terapia psicológica sea más accesible 107
11.9 Buscar un enfoque que encaje contigo 108
11.10 Conclusiones 108

Sección 12: La medicación 109
12.1 ¿Cómo puede ayudar la medicación? 109
12.2 Los problemas con la medicación «antipsicótica» 111
12.2.1 La efectividad 111
12.2.2 Los efectos adversos 111
12.3 Tomar decisiones en colaboración sobre la medicación 113
12.3.1 Sopesar los beneficios y los riesgos 113
12.3.2 Encontrar el tipo de medicación que mejor se adapte 114
12.3.3 Descubrir cuando tomar medicación 114
12.3.4 Encontrar la dosis correcta 115

Parte 4: Lo qué debemos hacer de forma distinta 116

Sección 13: Aquello que los servicios de salud mental deben hacer de forma diferente 117
13.1 Debemos ir más allá del «modelo médico» 118
13.2 Debemos reemplazar el paternalismo por la colaboración 119
13.2.1 Escuchar 120
13.2.2 Aceptar otros puntos de vista distintos del modelo médico 120
13.2.3 Colaboración en vez de simplemente «participar» 123
13.3 Tenemos que dejar de decirles a las personas lo que deben hacer y empezar a darles apoyo para que elijan 123
13.3.1 Probar cosas 123
13.3.2 Psicoterapia 123
13.3.3 Medicar o no medicar 123

13.3.4 La ayuda profesional, el apoyo de los pares, o la autoayuda 124
13.4 Debemos explicitar los derechos y las expectativas 124
13.5 Debemos reducir el uso de la coerción y las leyes sobre salud mental 126
13.5.1 Cambiar la cultura de los hospitales psiquiátricos 126
13.5.2 ¿Es en si misma discriminatoria la legislación de salud mental? 126
13.5.3 ¿Se puede justificar siempre la medicación obligatoria? 126
13.5.4 Unas palabras sobre el tratamiento involuntario en España (N. del T.) 127
13.6 Necesitamos cambiar la forma de investigar 128
13.7 Necesitamos cambiar el modo de formar y apoyar a los profesionales de salud mental 129

Sección 14: Lo que todos debemos hacer de forma diferente 130
14.1 Tenemos que tener en cuenta que todos estamos juntos en esto – no hay «nosotros» y «ellos» 130
14.2 Tenemos que centrarnos en la prevención 130
14.2.1 Prevención: hacia una sociedad más segura 131
14.2.2 Prevención: hacia una sociedad más igualitaria 131
14.2.3 Prevención: reducir la discriminación y la opresión 132
14.2.4 Prevención: reducir el uso dañino de las drogas y abordar sus causas 132
14.2.5 Prevención: lo que podemos hacer para proteger nuestra salud mental 132
14.3 Necesitamos campañas contra los prejuicios y la discriminación en el campo de salud mental 133

Apéndice 134
Libros, páginas web y otros recursos en español 152
Sobre los colaboradores 157
Referencias 159
Glosario de organizaciones y siglas nombradas en este informe 195

Prólogo

Este informe suministra una visión general del estado actual del conocimiento sobre las razones por las qué algunas personas oyen voces, experimentan paranoia, o tienen otras experiencias que son consideradas «psicóticas». También trata sobre lo que puede resultar de ayuda. En lenguaje clínico, el informe se ocupa de las «causas y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis». Hay disponible otro informe paralelo titulado *Understanding Bipolar Disorder – Why People Experience Extreme Mood States, and What Can Help* (Entender el Trastorno Bipolar – ¿Por qué las personas experimentan estados de ánimo extremos y qué es lo que puede ayudar?).(1) En los últimos años se ha avanzado mucho en la comprensión psicológica de lo que antes se pensaba que era en buena medida un problema biológico, una enfermedad. Se ha escrito mucho sobre los aspectos biológicos: estos informes tratan de recuperar un equilibrio al centrarse en los aspectos psicológicos y sociales, tanto sobre cómo se entienden estas experiencias, como también sobre lo que puede ayudar cuando se convierten en angustiosas.

Esperamos que este informe contribuya a un cambio fundamental, que ya está en marcha, en referencia a lo que como sociedad pensamos de la «psicosis» y la «esquizofrenia» y la ayuda que se oferta. Por ejemplo, esperamos que en los futuros servicios no se insista en que los usuarios de los servicios acepten un punto de vista determinado sobre su problema, a saber, la visión tradicional de que tienen una enfermedad que se debe tratar principalmente con medicación. El informe pretende ser un recurso para las personas que trabajan en los servicios de salud mental, para quienes los usan, para sus amigos y familiares, como una ayuda que asegure que sus argumentos están bien sustentados de la forma más útil posible. También incluye información importante tanto para los responsables de poner en marcha los servicios, como para quienes los diseñan, y para la formación de los profesionales, así como para periodistas y responsables políticos. Esperamos que ayude a cambiar la forma en que pensamos como sociedad sobre la psicosis, y también sobre los otros tipos de sufrimiento que a veces se denominan enfermedad mental.

Autores

Este informe ha sido escrito por un grupo de trabajo comprometido, principalmente por psicólogos clínicos del NHS (Sistema Nacional de Salud Británico) y de las universidades, y reunidos por el colegio profesional, the British Psychological Society Division of Clinical Psychology. Este informe está basado en uno previo, y lo actualiza, Recent Advances in Understanding Mental Illness and Psychotic Experiences – Avances recientes en la comprensión de la enfermedad mental y las experiencias psicóticas –que se publicó en 2000, y ha sido ampliamente leído y citado. Los colaboradores son líderes e investigadores expertos de este campo; al final del informe se encuentra una lista completa de su afiliación. Más de una cuarta parte de los colaboradores son expertos por experiencia – personas que ellas mismas escucharon voces, experimentaron paranoia, o recibieron diagnósticos como psicosis o esquizofrenia. Al final del informe hay una extensa lista de páginas web, libros, y otros recursos que es posible que los lectores encuentren útiles, junto a la lista de artículos académicos, y el resto de la literatura que da base al informe.

Resumen ejecutivo

- Este informe describe una perspectiva psicológica de las experiencias que habitualmente se conocen como psicosis, o a veces como esquizofrenia. Se complementa con otros informes paralelos de las experiencias que se conocen por lo general como trastorno bipolar (1) y depresión. (2)
- Escuchar voces o sentirse paranoide son experiencias comunes que a menudo pueden ser una reacción a un trauma, abuso o exclusión. Considerarlos síntomas de enfermedad mental, psicosis o esquizofrenia es solo una forma de pensar sobre ellos, con sus ventajas e inconvenientes.
- No hay una línea divisoria clara entre la «psicosis» y otros pensamientos, sentimientos, y creencias. La psicosis puede entenderse y considerarse del mismo modo que otros problemas psicológicos como la ansiedad o la vergüenza. Se han dado avances significativos en los últimos veinte años, tanto para entender las experiencias psicológicas como para encontrar lo que ayuda.
- Algunas personas ven útil pensar sobre sí mismas como portadoras de una enfermedad. Otras prefieren pensar que sus problemas son, por ejemplo, un aspecto de su personalidad, que algunas veces les mete en algún problema, pero que no quieren renunciar a ella.
- En algunas culturas, la experiencia de escuchar voces está altamente valorada.
- Cada experiencia personal es única – ningún problema personal, o la forma de afrontarla, es exactamente igual al de otra persona.
- En muchas personas, aunque no en todas, las experiencias, como la de escuchar voces o sentirse paranoide, son breves. Sin embargo, incluso aunque las personas continúen experimentándolas a menudo llevan vidas felices y exitosas.
- Es un mito el que las personas que tienen estas experiencias tiendan a ser violentas.
- Las terapias psicológicas – o terapias basadas en la palabra o psicoterapias – resultan muy útiles a muchas personas. *El National Institute for Health and Care Excellence* (*NICE* – Instituto Nacional de la Salud y la Asistencia por la Excelencia, Reino Unido) recomienda que a todos los diagnosticados de psicosis o esquizofrenia se les ofrezca una psicoterapia. Sin embargo, en la actualidad la mayoría de las personas no pueden acceder a ella.
- De forma general, es importante que los servicios ofrezcan a las personas la posibilidad de hablar detalladamente de sus experiencias y de dar sentido a lo que les ha ocurrido. Sorprendentemente, actualmente pocos lo hacen. Los profesionales no deben insistir en que las personas acepten un marco de comprensión determinado, como el de que sus experiencias son síntomas de una enfermedad.
- Muchas personas encuentran que la medicación «antipsicótica» les ayuda a conseguir que las experiencias sean menos frecuentes, intensas o angustiosas. Sin embargo, no hay pruebas de que corrijan una alteración biológica subyacente. Las evidencias recientes también sugieren que tiene riesgos significativos, especialmente si se toman a largo plazo.
- Los servicios necesitan cambiar radicalmente, y se debe invertir en prevención mediante la adopción de medidas que reduzcan el abuso, la exclusión y la desigualdad.

Observaciones sobre los términos

Hay un considerable debate sobre la forma más útil de referirse a las experiencias descritas en este informe. Los distintos términos usados por diferentes personas reflejan un debate más general – que se describe en este informe – sobre la naturaleza y las causas de estas experiencias.

Tradicionalmente, las experiencias como tener pensamientos extremadamente suspicaces (paranoia) o escuchar voces que otros no pueden oír, han sido consideradas como signos de enfermedad mental, por ejemplo, esquizofrenia o trastorno bipolar. Aquellos que las han experimentado han sido descritos como «pacientes» o «enfermos». Mientras algunas personas consideran esto como algo que les ayuda a comprender lo que les está pasando, otras no, y muchas personas no se ven a sí mismas como si sufrieran una enfermedad. Ciertamente, en los últimos veinte años se ha llegado a ver claro que muchas personas en la población general tienen experiencias de ese tipo, y nunca han necesitado ningún tipo de asistencia en salud mental.

A lo largo del informe hemos intentado usar términos tan neutrales como ha sido posible, y que no supongan que hay tan solo una forma correcta de entender estas experiencias. En consecuencia, nos referimos a estas experiencias concretas como «experiencias» más que como «síntomas». Usamos términos comunes como escuchar voces o sentirse suspicaz o paranoide. A veces, usamos el término «psicosis» porque es un término comúnmente usado en nuestra sociedad para describir estas experiencias. Sabemos que no todo el mundo se siente cómodo con este término. Sabiendo que no todo el mundo está de acuerdo en que exista una enfermedad subyacente, usamos la expresión «persona diagnosticada de» (esquizofrenia, por ejemplo), más que «persona con esquizofrenia». Por la misma razón nos referimos a las personas como personas, antes que como pacientes.

Por supuesto, mucho de lo que se ha escrito previamente en este campo ha utilizado un marco clínico, y por lo tanto se usa terminología clínica o médica. Cuando nos referimos a ella en este trabajo, a veces usamos esa palabra entre comillas.

Parte 1: ¿Qué es la «psicosis»?

Sección 1: De lo que trata este informe: Las experiencias que a veces se denominan psicosis

Puntos clave

Este informe presenta una perspectiva psicológica de la experiencia que habitualmente se entiende como psicosis, o a veces como esquizofrenia. Se complementa con informes paralelos sobre las experiencias comúnmente conocidas como trastorno bipolar (1) y depresión. (2)

Estas experiencias incluyen escuchar voces («alucinaciones»), creer en cosas que otros encuentran extrañas («delirios»), hablar de una manera que para otros resulta difícil de seguir («trastorno del pensamiento»), y experimentar periodos de confusión donde uno parece perder el contacto con la realidad («psicosis aguda»).

Las experiencias de cada persona son únicas – las experiencias personales, o las formas de afrontarlas, son diferentes en cada una.

Muchas personas que tienen este tipo de experiencias no contactan con los servicios de salud mental, porque no encuentran angustiosas sus experiencias. Algunas personas, sin embargo, sufren tanto con ellas que buscan ayuda profesional, o son otros los que buscan ayuda para ellas.

1.1 ¿Qué significa tener experiencias «psicóticas»?

Este informe se centra en esas experiencias normalmente conocidas como «psicosis», «esquizofrenia», «enfermedad mental», «crisis nerviosa» o a veces «locura». La tendencia a experimentar estados de ánimo extremos también se considera como enfermedad mental, en este caso «trastorno bipolar». Aunque muchas de las cuestiones son parecidas, el «trastorno bipolar» es el tema de otro informe (3) por lo que aquí no será tratado en detalle.

El tipo de experiencias tratadas en el informe incluye:

- Escuchar a voces que hablan cuando no hay nadie, o ver, saborear, oler o sentir cosas que otras personas no pueden. A veces a estas experiencias se las llaman alucinaciones.
- Mantener fuertes creencias que otros en su entorno no comparten. Un ejemplo puede ser la creencia de que hay una conspiración de la CIA contra uno mismo, o que otra persona está controlando sus pensamientos. A veces estas creencias han sido referidas como delirios. Si se refiere a otras personas que quieren hacerle daño, a veces se las llama delirios paranoides. Si se refieren a sentirse especial, se han denominado delirios de grandeza.
- Dificultades para pensar o concentrarse. A pesar de que muchas personas tienen experiencias como las descritas aquí y encuentran formas de afrontarlas, e incluso pueden encontrarlas útiles, en otras y en algunos momentos pueden resultar abrumadoras. Cuando ocurren de este modo normalmente resulta difícil concentrarse en otras cosas distintas. Las personas pueden parecer distraídas o preocupadas. Puede que estén contestando a las voces que escuchan. A veces las personas hablan de una forma que otras personas encuentran difícil de seguir, tocando muchos temas aparentemente inconexos y en rápida sucesión. A veces esto se ha referido como «trastorno del pensamiento». Muchos hemos llegado a tener algo parecido a un «trastorno del pensamiento», al decir cosas confusas o que confunden cuando estamos emocionalmente estresados. (4)

- A veces, algunas personas pueden mostrarse inexpresivas, introvertidas, aletargadas, apáticas o desmotivadas. Incluso puede que encuentren difícil tener fuerzas como para preparar la comida o, de forma general, para cuidar de si mismas. Tradicionalmente estas dificultades se han considerado «síntomas negativos»: formando parte de una enfermedad. Sin embargo, a menudo puede ser el resultado de un sentimiento de estar sobrepasado por las experiencias o los intentos de encararlas, o pueden surgir de sentimientos de impotencia o depresión. También pueden ser los efectos adversos de medicamentos que se prescriben frecuentemente a las personas.

A menudo estas experiencias surgen en momentos concretos de estrés y se vinculan a emociones y sentimientos fuertes, por ejemplo, preocupación, ansiedad, miedo, depresión, o sentirse abrumado por los sucesos. De hecho, no hay una forma clara de diferenciar las experiencias «psicóticas» de otros problemas emocionales, que quizás se consideren en diagnósticos como ansiedad o depresión, o de los problemas debidos a los traumas que quizás se diagnostiquen como «estrés postraumático» o «trastorno de la personalidad».

Diferentes experiencias de psicosis

Es como si toda la parte superior de tu cabeza saliera. Es como un increíble pico de energía, casi de histeria. Y luego, empiezo a tener alucinaciones visuales, y entonces vi ese jardín encantador, y pienso, esto es el cielo. Y en ese momento me veo completamente perdida, porque entonces tenía una alternativa a esto, y de verdad creo que me voy al infierno. Pensé que me moría… No soy tremendamente religiosa. Y me levanté, mi madre vino a mi cuarto, y yo estaba completamente ida. Y nosotras tuvimos que lidiar de alguna forma con esto durante un par de días. No entendía que me pasaba. Realmente creí que me estaba muriendo. Así que cogí una Biblia y leí (en voz alta) «*El Apocalipsis»,* que no era lo más adecuado que podía hacer. Y durante dos minutos creí realmente que era Cristo, hasta que tuve la suficiente sensatez para pensar que yo no soy varón, así que ¿qué es lo que está pasando?

Rachel (5)

Empecé a pensar que… mi sangre había sido envenenada por unos espíritus malignos, y que yo era maligna, y que había espíritus a mí alrededor, espiando y cambiando mis pensamientos, y esto me asustó mucho y no supe que hacer con ello.

Graham (6)

Diferentes experiencias de psicosis

En 1986, a la edad de 18 años, en un intervalo de siete meses, fui ingresado tres veces en el hospital psiquiátrico. Al principio tuve insomnio y me encontraba muy confundido, albergaba algunas creencias paranoides y de grandeza. Creía que la televisión y la radio tenían mensajes interactivos para mí. También creí que sin darme cuenta había sido un espía y que el mundo era como una combinación del libro *1984* y *Blade Runner*. Nada era lo que parecía, había mascotas robots que vigilaban y siniestros dispositivos de localización.
También vi caras familiares en los rostros de desconocidos, y ello me llevó a teorías de espionaje mayores. Creí que estaba en riesgo de perder mi capacidad para pensar libre y espontáneamente, que me convertiría en un total autómata cuando llegase a la edad adulta. Mi capacidad de concentración era extremadamente mala. Estaba en un estado de gran alerta, asustado y tenso, que me traía un dolor psicosomático en el pecho. También me enredé con otras creencias más espirituales, centrándome en el bien y el mal, y en tener poderes especiales de comunicación. Debido a que tenía una historia familiar de psicosis, para los clínicos fue más fácil hacer rápidamente un diagnóstico de esquizofrenia. A mis padres les dijeron que tenía esquizofrenia y que necesitaba tomar medicación durante el resto de mi vida.

Rufus May, colaborador (7)

Me diagnosticaron una enfermedad mental hace cinco años. Tomé pastillas para suprimir la paranoia y las voces. Esto funciona, excepto porque a veces sigo experimentando paranoia. Es la peor sensación que he tenido jamás, empieza hacia el mediodía y dura hasta que me voy a dormir por la noche. Me pongo paranoide sobre cualquier cosa – que mis llaves pueden caerse de mi bolso, que se me van a caer los pantalones, que las autoridades quieren saber si estoy realmente enferma. Temo exponerme ante otros, o decir algo grosero. Tengo imágenes mentales en las que hago cosas asquerosas o que otros me las hacen a mí y, que algo así sucede en realidad... Haría cualquier cosa para parar estas sensaciones, y todo lo que quiero es huir de todo el mundo cuando las tengo.

Miriam (8)

Estuve bombardeada por voces terroríficas constantes. Creía que todas ellas eran entidades poderosas que estaban siempre en lo cierto. Una de las voces que oí afirmó ser el diablo, otra me lanzaba insultos lascivos como «puta» y me dijo que podría matar a quien él quisiera si no hacía lo que me decía, otra controlaba lo que comía y me reprendía con insultos sobre mi apariencia. Encajé las voces que escuchaba en las teorías que elaboré sobre la vida de todo el mundo que estaba a mí alrededor, sonaban como si solo fuera un chapurreo loco sobre la locura. Teorías sobre universos paralelos, espíritus malignos, conspiraciones gubernamentales, y comunicaciones especiales con el inframundo y con el mismo Satán.
La policía local de forma regular me examinaba por intentar saltar de los puentes de las autopistas y ponerme delante de los trenes interurbanos. A menudo sentía la necesidad de decirle al mundo que todos ellos estaban condenados, o anunciar que era «superior a ellos», y todo esto solía acabar en la parte trasera de un coche de policía o una ambulancia camino a A&E (atención en crisis de Salud Mental, en el Reino Unido) para ser evaluada por el equipo de salud mental.

Sally Edwards

1.2 Las experiencias de cada persona son diferentes

Como en cualquier experiencia humana, ningún problema de la persona, ni el modo de afrontarlo es exactamente igual al de otra persona. Algunas personas solo tienen una de esas experiencias, otras tienen varias. Algunas personas las experimentan en una ocasión, otras de vez en cuando (por ejemplo, durante periodos de estrés), y otras frecuentemente. (9)

Muchas personas no contactan con los servicios de salud mental porque no encuentran estresantes sus experiencias. (10) Por ejemplo, muchas personas oyen voces que les hablan cuando no hay nadie, pero sus voces suenan relativamente neutras, agradables, o incluso útiles, por lo que no resultan ser un problema. Otras desarrollan formas para afrontar sus experiencias por sí mismas o con la ayuda de las personas de su entorno. (11) Algunas personas, sin embargo, se angustian con sus experiencias y buscan ayuda profesional. Algunas acuden a la asistencia profesional debido a que otras personas consideran que su comportamiento resulta extraño o preocupante, o temen que se pongan a si mismas o a otras personas en riesgo. Es probable que solo las personas de estos dos últimos tipos lleguen a contactar con los servicios de salud mental y por ello sean diagnosticadas como enfermos mentales.

Voces útiles

Percibo las voces que escucho como partes de mi misma, que se ocupan de las emociones fuertes, las que no me sentí suficientemente segura para permitírmelas sentir. Forman parte de mí, y sin ellas no habría sobrevivido. Verlas como el síntoma de una enfermedad mental resulta insultante, y no reconoce su papel fundamental en mi supervivencia como ser humano. ¡Quiero agradecérselo a ellas, no deshacerme de ellas!
Ahora, las voces son buenas amigas y consejeras. No quiero deshacerme de ellas. Ya no me identifico con mi papel anterior, el de ser una paciente psiquiátrica, una enferma mental grave, sino un ser humano que sobrevive y experimenta la vida de un modo personal único... igual que cualquier otro ser humano de este planeta.

Sally Edwards

Aprendí a lo largo de los años que la voz que escuchaba en mi cabeza era simplemente una voz corriente, sobre todo era una voz mía, la considero inspiradora en vez de una que me dirige... ellas te ayudan.

Mary (12)

¿Mis experiencias son psicosis? ¿Son alucinaciones? ¿Son delirios y/o son grandiosas? ¿Qué ofrece tu vida, tu aprendizaje y tu cultura para proporcionarte una respuesta? Dentro de nuestra cultura maorí estas experiencias no son nada nuevo. Hay generaciones que nacen viendo, sintiendo, escuchando o conociendo... estas cosas no son anormales para los maoríes. La anormalidad ocurre cuando una perspectiva no-maorí las considera... El resultado final de esa perspectiva solo puede llevar a que se perciban como algo anormal.

Egan Bidois (13)

1.3 Nuestras distintas culturas

Las personas de culturas distintas describen los problemas de maneras distintas. Por ejemplo, la angustia que en algunas culturas quizás sea descrita como dolor físico o molestia puede que en otras se considere como depresión o ansiedad. Las formas en las que las personas explican sus experiencias también pueden ser distintas entre las culturas. Las experiencias desagradables o molestas a menudo se explican usando las creencias que son habituales en las culturas concretas: ejemplos pueden ser los espíritus, los espíritus malignos, o los alienígenas. Algunas veces las explicaciones que usan las personas de etnias minoritarias o de subculturas concretas son percibidas como muy extrañas por las personas de la cultura mayoritaria. Esto puede conllevar malas interpretaciones si no se entiende el contexto. Por ejemplo, alguien de una cultura donde muchas personas creen en la posibilidad de posesiones demoníacas quizás piense que uno ha sido poseído. Al intentar ayudar a alguien, tenemos que tener en cuenta no solo su sufrimiento sino también las circunstancias en las que se encuentra, su respuesta a esas circunstancias, y su educación y su bagaje cultural.

Sección 2: ¿Son frecuentes estas experiencias?

Puntos clave

Estas experiencias son frecuentes: hasta el 10 por ciento de la población general escucha voces en algún momento de su vida y muchas personas tienen creencias que en su entorno se perciben extrañas.

Para algunas personas estas experiencias resultan muy perturbadoras, y otras con experiencias similares no las encuentran particularmente angustiosas y no contactan con los servicios de salud mental.

Algunas personas las perciben como un apoyo o incluso como experiencias espirituales.

Como se explica más adelante, la idea de que estas experiencias sean síntomas de enfermedades mentales es polémica. Sin embargo, hasta hace poco la mayoría de las investigaciones publicadas en revistas académicas se basaban en este supuesto, y de este modo las únicas apreciaciones disponibles procedían del número de personas que recibían un diagnóstico determinado. Sin embargo, en la última década, (después de la publicación de nuestro primer informe), (1) se ha dado un incremento constante de investigaciones que exploran las experiencias individuales, como la de escuchar voces. (2) Los investigadores también han encontrado que muchas personas no han sido consideradas, ya que al no encontrar sus experiencias angustiosas no buscan ayuda profesional en salud mental. (3) Sin embargo, todavía mucha de la investigación se basa en los diagnósticos psiquiátricos dados a personas que estaban en contacto con los servicios. Los diagnósticos frecuentes proporcionados a las personas que tienen este tipo de experiencias son esquizofrenia y trastorno bipolar. Otros términos que las personas pueden encontrar son: paranoia, enfermedad psicótica, trastorno delirante, trastorno esquizoafectivo, trastorno maniaco depresivo, y depresión psicótica.

2.1. ¿Cuántas personas tienen experiencias «psicóticas»? ¿Cuántas son diagnosticadas de esquizofrenia?

Estas experiencias son bastante comunes. Más del 10 por ciento de las personas en algún momento de su vida oirán una voz que les habla cuando no hay nadie. (4) Alrededor de una persona de cada cien recibe un diagnóstico de esquizofrenia, así que probablemente habrá unas 500.000 personas en el Reino Unido que hayan recibido el diagnóstico. Un número similar de personas reciben el diagnóstico de trastorno bipolar (también conocido como trastorno maníaco depresivo). (5) Cómo aclararemos después en este informe, hay mucha variabilidad en estas cifras – las circunstancias de las vidas de las personas afectan tanto a la probabilidad de experimentar ciertos problemas, como a la probabilidad de recibir un determinado diagnóstico.

2.2. Las personas que no acuden a los servicios de salud mental

Varías encuestas han mostrado que muchas personas escuchan voces de forma regular. La mayoría de estas personas nunca se han considerado a sí mismas, o han sido vistas, como enfermas mentales. (6) La cuestión principal que parece diferenciarlas de quienes entran en contacto con los servicios de salud mental es el nivel en el que ellas, o en su entorno, perciben esta experiencia como angustiosa o aterradora. Por ejemplo, algunas quizás vayan al médico si ellas, o los miembros de su familia, tienen miedo de que sus creencias o sus experiencias les puedan llevar a hacer algo imprudente o peligroso. (7) También, una buena parte de la población general mantiene creencias que otros pueden considerar inusuales o paranoides, por ejemplo, creencias sobre abducciones alienígenas, fantasmas o telepatía. (8) Como explicaremos después, las experiencias de las personas varían en su naturaleza, frecuencia e intensidad, y se pueden colocar en un continuo. En otras palabras, muchos de nosotros ocasionalmente tenemos experiencias desconcertantes o mantenemos algunas creencias que otros consideran peculiares o excéntricas. Comparativamente somos menos los que tenemos experiencias o creencias frecuentes o graves que otros consideran extrañas y preocupantes.

Personas que tienen experiencias psicóticas pero no llegan a contactar con los servicios

Cuando en una situación complicada no puedes encontrar una salida, ellas (las voces) te ayudan a guiarte. Tú no tienes que hacerles caso, no estás obligada a seguir su consejo, pero de todos modos resulta agradable que ellas te lo den.

Karen (9)

Muchas personas que tienen estas experiencias creen que significan mucho en sus vidas. Algunas personas creen que tienen un sentido religioso o espiritual. Otras las explican en términos de fuerzas sobrenaturales o religiosas, o las perciben cómo si les aportaran una compresión más profunda o un *insight* sobre el mundo. (10)

Experiencias psicóticas y experiencias espirituales

Hay personas que han desarrollado una relación muy positiva con la experiencia de escuchar voces, y las gestionan sin tratamiento psiquiátrico o apoyo de ningún tipo. Han adoptado un marco teórico de referencia (como el parapsicológico, la reencarnación, el metafísico, la conciencia colectiva, o la espiritualidad de una conciencia superior), que les conecta a otros en vez de aislarse: han hallado una perspectiva que les brinda un lenguaje para compartir sus experiencias. Disfrutan de un sentimiento de aceptación; de reconocimiento de sus propios derechos, y desarrollan un sentido de identidad que puede ayudarles a conseguir un uso constructivo de sus experiencias en beneficio de si mismas y de los demás.

Marius Romme y Sandra Escher (11)

Sección 3: ¿Se entienden mejor estas experiencias considerándolas como una enfermedad mental?

Puntos clave

Existe un debate en torno a si resulta necesario o útil considerar estas experiencias, como la de oír voces, como si fueran síntomas de una enfermedad mental. Una perspectiva psicológica tiene como objeto comprender estas experiencias de la misma forma que entendemos otros pensamientos y sentimientos.

Del mismo modo que ante otros problemas psicológicos tiene sentido considerar las experiencias, como escuchar voces, en términos de un continuo o dimensión. Muchas personas las experimentan alguna vez o en un grado más pequeño, por ejemplo, en momentos de estrés, mientras que en otras resultan más intensas, duraderas o angustiosas.

Aunque muchas personas consideran útil tener un diagnóstico, en el campo de la salud mental las etiquetas diagnósticas dicen poco sobre la posible causa de las experiencias, y no parecen describir patrones consistentes que relacionan los problemas con alteraciones biológicas subyacentes.

Introducción: La idea de la enfermedad mental

A veces, esas experiencias, como la de oír voces o la paranoia, son muy angustiosas, desconcertantes e inquietantes, y pueden llevar a que las personas busquen ayuda. Tradicionalmente, el marco dentro del que se oferta la ayuda es de tipo médico, y las experiencias han sido consideradas como síntomas de enfermedades mentales, por ejemplo, de la esquizofrenia. Con frecuencia, las personas asumen que «existen» enfermedades mentales de la misma forma que existen huesos fracturados, y que de de igual modo pueden ser confirmadas mediante pruebas médicas. Sin embargo, hay muchas teorías distintas de las causas de las experiencias, como la de oír voces. La idea de que son síntomas de una enfermedad, quizás debidas a algún tipo de desequilibrio químico u otra alteración cerebral, es tan sólo una de las teorías. No existe una prueba biológica objetiva, como un análisis de sangre o un escáner, para diagnosticar una enfermedad mental.
Hay un intenso debate sobre si tiene sentido o resulta útil considerar estas experiencias como síntomas de enfermedades mentales. Los principales puntos del debate son:

- En qué medida se pueden distinguir las experiencias psicóticas de las experiencias normales
- La frecuencia de estas experiencias entre las personas «normales» y en las «enfermas»
- Hasta que punto los clínicos se muestran de acuerdo al diagnosticar a alguien
- Sobre si las enfermedades mentales son «cosas» reales
- Las ventajas y los inconvenientes de ver esas cuestiones como enfermedad

Vamos a tratarlas brevemente una tras otra.

3.1 ¿Se pueden distinguir las experiencias psicóticas de las normales?

A menudo se asume que hay una línea divisoria clara entre «salud mental» y «enfermedad mental» (normalidad y anormalidad) y que los procesos descritos y característicos de la enfermedad (por ejemplo, la «esquizofrenia») son responsables de las experiencias, como la de oír voces. Sin embargo, las investigaciones recientes indican que este no es el caso. Considerar las experiencias como síntomas de enfermedades es tan sólo una forma de verlas, y no todos la encuentran útil.

Parece haber una dimensión o un continuo (línea continua) entre la buena y la mala salud mental, en la que todos nos movemos hacia un lado u otro en distintos momentos de nuestras vidas. Por ejemplo, en algunos momentos podemos estar más o menos ansiosos, suspicaces o deprimidos. Seguramente hay momentos en que también todos tenemos creencias que otros encontrarían extrañas. Es posible que los sucesos estresantes de la vida tengan un impacto significativo en nuestra manera de pensar y sentir, que se asocia con aspectos como la cantidad de apoyo disponible y la posibilidad que tenemos de dar sentido a lo que nos ocurre.

La tendencia a tener ciertas experiencias también varía entre las personas como parte de una gama compleja de rasgos y características individuales de las personas. (2) En una serie de dimensiones, las personas se pueden situar entre lo que convencionalmente se considera «normal» y lo bastante infrecuente. Esta perspectiva del «continuo» o dimensión se entiende fácilmente cuando se consideran otras experiencias frecuentes como la ansiedad. En general, los individuos se diferencian en cuanto a lo ansiosos que se sienten. Esto puede formar parte de una característica habitual de su personalidad y es posible que incluya una combinación de factores genéticos y de aprendizaje. Sólo una minoría experimentará una ansiedad extrema, como una serie de ataques de pánico, que será reconocida en los manuales diagnósticos y que justifica un diagnóstico de trastorno de ansiedad. Del mismo modo, el estado de extrema suspicacia conocida como paranoia es una ampliación de los sentimientos de desconfianza que todos sentimos algunas veces. (3) Las personas se diferencian en este aspecto: todos conocemos personas ante las que tenemos que ser muy cautos con lo que hacemos o decimos para que no se nos interprete como ofendiendo. Del mismo modo, las situaciones varían en la propensión a inducir desconfianza. Todos hemos estado en situaciones en las que tiene sentido estar mucho más alerta, por ejemplo, al llegar solos a casa a altas horas de la noche. En estas situaciones, es fácil asustarse con las cosas más nimias.

Este «modelo dimensional» o de continuo hace que surjan interrogantes ante el diagnóstico psiquiátrico tradicional, que se discutirán seguidamente.

Un continuo que va desde la «normalidad» a la «psicosis»

En la escuela me sentí muy solo y aislado. Aunque tuve algunos pocos amigos, me sentí excluido y recuerdo que empecé a pensar que cuando los niños se reían pudiera ser que estuvieran riéndose de mí. En aquellos momentos, sabía que seguramente eso no era cierto, pero no podía evitarlo, y me hizo sentirme aún más incómodo en todo lo relacionado con la escuela... Tras acudir a la universidad... y posiblemente al aislarme otra vez, esos pensamientos volvieron a aparecer. Sin embargo, esta vez empecé a notar la sensación de que sufría algún tipo de discapacidad social parecida al autismo, y que la gente podía notarlo simplemente por el modo en que hacía contacto ocular con ellos. Como resultado, el salir a la calle se convirtió en un calvario, porque cuanta más atención prestaba a mi contacto ocular más incómodo me sentía al mirar a las personas. Un tiempo después, me convencí de que, cuando estaba en la calle, cualquiera que me veía sabía al instante que tenía algún tipo de discapacidad social. En realidad, empecé a sentir que todo el mundo que conocía fingía y me trataba normalmente, pero luego, tras irme, se reían de mí a mis espaldas.

Adam (4)

Una mujer divorciada de 42 años de edad, madre de dos hijos, que tiene una consulta privada como sanadora psíquica, escucha voces «desde que tiene memoria». Oye las voces con sus oídos. Las voces se encuentran tanto dentro como fuera de su cabeza. Una de las voces surgió en la infancia y todavía sigue presente, pero también escucha otras voces. La voz principal le habla en segunda persona. Se comunica con esta voz y la consulta para sí misma o para sus clientes. Sus voces también hablan entre si. Aunque sus voces no son voces que realmente hayan existido en su vida diaria no las teme y no se siente limitada por ellas. Más bien, cree que son protectoras: le dan consejo, son confortables y amables... En su infancia, de forma repetida sufrió abuso físico y sexual y sus voces la ayudaron a seguir hacia adelante en los momentos difíciles... Nunca habló de sus voces con otros hasta los 34 años. La primera vez que habló de las voces fue a sus hijos, tras su divorcio. Nunca estuvo en contacto con un servicio psiquiátrico, y en base a la Composite International Diagnostic Interview –Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta – realizada por un psiquiatra, no cumplía... los criterios de un trastorno mental.

Marius Romme y Sandra Escher (5)

Bueno, ¿qué puedo decir? Empiezo a creer que en realidad sufro de algún tipo de paranoia. Empecé la universidad el año pasado, y tanto las cuestiones académicas como las sociales no han resultado fáciles del todo, aunque ya en el pasado tuve sentimientos de ansiedad y paranoia. Si estoy con un amigo, que está con un amigo más cercano a él y me habla menos en la conversación, siempre tengo la sensación de que la otra persona no quiere que esté a su lado, o que se siente ligeramente incómoda con mi presencia. Si envío un mensaje y no me responden, supongo que se debe a que no quieren hablar conmigo, y simplemente ignoran o borran mi mensaje. También siento que pueden estar molestos conmigo por importunarles, y que tenía que haberles dejado solos. Cuando estoy en una tienda o en la calle pienso que me están observando para ver si hago algo extraño, y poder reírse de mí en secreto. O si he estado reunido con un grupo, tan pronto como me alejo, empiezan a hacer comentarios sobre cómo actué. También creo que la gente dice «mira a ese solitario o a ese mamarracho» cuando me ven andando por ahí solo. Por lo tanto, ¿o sufro de paranoia y/o de baja autoestima? Tengo muchas ganas de hacer algo al respecto y hablar con profesionales en los que pueda confiar. Pero también temo toparme con un mal profesional que me ponga bajo un cóctel de fármacos – algo que no deseo. Prefiero poder hablar.

Amber (6)

3.2 Muchas personas «normales» tienen experiencias inusuales

Un segundo hallazgo también pone en cuestión el supuesto de que las experiencias, como la de escuchar voces, necesariamente forman parte de una enfermedad, a saber: estas experiencias no parecen ser tan infrecuentes. Muchas personas sanas, con un buen funcionamiento, a veces tienen experiencias «anormales». Por ejemplo, muchas personas han escuchado una voz cuando no había nadie. (7) La investigación sugiere además que casi una de cada tres personas tiene al menos una creencia que podría considerarse paranoica: «la paranoia es tan frecuente que casi podría ser normal». (8)

Sólo una de cada 50 personas que tienen experiencias «cuasi psicóticas» podría ser clasificada por los médicos cumpliendo los criterios de un diagnóstico de esquizofrenia. (9) Circunstancias extremas, como la privación sensorial o del sueño, pueden dar lugar a diversos trastornos, que incluyen la paranoia y el tener visiones, en personas que nunca antes tuvieron este tipo de experiencias. (10) Algunas personas que escuchan voces o ven visiones las consideran espiritualmente enriquecedoras. (11, 12, 13) Hay una enorme diversidad en los modos en que se entienden estas experiencias en las diferentes culturas. Por ejemplo, las culturas y subculturas difieren en la forma de valorar las experiencias particulares, bien como signos de enfermedad mental o como normales (creencias religiosas y espirituales, por ejemplo), y también como la fortuna de poseer dones espirituales (como en el caso de los chamanes). (14) Estos resultados sugieren que, aunque las experiencias psicóticas para algunas personas pueden resultar extremadamente dolorosas e incapacitantes, para otras personas son valoradas como útiles y que mejoran la vida. (15) Por supuesto, para muchas personas pueden ser a la vez, ya sea en diferentes momentos o incluso al mismo tiempo, un «regalo peligroso». (16)

Además de comprobar que las experiencias psicóticas son frecuentes y están en el umbral de lo «normal», un tercer tema relevante, para considerar si se comprenden mejor formando parte de una enfermedad, hace referencia al «diagnóstico». El intento de clasificar los problemas psicológicos usando los sistemas diagnósticos se topa con problemas en tres áreas: la fiabilidad (el grado en que los clínicos se pueden poner de acuerdo en el diagnóstico), la validez (el grado en que las etiquetas se refieren a «hechos» reales con causas comunes) y la utilidad (el grado en que las etiquetas son útiles y para quién).

3.3 ¿Son fiables los diagnósticos de salud mental – se ponen de acuerdo los clínicos?

La fiabilidad es la probabilidad de que estén de acuerdo diferentes clínicos al diagnosticar un caso concreto. En los últimos años, se ha hecho mucho esfuerzo para mejorar la fiabilidad, al incrementar el número de diagnósticos posibles y elaborando «cuadros de opciones» y listas de criterios que deben estar presentes para que se aplique una etiqueta particular. Por ejemplo, el cuadro siguiente muestra los criterios de un manual para realizar un diagnóstico de esquizofrenia:

Criterios para el diagnostico de esquizofrenia recogidos de un manual diagnóstico (DSM-5)*(17)

Se deben cumplir plenamente los criterios (A-E)

(Ver abajo una explicación de los términos)

A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa del tiempo, durante un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

1. Ideas delirantes.
2. Alucinaciones.
3. Lenguaje desorganizado
4. Comportamiento catatónico** o gravemente desorganizado.
5. Síntomas negativos (por ejemplo, expresión emocional disminuida o abulia***).

B. Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, se hallan claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio ocurre en la infancia o adolescencia, el fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. Duración: Persisten los signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos**** y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. Exclusión de otros trastornos: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar se han descartado debido a:

1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor o maníaco concurrente con los síntomas de la fase activa; o

2) si los episodios de alteración del ánimo han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Atributos: El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o a otra condición médica.

F. Historia: Si hay una historia de trastorno del espectro autista o de un trastorno de comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones son prominentes, y se suman a los demás síntomas de la esquizofrenia, que permanecen presentes durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Asteriscos:

* El DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana) es el manual de EEUU, la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) es el Manual Internacional (Organización Mundial de la Salud). Ambos son muy utilizados.

** «Catatónico» significa estar muy parado y sin respuesta.

*** «Abulia» significa falta de motivación

**** «Prodrómico» hace referencia a problemas menos graves y previos a los problemas más pronunciados

A pesar de estos esfuerzos, la fiabilidad sigue siendo baja para la mayoría de los diagnósticos, al menos en la práctica clínica diaria, donde los diagnósticos con frecuencia se hacen sin atenerse a una consideración precisa de los manuales oficiales. (18) Los clínicos tienden a tener «preferencias» diagnósticas y las personas a menudo reciben diversos diagnósticos durante sus contactos con los servicios de salud mental. Las investigaciones confirman que el uso es diferente entre los diferentes médicos, hospitales y países. Incluso los médicos experimentados, que han recibido formación suplementaria para aplicar los criterios, sólo se ponen de acuerdo, en una amplia gama de diagnósticos, en torno al 50 por ciento de las veces. (19,20)

Tuve todo tipo de etiquetas: trastorno de la conducta alimentaria no especificado, trastorno depresivo mayor, trastorno límite de la personalidad, trastorno esquizoafectivo, y alguna vez esquizofrenia... y esta es la que me estremeció y me sacó fuera de mí por completo. ¿Hasta que punto podía luchar si padecía una enfermedad cerebral para toda la vida?

Sally Edwards

Mi psiquiatra me dio varias etiquetas de salud mental... Me dijo que tenía eso que los profesionales llamaban «esquizofrenia». Sin embargo, mi madre, que se había formado recientemente como consejera y entendía bien sus consecuencias, se mostró preocupada ante la posibilidad de que este se convirtiera en mi diagnóstico y sobre el efecto que podría tener en mis perspectivas vitales a largo plazo. Pidió a los profesionales que lo reconsideraran y luego me dijeron que tenía un trastorno bipolar, y más adelante supe que a veces se considera que es un diagnóstico socialmente algo menos dañino (aunque no siempre mucho menos). Me pregunto si los profesionales lo habrían reconsiderado, como lo hicieron, si mi madre hubiera tenido menos medios para influir en la situación o si no pudiera hablar fluidamente inglés. Lo dudo.

Raza Griffiths (21)

3.4 ¿Tienen sentido los diagnósticos de salud mental? ¿Hacen referencia a «hechos» reales?

Siempre ha habido una fuerte tendencia a creer que todo lo que tiene un nombre debe tener entidad o existir, y tener por si mismo una existencia independiente. Y aunque no se pueda encontrar una entidad que responda al nombre, los humanos no por eso suponen que no existe, sino que imaginan que se trata de algo peculiarmente difícil y misterioso.

John Stuart Mill (1869) (22)

3.4.1 Dar un nombre a algo no lo hace real

Las experiencias como la de escuchar voces son experiencias reales para la persona que las tiene, y pueden acarrear un sufrimiento muy real. Sin embargo, esto no significa que sean necesariamente síntomas de «enfermedades» reales, por ejemplo, la esquizofrenia. Dar un nombre a algo, incluso si la definición es muy clara, no significa necesariamente que exista en la realidad. La mayoría de las personas estarían de acuerdo en cómo identificar un unicornio, por ejemplo, aunque es una criatura mítica en vez de una real. El problema es que cuando hay una etiqueta se puede tener la impresión equivocada de que la «cosa» existe. Como lo indica el psiquiatra Jim Van Os: «La complejidad del término griego esquizofrenia, aunque en última instancia no tenga sentido, sugiere que es realmente una "cosa", es decir, una "enfermedad cerebral" y que existe como tal en la naturaleza. Esta es una sugerencia falsa». (23) La medida en que una etiqueta hace referencia a una entidad significativa del mundo real se denomina «validez». El Dr. Thomas Insel, director del *National Institute of Mental Health* (Instituto Nacional de Salud Mental) de los EE.UU., es crítico con el enfoque diagnóstico actual: «Los pacientes se merecen algo mejor. La debilidad está en la falta de validez». (24) Así que siendo claros: las experiencias y la angustia son muy reales, pero la explicación – el que haya una enfermedad llamada «esquizofrenia» provocándolas – puede que no sea cierta.

3.4.2. Lo que el diagnóstico no dice

Habitualmente esperamos que los diagnósticos médicos nos indiquen algo sobre la causa de cierto problema, lo que la persona puede esperar en el futuro («pronóstico») y aquello que probablemente puede ayudar. Sin embargo, este no es el caso en los «diagnósticos» de salud mental, que en vez de ser explicativos tan solo son formas para categorizar las experiencias en base a lo que las personas dicen a los clínicos. El *Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association – DSM* (Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría) afirma explícitamente que sus categorías no dicen nada sobre su causa – según sus propias palabras, es «neutral en referencia a las teorías etiológicas». (25) Por ejemplo, a alguien que diga que oye voces se le puede dar un diagnóstico de esquizofrenia. Pero dado que esto no dice nada sobre su causa, no tiene mucho sentido decir que la persona oye voces «a causa de» la esquizofrenia. Una analogía en la medicina física podría ser la etiqueta «dolor idiopático», que simplemente significa que una persona está comunicando que tiene dolor, sin que se pueda identificar la causa de ese dolor. En cuanto al «pronóstico», como se explicará seguidamente, el resultado es muy variable. En referencia a lo que puede ayudar, idénticos fármacos y terapias psicológicas se usan en una variedad de diagnósticos, y dos personas con el mismo diagnóstico a menudo encuentran útiles cosas muy diferentes. Esto sugiere que las categorías diagnósticas no reflejan categorías o diferencias «reales» entre las personas: no son «una representación» de la naturaleza. (26)

3.4.3 Las experiencias se sitúan en un continuo y no encajan en categorías precisas

Otro dato relevante es el mencionado antes, a saber, que muchas personas que oyen voces o tienen creencias que otros pueden considerar extrañas no tienen un diagnóstico y no cumplirían los criterios para alguno. (27) Aunque la visión tradicional indicaba que unas personas tienen una

enfermedad (algo llamado psicosis o esquizofrenia) y otras no la tienen, como hemos explicado antes; una perspectiva posiblemente más útil y precisa es considerar las experiencias situadas en una dimensión o continuo (en una línea que une los dos extremos de una escala). Las personas que rara vez tienen estas experiencias, o que las encuentran útiles, podrían estar en un extremo del continuo. En el otro extremo estarían las que tienen experiencias muy frecuentes, intensas y angustiosas. Algunas de estas personas podrían necesitar una ayuda y apoyo considerables, y algunas se consideran a sí mismas como enfermas. Este es el enfoque que subyace en una reciente iniciativa para clasificar los problemas con fines de investigación, *«Research Domain Criteria – RdoC»* (Criterios de Dominio para la Investigación). (28) Este enfoque intenta desarrollar un nuevo sistema de clasificación basándose en la medición de varios aspectos que son dimensionales, pero que pueden afectar a la posibilidad de que alguien experimente problemas, por ejemplo, la rapidez con la que tiende a activarse emocionalmente o a calmarse.

3.4.4 La constante ampliación de los diagnósticos de salud mental

Con el paso del tiempo, la lista de diagnósticos psiquiátricos ha crecido y crecido, y algunos argumentan que la lista es ahora tan exhaustiva que todos encajamos en una u otra categoría. Esta es una de las razones que hacen a la nueva versión del manual de diagnóstico, el *DSM 5,* tan polémica. (29)

3.4.5 ¿Pudiera ser que el concepto de esquizofrenia fuera la consecuencia de una «i*lusión clínica»*?

Se acumulan las pruebas en torno a la idea de que la enfermedad llamada esquizofrenia pueda ser el resultado de que los clínicos experimenten un fenómeno llamado «*sesgo de Berkson»* (30,31) – en otras palabras, concluir que dos cosas están relacionadas, cuando en realidad ambas afectan de forma independiente a la probabilidad de que alguien busque ayuda en los servicios. Por ejemplo, muchas personas a veces experimentan uno o más aspectos como estos: dificultades para cuidar de sí mismo, sentirse desesperado, confundido o desorientado, escuchar voces, tener pensamientos suspicaces o paranoides. Hay pruebas crecientes de que, contrariamente a lo que tradicionalmente han pensado los clínicos, con frecuencia esas experiencias a menudo no están relacionadas. (32) Es poco probable que quienes experimenten tan sólo uno o dos de estos problemas busquen ayuda en los servicios. Sólo las personas que experimentan varios de ellos y en un grado severo tenderán finalmente a buscar ayuda en los servicios, y adquirir así un diagnóstico. (33,34) Esto es lo que subyace en la llamada «*ilusión clínica»*, (35) es decir, la idea de que las personas que tienen una de estas experiencias (digamos oír voces) también tienden a tener muchas de los otras, a estar muy angustiadas, y a tener problemas duraderos.

3.5. Ventajas e inconvenientes de ver las cosas como enfermedades mentales

Las secciones previas sugieren que la perspectiva de «enfermedad» no siempre resulta acorde con lo que la ciencia nos indica. Sin duda resulta claro que es tan sólo una forma de entender las experiencias, como la de escuchar voces, en vez de ser la única forma. Entonces surge la pregunta: ¿es la forma más útil?
Pensar en algo como enfermedad puede tener algunas ventajas. Permite una forma de hablar sobre

cosas complejas y un marco para brindar ayuda: tiempo de baja laboral con salario por enfermedad u otras ayudas, si fuera necesario, y el acceso a los servicios. Para las personas que trabajan en la planificación de servicios o trabajan en prevención, los diagnósticos facilitan una forma para hablar sobre grupos de personas, cuando se contempla la tendencia respecto a dónde y cuándo surgen ciertos problemas, y lo que podría resultar de ayuda. En la actualidad, también se usan para decidir la asignación de recursos en los servicios de salud. Algunas personas acogen bien el diagnóstico porque implica que no son los únicos que tienen esas experiencias. (36) Algunas se preocupan si otros no les consideran enfermos, podrían sentirse culpables de sus problemas (o puede que lo sienta su familia) y verse como si no tuvieran fuerza de voluntad o decisión para superarlos. Esto se ha denominado como el dilema «*culpar al cerebro*» y se aborda a continuación. (37)

Las personas que encuentran útil el diagnóstico y se ven a sí mismas como enfermas.

Creo que prefiero que haya un nombre para mi enfermedad, porque me hace sentir menos sola y saber que hay otras personas que experimentan mi mismo tipo de miseria. Y que hay personas que transitan por mi enfermedad y que con ella hacen una existencia plena. Pero también debo tener cuidado en no adoptar el papel de enfermo, ya que tendría que renunciar a más si hiciera eso.

Karin Falk (38)

Cuando alguien te confronta con el límite «estás enfermo» es fácil rechazarlo de plano y desestimarlo por completo. Pero la negación puede ser extremadamente dañina. Veo mis seis primeros años en el sistema como si hubiera estado en el limbo. Aceptar mi enfermedad significó un punto de inflexión –el comienzo de mi camino hacia el bienestar. Es importante entender que negar la enfermedad puede ser una reacción natural y un mecanismo de defensa normal ante una verdad muy dolorosa. La sociedad tiene mala opinión de las enfermedades mentales y el estigma en torno a ellas es muy poderoso. Para mí, la negación era mi forma de encararla, de mantenerme normal. Era una forma de lidiar con el golpe inicial que me destrozaba. El problema de no aceptar es que también se rechaza el tratamiento. Te opones a los fármacos, luchas y te rebelas contra los ingresos o, lo que es peor, contra quienes tratan de ayudarte. Ese comportamiento no lleva a ningún sitio, tan sólo empeora las cosas. Al aceptar el tratamiento pude buscar activamente la medicación adecuada, acceder al apoyo y cambiar mi vida. Sin la aceptación se permanece atrapado en la ilusión de que no pasa nada. He visto a muchos atascados ahí – es un mal sitio para estar.

Terry Bowyer (39)

Hay un punto en que se convierte en lo que llamamos enfermedad – que no funcionamos adecuadamente y que estamos experimentando cosas muy infrecuentes y tenemos reacciones muy inusuales... El problema radica... en lo que unimos a la idea de enfermedad. Si el concepto de enfermedad se amplia desde la biología para incluir nuestras emociones, la espiritualidad, los pensamientos, y la capacidad de decisión, significa que tendremos una perspectiva holística que puede ofrecer más.

Laura Lea, colaboradora

Sin embargo, desde otras perspectivas pensar en términos de enfermedad puede que no resulte una ayuda. Algunas personas sienten que, en general, la idea de enfermedad mental hace más mal que bien. Las entrevistas a personas que tuvieron un diagnóstico de psicosis sugieren que muchas se sintieron socialmente etiquetadas como «enfermas mentales» o «esquizofrénicas». A su juicio, el diagnóstico les quitó poder y les llevó a su exclusión social. (40) De forma similar, un estudio concluyó que ser considerado enfermo mental provoca más sufrimiento en muchas personas que sus problemas originales. (41) A las personas consideradas enfermas mentales a menudo se las evita, son tratadas con rudeza, y son sujetos de discriminación. (42) Por ejemplo, a pesar de que tener trabajo puede ser muy importante para la recuperación de las personas, es menos probable que los empleadores ofrezcan trabajo a alguien si saben que tiene un diagnóstico psiquiátrico, (43) y el desempleo entre las personas con diagnóstico de «psicosis» es muy alto. (44) Las revisiones de las pruebas disponibles (45) sugieren que el considerar el sufrimiento como una «enfermedad como cualquier otra» puede en realidad aumentar el prejuicio y la discriminación. (46) Algunos autores han sugerido que presentar los problemas como enfermedad conlleva el resultado de ser percibido como misterioso e impredecible, y a las personas que experimentan problemas como si fueran casi de «otra especie». (47)

Recibir un diagnóstico también puede tener efectos psicológicos negativos en la persona, por ejemplo, que le lleven a sentirse desesperanzada, y a disminuir su confianza. Se puede trasmitir el mensaje de que las personas tienen poco que hacer para superar sus problemas excepto «seguir tomando pastillas». Se puede desviar la atención del posible significado o de los aspectos positivos que las experiencias pueden tener para las personas. (48) También se puede desviar la atención de los problemas sociales y emocionales subyacentes que se podrían abordar de maneras restauradoras, por ejemplo, las consecuencias de adversidades como la pobreza, la discriminación, el abuso infantil o la agresión. (49) Es importante destacar que la forma en la que los diagnósticos parecen resumir la naturaleza y las causas de las experiencias personales puede evitar que los clínicos pregunten y ayuden a la persona a encarar los sucesos y las emociones que realmente pueden subyacer en los problemas.

Personas que encuentran que los «diagnósticos» no ayudan y no se ven a sí mismas enfermas

Hace ya unos años acepté el modelo médico como el marco de comprensión... Pero de forma gradual llegué a apreciar los inconvenientes del marco. Mis lecturas me sugirieron que el modelo quizás no fuera científicamente asumible. El énfasis en el sufrimiento como enfermedad no sólo alentaba exclusivamente el uso de recursos físicos de tratamiento (fármacos, ECT), sino que descartaba cualquier consideración sobre el contenido y el significado de mis episodios de crisis. Pensar sobre mí mismo como sujeto con enfermedad crónica e incurable me quitaba poder y sentido, me confinaba dentro de una categoría esencialmente negativa. Cuando me acercaba a la segunda década como usuario de servicios, el modelo médico, que al principio me resultaba tranquilizador, me parecía cada vez más insatisfactorio, incapaz para abarcar la complejidad de mi vida interna o externa y darle un valor positivo. Como consecuencia empecé a explorar activamente otros marcos que satisfacían mejor mis necesidades.

Peter Campbell (52)

Me dijeron que tenía una enfermedad... Estaba empezando a descender a algo radicalmente deshumanizador y que desvaloraba el cambio... de ser Pat Deegan a ser «una esquizofrénica».

Pat Deegan (50)

Tal vez sea (mi) sensibilidad a la crítica, ya que darme un diagnóstico fue como una patada en la boca. No están diciendo que haya algo mal con tu hígado, sino que algo está mal contigo mismo.

Anon (51)

Una vez pasada la «respuesta de ayuda» y aprender un nombre para el sufrimiento – la etiqueta por sí misma no alivia el dolor. Ni ayuda al profesional ni a la persona a comprender lo que está sucediendo o lo que puede ayudar a la persona. Se paraliza a la persona ante su propia experiencia y para buscar su propio lenguaje e interpretación... las personas etiquetadas son consideradas como personas inferiores o menos competentes... Las personas se vuelven dependientes e indefensas con los tratamientos y etiquetas.

Louise Pembroke (53)

Fui etiquetado para el resto de mi vida... Creo que la esquizofrenia siempre me hará un ciudadano de segunda clase... No tengo futuro.

Henry (54)

3.6 Las recientes recomendaciones para abandonar el uso de los diagnósticos

Teniendo en cuenta los problemas asociados a los diagnósticos, muchos investigadores y clínicos descartan su uso, y esto es lo que se ha recomendado en recientes informes de alto nivel. (55,56) Tras una extensa revisión de la evidencia, la *Schizophrenia Commission* (Comisión sobre la Esquizofrenia), a pesar de su nombre, abogó por «extremar la precaución al hacer un diagnóstico de esquizofrenia, ya que puede generar un estigma y un pesimismo injustificado». (57) Se ha puesto en marcha la «*Inquiry into the Schizophrenia Label*» (Investigación sobre la Etiqueta Esquizofrenia). (58)

La *British Psychological Society (BPS)* (Sociedad Británica de Psicología) ha declarado que «los clientes y la población en general se ven afectados negativamente por la medicalización, continua y persistente, de sus respuestas naturales y normales ante sus experiencias; respuestas que sin duda tienen consecuencias dolorosas... pero no reflejan tanto enfermedades como la variabilidad del individuo normal... Así se soslaya el contexto relacional de los problemas y la causa social innegable de muchos de estos problemas». (59) La *BPS Division of Clinical Psychology - DCP* (División de Psicología Clínica de la BPS) ha criticado explícitamente los sistemas actuales de los diagnósticos psiquiátricos, como el *DSM 5* y el *CIE 10*. (60,61) Ha sugerido que es necesario «un cambio de paradigma respecto a las experiencias que se asocian a estos diagnósticos, y orientarse hacia un sistema conceptual no basado en el "modelo de enfermedad"». (62)

Esta sugerencia ha recibido un apoyo amplio y se ha establecido una «*Global Summit on Diagnostic Alternatives*» (Cumbre Mundial sobre Alternativas Diagnósticas). (63) La *DCP* ha sugerido una alternativa que se pueda usar en la práctica clínica: una perspectiva llamada «formulación colaborativa», (64) que será descrita en la Sección 8 de este informe. La formulación explora el significado personal de los acontecimientos, las relaciones y las circunstancias sociales de la vida de la persona, y de sus experiencias o del sufrimiento presente. La persona que experimenta la dificultad trabaja junto al profesional para desarrollar una hipótesis, o mejor dicho una conjetura, que pueda servir de base para encontrar un camino a seguir. (65) A diferencia del diagnóstico, la formulación se basa en el supuesto de que por muy extrema, inusual o abrumadora sea la naturaleza del sufrimiento... en algún nivel todo tiene sentido. (66) La formulación es una respuesta al dilema «*culpar al cerebro*» mencionado antes: da un sentido a los problemas, de una forma que no implica que las personas tengan la culpa, ni que su problema esté «completamente en la mente». Como se discutirá más adelante, una amplia gama de factores contribuyen al sufrimiento, y no existen causas simples. Los problemas de cada persona y las causas de sus problemas son diferentes. Tal vez la analogía con la pobreza sea de gran ayuda – las personas se encuentran en dificultades económicas por todo tipo de razones. No se diagnostica la pobreza como «enfermedad», no se asume que las causas sean las mismas para todos los casos, y no se asume que las personas tengan siempre la culpa de sus problemas financieros. Cada caso es distinto, cada caso es un problema grave que hay que entender y dar una respuesta, pero ni «diagnosticar» ni culpar resultan apropiados.

Sección 4: ¿Cómo impactan estas experiencias en la vida de las personas?

Puntos clave

Hay una gran variabilidad en las experiencias de las personas: mientras que unas personas encuentran sus experiencias muy angustiosas, otras las consideran relativamente no problemáticas, y algunas personas incluso las perciben como positivas.

Aunque algunas personas tienen experiencias angustiosas e incapacitantes durante muchos años, otras experimentan la psicosis una sola vez en su vida, y a menudo en un momento de especial tensión.

Aunque las personas sigan oyendo voces o tengan creencias infrecuentes pueden llevar vidas muy felices y exitosas. A veces, una tendencia a la «psicosis» se puede asociar al talento o a habilidades concretas.

Es un mito la idea de que la psicosis lleve con frecuencia a la violencia.

La variabilidad en las formas en la que las personas reciben el impacto de las experiencias hace que sea vital para los servicios de salud mental abordar todos los aspectos del bienestar de las personas en vez de simplemente intentar reducir los «síntomas».

4.1 La variabilidad de los resultados

Como dijimos antes, muchas personas que oyen voces o tienen visiones – tal vez dos de cada tres – no se preocupan por ello y no buscan ayuda en los servicios de salud mental. (1) Incluso entre quienes tienen experiencias angustiosas y contactan con los servicios el panorama es mucho mejor de lo que se suele pensar. Alrededor de la mitad experimentan los problemas solo una vez y luego se recuperan completamente. Sólo una minoría experimenta una trayectoria con dificultades: (2) para estas personas, por supuesto, resulta vital que dispongan de un apoyo de alta calidad, amplio, y a largo plazo. Los resultados también varían según los países. (3) Una revisión reciente concluyó que «la idea de que la esquizofrenia es una enfermedad cerebral progresiva no tiene el apoyo de las pruebas de seguimiento con neuroimagen y los estudios cognitivos... (Esa idea) ha contribuido a un pesimismo equivocado en los profesionales de salud mental». (4)

Trabajo cuatro días a la semana en un empleo profesional; tengo mi propia casa y vivo feliz con mi pareja y mis mascotas. De vez en cuando oigo voces – por ejemplo, cuando he estado particularmente estresada o cansada, o he tenido visiones después de un duelo. El saber que muchas personas oyen voces y viven bien, y que algunas culturas entienden estas experiencias como un don, me ayudó a no ser catastrofista o a no asustarme ante lo que pudiera ser el inicio de una crisis. Aunque tengo suerte de que las experiencias nunca hayan sido tan molestas como las de otras personas, si alguien me hubiera dicho que estaba loca podría haber entrado en un círculo vicioso y ponerme a luchar para salir.

Sara

4.2. ¿Cuáles son los resultados importantes?

> La recuperación se refiere a construir una vida satisfactoria y con significado, tal como lo defina cada persona, haya o no síntomas o que los problemas sean continuos o recurrentes.
>
> Geoff Shepherd, Jed Boardman y Mike Slade (5)

Los resultados son un fenómeno complejo. Las cosas pueden mejorar para algunos – o las dificultades pueden mantenerse – en diferentes dimensiones, que podrían ser relativamente independientes unas de otras. (6) Los ejemplos pueden incluir:

- El resultado «clínico» – si se siguen teniendo o no experiencias o síntomas angustiantes concretos.
- El resultado «personal» – el nivel en que una persona es capaz de conseguir dar un sentido con significado a su experiencia, de un modo que los demás puedan respetar, y alcanzar alguna forma de integrar las experiencias en su vida. El nivel en el que disminuye su sufrimiento y se encuentra satisfecha con su vida.
- El resultado «social» – el grado en que una persona tiene roles valiosos dentro de su comunidad, tiene vivienda, ingresos y relaciones adecuadas.

Las personas con experiencias graves y dolorosas que perduran pueden llevar vidas felices y con éxito en todos los demás aspectos, como el trabajo y las relaciones. Muchas personas encuentran que la parte más difícil de la recuperación es superar los prejuicios, la discriminación, las bajas expectativas, y la presión para que acepten el «papel de enfermo». (7)
Los resultados importantes son aquellos que la propia persona considera significativos. «Estar mejor» significa diferentes cosas para diferentes personas; para algunas reducir la frecuencia o la intensidad de las experiencias es lo más importante, pero para otras son cosas distintas – mejorar las relaciones, la confianza, la autoestima, un mayor compromiso laboral y tener actividades, ser capaz de afrontar la vida cotidiana, tener bienestar material, salud física, (8) esperanza en el futuro y el sentido de tener un propósito. (9) Es importante que al evaluar los resultados se tengan en cuenta estos aspectos, además de la disminución de los «síntomas». (10,11)

4.3 Lo que influye en el resultado

Cinco procesos parecen resultar especialmente relevantes para la recuperación y el bienestar: la conexión con el mundo exterior de uno mismo (por ejemplo, las relaciones de apoyo, la espiritualidad), la esperanza, una identidad positiva más allá de ser un paciente, la búsqueda de una vida con sentido, y el empoderamiento (aprender lo que ayuda y de ese modo tener control, y disponer de las oportunidades adecuadas). (12,13)

Acerca del psiquiatra

Me gustaría hablar de cómo me encuentro,
de mi solicitud laboral,
de mi trabajo de arte,
de mi sueño, la depresión,
de mi incapacidad para trabajar consistentemente ...
Él podría escuchar, preguntar, y comentar,
... Una mentalidad abierta al tratamiento –
La psiquiatría no es una ciencia exacta –
Las nuevas ideas,
Que no se rechacen las nuevas alternativas.
Que se de cuenta de lo que se pierde,
La búsqueda de estatus,
Que sostenga mi esperanza.

R. Lilly (14)

Hay una mayor tasa de recuperación en los períodos de pleno empleo en comparación a los períodos de recesión económica. (15) Las personas que encuentran trabajo tienden a que les vaya mejor, (16) sobre todo si es un trabajo elegido y lo pueden gestionar, si usan sus habilidades, y son valoradas por otros. (17,18) Además, independientemente de la prosperidad, un número mayor de personas experimentan problemas de salud mental en los países donde la brecha entre ricos y pobres es más grande. (19) Una vez más, esto sugiere que ser valorado por otros, sentirse (y ser tratados como) igual a quienes te rodean y tener el control sobre la vida propia son importantes. (20)

Las personas que tienen relaciones de apoyo tienden a hacerlo mejor que quienes tienen menos apoyo o relaciones más estresantes. (21,22) En particular, las personas tienden a funcionar peor si sus compañeros o los miembros de su familia son muy críticos o sobreprotectores. (23)

La historia de Sam

Sam oyó voces angustiosas por primera vez en su adolescencia, después de haber sido violada. Las encaró usando drogas ilegales. Acudió a los servicios asistenciales después de que golpeara al hombre que la violó. Encontró esperanza al leer historias de recuperación de otras personas, al dar sentido a sus propias experiencias y al tomar el control de su vida. Ella y otros creyeron en su recuperación y se centró en sus puntos fuertes, y fue capaz de aprovechar las oportunidades de trabajo que surgieron.

Escribió sobre su historia para que los lectores recibieran esperanza y avanzaran en su propio viaje de recuperación. Ha seguido hacia adelante, y lleva diez años sin usar medicación y tampoco los servicios de salud mental.

Fue horroroso. Tuve problemas y una historia muy larga. Estuve en el hospital desde los 17 años de edad y a lo largo de 12 años – en seis lugares diferentes. Me diagnosticaron de muchas cosas – trastorno de la personalidad, paranoia, esquizofrenia. Me embotaron con fármacos. Me dijeron que nunca saldría adelante. Mi recuperación se inició al entrar en el programa asertivo y al comenzar a ver al psicólogo. Fue un trabajo duro, a veces terrible. Lo que necesitaba era sentarme y dar sentido a lo que pasaba por mi cabeza. Desde entonces, casi no he pasado más tiempo en el hospital. Conseguí un trabajo.

El trabajo me ayudó. Me da la confianza de saber que puedo con esto.

Sam

4.4 El mito de que la psicosis lleva a la violencia

En contraste a los estereotipos de los medios de comunicación, en realidad pocas personas que sufren paranoia o escuchan voces angustiosas dañan a otros en alguna ocasión. Las personas con diagnósticos psiquiátricos cometen crímenes violentos solo un poco más frecuentemente que quienes no tienen este tipo de diagnósticos. Sin embargo, la diferencia de las tasas es muy pequeña: menor, por ejemplo, que el aumento del riesgo asociado a cualquier otro factor, como ser varón, ser joven, consumir alcohol o usar drogas, o haber sido violento en el pasado. (24) También es posible que incluso la ligera diferencia aparente en realidad se deba al hecho de que las personas que han actuado con violencia tienen más probabilidades que las demás a entrar en contacto con las autoridades y, por tanto, a ser evaluadas y a recibir un diagnóstico. La mayor parte de la violencia es cometida por personas que nunca estuvieron en contacto con los servicios de salud mental y la inmensa mayoría de los usuarios de servicios de salud mental nunca es violenta. (25,26) En los casos en los que alguien con un historial como usuario de los servicios de salud mental es violento, los factores de riesgo habituales para la violencia (sexo, uso de alcohol o de drogas, antecedentes de conducta violenta) suelen ser los factores más importantes a considerar, más que los problemas de salud mental. Por otra parte, los diagnósticos concretos, como la esquizofrenia, no predicen la peligrosidad. (27) La razón por la que las personas asocian un diagnóstico con la violencia es probable que se deba a los estereotipos negativos incluidos en la información de los medios de comunicación sobre salud mental. (28) Un estudio encontró que el homicidio y el crimen eran los temas más frecuentes de la cobertura mediática sobre salud mental. (29) Las películas y las series de televisión a menudo representan a las personas con problemas de

salud mental como violentas e impredecibles. (30,31) Sin embargo, como resultado del miedo y los prejuicios de las personas, los usuarios de servicios de salud mental son mucho más propensos que otros a ser víctimas de la violencia. (32)

Los estereotipos y el miedo

El nombre no ayuda. Es psico... esto es lo único que la gente oye... y cuando dije que simplemente pienso que soy un psico. Psico, psico, psico, y solo piensan en alguien que va matando gente y... hace cosas locas... Bueno, pensé que estaban completamente equivocados... y pensé, estoy más fastidiado de lo que creía.

Anónimo

No es extraño que haya surgido una especie de movimiento de liberación, decidido a hacer valer sus derechos. Los «usuarios» argumentan que se ha ido más lejos que cuando se culpa a los negros de las acciones de un sólo delincuente negro, sin embargo, todavía se castiga a todos los enfermos mentales por la violencia de unos pocos. Ya no toleramos titulares sobre «judíos» o «negros», pero todavía sobre lo «psico» es aceptable... Todo esto sucede mientras que el resto de nosotros ha sido atrapado en una forma de pensar obsoleta sobre chiflados y bichos raros. Los lunáticos aún no se han apoderado del asilo – pero están elevando su voz.

Jonathan Freedland (33)

Parte 2: Las causas

¿Por qué son tantas las personas que tienen estas experiencias y cómo llegan a ser angustiosas?

Introducción a la parte 2

Al igual que en otras características humanas, hay un debate en curso sobre las causas de la propensión a tener experiencias psicóticas. Los acontecimientos y las circunstancias de la vida, las tendencias heredadas, y la forma en la que vemos el mundo e interpretamos los acontecimientos pueden tener un papel. Es importante tener en cuenta que las «causas» de los pensamientos y sentimientos humanos complejos son distintas de las «causas» de cosas más simples, como las reacciones químicas. Debemos ser prudentes en el modo de expresarnos aquí.

En concreto, aunque pueda haber aspectos comunes, en cada persona es probable que sean relevantes diferentes combinaciones de causas, y que estas interactúen entre sí. No hay una explicación del tipo «talla única» para todos los casos. Personas distintas experimentan esas cosas por razones distintas. Las personas que experimentan psicosis tienen una gran variedad de puntos de vista sobre la naturaleza y las causas de sus dificultades. (1) Dado que ningún profesional está en la posición de saber a ciencia cierta cuales son exactamente la combinación de elementos que causan problemas a una persona en particular, es importante respetar los puntos de vista de cada persona.

Se han propuesto una gran diversidad de cuestiones como posibles causas de las experiencias psicóticas. (2) Como cada pensamiento es a la vez un «suceso del cerebro» y una experiencia humana, puede resultar imposible separar los diferentes tipos de causas. Puede ser útil pensar en términos de «niveles de explicación» en lugar de en causas. Por ejemplo, un pensamiento se puede explicar en términos de química cerebral (¿que sustancias químicas están involucradas?), de su psicología (por ejemplo, ¿las personas tienen distintos «estilos de pensamiento» en diferentes estados de ánimo?) o de su contexto social (por ejemplo, ¿que ha sucedido para qué surja ese pensamiento como reacción?). Una explicación podría vincular estos niveles, pero uno de ellos no es la «causa» de otro, como por ejemplo, el cableado de la televisión no es la «causa» de la trama de «*Juego de Tronos*». Se necesita comprender muchos aspectos distintos para poder explicar por qué las personas pasan horas mirando una pantalla parpadeante.

Tradicionalmente, la búsqueda de las causas de la psicosis se ha centrado principalmente en la genética y en el funcionamiento y los aspectos de la estructura cerebral. Los psicólogos también han analizado la forma en que las personas interpretan la información y sus «estilos de pensamiento». Más recientemente, la investigación se ha centrado en cómo ambos aspectos podrían relacionarse con las circunstancias de la vida de las personas y las cosas que les han sucedido. Más o menos en los últimos 15 años hemos descubierto mucho más del papel que pueden jugar los acontecimientos vitales en muchas personas, en particular la pobreza y el trauma. Parece que, como en otros problemas, tales como la ansiedad y la depresión, la principal causa de muchas experiencias psicóticas radica en lo que ha sucedido en la vida de las personas, y cómo esto les ha afectado.

Sección 5: Biología – Nuestro cerebro

Puntos clave

Cada experiencia humana tiene aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Las experiencias como la de escuchar voces o tener creencias inusuales son el resultado de complejas interacciones entre las circunstancias de nuestras vidas, la forma en la que vemos el mundo e interpretamos los acontecimientos, y nuestra constitución biológica.

En cada persona, habrá una combinación diferente de causas: para unas personas, los rasgos constitucionales jugarán un papel importante, mientras que para otras las causas más importantes serán las circunstancias y los acontecimientos de sus vidas.

Hay una interacción constante entre los diferentes aspectos de nuestras experiencias, por lo que no tiene sentido buscar una única causa para una experiencia.

Hasta la fecha no tenemos evidencia sólida de ningún mecanismo biológico específico subyacente a las experiencias psicóticas.

Introducción

Se asume ampliamente que la psicosis tiene una causa biológica. Las empresas farmacéuticas tienen interés en promover la idea de que la esquizofrenia es una enfermedad cerebral: la página web de Eli Lilly afirma que «la esquizofrenia es un trastorno neurológico… y se cree que está causado por un desequilibrio bioquímico en el cerebro». (1) Aunque a menudo se informa de ello, de forma acrítica, en los medios de comunicación, este punto de vista es objeto de acalorados debates. (2)

De forma creciente ha sido cuestionado en los últimos años, y ha quedado claro que nuestras experiencias, nuestra psicología, y nuestra constitución biológica desempeñan un papel, y que se influencian entre si. La combinación precisa de las causas será distinta en cada persona. No hay un profesional que pueda decir con certeza lo que ha llevado a una persona concreta a tener ciertas experiencias. Los factores biológicos pueden tener un papel, y hay casos claros en los que son importantes, por ejemplo, cuando alguien tiene una experiencia psicótica por una enfermedad física o porque ha consumido algún tipo de droga.

Sin embargo, a pesar de toda la investigación realizada, todavía hay poca o ninguna evidencia de que en la mayoría de las personas se pueda considerar que un problema cerebral sea la causa principal de las experiencias psicóticas, o que haya una enfermedad del cerebro llamada esquizofrenia. Muchas vías neurológicas y bioquímicas del cerebro son proclives a estar involucradas en experiencias como la escucha de voces. Sin embargo, este también es el caso de todas las demás experiencias humanas. Por ejemplo, la química de nuestro cerebro es distinta cuando somos felices que cuando estamos tristes. La «causa» puede darse en ambas direcciones: los cambios químicos en el cerebro nos podrían llevar a ver el mundo de manera diferente, pero igualmente las cosas que nos suceden puede causar cambios en el cerebro. La existencia indudable de aspectos biológicos en las experiencias de sufrimiento no nos dice, por sí misma, nada sobre sus causas, ni justifica su categorización como enfermedades del cerebro.

5.1. La genética

La tendencia a escuchar voces o tener creencias inusuales a veces «ocurre en las familias» y, al igual que en otras características y experiencias, la genética sin duda puede desempeñar un papel. Sin embargo, la metodología y los resultados de los estudios relativos a los factores genéticos en la «esquizofrenia» son objeto de mucho debate en las revistas profesionales. (3,4,5,6,7) Es totalmente imposible separar la genética de los factores ambientales como la crianza y las circunstancias de la vida (en otras palabras, separar la «naturaleza» de la «cultura»).

Indagando sobre el posible papel de la genética, la investigación a menudo compara gemelos idénticos y no idénticos, o los parientes biológicos y los adoptivos de personas que han recibido un diagnóstico de esquizofrenia. La investigación actual también utiliza una técnica llamada «*GWAS*» (8) o «*genome-wide association study* – estudio de asociación del genoma completo». Esta técnica se utiliza con mayor frecuencia en el campo de la salud física para buscar de forma más precisa las diferencias genéticas entre las personas con o sin una enfermedad concreta.

Estas técnicas han identificado ciertas características genéticas que parecen ser más frecuentes entre las personas que tienen ciertos diagnósticos de salud mental. (9) Este tipo de investigación a veces se anuncia en los medios de comunicación como un gran avance, (10) y se dice que algún día se podrá «descubrir la base genética de los trastornos mentales». (11) Sin embargo, hay que interpretar tales afirmaciones con cautela. Las similitudes genéticas que identifican los estudios se asocian no con un «trastorno» sino con una gama amplia de características, por ejemplo, la tendencia a ser emotivo o a tener problemas de concentración. Hay que recordar que los genes codifican proteínas, no experiencias. En algunas personas pueden jugar un papel importante, pero sólo de forma parcial (tal vez el 6 por ciento, según un reciente estudio) (12) de la compleja red de factores en interacción que contribuyen a una experiencia particular. Esto es distinto a defender, como a veces se hace, que «la esquizofrenia es un trastorno genético».

Mientras que en el pasado los investigadores buscaron un gen causal, ahora parece que el riesgo genético es mucho menos específico. Puede haber muchas características hereditarias que aumenten la probabilidad de que alguien experimente psicosis si está expuesto a determinadas circunstancias vitales. Un ejemplo podría ser el temperamento sensible. En muchas circunstancias la sensibilidad es de hecho algo bueno, (13) pero al igual que en otros aspectos, siendo todo lo demás igual, las personas que son particularmente sensibles podrían ser más propensas a experimentar psicosis, si experimentan dificultades, abuso o trauma. (14)

Otra área nueva e interesante de investigación es «la epigenética». Se refiere al estudio de cómo partes de nuestros mecanismos genéticos se «activan», «aparecen» o «desaparecen» por las cosas que suceden en nuestra vida. Así, por ejemplo, un gen que sea responsable de la producción de una proteína específica puede activarse más o menos, y producirá más o menos de esa proteína, según distintas condiciones ambientales. El gen sigue allí, pero puede estar más o menos activado en función del entorno.

En resumen: cuando tratamos de entender cualquier experiencia de una persona, la genética podría ser una parte del rompecabezas. Pero dado que los elementos genéticos de este rompecabezas son comunes a muchas experiencias distintas, y también interactúan con factores ambientales, no tiene sentido seleccionarla como «la causa», ni siquiera como la más importante.

5.2. Las teorías neuroquímicas

A menudo se sugiere que la psicosis podría deberse a un desequilibrio, o a alguna diferencia, de la química del cerebro (neurotransmisores). Algunas de las pruebas de este argumento provienen de los efectos de los fármacos y las drogas. En primer lugar, las personas que consumen mucha cantidad de cannabis parecen tener más riesgo de desarrollar psicosis, (15) aunque no siempre es fácil separar los efectos de la droga de las circunstancias previas que pueden llevar a las personas a buscar consuelo en el uso de drogas. En segundo lugar, los fármacos neurolépticos, que pueden «amortiguar» las experiencias, como la de escuchar de voces, también afectan a los neurotransmisores. Otras pruebas provienen de los estudios con neuroimágenes del cerebro, que sugieren que podría haber diferencias en el modo de comportarse de algunas sustancias químicas en los cerebros de algunas personas diagnosticadas de esquizofrenia. (16) Hay más de 100 neurotransmisores en el cerebro, pero hasta la fecha los investigadores se han centrado en tres: la dopamina, la serotonina y el glutamato.

A menudo, la hipótesis de la dopamina – la teoría de que la psicosis puede deberse a diferencias en la forma en que el cerebro produce y gestiona el neurotransmisor dopamina – se presenta como una explicación bioquímica. Este planteamiento ha sido ampliamente investigado en los últimos 30 años, y se han presentado tres tipos de pruebas que lo apoyan. En primer lugar, algunos estudios de imágenes cerebrales que utilizan inyecciones de una sustancia química asociada a la dopamina han sugerido que puede haber diferencias en la forma en que el producto químico se comporta en el cerebro de algunas personas con diagnóstico de esquizofrenia comparadas con las personas sin diagnóstico. (17) En segundo lugar, se cree que muchos de los fármacos neurolépticos («antipsicóticos») afectan a la dopamina. (18) Estos fármacos a veces pueden inducir parkinsonismo – movimientos anormales similares a los observados en la enfermedad de Parkinson. Se sabe que el parkinsonismo se asocia con problemas en los mecanismos de dopamina. En tercer lugar, las drogas como las anfetaminas, que aumentan la producción de dopamina, también pueden producir experiencias similares a las psicóticas.

Algunos de los nuevos neurolépticos afectan a un neurotransmisor distinto – la serotonina. La investigación sobre el posible papel de la serotonina, (19) y otros neurotransmisores como el glutamato, (20) hasta ahora ha sido poco concluyente. (21)

Es importante recordar que la función de todos los neurotransmisores es transmitir información. La dopamina, por ejemplo, participa en la vía asociada a la amenaza social o el miedo. Por tanto, sería sorprendente que, por ejemplo, no estuviera involucrada en la experiencia de la ansiedad paranoide. Todavía no conocemos los detalles de este tipo de mecanismos, pero es al menos plausible sugerir que las diferencias entre las personas en cuanto a las sustancias químicas del cerebro podrían ser, al menos en parte, el resultado de las diferentes experiencias de la vida que han llevado a que ciertas vías estén mas activas. Así que, incluso si se encontrara una relación fiable entre una característica bioquímica y una experiencia particular, por ejemplo, escuchar voces, esto no necesariamente dice algo sobre la causa y el efecto. Puede ser que la experiencia conduzca a cambios bioquímicos y no al contrario. También es posible que algún tercer factor, por ejemplo, el fármaco que la persona está tomando, pueda ser el responsable. Nuestro conocimiento sobre la bioquímica de las experiencias psicóticas (y de hecho de la bioquímica de la mayoría de las otras formas de experiencia humana) es muy limitado, y no estamos en condiciones de hacer declaraciones firmes sobre causas bioquímicas. El complejo rompecabezas de factores implicados en

experiencias como la escucha de voces implica inevitablemente a las sustancias químicas del cerebro, pero es importante recordar que sólo son una parte del rompecabezas en vez de «la causa».

5.3. Estructura y función del cerebro

Las investigaciones también han examinado el posible papel de la estructura y función del cerebro. (22) Por ejemplo, los recientes estudios de imágenes cerebrales han examinado los patrones del flujo sanguíneo y la actividad eléctrica del cerebro. (23)

Algunos estudios han encontrado diferencias estructurales (por ejemplo, el volumen de «materia gris» en ciertas áreas) y funcionales (por ejemplo, mayor o menor número de señales de conexión entre diferentes áreas) en los resultados promedio de un grupo de personas con un diagnóstico de esquizofrenia comparados con un grupo de personas sin diagnóstico. Algunas de estas diferencias, por ejemplo, en el tamaño de las estructuras como el hipocampo y la amígdala, aparecen antes del diagnóstico formal. (24)

Sin embargo, estos resultados deben ser interpretados con precaución por varias razones:

- Hay siempre un gran solapamiento entre los grupos – no es posible ver los resultados de una persona y decir con confianza si ha experimentado una psicosis o no.
- La mayoría de los estudios comparan grupos de personas con un diagnóstico de esquizofrenia y sin diagnóstico. Si, como ya se sugirió antes, el «diagnóstico» en si mismo es problemático en este campo, entonces se podría decir que poco se puede deducir comparando esos dos grupos. Como explicamos antes, las personas que acaban de recibir un diagnóstico, que usan los servicios durante un tiempo significativo, y que se incluyen dentro de los estudios de investigación, son a menudo aquellas que tienen dificultades o necesidades en una serie de áreas. No son representativos de todos los que tienen experiencias psicóticas, como la de escuchar voces.
- En la mayoría de los estudios con personas que tienen una historia de «psicosis» también han tomado una medicación potente durante muchos años. Los datos recientes sugieren que esto puede causar cambios en la estructura del cerebro, por ejemplo, una reducción de su tamaño global. (25)
- Por último, es importante recordar que las experiencias vitales, el sufrimiento, y el trauma pueden, por sí mismos, dejar huellas físicas en el cerebro, así como a la inversa. Un claro ejemplo de esto es la constatación de los cambios físicos que pueden verse en un área cerebral llamada hipocampo, (26) como es el caso de los taxistas de Londres, que adquieren su «conocimiento» construyendo su propio mapa mental de las calles de la capital. Investigaciones recientes han sugerido que la razón de las diferencias en los cerebros de las personas que experimentan «psicosis» con frecuencia podrían a menudo deberse a sucesos vitales traumáticos tempranos, en vez de diferencias con las que hubieran nacido. (27,28) Por ejemplo, la «*Teoría de la derrota social de la esquizofrenia»* (29) sugiere que las experiencias repetidas de estar en desventaja y en exclusión social pueden conllevar la sensibilización de las vías cerebrales de la dopamina. (30)

Una lista completa de todos los factores que han sido identificados como posible causa de la psicosis cubriría todos los aspectos del funcionamiento biológico. Sin embargo, no hay pruebas concluyentes de que las alteraciones biológicas sean la causa principal de este o cualquier otro

problema de salud mental. Como declaró el presidente del grupo de trabajo que produjo el DSM-5 (31) (un manual de diagnóstico ampliamente utilizado): «En el futuro, esperamos poder identificar los trastornos usando marcadores biológicos y genéticos... durante varias décadas, hemos dicho a los pacientes que estamos a la espera de los biomarcadores [un indicador medible y característico de una enfermedad en particular]. Todavía seguimos esperando». (32)

5.4. Conclusiones

En algunos de nosotros, los aspectos de nuestra constitución biológica parecen contribuir a la probabilidad de que tengamos experiencias como la de escuchar voces. Sin embargo, esto no implica necesariamente que debamos pensar en la psicosis como una enfermedad biológica. A pesar de décadas de investigación, no se ha identificado ningún mecanismo biológico específico como causa principal de las experiencias psicóticas. Es probable que los aspectos relevantes de la constitución biológica de una persona sean más generales, por ejemplo, un temperamento vulnerable. Aún cuando los factores biológicos puedan ser muy importantes en algunas personas, en otras pueden jugar poco o ningún papel: por ejemplo, podría ser que todos podríamos tener experiencias psicóticas si hubiéramos estado bajo ciertos tipos de estrés. Al igual que en otras experiencias humanas complejas hay múltiples «causas»: nuestra constitución biológica interactúa constantemente con nuestras características personales y con nuestro medio ambiente. La complejidad de las razones en la experiencia de una persona puede tener poco en común con las causas en otra persona.

Sin embargo, la amplia aceptación de la idea de que los diagnósticos, como la esquizofrenia, se refieren a enfermedades biológicas ha llevado a una situación en la que las personas a menudo asumen que las experiencias, como la de oír voces, siempre surgen de un problema cerebral. Como resultado de ello los profesionales, con frecuencia no intentan comprender las experiencias en el contexto de la vida de la persona, ni priorizan hablar con la persona sobre sus experiencias. La idea de la «enfermedad cerebral» también ha contribuido a crear un clima en el que el principal o el único tratamiento tiende a ser el farmacológico. Esto, a su vez, ha significado que otros enfoques, como las psicoterapias, a menudo, no han estado disponibles. También ha alejado los recursos de las circunstancias vitales de las personas, no sólo de la forma en que se intenta ayudar a las personas que sufren, sino también de la investigación y de los esfuerzos en la prevención. (33,34)

Sección 6: Las experiencias de la vida y cómo nos afectan

Puntos clave

Cada vez resulta más claro el papel que pueden desempeñar las experiencias vitales. La psicosis a menudo puede ser una respuesta a las cosas que suceden en nuestras vidas, en particular a los sucesos traumáticos o muy estresantes.

Las personas en situación de pobreza o que viven en sociedades con desigualdad son más propensas que otras a desarrollar problemas de salud mental. La psicosis no es una excepción.

Introducción

En los últimos años ha quedado claro que a veces la psicosis puede ser una respuesta a las cosas que ocurren en nuestras vidas, en particular a los acontecimientos traumáticos. En otras palabras: «Suceden cosas malas y pueden llevarte a la locura». (1)

6.1. Acontecimientos vitales y trauma

A todos nos ocurren muchos sucesos estresantes en nuestras vidas – divorcio, rechazo, desempleo, decepciones amargas, pérdidas, y diversos tipos de fracaso. Incluso los acontecimientos positivos – ganar la lotería, por ejemplo – pueden resultar estresantes. Algunos tienen que lidiar más que otros con algún tipo de pobreza, acoso, problemas familiares, soledad, abuso o trauma. Se han acumulado muchas pruebas que sugieren que, al igual que en otros problemas de salud mental, la psicosis puede ser una reacción a este tipo de sucesos estresantes y a circunstancias de la vida, en concreto al abuso u otros tipos de trauma. (2,3) Por ejemplo, las voces pueden relacionarse con traumas previos que han dejado sentimientos y recuerdos difíciles, que requieren ser explorados y resueltos. Una revisión encontró que entre la mitad y las tres cuartas partes de los pacientes psiquiátricos padecieron abusos físicos o sexuales siendo niños. (4) Experimentar múltiples traumas en la infancia parece conllevar aproximadamente el mismo riesgo de desarrollar psicosis que el hecho de fumar para tener cáncer de pulmón. (5)

A menudo, el contenido de las experiencias de las personas está asociado a la naturaleza del trauma. Por ejemplo, un superviviente de abuso infantil que batalla con sentimientos negativos sobre sí mismo podría escuchar la voz del que fue su abusador que le dice que no vale nada, y esto podría reforzar aún más su baja autoestima. Los supervivientes del trauma a menudo se encuentran afectados por *flashbacks* e imágenes intrusivas, o se pueden «disociar» – dejar mentalmente la situación, desconectarse o «quedarse en blanco». Cada vez resulta más claro que hay mucha más coincidencia de lo que previamente se pensaba entre estas experiencias y las consideradas como psicosis. (6) Ésta relación es actualmente el foco de una gran cantidad de investigación, (7, 8, 9) y un editorial en el *British Journal of Psychiatry* (Revista Británica de Psiquiatría) ha sugerido que «las implicaciones de que al final tengamos que tomarnos en serio el papel causal de las adversidades en la infancia son profundas». (10) Algunos psicólogos están llegando a la conclusión de que a menudo la psicosis es nada más y nada menos que una reacción natural a los sucesos traumáticos.

Por ejemplo, un estudio reciente sugiere que «hay una creciente evidencia de que las experiencias que informan los usuarios de los servicios…son, en muchos casos, una reacción natural ante los abusos a los que fueron sometidos. Se encuentra tanto el abuso como los efectos del abuso. No hay "psicosis" adicional que necesite explicación». (11)

Acontecimientos vitales

Después de haber sido casi asesinada a los 16 años por mi ex-novio tuve un TOC. También he desarrollado paranoia acerca de que alguien quiere matarme. Si por lo que sea tengo un conflicto con alguien me preocupa que me pueda matar o que venga alguien y me mate. Me despierto preocupada de que haya alguien en mi dormitorio. Creo que debo estar lista para protegerme por si alguien viene a por mí. No creo que tuviera esto si no hubiera vivido una experiencia traumática en la mitad de mi vida.

Josephine (12).

Creía que era malo porque las voces me llamaban con todo tipo de nombres. Más tarde me di cuenta de que las voces se relacionaban con el abuso físico, ya que tienen las características de quienes abusaron de mí. Entonces me di cuenta de que las voces se hacían más o menos intrusivas dependiendo de la situación en la que me encontrara. Se volvían peores cuando había conflictos en casa. Así que eran una especie de espejo de la situación de mi vida.

Daan Marsman (13)

Después de haber tenido una infancia con abusos – físicos, verbales, mentales y sexuales – sufro de depresión severa desde hace más de 10 años. Recientemente, a raíz de la ruptura de mi matrimonio, he empezado a tener pensamientos paranoides. Continuamente siento que me persiguen cuando conduzco el coche. He tomado rutas alternativas para escapar de mis perseguidores y en una ocasión realmente creí que mis padres, que abusaron de mi, me seguían. En otras ocasiones, son los Servicios Sociales. Tengo estos pensamientos constantemente y en esos momentos no puedo razonar, me pongo ansiosa, me asusto y tengo pánico. Sólo después puedo calmarme y sopesarlos. También he tenido pensamientos paranoides sobre gente que entra en mi jardín, reorganiza las macetas, etc., y en mi casa, donde he pensado que alguien ha entrado y ha movido algo. Cuando esto ocurre me vuelvo totalmente loca e incluso me he golpeado a mí misma para conseguir que desaparezcan los pensamientos. A veces siento que estoy perdiendo la cabeza por completo. Ahora mi médico me ha dado Olanzapina y resultan un poco más fáciles de manejar, pero todavía me asustan y me hacen sentir confundida y violada.

Janice (13)

6.2. Relaciones

Como dijimos antes, ningún profesional se encuentra en condiciones de afirmar con certeza cuál es la causa de que una persona concreta experimente una psicosis en un momento determinado de su vida. Esto resulta particularmente importante en el marco de las relaciones familiares. En el pasado, a veces los familiares se sintieron acusados. Y como ya hemos dicho antes, nadie sabe a ciencia cierta las razones por las que ha podido surgir un problema particular, y es muy importante que los profesionales no culpabilicen a las familias. Sin embargo, también es importante reconocer que las relaciones difíciles en la infancia y la adolescencia, que pueden darse por todo tipo de razones, pueden ser un factor importante que impacta en algunas personas. En algunos casos pueden resultar muy significativas. (15) La investigación confirma también que los amigos y los familiares de las personas pueden ser muy importantes para ayudar a la recuperación de sus seres queridos, como se describirá en la Parte 3. Las personas cuyo ambiente familiar proporciona apoyo, calma, y tolerancia tienden a mejorar. (16)

Relaciones

Para mejorar mi salud tuve que disminuir el estrés tanto como fue posible. Alejarme de las personas estresantes, esto significó que tuve que ponerme firme con mi padre respecto a cuanto podría verle.

Dolly Sen (17)

Tenemos mayor tendencia a experimentar sufrimiento cuando nuestras experiencias son más invalidantes y si estamos más aislados de los demás. De igual modo, cuanto más lejos estemos de tener relaciones cercanas y de apoyo, mayor aislamiento e invalidación generará el sufrimiento. Las personas carentes de influencias reparadoras, como el amor y el apoyo de familiares y amigos; los ambientes confortables y seguros; y la confianza, el apoyo y la solidaridad de otros, serán cada vez más proclives a experimentar un sufrimiento que pueda ser diagnosticable. En otras palabras, los efectos del trauma, la desigualdad social y los acontecimientos vitales interactúan de forma circunstancial con los efectos menos visibles y cuantificables de la paternidad, la amistad, el cariño y el cuidado. Esta es una razón por la que «el mismo» acontecimiento provoca malestar en algunos, pero no en otros.

Midlands Psdychology Group (18).

6.3. Desigualdad, pobreza y desventaja social.

A todos nos toca gestionar muchos sucesos estresantes en nuestras vidas. Los ciclos normales e inevitables de la infancia, la adolescencia, conseguir o no conseguir titulaciones y capacitaciones, el trabajo, las relaciones y romper relaciones, la enfermedad, y la muerte nos afectan a todos. Estos grandes acontecimientos de la vida habitualmente son estresantes. Además, el estrés que perdura puede afectarnos – el exceso de trabajo, la vivienda inadecuada, las dificultades financieras, los problemas de relación y así sucesivamente. Y todas estas presiones empeoran si eres pobre.

El estrés y la pobreza impactan de forma relevante en la salud mental, llevando a los investigadores líderes de salud pública a atribuir a los «determinantes sociales» los problemas de salud mental. En palabras de una revisión de la Organización Mundial de la Salud: «Ningún grupo es inmune a los trastornos mentales, pero el riesgo es mayor entre los pobres, las personas sin hogar, los desempleados, las personas con bajo nivel educativo...». Una investigación reciente en Londres (19) sugiere que dos de los tres principales factores de riesgo para el desarrollo de la psicosis angustiosa eran la pobreza y la experiencia de vivir en ambientes urbanos con mayor densidad. Los investigadores sugieren que «el entorno urbano puede modificar la función cerebral en la edad adulta como respuesta al estrés». Curiosamente, el tercer factor de riesgo era la desigualdad – a las personas pobres que vivían en barrios donde también residían personas más ricas, tendía a irles peor que a quienes vivían en barrios donde la mayoría de la gente tenía ingresos similares. Este hallazgo es similar a los obtenidos por los investigadores Richard Wilkinson y Kate Pickett, cuyo libro «*The Spirit Leve»* (El Nivel Espiritual), (20) presenta pruebas de que las tasas de problemas de salud mental son más altas en los países con desigualdad – que tienen las mayores diferencias de ingresos entre ricos y pobres, como el Reino Unido – que en los países más equitativos, por ejemplo, Noruega.

La población inmigrante, en particular las personas de origen africano y afrocaribeño que viven en el Reino Unido, es mucho más propensa que los británicos blancos a tener un diagnóstico de esquizofrenia, (21) incluso a pesar de que las tasas en sus países de origen son generalmente similares a las del Reino Unido. Al menos una parte de la razón de esto, es probable que se deba a que a menudo experimentan desventaja social y miseria. Este es un tema complejo: las personas de estos grupos tienen más posibilidades que otras de experimentar sufrimiento, pero aunque sus experiencias presentes o los «síntomas» sean similares, tienen mayor tendencia que otras a recibir un diagnóstico de esquizofrenia. (22)

Sección 7: La forma en que damos sentido al mundo: la psicología de la «psicosis»

Puntos clave

Nuestras experiencias pasadas afectan a la forma en que experimentamos e interpretamos las cosas que nos suceden en el presente. Cómo damos sentido a los acontecimientos es crucial para determinar cómo nos afectan.

El comprender cómo las personas dan sentido a sus experiencias es importante para ayudarles a encontrar formas de reducir el estrés asociado a ellas.

El modo de entender las experiencias, como la paranoia o la escucha de voces, que tienen los psicólogos ha cambiado radicalmente en los últimos 20 años, del mismo modo que la comprensión sobre cómo pueden resultar tan angustiosas. Nos hemos dado cuenta de la importancia, no solo de los acontecimientos vitales, sino también de las formas en que las personas dan sentido a esos sucesos y a las experiencias, como las de escuchar voces.

7.1. El vínculo psicológico entre los acontecimientos vitales y la psicosis

A menudo el vínculo entre los acontecimientos vitales y la psicosis parece estar en lo que a los psicólogos les gusta llamar «procesos psicológicos» – la forma en que experimentamos, interpretamos y reaccionamos ante el mundo y ante las demás personas.

Aunque no haya una relación obvia directa, los sucesos angustiosos o traumáticos en la infancia de la persona pueden afectar a cómo la persona experimentará e interpretará las cosas en el futuro. (1) Un ejemplo lo encontramos en las personas que crecen en un ambiente escolar donde son acosados constantemente. Esas personas pueden desarrollar creencias de que no valen nada, de que otras personas pueden dañarles, o de que el mundo es un lugar cruel e insensible. Otras experiencias que pueden conducir a la psicosis son la amenaza o el abuso, especialmente el de los cuidadores, o los sucesos que producen emociones abrumadoras. Naturalmente, este tipo de acontecimientos impactan en el modo en que después se experimentan las cosas y en cómo se percibe el mundo. Todos interpretamos y reaccionamos ante los nuevos acontecimientos y desafíos a la luz de las experiencias previas. Así, las personas que han sufrido un trauma en el pasado, a veces pueden sentirse abrumadas o mentalmente «bloqueadas» cuando sucede algo que les hace sentir miedo. Las personas que han sido víctimas pueden desarrollar un estilo cauteloso y vigilante – incluso paranoide – al relacionarse con el mundo. De hecho, esto puede ser en parte la razón por la que los «delirios» son más frecuentes entre las personas en situación de pobreza, los inmigrantes, o los grupos marginados. (2) Determinadas circunstancias de la vida parecen asociarse con determinadas experiencias psicóticas. Por ejemplo, el profesor Richard Bentall y sus colegas han encontrado pruebas de que el abuso sexual infantil es más probable que conduzca a la escucha de voces que los demás tipos de abuso, mientras que aquellos que estuvieron institucionalizados son algo más propensos que otros a experimentar paranoia. (3)

7.2. La escucha de voces, el habla interna y los recuerdos

La mayoría de nosotros, en ocasiones, podemos tener dificultades para distinguir lo que es «real» o externo de aquello que es imaginado o «interno» («¿Has dicho algo?», «¿Ha sonado el timbre de la puerta?»). Esto tiende a ocurrir más a menudo cuando estamos cansados, estresados o nos sentimos mal. La mayoría experimentamos también una «voz interior» cuando pensamos con palabras, por ejemplo, cuando estamos decidiendo qué hacer, cuando nos esforzamos en resolver un problema o cuando leemos. La prueba de que en algunas personas oír voces se vincula a su «habla interna» es suministrada por experimentos que exploran el cerebro, y muestran que frecuentemente las áreas del habla en el cerebro se activan cuando las personas oyen voces. (4)

Otros experimentos psicológicos muestran que algunas personas que escuchan voces pueden tener dificultad para distinguir entre sus pensamientos y las palabras dirigidas a ellos. (5) Esta dificultad para diferenciar el habla interna de la externa podría ser en parte la razón por la que algunas personas escuchan voces con más frecuencia que otras. Las voces también suelen asociarse a los recuerdos. Por ejemplo, uno podría escuchar la voz de quien en el pasado abusó de él o fue crítico, de hecho, a veces las voces pueden asumir identidades similares a las de personas reales del pasado de la persona. Algunas personas describen sus voces más parecidas a personas o seres que a experiencias sensoriales. (6) A veces las voces expresan sentimientos e ideas, sin que sean de forma clara recuerdos, sino que más bien son la expresión de un aspecto de la vida emocional de la persona. Con el paso del tiempo, sobre todo si pudieron hablar de las experiencias en la terapia y tal vez procesar algunos recuerdos traumáticos, a veces las personas describen un cambio, de percibirlas como externas a ellas, a verlas como sus propios pensamientos o recuerdos.

Los vínculos entres los acontecimientos vitales y las voces

En última instancia, lo que me hubiera gustado aprender es que cada voz estaba estrechamente asociada a aspectos de mí misma, y que cada una de ellas tenía emociones abrumadoras que no tuve la oportunidad de procesar y resolver – recuerdos del trauma y abuso sexual, de vergüenza, ira, pérdida, y baja autoestima. Las voces recogieron el espacio de ese dolor y le dieron palabras. Y, posiblemente, una de las mayores revelaciones fue darme cuenta de que las voces más hostiles y agresivas, realmente representaban mis partes que habían sido heridas más profundamente – y como tal, eran estas voces las que más necesitaban ser tratadas con cuidado y compasión.

Eleanor Longden: presentación en TED 2013, California (7).

7.3. ¿Cómo desarrollamos creencias y llegamos a conclusiones?

Como humanos estamos constantemente dando sentido a nuestro mundo. A veces las conclusiones a las que llegamos son aterradoras, y a veces, estamos equivocados. A veces, vemos u oímos cosas que no están ahí. A veces, nuestros juicios se ven afectados por nuestras experiencias pasadas – si hemos sobrevivido al acoso, el abuso o al racismo, por ejemplo, podría resultar difícil confiar en las personas y puede ser comprensible el volverse algo paranoico. A veces – por ejemplo, cuando hemos bebido alcohol o tomado drogas, o incluso sin haberlo hecho – la forma en que funciona nuestro cerebro puede afectar nuestro juicio. Pero en cada caso, estamos de forma activa dando sentido a nuestro mundo. Investigaciones recientes sobre las experiencias «psicóticas» han hallado que a menudo esta actividad de dar sentido o interpretar los acontecimientos («factores cognitivos» en el lenguaje técnico) puede jugar un papel importante.

Las creencias inusuales («delirios») son muy similares a otras creencias o prejuicios. Muchas creencias «normales» incluyen una resistencia al cambio y un sesgo ante las pruebas que lleva a confirmar las presunciones iniciales. (8) Un ejemplo puede ser el del aficionado al fútbol que ve en la victoria la confirmación de que su equipo es el mejor, a pesar de una larga racha de partidos perdidos. Seguro que a todos nos viene a la cabeza el caso de amigos o familiares que mantienen algún tipo de creencia peculiar a pesar – tal como lo podemos comprobar – de todo tipo de pruebas en contra.

Hay un intenso debate sobre lo que podría llevar a alguien a desarrollar una creencia «delirante» particular, y de hecho, el proceso parece ser distinto en personas distintas. En algunas personas las creencias se asocian estrechamente a las cosas que les han sucedido en sus vidas. (9) En otras personas pueden proteger su autoestima. (10)

En otras se relacionan a un estilo de pensamiento particular, como la tendencia a llegar a conclusiones rápidamente. (11, 12, 13) En otras, se pueden asociar a dificultades en las situaciones sociales, (14, 15) o a estar particularmente alerta a los pensamientos o las cosas que suceden a su alrededor. (16) A menudo, la razón será una combinación de estas y otras cuestiones.

7.4 La relación entre las emociones y la psicosis

Como vimos antes, las experiencias, como las de escuchar voces, a menudo están ligadas a nuestras emociones y a veces pueden tener su origen en experiencias que provocaron una emoción abrumadora. La forma en que damos sentido a las cosas y llegamos a conclusiones también resulta afectada por nuestras emociones.

Cuando nos encontramos estresados, ansiosos, deprimidos o sobrepasados, el modo de pensar sobre el mundo y sobre nosotros mismos cambia. Llegamos a ser más conscientes de nosotros mismos, más autocríticos y más conscientes de los riesgos y peligros. Si sospechamos que las personas intentan dañarnos, o tememos que las voces que oímos puedan hacer cosas malas, es probable que nos resulte más fácil creerlo si nos encontramos bajo un estado emocional negativo. Y, por supuesto, estas relaciones funcionan a la inversa también. Si escuchas voces que amenazan con hacer cosas malas, es muy probable que estés ansioso, suspicaz y quizá deprimido. Esta estrecha relación con las emociones significa que aquello que nos ayude con los problemas emocionales (por ejemplo, estrategias de afrontar el estrés, o quizás la terapia psicológica centrada

en el manejo de la ansiedad o la depresión) también podría ayudar en la psicosis. (17) Del mismo modo, si alguien está experimentando una crisis y sus experiencias son abrumadoras, cualquier cosa que pueda ayudarle a sentirse más calmado (por ejemplo, la amabilidad, las palabras tranquilizadoras, una buena comida o un lugar tranquilo donde quedarse) será muy útil para ayudar a romper el círculo vicioso entre experiencias y emociones que se puede estar dando. A menudo, la mejor manera de reducir la probabilidad de futuras crisis psicóticas es encontrar formas de reducir el estrés en nuestras vidas.

Los estados emocionales y las psicosis.

Una cosa que puedes oír a menudo es que la ansiedad activa los pensamientos suspicaces. Nunca he sido bueno para reconocer mi propia ansiedad. Un nivel de ansiedad algo elevado es bastante normal en mí. Tan normal que no suelo hacer nada al respecto, pero ahora reconozco que es un caldo de cultivo de amenazas posibles en cualquier situación, y que así pueden surgir los pensamientos suspicaces y las ideas referenciales.

Me encuentro con personas que tienen un gran potencial como fuente de amenaza y soy propenso a tener pensamientos suspicaces sobre los demás. Así que ahora lo que hago es intentar dirigirme al nivel de ansiedad que siento en estas situaciones.

Adam (18).

Las ideas eran muy activadoras y he invertido en ellas más de lo que he recibido de ellas. Empecé a entrar más y más en mi propio mundo y la intensa activación significaba que me resultaría más y más difícil conciliar el sueño. Creo que el no dormir juega un papel clave y de algún modo llegué a soñar mientras estaba despierto. Si te das cuenta, en tus sueños siempre eres la figura central. Pase lo que pase a tu alrededor se relaciona contigo y mi vida se convirtió en algo similar. Las señales de la calle se convirtieron en mensajes personales para mí. Una persona rascándose la cabeza tenía un significado especial que tenía que descifrar. Los artículos de prensa tenían significados especiales. Todo giraba alrededor de mí, como en un sueño...

Mi psicosis me permitió moverme emocionalmente. En los seis o siete años previos a tener un episodio psicótico, estaba en una especie de lucha, estaba bloqueado. La psicosis me permitió salir de mí mismo y seguir adelante. Estuve muy cerca de convertirme en un paciente crónico de salud mental, lo creo firmemente... quiero ayudar a crear mejores servicios de salud mental que puedan dar más ayuda, quiero cambiar la forma en que pensamos sobre la experiencia humana.

Rufus May (19).

7.5 ¿Cómo pueden llevar las experiencias psicóticas al sufrimiento y a la discapacidad?

Las secciones anteriores han puesto de manifiesto que las cosas que nos suceden, junto a la forma en que les damos sentido, pueden afectar a la probabilidad de tener experiencias «psicóticas». Como dijimos antes, no todo el mundo encuentra sus experiencias angustiosas – para algunas personas incluso pueden resultar beneficiosas. Por tanto, la pregunta es: ¿por qué algunas personas encuentran sus experiencias angustiosas y otras no? Entender esto, obviamente, tiene el potencial de darnos información sobre el modo de tratar de ayudar a las personas que sufren.

7.5.1 ¿Cómo damos sentido a nuestras experiencias?

Aunque los psicólogos están en desacuerdo en algunos detalles, (20,21) existe un consenso general en que resulta clave la forma en que las personas dan sentido a sus experiencias. Si las personas tienen dificultades para dar sentido a lo que ha sucedido, o están muy asustadas, entonces es probable que ello les impacte más. A veces las personas tratan de encarar sus experiencias de formas, que, siendo muy comprensibles, pueden empeorar las cosas, por ejemplo, mediante el uso de drogas o alcohol, o aislándose de amigos y familiares. Investigaciones recientes han confirmado que la forma en que las personas dan sentido y reaccionan ante sus experiencias puede ser muy importante para determinar lo dolorosas e incapacitantes que pueden llegar a ser. (22,23). (Por supuesto, la forma en que interpretamos y reaccionamos ante nuestras experiencias está en sí misma influenciada por las cosas que nos sucedieron en el pasado, sobre todo en los años en que nos estamos formando.)

Poniendo un ejemplo: si alguien está privado de sueño o se siente ansioso, y luego escucha a alguien caminando en la calle tras él, podría temer que la persona le esté siguiendo o planeando hacerle daño. Este pensamiento puede, a su vez, hacerle sentirse más ansioso y más propenso a fijarse y a preocuparse por otras cosas, por ejemplo, en las otras personas en la calle. Si esto continúa durante un rato, puede terminar con un estado de gran ansiedad y empezar a preocuparse de que algo más esté sucediendo – por ejemplo, un complot para hacerle daño. Dependiendo de lo que personalmente le asuste más, y de sus experiencias de vida, el contexto y la cultura, puede sospechar de la participación de los vecinos, la CIA, los espíritus o tal vez los extraterrestres.

También puede escuchar voces que le critican o que amenazan con hacerle daño. Puede entonces llegar a estar más preocupado o paranoico, y en ese estado, puede interpretar los acontecimientos ambiguos, más fácilmente aún, como una señal de que alguien está intentado hacerle daño. Su temor puede llevarle a cambiar la forma en que se comporta, por ejemplo, dejando de salir. Este aislamiento hace que sea menos probable que le descubran, que no le puedan herir. Como ya explicamos antes, un psicólogo podría trabajar junto a la persona para desarrollar una «formulación» sobre lo que está pasando y por lo tanto, sobre aquello que podría ayudarle. El cuadro de texto muestra un ejemplo de cómo esto funciona en una persona.

Cómo alguien consiguió llegar a una comprensión diferente de sus experiencias que resultaba menos preocupante y le permitió seguir adelante con su vida

Este ejemplo está recogido de un documento elaborado por el profesor Tony Morrison y sus colegas. (24)

Un hombre de 22 años de edad, (al que llamaremos Dan) recibió un diagnóstico de esquizofrenia. Los clínicos lo describieron con: «ideas persecutorias, difusión de pensamiento (creer que otras personas pueden escuchar sus pensamientos), y el delirio de que podía leer las mentes de los demás». Estas experiencias se iniciaron tras un largo período de un intenso uso de drogas y alcohol hace tres años. Estimó al 100 por cien la probabilidad de que sus creencias fueran ciertas.

Tenía un bulto en el cuello, temía que fuera un dispositivo que pudiera transmitir sus pensamientos a los demás, y que se usara para reunir pruebas sobre él. A menudo comprobaba y pinchaba el bulto en busca de algo peligroso, y trataba de reasegurarse con familiares y amigos. Dejó de salir para mantenerse a salvo, e intentó controlar sus pensamientos por si se transmitían.

El profesor Morrison y sus colegas señalaron que si Dan hubiera tenido preocupaciones algo distintas sobre el bulto, habría tenido más posibilidades de recibir un diagnóstico diferente, y no habría sido considerado psicótico. Por ejemplo, si hubiese estado preocupado por la posibilidad de que fuera un cáncer, y no se hubiera tranquilizado con las pruebas, podría haber tenido un diagnóstico de ansiedad asociada a la salud (antes denominado hipocondría). El profesor Morrison y sus colegas sugieren que las personas llegan a ser consideradas psicóticas si sus creencias y temores son inusuales o inaceptables dentro de su cultura.

Dan también creía que podía transmitir sus pensamientos a voluntad y que por esto conseguiría que las personas obedecieran sus deseos. Pensaba que podía oír el pensamiento de las personas – por lo general amigos o familiares – pensando cosas malas sobre él, incluyendo «voy a matarte». Estos temores empeoraban cuando estaba estresado y le hacían sentirse enfadado, ansioso, deprimido y experimentar cambios físicos, como sofocos y palpitaciones. Por esta razón, trataba de suprimir estos pensamientos.

En colaboración con su psicólogo clínico, Dan trabajó sobre lo que creía que estaba ocurriendo. Descubrió que estaba atrapado en varios círculos viciosos que mantenían el problema. Las experiencias vitales previas le habían llevado a ver el mundo de una manera particular. Por ejemplo, ser acosado le había llevado a sentirse mal consigo mismo y también a que le resultara difícil confiar en los otros. Esto afectaba al modo en que interpretaba las situaciones ambiguas. Por ejemplo, cuando se encontró el bulto fue más rápido que otros en llegar a la conclusión de que se debía a que otros intentaban hacerle daño. La forma en que reaccionó a estas creencias – por ejemplo, aislándose y evitando a otros – le impidió descubrir que no eran ciertas.

Juntos, Dan y su psicólogo clínico, desarrollaron una «formulación» que escribieron en forma de diagrama. Esto le mostró cómo sus experiencias le llevaron a interpretar los acontecimientos y a comportarse de cierta forma, usaron flechas para representar los círculos viciosos que parecían estar atrapándolo. Era algo así (página siguiente):

Cómo Dan llegó a entender sus problemas

Una formulación para identificar los círculos viciosos

(Las flechas representan lo que lleva a que):

Acontecimientos: ¿Qué sucede?

- Me doy cuenta del bulto
- Tengo pensamientos que no quiero tener
- Me hago más consciente de los de mi

Pensamientos: ¿Cómo interpreto los acontecimientos?

- Mis pensamientos están siendo difundidos
- Las personas me pueden atacar

Las creencias: sobre mí mismo, mis pensamientos, los otros y el mundo

- Soy vulnerable
- Soy una mala persona
- Los demás son peligrosos
- El mundo no es un lugar seguro
- Tengo que estar alerta por si los demás intentan hacerme daño

Las experiencias de mi vida

- Acoso en el colegio
- Agresiones físicas
- Participación en actividades delictivas

Respuestas: ¿Qué hago cuando esto sucede?

- Hacer las cosas que me hacen sentir seguro a corto plazo, pero que me impiden comprobar las cosas
- Evitar a la gente
- Intentar controlar mis pensamientos, conductas de evitación, pensar en estrategias de control, uso de drogas, reasegurar y comprobar, hiper-alerta a la amenaza

Sentimientos: ¿Cómo me siento?

- Ansioso
- Estresado
- Enfadado
- Emocionalmente activado
- Tenso

Dan y su psicólogo usaron esta formulación para averiguar lo que podría ayudarle. El psicólogo le explicó que los pensamientos intrusivos son bastante comunes. Dan empezó a tratar de observar los pensamientos tal como ocurrían y, con la ayuda del psicólogo, elaboró formas para evaluarlos. Por ejemplo, se dieron cuenta de que la creencia de que podía conseguir que la gente hiciera cosas mediante la difusión de sus pensamientos se basaba sobre todo en que las personas hacían las cosas que eran más probables de hacer, como decir adiós moviendo la mano o darse la vuelta. Con el apoyo del psicólogo decidió experimentar tratando de conseguir que las personas hicieran cosas que fueran menos probables. Encontró que, tal como predijo, rara vez lo hacían. Junto al psicólogo, Dan examinó las pruebas a favor y en contra de la creencia de que podía leer los pensamientos de la mente de otras personas. Lo hizo observando de cerca cómo se comportaban las personas, y llegó a la conclusión de que tal vez su idea de que los demás pensaban cosas malas de él era en alguna medida un reflejo de sus propios sentimientos de ser inadecuado y débil. Pudo explorar y cuestionar las creencias negativas sobre sí mismo, y, finalmente, llegó a sentirse mejor consigo mismo. También se dio cuenta de que al tratar de suprimir sus pensamientos paradójicamente se hacían más intrusivos. Algo que le ayudó a resolver esto fue cuando el psicólogo le sugirió un «experimento mental»: tratar de NO pensar en una jirafa. Por supuesto a pesar de que rara vez pensaba en jirafas, en ese momento fue difícil no hacerlo. Se fijó metas y actividades para asegurarse de que era capaz de salir más y de volver a estar con sus amigos. Finalmente, llegó el momento en que se sentía mucho mejor y fue capaz de volver a la universidad.

7.5.2 Aspectos positivos de la psicosis

Los hombres me han llamado loca; pero todavía no se ha resuelto la cuestión de si la locura es o no la forma más elevada de la inteligencia, si mucho de lo glorioso, si todo lo profundo, no surge de una enfermedad del pensamiento, de los estados de ánimo de la mente... Los que sueñan de día conocen muchas cosas que escapan a los que sueñan sólo de noche.

De "Eleonora" de Edgar Allan Poe (1850) (25).

Muchas personas que han experimentado psicosis sienten que tiene aspectos positivos y negativos. (26,27,28,29) Por ejemplo, puede tener un vínculo con la creatividad (30) y la posible naturaleza de esta relación ha sido recientemente explorada en estudios con neuroimágenes. (31)

A veces, la «psicosis» parece implicar la formación de conexiones idiosincrásicas entre sucesos, que otros no ven relacionados. En si mismo esto no es ni bueno ni malo. A veces hacer conexiones inusuales entre las cosas es valioso y, en ese caso, podría verse como original, pensamiento lateral, o creatividad. De hecho, las personas que puntúan alto en las mediciones de «esquizotipia» (o «propensión a la psicosis») también puntúan alto en las medidas de creatividad. (32) Algunas personas famosas por su creatividad también parecen haber tenido lo que podría llamarse experiencias psicóticas. Los ejemplos pueden incluir a Vincent van Gogh, Stephen Fry, Juana de Arco, Winston Churchill, y Gandhi. La asociación de apoyo mutuo «*The Icarus Proyect*» considera tanto las experiencias psicóticas como las bipolares como un «regalo peligroso» y su objetivo es

ayudar a sus miembros a «navegar por el espacio entre la brillantez y la locura». (33)

También aumenta el interés por la idea de que las crisis de salud mental, aunque dolorosas, a veces pueden llevar a cambios positivos a largo plazo – se ha llamado «crecimiento postraumático». Algunas personas las ven como crisis espirituales (34, 35, 36) con el potencial de conducirles a un crecimiento espiritual. Esto se discutirá en la siguiente sección. Algunas personas también sienten que sus experiencias han tenido un papel en el procesamiento y sanación del trauma. (37, 38, 39)

Los aspectos positivos en las experiencias «psicóticas» y «bipolares»

Mi trastorno maníaco depresivo es responsable de gran parte de la energía positiva y la creatividad de mi vida. Estoy dotada con un montón de energía una gran parte del tiempo – más que la mayoría de la gente. Me encanta trabajar duro. Mis pensamientos funcionan como cristal líquido. Puedo ver lo que quieren decir las cosas con rapidez y claridad. Las ideas – en general buenas ideas – vienen a mí con poco o ningún esfuerzo. Sé que mi energía excesiva puede resultar irritante para los demás, pero mi cerebro hace las cosas que quiero de un modo muy eficiente y estoy orgullosa de ello. Me siento muy comprometida con la vida y formo parte de ella.

Dr. Rachel Perkins OBE (40).

Me mandaron a hacerme pruebas de EEG, se me dijo que estaba alucinando... sentí que esta experiencia realmente positiva era examinada y... ridiculizada. No me sentí ofendida, sólo pensé que realmente eran estúpidos, y que estaban soslayando esto... algo realmente importante...

Holly (41).

Una con todas las mujeres

Una vez, dentro de mi propio espacio,
Un espacio iluminado, cálido en medio de la oscuridad,
Pensé que era Eva, la Virgen María,
Juana de Arco y muchas, muchas más
De nuestras antepasadas
Y era una con todas las mujeres de la historia.

Este fue, y es, para mí un punto álgido,
La experiencia mística, y estoy contenta de haberla tenido.
Sólo sabían que estaba «perturbada».
No conocían la gloria
De mi experiencia
Y soy una con todas las mujeres de la historia.

Una Parker (42).

7.5.3. Espiritualidad

Como personas que hemos vivido en los extremos del sufrimiento mental y emocional, estamos cansadas de ser categorizadas y atemorizadas, agotadas de ser voces en el desierto – voces que claman por una comprensión humana e integral de lo que somos, que abarca tanto el bienestar físico y espiritual, como el psicológico y emocional.

Vicky Nicholls (43).

Hay un interés creciente en torno a la idea de que las crisis «psicóticas» a veces pueden ser parte de, o asociarse a, crisis espirituales, y muchas personas sienten que sus crisis han contribuido a su crecimiento espiritual. (44) Algunos psicólogos clínicos también han explorado las similitudes entre la psicosis y la espiritualidad. (45,46,47) Algunos creen que al menos algunos episodios «psicóticos» pueden ser crisis de transformación que contienen un potencial de crecimiento personal, incluyendo el espiritual. (48) Muchas personas que creen que hay un elemento espiritual en sus experiencias encuentran un apoyo muy valioso en otras personas con creencias similares, por ejemplo, en comunidades de fe. (49)

Personas que consideran las crisis «psicóticas» como crisis espirituales

Para mí, llegar a ser «enferma mental» siempre fue una crisis espiritual, y la búsqueda de un modelo espiritual de recuperación fue una cuestión de vida o muerte. Mi búsqueda comenzó hace más de 30 años, cuando me tomé un tiempo libre de los estudios universitarios para encerrarme en mi cuarto en soledad para encontrar a Dios y el sentido de la vida. Durante una semana más o menos, escuché música, me entretuve con mis imágenes mentales y tuve revelaciones espirituales. Experimenté muchas percepciones inusuales y cambios corporales similares a los que se dan con drogas tipo LSD. Todo esto alcanzó el clímax con una visión de unidad e interdependencia de todo el universo – estas cosas suenan tontas cuando se ponen en palabras, pero es profundamente real para quienes lo experimentan… la pregunta sigue siendo… si los estados alterados son valiosos ¿de qué hay que recuperarse?

Sally Clay (50).

Personas que consideran las crisis «psicóticas» como crisis espirituales

(continuación)

Supongo que tengo una tendencia a creer, y con frecuencia entro en iglesias u otros lugares religiosos a «orar» (meditar/relajarme). Creo que hay poderes que no podemos ver y entender plenamente – tal vez el amor, tal vez el electromagnetismo. Como muchas personas, no soy indiferente a las preguntas sobre el sentido de la vida.

Al mismo tiempo, el curso de mi vida se ha moldeado y, hasta cierto punto, desviado de la dirección esperada en unas cuantas ocasiones en las que he transitado por experiencias interiores profundas, vívidas, y perturbadoras que podrían considerarse crisis espirituales.
En esos momentos – momentos de euforia, agotamiento, ansiedad, miedo – pierdo el contacto firme con la realidad aceptada por los que me rodean y entro en un espacio donde otras realidades y otras potestades son más urgentes, y experimento las consecuencias.

Una vez, bajando por Hammersmith Broadway, considerándome a mí mismo Cristo, dejé todas mis posesiones en la puerta oeste de la iglesia, en una representación del Calvario, y fui recogido llorando en la calle. En otra ocasión, más recientemente, me creía la causa y el centro de una colisión inminente entre la tierra y el sol, y me encontré mudo e inmóvil a la sombra de un seto del jardín en Dollis Hill, al noroeste de Londres.

Inevitablemente, mis creencias y acciones en momentos como estos consiguieron confirmar el diagnóstico de «enfermedad mental psicótica» y todo lo que conlleva. En más de una ocasión, después de haber estado luchando por aferrarme a mi humanidad, sin saber si era bueno o malo, Cristo o Satán, me encontré encerrado y abandonado en una celda, privado de contacto humano, observado, pero sin consuelo.

Lo que más me preocupa son las dificultades espirituales con las que se enfrentan las personas que entran en los servicios del sistema de salud mental. ¿Cómo valoran sus experiencias en crisis? ¿Cómo soportan el escrutinio de la ciencia? ¿Cómo se ubican a sí mismas dentro de una sociedad que los ve como seres humanos dañados?

Hay varias posibles respuestas a los «episodios psicóticos». Una de ellas es verlos como aberraciones sin valor intrínseco. Este parece ser el enfoque habitual en psiquiatría y es el que casi siempre he encontrado allí. Aunque sea importante definir las causas de las crisis, el contenido no resulta importante. No vale la pena entender o no son capaces de entender – «es como el funcionamiento de una máquina de vapor cuyos pistones se han estropeado», como un psiquiatra me dijo una vez. El resultado es que la principal acción necesaria es intervenir, a menudo de forma médica, para controlar los episodios y evitar que vuelvan a ocurrir.

Aunque no niego el valor práctico de prevenir las crisis, siento que tal enfoque es destructivo. No sólo me sugiere que los contenidos de mis crisis son peligrosos e impenetrables, sino que también se me presiona a alejarme de ellos. No puedo hacer esto fácilmente. Sospecho que tampoco muchos de los que experimentan crisis similares. Siguen formando parte de nosotros. Queremos incorporar nuestras percepciones a nuestras vidas; no envolverlas en un embalaje protector y llevarlas con nosotros como un equipaje oculto.

Peter Campbell (51)

Parte 3: Lo que puede ayudar

Introducción a la parte 3

En la parte 2 se ha mostrado cómo pueden surgir las dificultades en cada persona, y cómo estas se pueden prolongar mediante una combinación peculiar de factores que interactúan entre sí. Aunque no todas las personas encuentran estas experiencias angustiosas, en la parte 3 se describirán las formas de ayuda que existen, o que deberían estar a disposición de quienes las necesiten. En primer lugar, las personas precisan tener la posibilidad de trabajar sobre aquello que les está sucediendo – aquello que pueda estar causando el problema y lo que lo mantiene. También se precisa el apoyo de los amigos, la familia y la comunidad, y este es el primer tipo de ayuda que describiremos aquí, junto a la autoayuda. Luego explicaremos cómo pueden ayudar los profesionales (lo que se suele llamar «tratamiento»). En esta sección describiremos la práctica de suma importancia y el apoyo emocional que los profesionales de Salud Mental pueden brindar, y que debe centrarse en ayudar a que las personas consigan sus objetivos. Luego trataremos sobre las terapias psicológicas o terapias verbales. En los últimos años los psicólogos han tenido un papel muy activo desarrollando y evaluando estas perspectivas, que potencialmente podrían revolucionar la forma en la que se aborda la psicosis en los servicios asistenciales. Por último, trataremos sobre los pros y los contras de la medicación, y las diferentes formas en que las personas pueden usarla.

Sección 8: Llegar a una comprensión compartida del problema

Puntos clave

Los psicólogos trabajan en colaboración con las personas para desarrollar una «formulación»: una comprensión y una descripción conjunta de los problemas principales de la persona y de lo que podría resultar de ayuda.

Las formulaciones incluyen las posibles causas, los desencadenantes potenciales, las ideas sobre lo que podría mantener los problemas, y un resumen, con los puntos fuertes y los recursos que están al alcance de la persona.

Las formulaciones son útiles ya que sugieren lo que podría resultar de ayuda.

Antes de decidir lo que podría resultar de ayuda, quien tiene experiencias con voces angustiosas o pensamientos paranoides puede querer trabajar sobre la forma de entenderlas: por qué han podido surgir, qué es lo que los mantiene, y qué es lo que los hace tan angustiosos.

8.1 La formulación

Una formulación es una forma de dar sentido o entender lo que ocurre. Las formulaciones a menudo adoptan la forma de resúmenes o diagramas escritos, y se desarrollan mediante un proceso de colaboración entre el profesional y el usuario del servicio. Una formulación:

1. Resume los problemas principales de la persona.
2. Sugiere cómo las dificultades pueden interaccionar unas con otras. Por ejemplo, se pueden haber formado círculos viciosos, como vimos en la historia de Dan, en la sección 7.5. Aquí resulta útil recurrir a los modelos psicológicos (teorías) de los procesos que podrían estar implicados.
3. Sugiere aquello que puede haber llevado a la persona a experimentar dificultades, y por qué aquí y ahora.
4. Sugiere lo que podría resultar de ayuda, incluyendo cómo podría la persona utilizar sus propios puntos fuertes concretos.
5. Es un intento de conseguir «la mejor suposición», y está abierta a revisión y a reformulaciones.
6. Se desarrolla en colaboración y con el acuerdo de ambas partes (el clínico y el usuario del servicio).
7. Informa sobre el plan general asistencial de la persona, cuando está implicado un equipo multidisciplinar. (1)

Las formulaciones indagan sobre el significado personal de los acontecimientos, las relaciones y las circunstancias sociales de la vida y de las experiencias actuales y del sufrimiento. En oposición al diagnóstico, la formulación se basa en el supuesto de que, al margen de lo extrema, inusual o sobrecogedora que sea la naturaleza del sufrimiento «... en algún nivel tiene sentido». (2) La persona que experimenta la dificultad trabaja junto al profesional para desarrollar una hipótesis, o

mejor una suposición, sobre la razón de que hayan surgido las voces (por ejemplo), en el contexto de las experiencias vitales de la persona, y en referencia al sentido que se les ha atribuido. Esto puede dar pistas sobre el mejor camino a seguir. (3)

En algunos contextos el término «formulación» se utiliza como una descripción que acompaña a un «diagnóstico», y proporciona detalles adicionales sobre la persona. No obstante, en el sentido empleado aquí, las formulaciones son generalmente una alternativa al diagnóstico. Las guías profesionales recientes recomiendan que sea esta la forma en que la usen los psicólogos clínicos (al menos en su práctica clínica, aunque se pueda necesitar alguna forma de categorizar los problemas al objeto de planificar el servicio). (4) En resumen, los psicólogos clínicos argumentan que se puede proveer, mediante teorías psicológicas y pruebas empíricas, una explicación razonablemente completa de cómo alguien puede oír voces, tener creencias inusuales, o experimentar paranoia, y que no se necesita una justificación extra, como la de «también tiene esquizofrenia». De hecho, esta no es una explicación en ningún caso, dado que en salud mental el diagnóstico es realmente un proceso de categorizar y no una explicación de dichas experiencias, y tal como explicamos antes su utilidad ha sido puesta en duda incluso para esta cuestión. En palabras del psicólogo clínico Profesor Richard Bentall: «Una vez que estas quejas (las experiencias o problemas que una persona describe) han sido explicadas, no queda enfermedad fantasma alguna que necesite también explicarse. Las quejas son todo lo que hay». (5) Algunos psicólogos creen que mucho de lo que tradicionalmente hemos llamado «quejas» o «síntomas» son estrategias de supervivencia que fueron importantes en su momento, pero que perdieron su utilidad. (6) Una formulación puede ayudar a darles sentido.

Historia de Eleonor

Todo cambió cuando me derivaron al nuevo psiquiatra, Pat Bracken. La primera vez que nos encontramos me dijo: «Hola Eleonor, encantado de conocerte. ¿Podrías contarme un poco sobre ti?» Yo le miré y dije: «Soy Eleonor y soy esquizofrénica». Él me dijo algo muy potente con una voz sosegada de acento irlandés: «No quiero saber lo que otros han dicho sobre ti, quiero saber de ti». Era la primera vez que me daban la oportunidad de verme como una persona con una historia de su vida, no como una esquizofrénica determinada genéticamente que tiene la química cerebral alterada y con fallos biológicos y deficiencias que estaban lejos de mi capacidad de curación. Antes un psiquiatra me dijo que hubiera sido mejor tener un cáncer porque era más fácil curar. Pat Bracken fue mucho más humano que eso. No me habló de alucinaciones auditivas, sino de voces que se escuchan, y sobre creencias inusuales en vez de delirios, y sobre ansiedad en vez de paranoia. No utilizó ese lenguaje clínico tan terrible y mecanicista; simplemente se expresó en un lenguaje llano y centrado en experiencias normales... Siempre he tenido una voz dominante y que se mantiene a lo largo de mi experiencia. Esta voz masculina se dio un nombre para sí misma y se dio también una identidad. Tiene una forma física, maquiavélica y bastante grotesca. Es el arquetipo de un personaje de película de horror.

Comencé a darme cuenta de que ciertamente era un demonio, pero era un demonio personal. Cada uno tiene sus demonios privados, y sus aspectos demoniacos eran los aspectos inaceptables de mi propia autoimagen, mi parte oscura, así que era lógico que fuese tan sombrío. Siempre fue desechado como alucinación psicótica, pero incluso su forma física tenía un significado. La única forma de recuperarme fue aprender que su aspecto grotesco era algo superfluo. En realidad, el desprecio y el odio que expresaba tienen que ver conmigo y reflejaba cómo me siento conmigo misma. Es como una forma externa de mis propias inseguridades, mis propias dudas, y esa es la parte importante, y es la que necesita atención, necesita ser tomada seriamente en consideración porque tiene significado. Lo que dice es una declaración de lo que siento sobre mí misma, y al respecto creo que tiene que ver conmigo, y aprendí a deconstruir esa figura y a ver lo que era importante y lo que no. Tiene mucha relevancia y significado personal, puede hacer declaraciones muy potentes sobre aspectos de mi vida, de los que necesito ocuparme. Esto incluye los abusos en la infancia, y también las experiencias adultas de injusticia y desgracia. Resulta difícil porque con frecuencia las voces son metafóricas y es necesario encontrar el significado real, dentro de una forma de expresión que utiliza un sentido figurado, y encontrar su relevancia personal. Por ejemplo, cuando habla muy violentamente sobre mutilación y muerte lo veo como un barómetro y me doy cuenta de que necesito cuidarme mejor a mí misma y atender más mis propias necesidades. Suena como algo extraño, pero resulta útil en el sentido de que me ilumina sobre los conflictos que tengo que atender.

Tuvo que pasar mucho tiempo, pero llegó un momento en que los demonios podían alejarse. Aunque él sigue presente – él nunca se fue y aún está aquí – perdió el poder de destruirme. Ahora le escucho, ya que entiendo que en realidad me escucho a mí misma. No hago de ello una catástrofe. Veo que cuando mi madre se estresa mucho le llegan fuertes dolores de cabeza; cuando yo me estreso mucho escucho voces muy malas. Ahora le muestro respeto y es más posible que ahora él me muestre respeto. En esencia, esto significa tomar una postura más compasiva, empática e indulgente conmigo.

Eleanor Longden (7)

A la hora de desarrollar una formulación, puede resultar útil que el profesional y la persona implicada consideren conjuntamente las siguientes cuestiones: (8)

1. *¿Cuáles son los problemas?* Una comprensión compartida de los problemas es vital y debe expresarse en el lenguaje cotidiano de la propia persona, por ejemplo: «Me siento muy molesto porque la gente me mira y me preocupa que estén pensando cosas malas de mí». ¿Qué es lo que le perturba más a la persona? ¿Cómo interfieren los problemas con su vida o cómo le limita para hacer las cosas que le gustaría hacer?
2. *¿Qué pudo haber pasado para que surgieran los problemas?* Por ejemplo, experiencias tempranas de abandono o recibir críticas severas que hayan podido llevar a tener una idea muy negativa, y muy enraizada, sobre uno mismo, por ejemplo: «No valgo para nada», «Soy un fracaso». ¿Cuál es el significado personal de los acontecimientos y/o circunstancias, y el impacto que tuvieron sobre la persona? Por ejemplo, los abusos pueden dejar a alguien sintiéndose avergonzado o culpable; la violencia doméstica puede haber convencido a uno de que no tiene valía y sentirse atrapado; la pobreza puede llevar a uno a sentirse excluido y sin valor. Algunas personas – quizás en concreto las que perciben sus problemas en términos de enfermedad – pueden preguntarse sobre el papel que tiene algún tipo de predisposición genética. Es posible que todas estas ideas se desarrollen en el curso de la conversación, cuando ambas personas intentan dar sentido a las experiencias.
3. *¿Qué es lo que desencadena los problemas, qué los pone en marcha?* Por ejemplo: «Cuando me siento triste empiezan las voces. Esto tiende a ocurrir cuando me encuentro solo».
4. *¿Qué es lo que hace que el problema se mantenga?* Podrían ser algunos pensamientos (por ejemplo: «la gente tiene razón al juzgarme»), o cosas que uno hace (por ejemplo: «evito salir fuera», «cuando salgo de casa bajo la cabeza y no miro a la gente») y/o quedarse atrapado en patrones relacionales difíciles con otras personas.
5. *¿Qué fortalezas y recursos tiene la persona?* ¿Qué tipo de recursos personales y sociales han protegido a la persona y han evitado que los problemas continúen creciendo? Ejemplos de este tipo podrían incluir el valor de tirar hacia adelante a pesar del malestar, o las relaciones de apoyo con amigos que no juzgan. ¿Cómo se pueden continuar elaborando y construyendo estos recursos y hacerlos más fuertes?

El texto del siguiente cuadro es un ejemplo de lo que podría ser una formulación resultante de este proceso.

Un ejemplo de formulación

Jane tiene 20 años y ha comenzado a escuchar voces críticas y hostiles. Si le diéramos un diagnóstico probablemente sería el de psicosis o esquizofrenia. Como alternativa, una formulación escrita desarrollada con Jane en el trascurso de unas pocas semanas o meses podría parecerse a algo así: (9)

Tuviste una infancia feliz hasta que tu padre murió cuando tenías ocho años. Como hija, te sentiste muy responsable de la felicidad de tu madre, y te alejaste de tu propio dolor. Más tarde tu madre se volvió a casar y cuando tu padrastro comenzó a abusar de ti sentiste que no podías confiar en nadie, debido al riesgo de que el matrimonio se rompiera. Te independizaste tan pronto como pudiste y conseguiste un trabajo en una tienda. No obstante, encontraste que te resultaba cada vez más difícil tratar con tu jefe, cuyos abusos te recordaban a tu padrastro. Dejaste el trabajo, pero los largos días dentro de tu apartamento hicieron que resultara difícil permanecer alejada de tus sentimientos por más tiempo. Un día comenzaste a escuchar una voz masculina que te decía que eras sucia y mala. Esto parecía expresar la forma en que te sentiste cuando fuiste abusada, y también te recordaba las cosas que tu padrastro te decía. Encontraste que la vida diaria se hacía cada vez más difícil, a medida que te atrapaban los sucesos pasados y surgían muchos sentimientos. A pesar de esto tienes muchos puntos fuertes, incluyendo la inteligencia, la determinación y la conciencia de ti misma, y reconoces la necesidad de retomar algunos de estos sentimientos pasados que no han sido procesados. Tienes amigos que te ayudarán con ello.

En este ejemplo el énfasis se coloca en cómo surgieron los problemas y su desarrollo a lo largo del tiempo (lo que los psicólogos llaman una «formulación de desarrollo»). El ejemplo mostrado en la sección 7.5 (la historia de Dan) incluye más detalles sobre lo que hace que el problema se mantenga en la actualidad – lo que los psicólogos llaman «formulación de mantenimiento».

8.2 Decidir lo que podría ayudar

La siguiente sección describe los diferentes modos de ayuda disponibles, que van desde las formas de autoayuda y ayuda mutua a varias formas de ayuda profesional. Esto incluye las perspectivas basadas en la palabra (terapias psicológicas), y que el *National Institute for Health and Care Excellence* (Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y el Cuidado – NICE) recomienda que estén a disposición de cualquier persona que experimenta una psicosis perturbadora. Es importante recordar que no a todo el mundo le ayuda el centrarse directamente – al menos en un primer momento – en sus experiencias o creencias inusuales. Quizás la persona prefiera dirigirse a otros aspectos de su vida – por ejemplo: mejorar el estado de ánimo, encontrar trabajo – o trabajar en el desarrollo de las fortalezas que ya disponga. Una vez que alguien es consciente de lo que tiene a su disposición, se encuentra en una posición más favorable para elegir lo que podría resultarle de ayuda, y es importante que pueda ejercitar su capacidad de elección siempre que sea posible, y que no sea el profesional quien tome dicha decisión. Es posible que necesite probar varias cosas para ver cuál es la que más le ayuda.

Los tipos de ayuda pueden dividirse en cuatro categorías extensas y en las siguientes secciones se tratará de cada una de ellas.

- Auto-ayuda y ayuda de familiares, amigos y la comunidad (Sección 9)
- Ayuda de los servicios para conseguir objetivos personales y superar las dificultades (Sección 10)
- Enfoques basados en la psicoterapia o ayuda psicológica (Sección 11)
- Medicación (Sección 12)

Sección 9: La autoayuda y la ayuda de los familiares, los amigos y la comunidad

Puntos clave

Aunque el apoyo profesional puede resultar de ayuda, a menudo la fuente más importante de ayuda y apoyo es la red personal de relaciones: amigos, familia y comunidad.

Una labor útil de los profesionales es ayudar a los amigos, familiares y grupos de auto-ayuda para que den apoyo a las personas.

Existe un movimiento de «usuarios y supervivientes» activo que brinda una comunidad de apoyo y un foro que le sirve de promoción.

Introducción

La comunidad – nuestra propia red de relaciones y las nuevas que desarrollamos – es la fuente más importante de ayuda para muchas personas, aunque a menudo esto se pasa por alto a favor de las perspectivas basadas en los tratamientos implementados por los profesionales. Cualquiera que sea la naturaleza de las dificultades, las cosas más importantes son aquellas que todos necesitamos – las relaciones de apoyo, una vivienda adecuada, vernos libres de dependencia económica y de otras preocupaciones, hacer cosas valiosas y que nos den un sentido, y desempeñar un papel valioso dentro de nuestro entorno grupal. A menudo también nos ayuda concentrarnos menos en nuestras dificultades y más en nuestras fortalezas y en nuestro potencial.

El proyecto Strategies for Living (Estrategias para la vida) de la Mental Health Foundation (Fundación de Salud Mental) encuestó a personas con problemas de salud mental sobre lo que más les ayudó. (1) Los resultados fueron tan habituales como sorprendentes, ya que mostraban claramente que en general no era el «tratamiento» lo que más ayudaba a las personas, sino más bien las cuestiones cotidianas. Las relaciones con los profesionales y los terapeutas resultaban de ayuda, pero mucho más importantes eran los amigos, los familiares y los otros usuarios de los servicios – personas con las que se comparte mucho tiempo. La medicación podría resultar de ayuda, pero en la misma medida que otras estrategias, como encontrar formas de conseguir paz mental o pensar de forma positiva, las creencias religiosas y espirituales, y los estilos de vida que promueven la salud y el bienestar. Lo que parecía estar tras todas estas estrategias manifestadas o elegidas por los usuarios era la necesidad de:

- Aceptación
- Compartir las experiencias y la identidad
- Apoyo emocional… el «estar ahí»
- Una razón para vivir
- Encontrar significado y propósito
- Paz mental y relajación
- Tomar el control y poder decidir
- Confianza y seguridad
- Disfrute

9.1 El apoyo de los familiares y los amigos

A menudo, el apoyo de los familiares y amigos es la forma más importante de ayuda. La organización Rethink Mental Illness (Reconsiderar la Enfermedad Mental) (2) encuestó a personas que usaron servicios de salud mental acerca de cómo podrían ayudar mejor los familiares y amigos. Las formas más importantes de ayuda parecen ser:

- Aceptación – mostrar cariño y apoyo, validar las opiniones y puntos de vista de la persona
- Educación – aprender sobre lo que la persona experimenta y cómo se puede ayudar
- Mediación – la oferta del amigo o familiar de acompañarle a las citas, a mediar entre el personal de salud mental, o actuar como defensor en su nombre si fuese necesario.
- Ayudar a la persona a recuperar su independencia tras la crisis – animarles a salir, unirse a un grupo de apoyo o de auto-ayuda, hacer cosas de forma independiente. Siendo pacientes – cada persona necesita moverse a su propio ritmo.
- Encontrar un equilibrio entre la dependencia y la independencia. Ambos extremos pueden ser dañinos; la independencia puede llevar al aislamiento, mientras que la dependencia puede llevar a las personas a quedarse ancladas en el «rol de enfermo».
- Recordar cosas divertidas de la vida – salir y hacer cosas normales y corrientes juntos puede marcar la diferencia para la recuperación de una persona
- Los miembros de la familia necesitan considerar sus propias necesidades – si uno está experimentando estrés resulta difícil cuidar de otra persona.

9.1.1 Cómo pueden los servicios ayudar a los amigos y familiares para que den apoyo a las personas

Aunque las relaciones algunas veces pueden ser difíciles y estresantes, los familiares y amigos son también la fuente principal de ayuda y apoyo, incluso en las personas que viven solas. Algunas veces se les denomina «cuidadores», aunque hay un debate sobre si este término resulta útil en este contexto. (3)

Los familiares y parientes a menudo no saben cómo ofrecer una ayuda eficaz. Algunas veces el intento de ayudar puede resultar frustrante y difícil, por ejemplo, cuando la persona querida está ensimismada, «perdida» dentro de sus propias experiencias, o actúa de forma disruptiva o desconcertante. A menudo los acontecimientos estresantes que han llevado a alguien a experimentar una crisis resultan ser los mismos que impactan también a la familia entera, por lo que todos están afectados por este estrés acrecentado.

Algunas veces, aunque intenten ayudar, los familiares y amigos pueden llegar a ser críticos o activamente hostiles con la persona, o quizás respondan intentando cuidarla como si volviera a ser un niño. Aunque esta reacción (que algunos investigadores denominan «sobreimplicación emocional») es comprensible, y a veces puede resultar de ayuda a corto plazo, a largo plazo puede ser agotadora y de escasa ayuda para todos. Cualquiera de estas actitudes (por ejemplo: ser crítico o sobreimplicarse) han sido descritas con el término «alta emoción expresada» y de forma extrema puede llevar a resultados peores. (4) Por el contrario, cuando los familiares y amigos pueden mantener una atmósfera relajada y calmada en casa, esto puede marcar una diferencia en la recuperación de la persona.

Cómo pueden ayudar los familiares y amigos

No habría podido pasar por la experiencia (un episodio psicótico y la hospitalización) sin los familiares y los amigos. Mi hermano, que también se encontraba mal, me llevó a casa de mis padres cuando vio que estaba enfermando. Compartimos un viaje en metro a casa muy surrealista, le dije que mis compañeros de trabajo eran brujos y que necesitaba que me exorcizaran. Él me sonrió generosamente y me dijo: «De acuerdo, Jen». Mis padres me llevaron al médico de cabecera y después al hospital. Ellos estuvieron allí cuando corría aterrorizada por la planta del hospital, y también cuando volví en mí, tres días más tarde, y le dije a mi madre: «creo que he estado actuando de una forma algo extraña». Ella se sentó a mi lado y me abrazó. Mi novio se sentó conmigo y me cogía de la mano mientras mi cabeza daba vueltas a conceptos e ideas ridículas. Después de volver en mí, mi hermano trajo consigo materiales de manualidades para que hiciéramos una tarjeta para su novia. No hablamos sobre dónde estábamos ni de lo que había ocurrido, hablamos de recortar las fotos y hacer la postal. Le ayudé un poco con las fotos del cielo. ¡Quizás «ayuda» pueda ser una palabra demasiado generosa! El hospital era un lugar extraño, desconocido. Tener visitas me ayudó a mantener mi esperanza y a creer que iba a volver a casa pronto. Tuvo que ser duro para ellos el tener que venir a verme a un edificio de hormigón y hacer una visita que nunca imaginaron que tendrían que hacer. Para mí aquello significó todo un mundo. Significó una vida normal fluyendo en un lugar que para nada era normal. Significó relaciones y contactos que me ayudaron a construir mi resiliencia. Me di cuenta de que, cuando experimentaba un episodio psicótico, percibía conexiones entre todas las cosas y que impregnaban a todo y a todos. Después, resultó que las conexiones entre mis seres queridos eran las más importantes para mí. Estaré agradecida por siempre a mis seres queridos, ya que me mostraron tanto cariño, generosidad y fraternidad durante todo ese tiempo, y que continuaron después. Si alguien a quien quieres ha tenido que ir al hospital, por favor ve y visítale. Di cualquier cosa. No digas nada. Pregúntale qué tal está. Habla de alguna película que hayas visto hace poco, o de tus gatos, o de que tu calentador está a punto de romperse. No importa, simplemente compartir tu solidaridad en un momento difícil insufla vida en cualquier situación, sin que importe lo dura que parezca.

Jen (5)

Es de máxima importancia que los servicios ofrezcan información y apoyo a la familia y a los amigos, además de a la persona que experimenta la psicosis. Puede resultar muy confuso y estresante intentar ayudar a un miembro de tu familia que está angustiado por voces o creencias extrañas, y los familiares y amigos necesitan apoyo por derecho propio. (6) Incluso aunque la persona no desee que su información personal se comparta con los familiares, los servicios pueden brindar información general sobre los problemas que está experimentando, sobre lo que puede ayudar (darles una copia de esta guía, quizás) y de lo que resulta accesible en su localidad. (7) Todo el personal que trabaja en los servicios debería formarse para trabajar con las familias y los amigos. (8)

9.1.1.1 Reuniones con los familiares (algunas veces denominadas como «intervenciones familiares»)

Muchas familias consideran útil reunirse varias veces con un profesional formado especialmente en ayudar a familias. Los psicólogos clínicos han estado a la cabeza del desarrollo y evaluación de las «intervenciones familiares», y algunas personas encuentran que resultan útiles, y a veces incluso de mucha más ayuda que los otros tratamientos, como la terapia individual o la medicación. (9,10,11) NICE recomienda que cualquier persona diagnosticada de psicosis tenga acceso a «intervenciones familiares», (12) aunque desafortunadamente esto está lejos de ocurrir. (13) Como objetivos de estas reuniones se pueden incluir:

- Ofrecer una oportunidad a la persona para que explique cómo entiende sus experiencias y cómo le gustaría que la familia y los amigos le ayudaran.
- Desarrollar un entendimiento conjunto de lo que está pasando y cómo les afecta a todos los implicados.
- Diferenciar entre los problemas y la persona, ayudar a los miembros de la familia a entender que los problemas no son culpa de la persona.
- Explorar cualquier «círculo vicioso» que pueda estar funcionando. Por ejemplo, un pariente puede sentirse estresado si su familiar está ensimismado o parece que no cuida de sí mismo adecuadamente. Esto puede llevarle a ser crítico, y la crítica puede estresar aún más a la persona. Sus experiencias se vuelven por tanto más intensas y el familiar aún más estresado.
- Mejorar las relaciones, explorar posibles implicaciones excesivas y por qué podrían estar ocurriendo, y disminuir cualquier hostilidad o crítica percibida.
- Reconocer las fortalezas de cada persona.
- Trabajar en las posibles soluciones a los problemas y negociar soluciones constructivas.
- Desarrollar conjuntamente estrategias de afrontamiento y las formas de hacerse cargo de las cuestiones prácticas.
- Negociar los roles y las formas en las que los familiares y amigos pueden apoyar a la vez que continúan viviendo sus propias vidas.

Ayudando a las familias

Me sentí muy comprendida. Tras llegar de un hogar donde nadie se entendía, fue muy sobrecogedor, en cierta manera, que allí hubiera dos personas que eran empáticas, que estaban para mí y para nuestro hijo Jack.

La madre de Jack (14)

La terapia familiar ha sido un factor extremadamente importante para la colaboración entre los servicios asistenciales y la familia. Hemos crecido como familia al comprender las dificultades y los retos que supone cuidar de mi hermano que tiene psicosis severa. Hemos aprendido lo que significa la psicosis – ha sido muy educativo… La parte más importante de la terapia familiar ha sido reflexionar y escuchar sin juzgar… Esto es algo maravilloso de la terapia familiar – aceptar la diferencia sin juzgar.

Fari

Algunas veces pueden resultar útiles otras reuniones grupales de este tipo, sin que los participantes sean de la familia. Por ejemplo, alguien puede desear conversar de forma similar con amigos, compañeros próximos de piso o de trabajo. En el pequeño número de personas que se encuentran muy incapacitadas debido a sus experiencias, y que viven en hogares protegidos, puede ser útil tener reuniones similares con la plantilla que suministra el apoyo, quizás con la ayuda de alguien del equipo comunitario de salud mental.

En algunos servicios de salud mental, las reuniones familiares se basan en la idea tradicional del «paciente identificado» que tiene una enfermedad que los otros miembros de la familia necesitan entender y tener en cuenta. Sin embargo, en otros el punto de partida para estas reuniones es que distintas personas posiblemente tienen distintas creencias sobre la naturaleza y las causas del problema y sobre lo que podría ser de ayuda. El propósito de estas reuniones es llegar a una comprensión del problema que resulte aceptable para todos los implicados, y utilizar dicha comprensión para planificar un camino posible de cara al futuro. (15) El menos directivo de estos enfoques es el «Diálogo Abierto», (16) que tiene su origen en Finlandia, (17) pero se está haciendo popular en el Reino Unido. En los servicios donde se usa este enfoque, tan pronto como una persona es derivada, los profesionales piden permiso para organizar reuniones regulares. Las reuniones pueden incluir al personal de salud mental, la persona misma, y a todos aquellos de su entorno, incluyendo los miembros de la familia, el jefe, los vecinos y los amigos. Las reuniones brindan una oportunidad a todos los implicados para escucharse unos a otros y considerar en serio la manera en la que cada uno entiende lo que está pasando. Todas las decisiones se toman en estas reuniones. En estos servicios a menos de la tercera parte de las personas se les prescribe medicación neuroléptica. Aunque aún no se han llevado a cabo ensayos controlados y aleatorizados (algunas veces denominados como el «estándar de oro» de la investigación), las tasas de recuperación parecen ser altas, tanto en términos de disminución de los «síntomas» y de uso de servicios, como en términos de recuperación «social», por ejemplo, al ser capaces de volver al trabajo. (18)

9.2. La autoayuda y el apoyo mutuo

La autoayuda puede protegerte, la autoayuda puede aliviar
Al ofrecer un lugar seguro para retirarte con amabilidad
Aquellos pensamientos que a menudo han estado sin decirse durante años
Encerrados en la frustración, la rabia y el miedo
¿Quién me aceptará si sabe que tengo fallos?
¿Me dejarán a un lado en cada conversación?
A menudo necesitamos relacionarnos con un amigo
Quien nos escuchará y empatizará con nosotros
Y nos ayudará a sanar.

Jean Cave (19)

Las personas que experimentan paranoia o voces angustiosas pueden ayudarse unas a otras y a sí mismas de muchas maneras. Sentirse aislado puede ser una gran fuente de estrés para cualquier persona que lo pasa mal con experiencias perturbadoras. Conocer a otras personas con experiencias similares en grupos de autoayuda y en otros marcos puede resultar clave para sentirse menos solo y poder aprender unos de otros sobre lo que puede ayudar.

Ser aceptado en mi humanidad completa, con mis diferencias, también ha sido vital y es algo que suele encontrarse más entre los compañeros supervivientes que en los servicios de salud.

Peter Campbell (20)

Algunos grupos de autoayuda funcionan de forma autónoma, otros tienen como facilitadores el personal de salud mental, y otros son mixtos. A menudo el personal actúa con el rol de facilitador y ofrece una base de apoyo con el objetivo de retirarse una vez que los miembros del grupo se consideran capaces de gestionar el grupo. (21)

A veces algunas personas ponen a disposición sus propios materiales de auto-ayuda para que otros se puedan beneficiar, comparten tanto su experiencia como las estrategias útiles que han usado. Se pueden encontrar ejemplos en la sección «recursos» al final de esta guía.

9.2.1 *Hearing Voices Network* (La red de escuchadores de Voces)

La *Hearing Voices Network* – HVN (La Red de Escuchadores de Voces) (22) es una red de grupos de autoayuda para «personas que escuchan voces, ven visiones y tienen percepciones inusuales». Surgió del trabajo del psiquiatra holandés Marius Romme y su colega Sandra Escher. La HVN se funda explícitamente sobre la idea de que diferentes personas tienen diferentes ideas sobre la naturaleza y las causas de sus experiencias. Hay unos 180 grupos en el Reino Unido que se reúnen regularmente y brindan a las personas la posibilidad de hablar con libertad y de darse apoyo mutuo. HVN también actúa internacionalmente. (23)

Todos estos años he vivido aislada en una burbuja extraña, pensando que era la única, y luego me di cuenta de que existían todas estas otras personas igual que yo.

Ruth, un miembro de la red social Escuchadores de Voces

Comencé a acudir a un grupo de autoayuda de escuchadores de voces donde conocí a otros que también podían oír voces. Aquí compartimos mutuamente nuestras experiencias e intercambiamos técnicas de afrontamiento.
¡Hemos tenido conversaciones estrambóticas que si se hubieran dado dentro del marco del Sistema Nacional de Salud (NHS) nos habría separado a todos!
Conocí a otras personas que aceptaron mis experiencias, como una parte de lo que soy, y no como parte de mi enfermedad mental… Y dejé de pensar que era una paciente psiquiátrica con una enfermedad mental para toda la vida, sino que era una superviviente de abusos sexuales en la infancia, una activista por el cambio del sistema actual, que está sustentado en un modelo médico caduco.

Sally Edwards

9.2.2 Abordajes complementarios

Se han realizado pocos ensayos rigurosos sobre terapias complementarias como el masaje, el yoga y el ejercicio físico. No obstante, muchas personas encuentran que les ayudan a reducir los niveles altos de estrés y activación, que a menudo desempeñan un papel importante en las crisis de salud mental.

Para mejorar mi salud tuve que aprender a practicar técnicas de relajación. Tan solo con unos meses de yoga y meditación, todos, y quiero decir todos, notan la diferencia.

Dolly Sen (25)

9.2.3 El apoyo entre pares

El apoyo entre pares o iguales es el término usado para describir el apoyo mutuo entre personas que usan los servicios de salud mental. (26)

Hay tres tipos de apoyo entre iguales: (27)

- Informal, el apoyo que se da de forma natural (por ejemplo, entre dos personas que son pacientes ingresados en la misma sección del hospital)
- Participación en grupos o programas realizados por usuarios (dirigidos por otros compañeros)
- Usuarios contratados y pagados por quienes prestan los servicios – grupo formal de apoyo

Hay pruebas de peso considerables que indican que el primer tipo de apoyo es frecuente (28) y muy valioso en hospitales y otros servicios de salud mental. (29) El segundo tipo (grupos de auto-ayuda) ya fue descrito anteriormente. El tercer tipo, por ejemplo, la contratación de los propios usuarios como trabajadores en grupos de apoyo a iguales dentro de los servicios de salud mental convencionales es cada vez más popular en los servicios de salud mental del Reino Unido, y la guía NICE recomienda que sea considerado por los servicios. (30) Los trabajadores de apoyo entre iguales ayudan a las personas a compartir sus experiencias, proporcionan relaciones recíprocas y empáticas, y dan aliento y esperanza. La investigación sugiere que tanto la persona que recibe el apoyo, como la persona que lo proporciona y los servicios en su sentido más amplio, todos ellos se pueden beneficiar. (31, 32, 33, 34)

Apoyo entre pares

Recomendamos a las organizaciones que tengan en cuenta una transformación radical del personal con el objetivo de que quizás el 50% de la asistencia sea proporcionada por «pacientes profesionales» adecuadamente formados y apoyados.

Centro de Salud Mental (35)

He tenido sufrimiento mental durante toda mi vida, y consideraba mis experiencias tan solo como algo doloroso y vergonzoso. A menudo me encontraba sentada al otro lado de la mesa con profesionales que, a pesar de su infinita compasión, no podían entender lo que pasaba por mi cabeza y cómo afectaba a todas las facetas de mi vida…Lo mejor de este trabajo es que no tengo que esconder ni un solo ápice de mi misma… A nivel personal, este trabajo me ha servido más que cualquier sesión de asesoramiento, médico o pastilla. Las cosas por las que he pasado puedo utilizarlas de forma constructiva. He hecho las paces con ellas y he aprendido de ellas y sé, por primera vez en mucho tiempo, que no cambiaría ni un segundo.

Emma Watson, profesional de apoyo entre pares (36)

9.2.4 Las escuelas de recuperación: una perspectiva educativa para brindar ayuda

Las escuelas o academias de recuperación son un avance novedoso. En contraste al abordaje tradicional donde los clínicos suministran los tratamientos, las escuelas de recuperación ofertan un abordaje educativo. El propósito es ayudar a las personas a mejorar su bienestar, tomar el control de su recuperación, y alcanzar sus deseos y aspiraciones. Los cursos están diseñados e impartidos por profesionales que trabajan en colaboración con personas cuya experticia proviene de las experiencias que han vivido. Están abiertas para las personas que usan los servicios, sus familiares y amigos y también para los profesionales. (37,38)

Diferencias entre los servicios tradicionales y las escuelas de recuperación	
Modelo terapéutico tradicional	Abordaje educacional de la recuperación
Las personas son consideradas como pacientes	Las personas son consideradas como estudiantes
Se centra en los problemas y en los síntomas	Se centra en las fortalezas, las aptitudes y los recursos de cada persona
Prescripción – el tipo de terapia es elegida, prescrita e impartida por un experto: «Este es el tratamiento que necesitas».	Elección – los estudiantes eligen los cursos que les podrían ayudar; se convierten en expertos de su propia asistencia. «¿Cuál de estos cursos te interesa?»
Evaluación y derivación según el profesional	Matriculación y producción conjunta del plan de aprendizaje personal
Implica a un experto (el terapeuta) y un inexperto (el paciente). Desequilibrio de poder	Implica formadores entre pares y el personal cualificado según el modelo tradicional asesora o tutoriza a los estudiantes a encontrar su camino de recuperación
Dar el alta y revisiones	Graduación y certificado del curso

Las escuelas de la recuperación se están haciendo populares y una evidencia, aún temprana, indica que pueden ser una forma efectiva de apoyar la recuperación y el bienestar de las personas. (39, 40, 41, 42)

Es lo mejor que ha sucedido en Salud Mental. Sitúa de nuevo la recuperación bajo las manos de los usuarios.

Diana Byrne, Senior Peer Trainer (formadora principal entre pares) at Hastings and Rother Recovery College (43)

9.2.5 El movimiento de los usuarios / supervivientes

Cada vez más, las personas describen y reflexionan sobre sus propias experiencias, que llegan a formar parte de una creciente literatura escrita desde lo que se podría llamar la perspectiva del usuario de servicios y del superviviente. (44) En este conjunto de trabajos, algunos de los temas principales parecen ser:

- Los diferentes puntos de vista sobre la naturaleza y el significado de las experiencias
- Considerar los beneficios y también los desafíos de las experiencias «psicóticas»
- Las relaciones entre «locura», creatividad y espiritualidad
- Sentirse deshumanizado debido a algunos aspectos de los servicios de salud mental

Los grupos autónomos de usuarios de servicios y supervivientes han florecido en los últimos años y a menudo están en primera línea para introducir abordajes innovadores, bien prestando servicios independientes, o bien contribuyendo en los servicios de salud mental tradicionales. El año 2007 se creó el National Survivor User Network -- NSUN (Red Nacional de Usuarios), (45) una organización benéfica independiente dirigida por usuarios que conecta a las personas con problemas de salud mental para dotarles de una voz más fuerte a la hora de influir sobre los servicios y las políticas de salud mental.

Sección 10: La ayuda práctica y emocional de los profesionales

Puntos clave

La ayuda profesional especializada puede significar una gran diferencia, no obstante, los profesionales necesitan mantenerse abiertos a otras formas de entender las experiencias.

Obtener una ayuda temprana puede significar una gran diferencia.

El apoyo emocional y la ayuda de tipo práctico en temas como el empleo, las prestaciones, la vivienda, o las relaciones interpersonales, en muchos casos es un objetivo tan importante como la ayuda centrada directamente en los «síntomas».

Necesitamos de forma urgente más recursos para las crisis, sobre todo recursos basados en una perspectiva psicológica como los presentados en esta guía, más que aquellos que entienden las crisis como las recaídas de una enfermedad.

Si los servicios adoptaran la perspectiva descrita aquí, habría menos necesidad de ejercer el tratamiento obligatorio bajo la ley de salud mental. La *British Psychological Society* ha defendido que la decisión de internar a alguien debería basarse en su aptitud para tomar decisiones relevantes («capacidad»), en vez de en el diagnóstico psiquiátrico que tenga la persona.

Introducción: ¿Para qué sirven los servicios?

Esta sección trata sobre la ayuda de tipo práctico y emocional y también del apoyo, que en la mayor parte de los casos es lo más importante. Tradicionalmente, los servicios de salud mental se han centrado en la reducción de «síntomas», como las voces o los delirios. Sin embargo, tal y como explicamos antes, no todas las personas encuentran su experiencia perturbadora, y no todas entienden estas experiencias como síntomas.

Es de suma importancia que los profesionales de salud mental se muestren abiertos a otras formas de entender estas experiencias y no insistan en tratar de que comprendan sus dificultades en términos de enfermedad. Este simple cambio puede tener un efecto profundo y significativo en nuestros servicios de salud mental.

En los últimos años, el foco se ha dirigido a reducir el estrés y a ayudar a las personas a vivir el tipo de vida que elijan, se mantengan o no determinadas experiencias. A veces este enfoque se conoce como el modelo de la «recuperación». Este enfoque ha sido objeto de numerosas controversias debido a que algunas personas creen que el término recuperación implica de forma poco útil que existe una «enfermedad» de la que hay que recuperarse. Así mismo también se han dado situaciones donde se ha usado como una excusa para retirar el apoyo a personas que seguían teniendo necesidades. La idea del «bienestar» ha sido propuesta como alternativa. (1) Sin embargo, el enfoque de la «recuperación» ha traído numerosos cambios positivos en los servicios de salud mental. (2,3) El énfasis se sitúa en que cada persona encuentre su propio camino para vivir una vida con significado y satisfactoria, haciendo hincapié en los recursos personales y en el apoyo de personas dentro y fuera del sistema de salud mental. (4) Este último punto es importante:

«recuperación» *no* significa que las personas tengan que poder mejorar sin ayuda. (5) Muchas personas experimentan problemas continuados e incapacitantes, por lo que es crucial que esta idea no sea utilizada como excusa para retirar los servicios y la ayuda que les dan apoyo. (6, 7) Los servicios deben apoyar a las personas en aquello que cada una encuentre más útil. En ocasiones llamamos a esto «ayudar desde abajo y no desde arriba» (8)

Adoptar el enfoque del modelo de la recuperación o del bienestar representa un gran cambio cultural y organizacional en los servicios de salud mental, ya que diferentes personas pueden tener metas muy diferentes. En el Reino Unido, el *Centre for Mental Health* (Centro para la Salud Mental) ha liderado una campaña en defensa de este enfoque, (9,10) y el programa *Implementing Recovery – Organisational Change (ImROC)* (Implementar la Recuperación – Cambio Organizacional) (11) ha apoyado las medidas para llevar a cabo los cambios estructurales y también de la práctica clínica.

Las herramientas están a disposición de las personas para ayudar a que tomen el control de su propio proceso de recuperación y bienestar, como *WRAP -- Wellness Recovery Action Plan* (Plan de acción para la recuperación del bienestar). (12) Estas herramientas facilitan una red de ayuda que permite a la persona identificar sus fortalezas y sus fuentes de apoyo, planificar su tiempo de forma saludable, pensar sobre las señales de alerta que pueden anunciar una crisis de salud mental, y pensar cómo mantenerse seguro o a salvo, así como redactar unas «voluntades anticipadas» que reflejen lo que desea que ocurra en caso de necesitar un ingreso hospitalario.

10. 1 Asegurar que se cubren las necesidades básicas

Las personas que encaran experiencias abrumadoras pueden necesitar ayuda para cubrir sus necesidades básicas, tales como alojamiento, dinero y comida. A menudo la ayuda en temas de tipo práctico adquiere tanta o mayor importancia que los tratamientos «tradicionales» basados en terapia o medicación. Los servicios deben ser lo suficientemente flexibles como para brindar a cada persona lo que considere de mayor ayuda en aspectos concretos. El psicólogo clínico Prof. Daniel Freeman ha recalcado el papel importante que juegan los problemas de sueño o el descansar mal en las crisis de salud mental, y ha sugerido diversas formas en las que los servicios pueden ayudar a las personas a descansar mejor. (14,15) Las crisis ocurren a menudo como consecuencia de un círculo vicioso: las experiencias se convierten en abrumadoras en parte debido a que la persona necesita agua, comida y dormir, pero con su sufrimiento, confusión o sobreexcitación, no es capaz de gestionar sus propias necesidades básicas. Los servicios deben de garantizar la asistencia a estas necesidades de forma prioritaria.

Curiosamente, a veces con los pacientes de salud mental se olvida lo más básico. Una vez trabajé con un amigo que acababa quedándose «bloqueado» en muchas ocasiones, y llegaba a estar incoherente debido a la falta de alimentos y líquidos, aunque esto nunca se tuvo en cuenta. Lo pude ver con mis propios ojos, estaba «bloqueado», pero alimentándose e hidratándose volvía a recuperarse.

Anon

10. 2 El apoyo emocional

Es difícil enfatizar la importancia del cuidado, la amabilidad, la escucha y el apoyo emocional en momentos angustiosos, y esto es, a menudo, lo más importante que los trabajadores pueden ofrecer. Los estudios sobre las unidades de psiquiatría encuentran que lo que más valoran las personas es el «contacto humano con los miembros del equipo». (16) Los investigadores concluyen que «incluso la más pequeña comunicación humana tenía un poder y un efecto mucho mayor si se sustentaba en un acercamiento empático».

De qué forma ayudan los servicios y los profesionales

Participé activamente en mi recuperación, igual que tomé un papel activo en mi autodestrucción. Pero fue mi trabajadora social Bernadette quien me animó a implicarme en el proceso, y quien hizo que mi recuperación fuera posible.

¿Cómo lo hizo? Desde el principio, Bernadette expresó el deseo de trabajar conmigo. Esto no es algo que se pueda falsificar; lo expresó porque lo sentía así. Recuerdo que me encontré con ella en la calle muy poco después de empezar a trabajar juntos. «Me alegro de verte» dijo ella, y para mí estaba claro que era eso lo que quería decir. El mero hecho de recordar este simple comentario años después refleja la fuerza que la sinceridad puede tener.

Lo importante no era lo que decía. Sus actos reforzaban sus palabras una y otra vez. No perdió ni un momento...en nuestro primer encuentro, me preguntó qué clase de atención me gustaría recibir de ella. Recuerdo que fui reacio a responder, estaba poco dispuesto, tras un día en el hospital donde me sentí rechazado una vez más, pero Bernadette insistió. «Bien, idealmente supongo que me gustaría verte cada semana» me atreví, esperando que allí se acabara todo, sin embargo, Bernadette contestó «Está bien».
El compromiso de Bernadette, su negativa a desistir, su total fiabilidad, demostrado semana tras semana donde quiera que yo estuviera, en el hospital o fuera de él, su enorme paciencia, la gran cantidad de tiempo que estaba dispuesta a ofrecer – todos estos factores fueron decisivos en la construcción de la confianza que necesitaba para trabajar juntos.

Mi relación con Bernadette pasó por muchas fases a lo largo de los años. Una de las mayores ventajas del trabajo social es la flexibilidad. Al principio necesité una ayuda de tipo más práctico; más tarde, cuando volví al trabajo, me prestó un gran apoyo para poder llevar a cabo ese cambio. De forma crucial, Bernadette supo entender que el momento en el que alguien empieza a caminar solo no es el momento de retirar las muletas. Clare Allan (17)

Para mejorar mi salud, necesité una vivienda y ayuda social. Cuando al final encontré un sitio adecuado para vivir y conseguí mis prestaciones, con la ayuda de mi padre, la disminución del sufrimiento resultó evidente. Me había dado cuenta de esto en otras personas que tienen problemas mentales, cuando al final consiguen mejorar sus condiciones de vivienda o alojamiento... puedo afirmar que quien haya salido del hospital y se meta en una cama asquerosa y con poco contacto humano, recaerá.

Dolly Sen (18)

Necesitaba a alguien que simplemente quisiera estar ahí, quedarse, sin juzgar, sin tratar de forzar a que hiciera esto o aquello, sólo estar a mi lado, tratando de ayudarme a dar sentido a algunas de las experiencias aterradoras y también a otras experiencias y visiones muy preciosas.

Anónimo (19)

En el hospital...me escucharon seria y atentamente; mis demandas...fueron todas recogidas con rapidez y tratadas con respeto. Los doctores no intentaron pasar por encima de mí, me trataron de un modo considerablemente humano, fueron y permanecieron comprensivos, especialmente en lo que se refería a los terribles sentimientos de humillación que tenía por mis delirios. Los enfermeros en general no adoptaron una actitud de control o autoridad, y se mostraron sensibles, receptivos y humanos. Incluso los empleados en tareas domésticas jugaron un papel significativo en mi recuperación.

Peter Chadwick

10.3 El trabajo y el empleo

A menudo, el trabajo y/o la educación son especialmente importantes. Las personas que se encuentran poco ocupadas son mucho más propensas que otras a experimentar problemas recurrentes, además nuestro sentido de identidad surge en gran parte en relación al trabajo que llevamos a cabo, sea voluntario o remunerado. Ayudar a las personas a encontrar y mantener un buen empleo, una buena educación, u otros aspectos que consideren relevantes debería ser un objetivo central en salud mental. (21)

La mayor parte de las personas que experimentan psicosis desean trabajar, pero esta es una parte de la población con mayor desempleo del Reino Unido: aproximadamente el 90 por ciento de quienes están en contacto con salud mental están desempleados. (22) Este es un dato altamente revelador, dado que hay pruebas que demuestran que encontrar o volver a un trabajo con sentido o a otra actividad valiosa para la persona puede tener un impacto positivo mayor que cualquier otro tratamiento. (23) En ocasiones, las personas necesitan ayuda para conseguir un empleo, y es fundamental que los servicios puedan dar apoyo en este ámbito. (24) La guía NICE recomienda que los servicios ofrezcan una ayuda a medida para la búsqueda y mantenimiento de un empleo adecuado. La perspectiva más eficaz parecer ser el «*Individual Placement and Support*» (Plan de apoyo e inserción individual), (25) donde primero el servicio ayuda a encontrar trabajo adecuado lo más rápidamente posible, y después suministra apoyo para mantenerlo. (26,27,28) Esta perspectiva puede resultar satisfactoria incluso para personas que siguen teniendo experiencias perturbadoras. Si la persona no es capaz de llevar a cabo un trabajo remunerado, realizar un trabajo voluntario u otra actividad con significado puede ser igualmente importante. De nuevo, cada persona es diferente y es muy importante que la persona no sea presionada para regresar al trabajo.

Un trabajo con sentido tras la crisis

Solicité un puesto de bombero en *Fire & Rescue Service* (Servicio de Incendios y Rescates). Era consciente de que mi diagnóstico, la medicación y las circunstancias previas podrían significar una gran barrera para llevarlo a cabo, pero al mantener las revisiones médicas a lo largo de 18 meses, fui aceptado como eventual, y pasé 8 años maravillosos trabajando para la comunidad. Habría sido fácil decirme a mí mismo: «¿Qué pretendo? Nunca van a coger a alguien como yo», pero fui consciente de caer en la trampa del autoestigma y mi reticencia se difuminó. No fui tratado de forma distinta a causa de mi condición, y aunque mis compañeros supieron de mis problemas de salud, nunca fue algo que se pusiera de manifiesto durante nuestro trabajo conjunto.

James Wooldridge (29)

Una de las principales cuestiones a considerar en las personas que han padecido problemas mentales es si deben informar de ello o no a los contratantes. En algunos casos las personas tienen motivos para temer una discriminación injusta, tal y como se ha documentado en muchos casos, a pesar de que la legislación prohíbe la discriminación en materia concerniente a discapacidad y empleo, y solicita que se realicen «adaptaciones razonables». (30,31) Existe la obligación de responder con sinceridad a preguntas directas realizadas por los potenciales contratantes en lo que se refiere a cualquier condición médica antes de aceptar el empleo. Cuando la información no se solicita de forma específica por los empleadores, entonces el trabajador no está obligado a informar de forma voluntaria.

10.4 La ayuda para la organización y la motivación

No obstante, la mayoría de las personas que escuchan voces o mantienen creencias que otros consideran «delirios» funcionan bien en sus vidas. Sin embargo, algunas personas experimentan problemas continuados, como dificultades para organizar sus ideas y problemas de motivación. Algunas se pueden aislar o tener dificultades a la hora de cuidarse de forma adecuada. En el lenguaje clínico tradicional, al conjunto de estas dificultades se les ha denominado «síntomas negativos». En algunas ocasiones pueden ser una reacción a las voces o la paranoia o ser una forma de afrontarlas. En otras, se asocian a los fármacos o a otras drogas. (33) Incluso se pueden relacionar con la situación vital de la persona, por ejemplo, al estar viviendo en un entorno poco estimulante, donde hay escasas oportunidades para participar en una actividad significativa, o si otros les dan mensajes de que sus problemas serán permanentes y van a seguir discapacitados. (34)

Es de suma importancia que los profesionales se centren en las fortalezas de las personas más que en las dificultades. Por ejemplo, un estudio encontró que a casi la mitad de las personas con diagnóstico de trastorno mental que tuvieron éxito en el trabajo, antes el clínico les dijo que nunca volverían a trabajar, lo que se llama «pronosticar la fatalidad». (35) Naturalmente, cuando uno recibe un mensaje tan desalentador se siente más apático y retraído, lo que hace mas difícil encontrar la propia motivación. Esto crea un círculo vicioso. Por ello es importante que todos los implicados tengan presente que la mayor parte de las personas que experimentan voces o tienen creencias «delirantes» continúan con sus vidas de forma satisfactoria.

Hay una serie de estrategias que pueden ayudar. Por ejemplo, «la activación conductual» centrada en los propios intereses y objetivos de la persona. Los profesionales pueden ayudar a identificarlos y a planear cómo conseguirlos, y como lidiar con las dificultades en el camino. Las perspectivas psicológicas, como la terapia cognitiva, pueden ayudar a identificar las preocupaciones asociadas al nuevo trabajo o actividad (ver adelante). Una perspectiva denominada «*rehabilitación cognitiva*» (a veces referida como remediación cognitiva, ver sección 11) puede ayudar a las personas a mejorar la resolución de problemas, la memoria, las habilidades para planificar y el trabajo hacia objetivos que la persona realmente necesita o desea. (36)

Quienes experimentan estrés o confusión de forma continua pueden necesitar un apoyo continuado para conseguir el tipo de vida que aspiran. Así como quienes padecen dificultades físicas requieren una adaptación del entorno o utilizar prótesis, las personas que padecen experiencias o creencias estresantes de forma continuada necesitan también una ayuda mantenida. Por ejemplo, pueden necesitar que se les recuerden las cosas o se les ayude a hacer determinados planes; otros quizás necesiten ayuda práctica en temas domésticos, en prestaciones o en aspectos emocionales.

10.5 Conseguir ayuda temprana

La «intervención temprana» intenta reducir o prevenir la severidad de los problemas antes de que éstos se desarrollen plenamente, y es recomendada por la guía *NICE*. (37) En la actualidad se han creado recursos que se han especializado en ofrecer ayuda a los jóvenes que comienzan a experimentar problemas por vez primera. La *Schizophrenia Commission* (Comisión sobre la Esquizofrenia) (38) halló que dichos recursos son populares y recomienda que se extiendan aún más. Se recomienda como primera actuación una ayuda de tipo práctica o psicológica, en vez de neurolépticos por los riesgos que éstos conllevan. (39,40)

Una buena experiencia en un centro de intervención temprana

Mi coordinador asistencial me ayudó a evaluar lo que estaba haciendo en la vida, lo que era más útil y lo más inútil, y comencé a hacer pequeños cambios para mejorar. El observar mis síntomas de cerca me ayudó a identificar qué cosas iban peor y cuales mejor; un aspecto muy importante para poder pedir ayuda. En mi caso, sentí que la medicación era una buena opción combinada con psicoterapia, sin embargo, cada persona encuentra diferentes cosas que le resultan de utilidad.

Lentamente la niebla comenzó a disiparse y empecé de nuevo a sentirme a mi misma. Pude llevar a cabo sesiones provechosas de Terapia Cognitivo Conductual con mi coordinador y con el equipo de psicología. Esto me ayudó a entender cómo me sentí al desarrollar la psicosis y pude aprender nuevas formas de afrontamiento para futuras situaciones.

Con el apoyo del *EIP [the Early Intervention in Psychosis Service]* (Equipo de Intervención Temprana en la Psicosis) a lo largo de 3 años, he podido volver a sentirme yo misma de nuevo; recientemente he sido dada de alta del servicio y ya no necesito usar medicación. Soy una persona ambiciosa en mi profesión, he trabajado a tiempo completo en estos últimos 2,5 años, y disfruto como madre primeriza con mi bebé de 10 meses.

Anónimo (41)

10.6 La ayuda en los momentos de crisis

Muchas personas necesitan ayuda de forma ocasional cuando sus problemas son tan severos que ellas, su familia o sus amigos, se ven incapaces de encararlos. Cuando los familiares o amigos ven necesaria la ayuda, los profesionales deben tener en cuenta que quienes piden ayuda han estado tratando de poner remedio durante algún tiempo, y tienen que tratar de entender porque se busca la ayuda ahora. En este punto, ¿Qué piensan los familiares/amigos y el posible usuario acerca de la ayuda que podría resultar más útil? ¿Sería posible negociar un «contrato» con objetivos acordados de forma conjunta? Se necesitan respuestas creativas a este tipo de situaciones, que se basen en lo que los usuarios de los servicios consideran útil. (42) A veces la única ayuda disponible es el ingreso en una unidad psiquiátrica de agudos, y a veces ni eso: la reducción de las unidades ha dado lugar a una situación en la que las personas deben esperar en admisión durante horas o incluso en las comisarías de la policía. (43,44) Aunque muchas personas reciben una ayuda

adecuada durante el tiempo de hospitalización, no es así en todos los casos. A veces las unidades de agudos funcionan bajo un «modelo de enfermedad» simplista, donde la función principal del personal se reduce a administrar la medicación y a mantener la seguridad de la persona hasta que la medicación «haga efecto». A veces las personas tienen escasas oportunidades de hablar sobre los motivos que les han llevado al ingreso, y pueden quedarse con sentimientos de indefensión y confusión. Muchas personas encuentran las unidades de agudos inútiles y aterradoras. (45) Iniciativas recientes intentan mejorar las cosas, como por ejemplo el proyecto *«Stars Wards»* (Plantas o Unidades Estrella), (46) que ofrece al equipo de la unidad «ideas e inspiración, en vez de normas y coerción».

La ayuda en momentos de crisis

¿Qué es lo que ayuda a las personas a mantenerse en pie en los momentos de crisis o durante los periodos de gran sufrimiento? Probablemente todas las personas que no están en los servicios de salud mental encontraron alguna manera de hacerlo – puede que mediante el significado que les une a la experiencia. Las cuestiones prácticas son una ayuda de gran importancia para seguir en pie y construirse a si mismo como persona y dentro del mundo social. Necesitas profesionales en los que se pueda confiar, que acompañen a lo largo de la experiencia, y con los que se puedan revisar las cuestiones. Por lo tanto, las relaciones interpersonales son la clave.

Laura Lea, colaborador

Como sociedad no debemos dejar a las personas con necesidades urgentes de salud mental aisladas, asustadas, y sin apoyo, dentro de hospitales impersonales. No debemos traumatizar a quienes usan los servicios hasta el punto de que sean capaces de hacer lo que sea para no volver a ingresar. Nuestros servicios no deberían dar a las personas una sensación de abandono.

MIND, en *Listening to the experience* (Escuchando las experiencias) *(*47)

Resulta claro que no se trata tanto de la perspectiva del procedimiento (como el diagnóstico o el plan de cuidados) lo que deja huella en un ingreso, sino el contacto humano con el equipo. Incluso la más pequeña comunicación humana tiene un efecto positivo y un gran poder si se basa en un acercamiento empático. Esto ocurre incluso cuando los pacientes se encuentran herméticos y encerrados en sí mismos.

Neil Springham y Ami Woods, investigadores de salas psiquiátricas de agudos (48)

Se han desarrollado una serie de alternativas a las unidades de psiquiatria. (49) Por ejemplo, los equipos de resolución de crisis en el domicilio, los tratamientos agudos no hospitalarios como las «casas de crisis», (50,51) o las «casas de recuperación» (52) o el proyecto de familias de acogida en Hertfordshire. (53) También existen ejemplos de servicios de resolución de crisis dirigidos por usuarios y exusuarios de salud mental, como la *Wokingham Crisis House* (54) o la *Leeds Survivor Led Crisis Service*. (55) Las casas de crisis son muy apreciadas por quienes las usan. Todavía hay muy pocas, y se necesitan más de forma urgente.

Las casas de crisis

A pesar de que mi verano se complicó, pudo haber sido aún peor. Podría haberlo pasado en pijama y sudando en un colchón de plástico del NHS (Servicio Nacional de Salud, UK), haciendo cola para tomar la medicación 3 veces al día, y escuchando los gritos de mis compañeros bajo contención y obligados a tratarse a la fuerza con inyecciones. Estoy totalmente seguro que habría sido así, pero por suerte no lo fue, ya que vivía en el sector que tiene uno de los dos únicos centros de internamiento para mujeres de todo el país.

Cuando *Drayton Park* abrió sus puertas en 1995, resultó verdaderamente innovador: un servicio residencial, diseñado y dirigido exclusivamente para y por mujeres, con el objetivo de ofertar una alternativa al ingreso psiquiátrico de agudos. Cuando vine por primera vez, aproximadamente un año después, recuerdo mi sorpresa, casi alegre, ante los amplios sofás, la comida casera, mi propia habitación (y de hecho, con mi propia llave), y por el hecho de que el personal parecía querer hablar conmigo.
Hablando con las otras mujeres y compartiendo nuestras experiencias anteriores, se podía sentir la incredulidad reinante, la mirada sensible de las personas que asumían el sentido de sus acciones, y de su propia autoestima que comenzaba a crecer. Creímos que nos encontrábamos en los inicios de un movimiento totalmente novedoso, una revolución, y que lugares como *Drayton Park* comenzarían a surgir a lo largo de todo el país. Sin embargo el hecho es que, 10 años después, resulta decepcionante tener que decir que sólo hay un centro similar, el *Foxley Lane*, que pertenece al *Maudsley Hospital*, y que, al igual que *Drayton Park* también está en Londres. En mi opinión, es algo lamentable.

Clare Allan, en *The Guardian* (57)

A cada usuario que lo quiera, los profesionales deben ayudarle a elaborar unas «voluntades anticipadas», comenzando por lo qué deseen que ocurra en los episodios de crisis, y si le consideran incapaz de tomar decisiones razonables. Los profesionales de los servicios de crisis, tendrían que preguntar sobre esta cuestión de forma habitual. Así mismo, todos los usuarios debieran tener acceso a un defensor independiente. (58,59)

10.7 Permanecer a salvo y seguro

10.7.1 El abandono personal, las autolesiones y el suicidio

Cuando las personas se encuentran en un estado de confusión y de sufrimiento, a veces pueden necesitar ayuda para mantener una alimentación adecuada o cuidar de su hogar. Alguien que está confuso también puede estar en riesgo de ser estafado o abusado por otros.

Algunas personas, en un estado de sufrimiento agudo, pueden dañarse o incluso tratar de quitarse la vida. Hay un debate sobre cuál es la manera más adecuada de responder a estas cuestiones. Tradicionalmente, tanto las autolesiones como los intentos de suicidio se han considerado como «síntomas», y se han usado medidas coercitivas para prevenirlos. La mayoría de nosotros pensamos que los servicios deben proteger la vida de las personas que se hallan en un estado de confusión y no tienen su capacidad de juicio normal. Sin embargo, en muchas otras circunstancias hay que aceptar que es necesario «asumir riesgos positivos» – las personas usuarias de salud mental tienen derecho a asumir riesgos, tomar sus propias decisiones, y aprender de los errores como lo haría cualquier persona. De hecho, coartar la libertad y el derecho de elección de las personas para tomar decisiones con riesgos puede hacerles sentirse todavía más desesperanzadas.

10.7.2 Los riesgos para otras personas

Como declaramos antes, la idea de que las personas que experimentan psicosis son más propensas a ser violentas es un mito. No obstante, pueden darse circunstancias en que una persona ataque a otra, normalmente a aquellas con las que tiene más relación o son más cercanas, lo que incluye a la familia y al equipo de salud mental. A veces ocurre que se retiene a alguien durante un largo periodo de tiempo debido a que preocupan los posibles riesgos o su peligrosidad. En ocasiones se asume que la violencia está directamente asociada a las experiencias personales, por ejemplo, si las voces que escucha le instan a hacer algo («alucinaciones imperativas» en lenguaje médico). Sin embargo, estas circunstancias suelen darse muy pocas veces. (60) Es mucho más habitual que las personas que son violentas respondan con violencia, como lo harían en otras circunstancias, sobre todo cuando la persona se siente sin poder. Por ejemplo, la mayoría de los actos violentos en las unidades de psiquiatría ocurren después de que alguien de la plantilla limita por algún medio la libertad de la persona, por ejemplo, negándose a responder, al poner una restricción o al insistir en que tome la medicación. (61) El personal debiera estar entrenado en técnicas de negociación y de resolución de conflictos. Esto podría incluir el *role-playing* en el que a uno se le priva de libertad para aprender a empatizar con las personas cuando se sienten abrumadas, asustadas, o enfadadas. Los servicios también deben suministrar a las familias este tipo de ayuda.

10.7.3 El riesgo de que los servicios dañen

A pesar de que muchas personas han tenido buenas experiencias en los servicios y con sus profesionales, todos los tratamientos llevan consigo el poder potencial de hacer bien o causar daño. Están documentados los efectos negativos de los psicofármacos y de otros aspectos del tratamiento. Estos problemas a menudo ni se reconocen ni son tenidos en cuenta por los profesionales, quizás debido a que asumen el rol de persuadir a las personas para que se adhieran al tratamiento. Sin embargo, los servicios de salud mental son los únicos que tienen la posibilidad de obligar a las

personas a usar los servicios bajo la legislación actual. Esto significa que quienes trabajamos en estos servicios tenemos la responsabilidad ética de hacer todo lo posible para mantener a las personas a salvo del daño que los propios recursos puedan ocasionarles.

Parte del daño que proviene de los servicios se asocia a las expectativas no realistas que tenemos de ellos como sociedad. Esto procede de una cultura en la que hay «miedo al riesgo», donde los propios profesionales temen ser culpados o criticados si algo sale mal. Esto, junto a la asunción equivocada de que persuadir a alguien para que tome la medicación es una forma eficaz para mantener su propia seguridad y la de los demás, puede acarrear consecuencias negativas. Por ejemplo, en algunos servicios, los profesionales, con miedo a ser criticados si algo sale mal, se encuentran hiperfocalizados en insistir en la toma del tratamiento. (62) Como se recalca en la sección 12, hay una gran variabilidad individual en la respuesta a la medicación. Se necesita con creces un enfoque más sofisticado.

10.7.4 Coerción: usar la legislación en salud mental

La legislación actual permite retener a las personas en un hospital e incluso tratarlas con fármacos contra su voluntad, si se considera que padecen un «trastorno mental» y ponen en riesgo a uno mismo o a otros. Debemos recordar que esta es una decisión muy seria y que puede resultar muy perturbadora. El número de personas bajo coacción legal ha aumentado año tras año y vemos esto con gran preocupación. (63) El número de ingresos involuntarios dobla a los que se producían en 1980, (64) y en muchos hospitales la mayoría de las personas están retenidas en contra de su voluntad. Aunque se tuvo la esperanza de que la introducción de los «tratamientos asertivos comunitarios» redujera esta cifra, no han sido eficaces a la hora de prevenir los ingresos. (65)

Se argumenta que al mantener a las personas en contra de su voluntad, en unidades que normalmente son desagradables y a veces atemorizantes, y donde a menudo la única ayuda que se suministra es medicación con efectos adversos angustiosos, supone un fracaso en la defensa del principio ético de reciprocidad, que implica que «cuando la sociedad impone a una persona la obligación de cumplir con un programa de tratamiento o de cuidados, a su vez se debe imponer la obligación paralela a las autoridades asistenciales, sanitarias y sociales, de suministrar servicios seguros y apropiados, incluyendo mantener la asistencia una vez finalizada la orden coercitiva». (66)

La *British Psychological Society* (Sociedad Británica de Psicología) ha defendido que las decisiones deben basarse de forma explícita en la competencia de las personas para tomar decisiones («capacidad»), antes que en si la persona tiene un diagnóstico psiquiátrico o no. (67) La legislación escocesa resulta clara en este aspecto, no así la inglesa o la galesa. Muchos de los ingresos suponen la administración involuntaria de medicación, a veces por la fuerza. Hay un debate acerca de si esas medidas podrían justificarse en alguna situación. (68, 69, 70, 71, 72)

Me cogieron entre 4 o 5 enfermeros, me tumbaron, y me administraron la medicación. Me la pusieron detrás. Me sentí muy degradado y resultó totalmente humillante. Me bajaron los pantalones y recibí un pinchazo en la nalga. Era una medicación muy potente y me dejó extremadamente sedado durante varios días...

Sin embargo, esto no me ayudó a entender mi confusión. Y me quitaron las ganas de colaborar con los que supuestamente estaban intentando ayudarme. En una ocasión intenté escapar, y esta es una de las razones por las que pienso que la involuntariedad es peligrosa, ya que me incitó a intentar escapar en el momento en que me encontraba más vulnerable. No tuve la paciencia de esperar a que llegara el tren, y empecé a caminar por las vías y el tren surgió detrás de mí. Escuché la bocina y me quedé paralizado, justo se detuvo frente a mí y subí al tren. Estaba preocupado por ideas de tipo religioso, y le pregunté al maquinista si creía en Jesús, y me contestó «no lo sé, pero menos mal que Harry te ha visto».

Rufus May (73)

Tener experiencias extrañas, que uno mismo o los demás no pueden comprender, y que llevan a actuar, hace que otros se asusten de forma inmediata. Cuando las personas tienen miedo, quieren «que se haga algo al respecto». Si alguien se encuentra asustado, pero «cuerdo», junto con los profesionales del Estado (policía, trabajadores sociales o psiquiatras) se puede conseguir encontrar algunas maneras satisfactorias para reducir su ansiedad. Pero una vez que para el sistema la persona se ha transformado en paciente psicótico, entonces la ansiedad de ésta asegura que los profesionales actuarán. Medicarán en vez de esperar y observar, y en caso de duda usarán el poder legal o la amenaza de utilizarlo. Por este motivo, es difícil encontrar un paciente que no esté medicado, y así mediante el uso de la Mental Health Act (Ley de Salud Mental, UK) o con la amenaza de usarla se controla una situación imprevisible.

Pero es un giro inesperado...si nos movemos hacia una filosofía de tratamiento más consensual, voluntario y centrado en el usuario, donde a las personas se les da la posibilidad real de elegir (es la retórica de los Mental Health Trusts y no solo la de este informe) entonces hay una consecuencia crucial cuando se usan de forma automática las rutinas farmacológicas de tratamiento y control legal. Los pacientes son enajenados y traumatizados cuando se les coacciona y de esta forma se anulan las buenas intenciones involucradas en esa retórica. El poder del «sano» sobre el «enfermo» se debe usar con mucha cautela si esa retórica debe llegar a ser real.

Professor David Pilgrim, Colaborador

Sección 11: Hablar – la ayuda psicológica

Puntos clave

Las terapias psicológicas – psicoterapias o tratamientos basados en la palabra – son útiles para muchas personas.

El National Institute for Health and Care Excellence – NICE (Instituto Nacional por la Excelencia para la Salud y la Asistencia en el Reino Unido) ha revisado las pruebas y recomienda que se ofrezca una psicoterapia a todas las personas con diagnóstico de esquizofrenia. A pesar de ello, en la actualidad, la mayoría no tiene acceso a ella.

La terapia que tiene más investigación tras ella es la terapia cognitivo-conductual (TCC o CBT). Los ensayos encontraron que las personas, por termino medio, mejoran con la TCC tanto como con la medicación.

Las intervenciones familiares también han sido ampliamente investigadas y muchas personas encuentran muy útiles las reuniones familiares.

La psicoterapia es muy popular: la demanda supera ampliamente a la oferta en el NHS.

De forma urgente es necesario aumentar la inversión en los enfoques psicológicos, para asegurar que todos los servicios consigan el mejor nivel, y que las personas puedan tener la oportunidad de elegir.

Los diferentes enfoques se adaptan a diferentes personas. No todos encuentran útil la terapia psicológica como tal y a algunas les resulta realmente inútil. Hay que respetar las elecciones de las personas.

Todo el equipo debe formarse en los principios de un enfoque psicológico, como se ha descrito este informe, no solo para informar sobre la terapia formal propiamente dicha, sino también sobre toda la cultura de los servicios, incluyendo cualquier diálogo que tenga lugar dentro de ellos.

Introducción

Es fundamental que las personas puedan hablar y pensar sobre sus experiencias en un ambiente tranquilo, de apoyo, y sin ser juzgados. Es la base para cualquier forma de ayuda y debe ser lo primero que oferte cualquier profesional o servicio. A menudo, esta oportunidad es lo más importante que cualquier profesional de salud mental puede hacer.

La psicoterapia, también llamada terapia psicológica, es en esencia una oportunidad más formalizada para que las personas hablen y piensen sobre sus experiencias. Esto ayuda a que las personas puedan dar sentido a sus experiencias, descubrir lo qué significan para ellas, y encontrar lo que sea de ayuda.

La idea de que es posible comprender psicológicamente las experiencias «psicóticas» – es decir, al igual que entendemos otras experiencias humanas – está transformando los servicios de salud mental. Algunos de los colaboradores de este informe han estado en la primera línea de esta evolución. Una consecuencia práctica importante ha sido que las terapias psicológicas estén ahora disponibles más ampliamente, aunque hay un largo camino a recorrer hasta que sean accesibles para todos. (1)

Toda terapia psicológica se sustenta sobre una relación de confianza y de trabajo colaborativo,

entre el terapeuta y el cliente. En algunos casos, ese es probablemente, el «componente» más importante, (2) y es capital que las personas encuentren un terapeuta con el que se sientan cómodas. Los diferentes enfoques también se ajustan a diferentes personas, dependiendo de sus preferencias, y de lo que parece mantener el problema – la «formulación» a la que nos referimos antes.

Las terapias habladas se pueden ofertar a individuos, a grupos o a las familias. En este último caso, a menudo se llama «intervención familiar», como se describió antes en la Sección 9. Aunque la terapia psicológica tradicionalmente se ofertó asociada a la medicación, la investigación reciente sugiere que podría ser útil como una alternativa en algunas personas. (3,4,5,6)

Es vital que los terapeutas trabajen con las metas de la propia persona, en vez de asumir qué es lo importante. Por ejemplo, el reducir los «síntomas», como las voces, puede no ser la meta principal de la persona. El psicólogo clínico Paul Chadwick describe la necesidad de una «colaboración radical». (7) Basado en el enfoque centrado en la persona de Carl Rogers (8) la «colaboración radical» se fundamenta sobre los siguientes supuestos:

Supuestos básicos de la «colaboración radical» en la terapia psicológica

1. El núcleo de las personas es esencialmente positivo. Dadas ciertas condiciones terapéuticas (por ejemplo, la escucha activa y la exploración de nuevas posibilidades dentro de un proceso transparente) los clientes que experimentan psicosis pueden dirigirse hacia el bienestar emocional y la aceptación.
2. La «experiencia psicótica» está en un continuo con la experiencia ordinaria y forma parte de la condición humana – por lo tanto, por definición se sitúa lejos de la enfermedad.
3. La responsabilidad de los terapeutas se manifiesta en la colaboración radical y la aceptación.
4. El compromiso es un proceso, no un resultado clínico. Los terapeutas no asumen la responsabilidad de que el cliente avance, ya que esta responsabilidad es compartida, y el aprendizaje ocurre de forma independiente del resultado.
5. La efectividad de la terapia depende de la comprensión de las fuentes del sufrimiento, no de las fuentes de la psicosis. No es necesario buscar las causas para comprender el sufrimiento de la persona y su respuesta a las experiencias «psicóticas».
6. El propósito de los terapeutas es ser uno mismo de forma más plena ante el cliente. Encontrarse con el cliente como persona (más que con un conjunto de problemas), siendo uno mismo una persona. Siendo más plenamente, el terapeuta está modelando el comportamiento interpersonal y reduciendo la posibilidad de una aceptación limitada, como la que el cliente podría experimentar habitualmente. Trabajar con personas que tienen experiencias «psicóticas» puede resultar estresante. Los profesionales mismos necesitan una supervisión regular y apoyo emocional para mantener un enfoque abierto y colaborativo con los usuarios del servicio.

Profesor Paul Chadwick, Psicólogo Clínico (9)

La mayor parte de esto es común a todas las buenas terapias psicológicas. Los diferentes tipos de psicoterapia tienen más aspectos en común que diferencias. En esencia, todas son una oportunidad para la conversación entre dos o más personas, hablar sobre los problemas, descubrir lo que podría contribuir a ellos, y lo que podría ayudar. Es vital que haya una buena relación de trabajo entre las personas involucradas.

En todas las terapias psicológicas es importante recordar que:

- Comprometerse con la terapia es algo que se elige. Cuando las personas sienten que no es para ellas, o que este no es el momento adecuado, esto debería ser respetado.
- A diferencia de la medicación, la terapia sólo se puede ofrecer a las personas, no se puede imponer o forzar.
- Diferentes personas tendrán diferentes metas para la terapia – por ejemplo, pueden querer centrarse en el estado de ánimo bajo o en la autoestima, más que tratar directamente las voces o la paranoia.
- Como otros «tratamientos», a veces la terapia puede tener «efectos secundarios» e incluso producir daño.
- Incluso un excelente terapeuta no será el adecuado para todos los clientes.
- Incluso las terapias con mayor «base en las evidencias» no ayudan a todas las personas. Las personas mismas son los mejores jueces sobre si una terapia o un terapeuta concreto le está ayudando.

Hay algunas diferencias entre los enfoques, que se describirán después. La modalidad de terapia sobre la que más se ha investigado es la terapia cognitivo-conductual o TCC, y esta se discutirá en primer lugar. Sin embargo, diferentes cosas encajan de forma distinta en las personas. Las personas pueden necesitar probar diferentes cosas para averiguar qué les funciona.

11.1 La terapia cognitivo-conductual (TCC ó CBT)

TCC (en este contexto a veces llamada TCCp – CBTp., que es la abreviatura de TCC para la psicosis) es una psicoterapia estructurada, que se centra en la forma en la que las personas comprenden y reaccionan a sus experiencias. (10)

La experiencia de la TCC

Empezar la terapia con Paul – el psicólogo clínico – fue terrible. Me senté, evité el contacto ocular, incluso no despegaba la mirada del suelo. A menudo temblaba y saltaba ante cualquier sonido inesperado. Estaba aterrorizada. Pero pronto quedó muy claro que a Paul no le interesaba mi etiqueta psiquiátrica. Y también quedó claro que estaba preparado para dirigirse al asunto de mis voces sin minimizarlas y sin tratarlas como algo extraño. En la primera sesión las voces gritaban y era difícil concentrarse. Paul se percató de esto y me preguntó qué ocurría con las voces. No me sentí para nada una «chiflada». Paul me hizo sentir que yo tenía cierta importancia. Paul hablaba – necesitaba que hablara y me tranquilizara. Antes estuve con un psicoterapeuta que esperaba a que yo hablase y a menudo no respondía incluso cuando me atrevía a pronunciar alguna palabra.

La relación de colaboración que tengo con Paul me hace confiar en que mis ideas, así como las suyas, son importantes. Puedo decidir sobre lo que quiero trabajar – conservo algo de poder en esta relación. Paul me da feedback y alguna idea de su reacción, me dice a qué áreas le gustaría que pudiéramos atender. Él hace esto y también me da mucho poder y siento que tengo el control.

Hablar sobre la «cuestión de las voces» llegó a hacerse de una forma abierta y normal. No las hemos eludido. Hemos debatido sobre ellas: de dónde vienen las voces, el efecto que tienen sobre mí, cómo las voces alimentan mis sentimientos actuales, y cómo puedo, por suerte, controlarlas parcialmente.

Hemos hablado sobre estrategias de afrontamiento, algunas con éxito, otras no tanto, y algunas simplemente estúpidas (tararear mientras hablan: ¡sólo puedo pensar en las canciones de Dionne Warwick!). Una estrategia a largo plazo – poner a prueba las voces – ha resultado ser la más dura pero la que tuvo más éxito. Tan pronto como una voz aparece en mi cabeza trato de poner a prueba, con las pruebas previas, lo que la voz me dice. Las voces a menudo aparecen e interrumpen las sesiones. Ahora no las ignoramos, sino que lidiamos con ellas.

Ahora me parece que las voces siempre alimentan las imágenes negativas que tengo de mí misma. Puedo pensar sobre las voces como un subproducto de mi propia autoimagen.

Val

El principal supuesto tras la TCC es que el sufrimiento se asocia, parcialmente al menos, con el modo en el que las personas interpretan, dan sentido y responden a las cosas que les ocurren. (11) El terapeuta empatiza con el sufrimiento y el estrés de la persona que es comprensible en esas circunstancias. Trata de ayudar a la persona a descubrir aquello que podría estar sucediendo, y explora los miedos de una forma segura. Ayuda a la persona a identificar los círculos viciosos y cómo podrían evitarlos o salir de ellos. La persona puede empezar a hacer asociaciones con las cosas que le ocurrieron en el pasado. Por ejemplo, podría darse cuenta de que las experiencias traumáticas o amenazadoras de su pasado hacen más probable que interpreten un suceso como amenazante. Podría ser capaz de desarrollar explicaciones alternativas, y quizás observar patrones – por ejemplo, que tiende a percibir más situaciones preocupantes cuando se encuentra más ansiosa. El terapeuta trabaja junto a la persona para desarrollar una «formulación» sobre las bases descritas en el apartado 7.5.1 («Cómo Dan llegó a comprender sus problemas») y que resume la comprensión compartida de lo que podría estar sucediendo – incluyendo cualquier círculo vicioso que pudiera estar operando – y las posibilidades para el cambio. Diferentes personas tienen diferentes metas para la terapia, dependiendo de sus prioridades y la naturaleza de sus dificultades. El terapeuta puede trabajar con la persona para examinar y poner a prueba sus creencias (por ejemplo, que alguien o algo le está intentando dañar, o el poder que tienen las voces que oye). De forma alternativa, si alguien no quiere evaluar sus creencias de esta forma, el terapeuta puede trabajar dentro del marco de referencia de la persona para ayudarle a encontrar formas para reducir su angustia. Por ejemplo, si alguien cree que está siendo espiado por la CIA y no desea examinar esa creencia, podría resultar más útil pensar conjuntamente sobre las estrategias de afrontamiento. La persona podría desear llevar gafas de sol, quizás, para sentirse menos ansiosa cuando alguien le mire, y poder seguir haciendo las cosas necesarias, como ir a la compra. (12)

Las personan puede priorizar, y usar de este modo la terapia, dirigiéndose hacia distintos problemas: por ejemplo, el estado de ánimo bajo, las creencias perturbadoras, las voces perturbadoras, cómo se sienten con sus experiencias y qué significado tienen, cómo afrontar los aspectos de la vida que encuentra particularmente difíciles, y cómo se sienten respecto a si mismas. (13) El trabajo se pone en marcha de forma continua para mejorar y desarrollar la terapia y encontrar formas de ayuda a las diferentes personas: personas en crisis aguda, personas que quieren centrarse en asuntos a más largo plazo, personas que escuchan voces, personas que tienen creencias perturbadoras, personas que están tomando medicación y personas que eligen no hacerlo, personas cuyos problemas están muy vinculados a su estado de ánimo, personas para quienes las dificultades del sueño son un asunto mayor, personas que tienen problemas con el alcohol o con el uso lúdico de drogas, personas que prefieren seguir su propio camino, o personas que prefieren un enfoque grupal. (14,15) A medida que se aprende más sobre las emociones, el pensamiento y otros procesos que pueden estar involucrados en diferentes problemas, se es más capaz de desarrollar más modos específicos de brindar ayuda.

Terapia cognitivo-conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) me permitió tomar el control de lo que había en mi cabeza. Ahora todo es menos caótico y mi mente queda libre para hacer otras cosas.
Mi terapeuta era una mujer amable y cálida y me ayudó a hacer mapas de mi pensamiento. Simplemente ver en un papel que mis pensamientos seguían cada vez una ruta fija fue una revelación. El pensamiento negativo no es sólo seductor, es un camino hecho de arenas movedizas. Te puede arrastrar, pero solo si le das alguna autoridad. La TCC me dio una posibilidad de elegir, y elegí el pensamiento positivo y la acción, incluso a pesar de que incluso era más fácil cultivar la terrible y bella flor que es la psicosis... Brevemente, hace diez años podría haber sido una de esas personas que dijera si a «es bueno el suicido asistido para las personas mentalmente enfermas, y es algo bueno y necesario». Pero hoy no. ¿Por qué no? Porque he cambiado. Cambiar es posible. Y si es posible, ¿cómo puedo abogar por el suicidio asistido?

Dolly Sen (16)

11.1.1 La efectividad de la terapia cognitivo-conductual

Hay una base de evidencias robusta que sugiere que muchas personas encuentran la CBT_p útil. (17,18) Otras formas de terapia también pueden ser útiles, pero hasta ahora es la CBT_p la que ha sido investigada más intensamente. En la actualidad hay muchos meta-análisis (estudios que utilizan una técnica estadística que permite unir los resultados de varios ensayos y calcular un promedio) escrutando su efectividad. Aunque cada uno de ellos muestra resultados ligeramente distintos, hay un consenso general de que la media de las personas obtiene tanto beneficio de la TCC como de la medicación psiquiátrica. (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26)

Aunque las terapias psicológicas no ayudan a todos en unas personas suponen una gran diferencia en sus vidas. (27) Incluso sin reducir la frecuencia o la intensidad de las experiencias, a menudo ayudan a disminuir el sufrimiento, y por supuesto esto es algo que las personas desean. También pueden ayudar a las personas a encontrar formas para lograr sus metas y seguir adelante con sus vidas, incluso aunque sus experiencias se mantengan (por ejemplo, oír voces). Algunas veces los cambios incluso resultan visibles en los estudios mediante neuroimagen (escáneres) del cerebro. (28)

El *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* considera las pruebas lo suficientemente robustas como para recomendar que a cada persona con un diagnóstico de esquizofrenia se le deba ofrecer TCC. NICE recomienda que se ofrezca a las personas al menos 16 sesiones individuales durante un mínimo de 6 meses. (29) Sin embargo, esto está lejos de ocurrir en todos los sitios: en realidad la *Schizophrenia Comission* (Comisión para la Esquizofrenia) halló que sólo una de cada diez personas que podrían beneficiarse tiene acceso a una buena TCCp. (20) Consideramos esto con gran preocupación – de hecho, se puede considerar escandaloso. (31)

Actualmente existe un sistema de capacitación que describe el conocimiento y las habilidades que necesitan los practicantes de la TCC_p. (32) Hay consenso sobre algunos de los «ingredientes

activos» necesarios, (33) que se reflejan en el marco de capacitación. Sin ellos, la terapia tiene el potencial de ser inútil o incluso dañina. Se listan en el recuadro, junto con las citas de personas que las han experimentado en la terapia.

Los «ingredientes activos» necesarios en la TCC para la psicosis

Ofrecer la posibilidad de elegir si se inicia una terapia y cuándo:
Para ser honesto, hubo momentos en los que no había posibilidad de que me comprometiera o me beneficiase… Creo que debes estar preparado y motivado, porque hay mucho que pensar y tienes que estar claramente con la mente abierta.

Colaboración:
Hubo mucha colaboración entre el psicólogo y yo. Se me ofertó como un trabajo en equipo y pensé que eso era genial. No era como alguien que tiene una agenda… se centraba en mí, nada parecido había ocurrido antes.

No considerar las experiencias psicóticas como locas o equivocadas:
… todos estos pensamientos, pensaba cuando me sentía bien, dios mío son tan locos, pero (el terapeuta) me ayudó a ver que no eran unos pensamientos locos, tras observar lo que ocurría.

Usar la formulación para comprender las asociaciones entre pensamientos, sentimientos y comportamiento:
… como mapas de mi estado de ánimo y como pequeñas cosas sobre diferentes partes de mi vida y que encajan juntas. Dibujó pequeños diagramas que tenían sentido para mí y yo pensaba algo así como: «Sí, sí, es eso».

Examinar y poner a prueba las formas de pensar:
Creo que la cuestión de las pruebas está bastante bien… tienes que realizar un tipo de trabajo «Bueno, ¿es posible que sea real?» Como si pensaras, digamos que las personas te extraen los pensamientos de la cabeza… y bueno, ¿Dónde están las pruebas de que lo hacen?

Poner a prueba las cuestiones en el mundo real, entre las sesiones de terapia:
Siento que si no hubiera hecho las tareas que tenía para casa, aunque luego me presentara a la sesión, creo que me habría tomado mucho más tiempo.

Todas las citas proceden de entrevistas realizadas por la usuaria de servicios e investigadora Martina Kilbride y sus colaboradores (24)

11.1.2 Un apoyo menos formal basado en las ideas de la TCC

Aunque desafortunadamente la mayoría de los usuarios de servicios en el Reino Unido todavía no tienen acceso a la TCC, o en realidad a ningún tipo de psicoterapia, todos ellos tienen conversaciones con los profesionales de salud mental. Las ideas contenidas en este informe, también las procedentes de la TCC, pueden resultar muy útiles incorporándolas a las conversaciones. En parte, la motivación de redactar este informe es diseminar estas ideas de forma más extensa. Esperamos que todos los profesionales las lean y debatan como parte de su formación, y que las familias y los amigos las integren en sus conversaciones.

El equipo de salud mental puede ayudar a las personas a identificar e implementar estrategias, pueden ser algunas que otros encontraron útiles, (35) o las que se usen en los grupos de autoayuda, como el Hearing Voices Network (Red de Escuchadores de Voces). Como ejemplo se podrían considerar:

- «Mejorar la estrategia de afrontamiento» donde las personas construyen su propio repertorio de formas de afrontamiento, como escuchar música, practicar ejercicio o plantarse ante las voces. (36)
- «Activación Conductual» y «programación de actividades» – esto incluye planificar el tiempo e incrementar el nivel de actividad, estrategias que muchas personas han encontrado útiles. (37)
- Resolución de problemas – identificar un problema concreto, identificar posibles soluciones, elegir una para probar, y luego revisar cómo funcionó.
- Encontrar modos de reducir el estrés.
- «Prevenir recaídas» – las personas que han experimentado crisis en el pasado identifican los signos de alarma y cómo actuar ante ellos, para reducir la probabilidad de futuras crisis.
- Considerar el sueño: El dormir mal y el insomnio pueden llevar a acrecentar los problemas, como la paranoia. Las estrategias centradas en una rutina para irse a dormir, la relajación, y permanecer activo durante el día pueden disminuir tanto el insomnio como la paranoia. Muchas personas encuentran este enfoque útil, algunas veces más que centrarse en la paranoia directamente. (38,39)

En la actualidad la mayor base probatoria la tiene la TCC. Sin embargo, otros enfoques también pueden resultar útiles y muchos de ellos se investigan en la actualidad, para averiguar a cuántas personas ayudan, hasta qué punto, y cómo pueden mejorarse. Algunos se describen a continuación.

11.2 La rehabilitación o remediación cognitiva

Además de las experiencias, como las voces o la paranoia, algunas personas experimentan problemas para organizar su pensamiento, en la memoria, para la resolución de problemas, o en la planificación. Se ha desarrollado un enfoque llamado «rehabilitación cognitiva», y se centra directamente en estos problemas. Puede ayudar con los retos de la «vida real», como encontrar y mantener un trabajo (40,41) y puede que algunas veces sea útil junto a otras terapias psicológicas, reduciendo el número de sesiones que necesitan las personas. (42)

11.3 La terapia centrada en el trauma y los enfoques psicodinámicos

Como vimos en la Sección 6, muchas personas que escuchan voces o que se sienten paranoicas han sobrevivido a experiencias traumáticas o de abuso, y les puede resultar útil que la terapia (incluyendo la TCC) se centre no sólo en el aquí y ahora sino también en los efectos psicológicos del trauma. Muchos psicólogos están capacitados en el trabajo terapéutico con personas que han sufrido un trauma, incluyendo el trabajo con recuerdos y *flashbacks*, y la disociación (disociación quiere decir distanciarse mentalmente de lo que está ocurriendo, algo frecuente en las personas que afrontan el trauma). Cómo vimos en la Sección 6, hay mucho solapamiento entre éstas experiencias y la «psicosis»: de hecho, se ha propuesto que en esencia son lo mismo. (43) Los psicólogos han adaptado los enfoques centrados en el trauma a la terapia para ayudar a las personas que experimentan psicosis. (44,45,46,47)

La terapia psicodinámica también tiene en cuenta que las cosas que han ocurrido en nuestras vidas mantienen su impacto. Esta orientación se orienta sobre las cuestiones difíciles que han ocurrido y también en las relaciones, e incluye la forma en la que nos vinculamos con nosotros mismos y con los demás.

Después de mucho buscar, al final ella encontró personas verdaderamente sabias, almas valientes que tuvieron el coraje y la integridad de actuar como testigos de su verdad. Aunque les doliese mucho, escucharon sus historias del inframundo, y escucharon acerca del terrible sufrimiento que muchos niños padecieron. Juntos descendieron por un largo y sinuoso camino, de vuelta al inframundo, donde pudo darse un proceso de verdad y reconciliación, de escucha y de testimonio, al encarar los horrores del pasado. Para ellos el mundo ya nunca será el mismo, porque han conocido el inframundo. E incluso aunque ella sea un bicho raro de la naturaleza, la aman, la sostienen y la calman, y gradualmente ella empieza a sentirse humana. Ella empieza a sentirse real. Descubre que no está sola en ese mismo camino, en el que siempre estuvo. Empieza a aceptar el apoyo como un acto de coraje y compromiso con la vida y con el futuro. Sólo entonces ella puede empezar a hacer el duelo por todo lo que perdió. Ella no sabía que era posible llorar tantas lágrimas… y entonces un día ella conoce lo que siempre había sabido. Sus voces son algo más que simples voces. Son muchos yoes distintos, con diferentes nombres, edades, experiencias, sentimientos, identidades; yoes disociados que se transformaron en representaciones internas de su mundo externo. Y en vez de intentar erradicar estas partes distintas de si misma, aunque a veces le asustan, ella empieza a acogerlas. Cada una es una parte de la totalidad que es ella. Ella empieza a escucharlas y a comprenderlas y a darles la bienvenida con compasión y comprensión. Para su gozo, empiezan a enseñarle los misterios de la sanación, la alquimia y la magia. Paulatinamente ella se siente menos avergonzada de quién es y empieza a maravillarse de lo creativa que ha sido sobreviviendo a los horrores del inframundo.

Jacqui Dillon, de The Tale of An Ordinary Girl (48)

11.4 La terapia de aceptación y compromiso (ACT) y mindfulness

Algunas personas encuentran útil la meditación mindfulness, o el enfoque adoptado por la Terapia de Aceptación y Compromiso. (49,50) Estos enfoques incluyen percibir o ser más consciente de los pensamientos y las experiencias, y aceptarlos como cosas que vienen y van, como simples pensamientos más que como hechos. Algunos psicólogos ahora ofrecen sesiones de mindfulness guiadas adaptadas a las necesidades de las personas que experimentan psicosis. (51,52) La Terapia de Aceptación y Compromiso (*ACT*) está basada en la idea de que todos experimentamos sufrimiento, y que, en vez de gastar energía en luchar y tratar de controlarlo, puede resultar de ayuda ser capaces de desarrollar la aceptación de nuestro dolor emocional y focalizarnos en lo que es importante para nosotros. Muchos psicólogos se inspiran en esas ideas al lado de las descritas antes.

11.5 La terapia narrativa y las sistémicas

La idea detrás de la terapia narrativa es que nuestras vidas e identidades cogen forma mediante relatos que desarrollamos sobre nosotros mismos y que otros desarrollan sobre nosotros. (53) Los grupos de terapia narrativa ayudan a sus miembros a describir completamente sus historias interesantes y a superar los efectos de historias limitantes y negativas que cuentan sobre si mismos (por ejemplo, el ser un «esquizofrénico crónico»). Un ejemplo es el grupo «*Power to Our Journeys» (*Poder para Nuestros Viajes) descrito por el terapeuta narrativo Michael White. (54,55) De forma similar, la terapia sistémica enfatiza el rol jugado en los «sistemas» de los que formamos parte, como nuestras familias o la sociedad. Considera las ideas, creencias, e historias, que hay en el entorno, y cómo todos nosotros negociamos nuestra posición y nuestras relaciones. A menudo puede ser útil recurrir a estas ideas en los encuentros familiares (sección 9.1.1.1).

Cuando estás en la fase aguda te encuentras perdida en tus experiencias y en la historia mítica que desarrollaste para darles sentido. Necesitas ayuda para mantener el rumbo. La naturaleza de esta historia, el significado que suministra, y tu relación con ella (¿en qué medida es esto cierto y cómo narro lo que es cierto?) es clave para desarrollar una manera de vivir con éxito o no, y recuperarse bien o no. Esencialmente, el modelo médico es una historia que tiene mucho éxito y se ofrece a las personas y se presenta con el apoyo de los productos farmacéuticos y la mitología del psiquiatra y sus capacidades. (Esto no significa que todo en esta historia sea mitología o sea un mito). Por supuesto, tener tan sólo esta historia para las experiencias y su significado no es útil. Descarta otros significados que son importantes – en particular la importancia de que uno tiene responsabilidad en su propia historia compleja y que habitualmente la medicación no va a solucionar todo el problema.

Laura Lea, colaboradora

11.6 Dialogar con las voces

Dialogar con las voces es un enfoque relativamente nuevo que puede resultar útil para algunas personas que escuchan voces perturbadoras. Se basa en la idea de que las diferentes voces a menudo reflejan diferentes aspectos de uno mismo o de las experiencias tenidas. Un terapeuta (llamado «facilitador» en este contexto) hace preguntas a las distintas «voces» para ayudar a la persona a explorar, y si resulta útil para cambiar su relación con ellas. (56) Algunos autores están explorando usar *avatares* para representar las voces. (57)

11.7 La ayuda a las familias

En la sección 9 se describen los modos en que los servicios pueden ayudar a la familia y a los amigos para que den apoyo, incluyendo la oferta de encuentros regulares donde la familia entera puede discutir las cuestiones. Ahora hay excelentes pruebas de que muchas personas encuentran las «intervenciones familiares en la psicosis» extremadamente útiles. (58,59,60,61) *NICE* recomienda que este tipo de ayuda sea ofertada a todas las personas con un diagnóstico de psicosis o esquizofrenia que viven o mantienen un contacto cercano con los miembros de su familia, junto a un apoyo concreto para los miembros de la familia que estén más involucrados en ayudar a su persona querida. (62)

11.8 Hacer que la terapia psicológica sea más accesible

Desafortunadamente, a pesar de la alta demanda de terapia psicológica, y la evidencia de su efectividad, los servicios caminan lentos para ponerse al día y la mayor parte de las personas todavía no tienen acceso a ella. A pesar de las recomendaciones de *NICE*, (63) todavía hay muchos y muchos usuarios de servicios que solicitan una terapia que podría ser un salvavidas, pero no pueden acceder a ella en el *NHS*. Incluso los que han esperado durante años: por ejemplo, Dolly Sen refiere una «década de su vida desperdiciada» antes de que se le ofreciera terapia psicológica. (64)

Recomendaciones de *NICE - National Institute for Health and Care Excellence* (Instituto Nacional por la Excelencia para la Salud y la Asistencia, UK)

Los servicios tendrían que:

«Ofrecer terapia cognitivo conductual a todas las personas con psicosis o esquizofrenia. Esta se puede iniciar tanto en la fase aguda como después, incluso en los entornos hospitalarios».
«Ofrecer intervenciones familiares a todas las familias de personas con psicosis o esquizofrenia que conviven o mantienen un contacto cercano con el usuario del servicio. Esta se puede iniciar tanto en la fase aguda como después, incluso en los entornos hospitalarios».(65)

En 2012, la influyente *Schizophrenia Comission* (Comisión para la Esquizofrenia) (66) señaló que «Es inaceptable que sólo uno de cada diez de quienes podrían beneficiarse puedan acceder a una Terapia Cognitivo Conductual real, a pesar de ser una recomendación de NICE». También muchos grupos de usuarios de servicios y organizaciones benéficas de salud mental están haciendo una campaña activa para que las psicoterapias estén accesibles de forma más amplia. (67) El gobierno

ha expresado su intención de «mejorar el acceso a la terapia psicológica para la enfermedad mental severa» (68) pero actualmente sólo se subvenciona en unos pocos centros. Es necesaria de forma urgente una mayor inversión.

> En febrero del año pasado, 10 años después de ser diagnosticado, al final inicié un tratamiento psicológico. Fui al Hospital de Maudsley en Londres cada semana para sesiones de TCC y el terapeuta me ayudó a encontrar estrategias de afrontamiento. Tenía realmente muchos problemas para dormir y la TCC me ayudó con esto, y me ayudó de forma real con la «asquerosa voz»: la TCC me ha ayudado de forma real a mantener distancia con la voz y ahora no creo lo que dice. Ahora pienso en la voz como si fuera un pequeño matón y no dejo que me moleste. Todo esto tiene que ver con retomar el control. La diferencia que ha hecho la TCC es increíble – realmente ha cambiado mi vida... La única cosa que lamento es no haber tenido acceso a ella antes – podría haber evitado muchos intentos de suicidio y no me habría sentido tan mal durante tanto tiempo.
>
> David Strange (69)

11.9 Buscar un enfoque que encaje contigo

Aunque prácticamente todas las personas se benefician de hablar de sus experiencias, y muchas personas se benefician de la terapia psicológica formal, no es el caso de todas. Algunas prefieren un apoyo más informal de los amigos, la familia, y el equipo de salud mental.

Al igual que la medicación, es posible que la terapia haga bien o mal. (70) Puede resultar difícil hablar sobre asuntos dolorosos. Algunas veces las personas reciben una terapia incompetente o inadecuada, o incluso se encuentran con terapeutas que abusan. Es un hecho desafortunado, pero real, que un pequeño número de personas en todas las profesiones a veces traspasa el límite de la conducta inapropiada. El *NHS Trusts* (*National Health Service Trusts),* las organizaciones profesionales como la *Britisht Psychological Society* (la Sociedad Psicológica Británica), el *Health and Care Professions Council* (Consejo de Profesiones Sanitarias y Asistenciales) y la policía de forma adecuada toman esos abusos muy seriamente.

Diferentes tipos de terapia también encajan con diferentes personas. Pudiera ser que las personas necesiten probar más de una perspectiva y los profesionales deben respetar las decisiones de las personas.

11.10 Conclusiones

Actualmente hay una vasta evidencia de que los enfoques psicológicos pueden resultar muy útiles en las personas que experimentan la psicosis. Sin embargo, sigue habiendo una amplia variación de lo que está disponible en los diferentes lugares. Incluso los enfoques de más éxito, como la intervención temprana y el trabajo familiar, a menudo no están disponibles, y nueve de cada diez de quienes se podrían beneficiar no tienen acceso a la TCC. (71) Hay una necesidad creciente de que todos los servicios satisfagan el mejor nivel, ofertando así a las personas una verdadera posibilidad de elegir. (72) Y lo que quizás resulta más importante, necesitamos un cambio cultural en los servicios, de forma que la comprensión psicológica descrita en este informe participe en cada diálogo y en cada decisión.

Sección 12: La medicación

Puntos clave

Muchas personas encuentran que la medicación «antipsicótica» les ayuda a manejar las experiencias, al hacer que la escucha de voces sea menos intensa, frecuente o perturbadora. Puede ser particularmente útil en los momentos de crisis cuando las experiencias pueden resultar abrumadoras.

Sin embargo, los fármacos parecen tener un efecto amplio, más que uno específico: hay poca evidencia de que corrijan una alteración bioquímica subyacente.

Tiene tantos riesgos significativos como beneficios potenciales, especialmente cuando las personas toman la medicación durante muchos años.

Quienes los prescriben deben ayudar a las personas a sopesar los riesgos y los beneficios de tomar fármacos concretos y de tomar cualquier tipo de medicación. Las personas necesitan tener la posibilidad de probar cosas y llegar a tomar una decisión informada. Los servicios no deberían presionar a las personas para que tomen medicación.

Como vimos en la Sección 11, las terapias psicológicas con frecuencia no se ofertan de forma habitual. Sin embargo, a casi todas las personas que llegan a los servicios buscando ayuda con sus voces o con creencias inusuales se les ofrece medicación. Los fármacos más frecuentemente prescritos son los conocidos como neurolépticos. Estos fármacos (a veces llamadas «antipsicóticos» o tranquilizantes mayores) se desarrollaron por primera vez a finales de la década de 1940 y desde entonces se usan ampliamente para intentar disminuir las experiencias «psicóticas». Los hay de muchos tipos como la clorpromazina, tioridazina, la trifluoperazina, sulpiride, haloperidol, flupentixol y flufenazina. Más recientemente, se están usando nuevos neurolépticos (por ejemplo, clozapina, risperidona, quetiapina y olanzapina). A estos habitualmente se les nombra como «antipsicóticos atípicos».

12.1 ¿Cómo puede ayudar la medicación?

Muchas personas encuentran que la medicación neuroléptica es útil, particularmente en las crisis agudas cuando las experiencias se pueden sentir como abrumadoras. Ésta puede reducir la intensidad de las experiencias y ayuda al hacerlas menos perturbadoras. Algunas personas también la encuentran útil para un periodo posterior, o incluso a largo plazo, por sentir que las experiencias resultan más manejables y para reducir la probabilidad de que aumenten en severidad o intensidad.

Mientras que no hay duda de que muchas personas encuentran los fármacos neurolépticos útiles, hay cierta controversia acerca de cómo funcionan. Muchos parecen afectar al neurotransmisor (química cerebral) dopamina, (1) y a veces se ha pensado que son – y a menudo se promocionan por las farmacéuticas así – tratamientos específicos para enfermedades específicas, quizás corrigiendo algún tipo de desequilibrio químico. Sin embargo, esta idea ha sido refutada, y se ha sugerido que el término «antipsicótico» es bastante inexacto. (3) En la práctica lo que hacen parece ser algo más general, ejerciendo un efecto de «amortiguación» de los pensamientos y las emociones, (4) de una forma similar a otros fármacos psicoactivos como el diazepam (Valium). (5) Por supuesto, pueden resultar muy útiles, en concreto cuando alguien está muy agitado o está

experimentando pensamientos muy perturbadores. Algunos psiquiatras sugieren ahora adoptar un enfoque «centrado en el fármaco» en vez de «centrado en la enfermedad». (6) Esto significa que la medicación puede a veces resultar útil para las personas que sufren, pero esto no es lo mismo que curar una enfermedad o corregir una alteración o desequilibrio bioquímico.

Lo mismo que con las terapias psicológicas, algunas personas se benefician de manera generalizada al tomar la medicación, mientras que otras no lo hacen en absoluto. En ambos tipos de tratamiento, los profesionales deben suministrar la información disponible, y también lo que la investigación sugiere que pueda resultar útil en otras personas. De manera que hay que apoyar a las personas a que prueben y decidan lo que les resulta útil.

Las personas que encuentran útiles los fármacos neurolépticos

Con la nueva medicación me sentía tan sano como cualquier otro, con una mente ágil, y deseaba volver a casa inmediatamente. Como por arte de magia, la psicosis había terminado – era como si una película atroz e insoportable, de repente, en un flash, se revelara como si tan solo fuera un sueño.

Peter Chadwick (7)

Resultó fundamental para mi propia recuperación el que reconociera y tuviera la humildad de aceptar que tuve una enfermedad… una disfunción real a nivel cognitivo y del hardware cerebral… Por experimentar la medicación nunca tuve la sensación de que me llevara a ser alguien que no soy; al contrario, siempre sentí que el haloperidol borraba todas las barreras que me impedían ser quien soy. Mi vida errante, con meteduras de pata y muy bochornosa, dio un giro inmediato… de la clorpromazina al haloperidol y al último «hit» de la medicación a nivel neural, instantáneamente sentí el cambio del estado mental interior – aunque estaba sentado en un autobús vacío… Mientras el autobús arrancaba de la parada de la estación, el fármaco empezó a activarse. «Se acabó» pensé para mí mismo. Desde ese momento no he mirado atrás. Los problemas con mi estilo atencional, con la activación y la modulación de la emoción se corrigieron instantáneamente. Pude sentirlo inmediatamente, incluso en un autobús desierto. Después bajé del vehículo, en West London, con un cerebro radicalmente distinto y corregido, según mi opinión, del que tenía cuando entré en él. He tomado esta medicación como debía durante 25 años.

Peter Chadwick (8)

El fármaco bloqueó la mayor parte de las voces y delirios perniciosos y mantiene mi ánimo estable.

Anónimo (9)

La medicación es un mal necesario ya que sin ella muy poco podía hacer para amortiguar la caída. La medicación paró los síntomas psicóticos, como lo hizo en el pasado.

Anónimo (10)

Para mejorar mi salud necesité tomar medicación – la que se adaptaba a mí y la que tuviera la menor cantidad de efectos secundarios posibles. Todavía tengo una respuesta ambivalente hacia mi medicación. Después de muchos años de modificar y cambiar de medicación, finalmente encontré una que me ayudó… Aunque me siento extremadamente incómoda… acerca del modo en que las compañías farmacéuticas hacen pruebas con animales y conforman las políticas de salud mental, tengo que reconocer que el fármaco me trajo de nuevo a la vida. Sí, intenté dejar la medicación para ver si ya no era necesaria, y encontré que la psicosis seguía ahí.

Dolly Sen (11)

12.2 Los problemas con la medicación «antipsicótica»

12.2.1 La efectividad

Hasta hace poco la «creencia generalizada» era que toda persona que experimenta psicosis tenía que tomar la medicación a largo plazo para reducir la probabilidad de una «recaída». (12) Sin embargo, esta opinión está cambiando. Un editorial del *British Journal of Psychiatry* (Revista Británica de Psiquiatría) ha sugerido que la efectividad general de la medicación «antipsicótica» podría haber sido sobreestimada. (13) Un meta-análisis (que combina los resultados de muchos estudios) sugirió que muchas personas experimentan tan sólo pequeños beneficios, y que sólo en torno al 20% pueden experimentar una mejoría significativa o les previene de una recaída. En este aspecto parece haber poca diferencia entre los «viejos» y los «nuevos» tipos de medicación. (14) Los estudios recientes que siguen a las personas y su recuperación durante siete o veinte años encontraron que, aunque a corto plazo tuvieron más recaídas, a largo plazo las personas que redujeron su dosis o fueron capaces de atreverse a no usar la medicación tendían a estar mejor. (15,16)

12.2.2 Los efectos adversos

La mayoría de los fármacos tienen efectos indeseados (también llamados efectos adversos o «efectos secundarios») así como efectos deseados. Los efectos indeseados comunes de la medicación «antipsicótica» incluyen rigidez, debilidad, y temblor («parkinsonismo»), tensión e inquietud («acatisia») y temblor muscular. Los ensayos con voluntarios sanos han sugerido que la medicación neuroléptica también puede causar cansancio, apatía, y letargia, que a veces se consideran como «síntomas negativos de la esquizofrenia». (17,18) En realidad, en un estudio reciente sobre las experiencias de personas que tomaban «antiguos» o «nuevos» tipos de neurolépticos, los efectos predominantes que las personas informaron fueron «sedación, incapacidad cognitiva, aplanamiento emocional o indiferencia». (19) Los diferentes fármacos tienen efectos secundarios ligeramente diferentes. (20)

Efectos indeseados ("secundarios")

Con la acatisia nunca hay paz, con este impulso a moverse insistente, ya sea balanceándose hacia adelante y hacia atrás en una silla, arrastrándose por la unidad, arrodillarse y acurrucarse en una silla o salir a andar. Es como un tinnitus del cuerpo, nunca hay un momento de silencio interior. Recuerdo un día mirando un espejo en el pabellón 3. Mis ojos estaban hinchados, mi piel estaba grasienta y llena de granos, mi pelo como colas de rata, yo estaba rígido y preocupado por el estreñimiento y simultáneamente atormentado por la acatisia. Parecía la imagen que todo el mundo tiene de un paciente de salud mental – pero era en su totalidad el efecto de la medicación.

Peter Chadwick (21)

Después de probar muchos neurolépticos a dosis máximas (uno incluso con una dosis aún mayor) fui etiquetada como resistente al tratamiento. Tomaba cada noche cinco fármacos distintos antes de acostarme. Entré al hospital a los 19 años de edad, medía 172 cm y pesaba 54 Kg. Pese 105 Kg. (clínicamente una persona obesa). Solía disfrutar corriendo, pero subir un tramo de escaleras era agotador. De hecho, estar despierta era agotador. Estaba tan sedada que me dormía en cada oportunidad que tenía (incluso me quedé dormida en la cena un par de veces). Me volví incontinente; incapaz de dormir durante la noche sin mojar la cama (e incluso no me daba cuenta porque estaba en algo parecido a un sueño comatoso). Entonces empecé a orinarme en el trabajo y tuve que dejarlo porque no estaba preparada para llevar pañales.

Sally Edwards

Un asunto que recientemente ha sido polémico hace referencia a los posibles efectos de los neurolépticos cuando se toman – como ocurre a menudo – durante muchos años. Algunas personas encuentran útil tomarlos a largo plazo, y en el pasado los servicios decían con frecuencia que las personas debieran tomarlos así, en el caso de tener un episodio «psicótico» severo. Sin embargo, la investigación reciente sugiere que el uso a largo plazo puede a veces ocasionar problemas de salud como la pérdida de volumen cerebral (22) o problemas cardíacos. (23) Esto crea un dilema en torno a las prescripciones clínicas. Un investigador líder ha concluido recientemente que los clínicos deben prescribir las «dosis más bajas posibles». (24) Muchas personas ganan peso, y por supuesto el sobrepeso trae sus propios problemas y riesgos como la diabetes. La evidencia reciente sugiere que cuando se utilizan a largo plazo, los efectos indeseados pueden superar a los efectos positivos en muchas personas. (25) Esto es particularmente importante a la luz de las pruebas crecientes que indican que las personas con diagnóstico de esquizofrenia tienen una media de esperanza de vida significativamente menor que las demás. (26) Las razones posibles de esto son complejas, incluyendo un aumento del riesgo de suicidio, la pobreza frecuente, y una asistencia peor de la salud física (hay pruebas de que los profesionales de salud mental pueden tener prejuicios y a veces no prestan atención a los problemas). Aunque un estudio halló que tomar la medicación psiquiátrica parece aumentar la esperanza de vida media, (27) en muchas personas puede ser cierto lo contrario. (28) El periodista científico Robert Whitaker ha dirigido la atención sobre estos asuntos en sus libros «*Mad in America*» (La locura en América) (28) y «*Anatomy of an epidemic*» (Anatomia de una epidemia). (29)

Tomar medicación también puede inducir efectos psicológicos. Por ejemplo, la idea de que la medicación es la que hace que las cosas mejoren puede inducir el mensaje engañoso de que es poco lo que las personas pueden hacer para ayudarse a sí mismas. Es importante que los profesionales reflexionen sobre ello, y presenten la medicación como una entre otras muchas cosas que podrían ser de ayuda. (30)

Las personas que consideran que la medicación neuroléptica no les ayuda

No ayudan a curar las causas de las condiciones; tienen efectos secundarios que te dejan artificialmente dopado, extremadamente gordo.

Anónimo (31)

Estoy intentando dejar la medicación... No quiero estar como un zombi el resto de mi vida.

Frank Bruno (32)

Sí que me ayudó, pero mi personalidad ha estado tan asfixiada que a veces recuerdo la riqueza de los días anteriores a las inyecciones – incluso con estallidos de locura – y es preferible a la berza adormilada en que me he convertido... perder mis periodos de locura lo estoy pagando con mi alma.

Comentario anónimo respecto a la toma de una inyección de acción prolongada («depot») (33)

Las cosas se difuminan con la medicación. Largos periodos de tiempo desaparecen en agujeros negros, partes de la historia de tu vida, arrancadas como las páginas censuradas de un libro. La parte de la historia que realmente deseas leer se fue para siempre. Los efectos secundarios paralizantes espantaron fuera de mí los días luminosos – ciertamente los tenía, pero no pude gestionarlos. La enfermedad asustaba, pero ni la mitad de lo que asusta esto que dice ser la cura. Otros podrán tolerar la medicación, pero para mí debería haber otra manera.

Amanda Nicol (34)

12.3 Tomar decisiones en colaboración sobre la medicación

A través de su formación y el trabajo en el área, los profesionales saben que algunas personas la encuentran útil. Sin embargo, nadie que prescriba se encuentra en una posición que le permita saber si la medicación neuroléptica ayudará a una persona concreta, a qué tipo de persona, en qué dosis, y tomada durante cuánto tiempo. Los neurolépticos solo se pueden usar empíricamente – probando una medicación concreta y viendo qué ocurre. Necesitamos ser honestos y tomar un enfoque pragmático («pruébalo y vemos»), colaborativo, que habla de las opciones y que permite a la persona probar diferentes cosas para ver que le ayuda.

12.3.1 Sopesar los beneficios y los riesgos

En el pasado cuando alguien decidía dejar la medicación, a veces se consideraba que era debido a la «falta de conciencia de enfermedad» o que podía deberse a la desconfianza o la paranoia. Sin embargo, el editorial del British Journal of Psychiatry mencionado antes, (35) sugiere que en muchas personas puede ser una decisión racional tomada tras sopesar los riesgos y los beneficios.

También sugiere que podría ser el momento para reevaluar el supuesto de que los «antipsicóticos» deben ser siempre la primera opción de tratamiento para personas diagnosticadas con psicosis. Finalmente, recomienda que los médicos debieran prescribir de un modo más colaborativo, incluyendo un debate explícito sobre la posibilidad de no prescribir. En el pasado los prescriptores tendían algunas veces a minimizar los efectos adversos. Dado que los neurolépticos pueden ser útiles, pero a menudo también tienen efectos indeseados, puede resultar útil pensar sobre la decisión de tomarlos como una decisión similar a la de recibir quimioterapia para el cáncer, en otras palabras, sopesar los posibles beneficios comparados con los posibles inconvenientes. Las preguntas útiles a preguntar podrían ser:

- ¿Cómo cree que la medicación afecta a su calidad de vida?
- ¿Qué tipo de cosas resultan más fáciles o más difíciles de hacer?
- ¿Cómo podemos ser capaces de realizar un seguimiento de sus efectos?

Recientemente se han desarrollado varios recursos para suministrar información y apoyo a las personas para decidir si continúan tomando la medicación, y para encontrar formas alternativas para encontrarse bien si deciden dejarla o disminuirla: se puede ver la lista de recursos al final de este informe.

Nota importante:

Puede resultar peligroso dejar la medicación de golpe, si ha estado tomándola durante un tiempo. Discuta siempre su decisión con un clínico.
Ver los consejos en www.comingoff.com (36) (hay versión española, ver en la referencia) ó www.mind.org.uk (37).

12.3.2 Encontrar el tipo de medicación que mejor se adapte

Encontrar el tipo de medicación que mejor parece funcionar para una persona concreta, con los mínimos efectos indeseados, puede llevar un tiempo. Todos tenemos ligeras diferencias a nivel químico y diferentes personas reaccionan de modo diferente a la misma medicación. Encontrar la que funciona mejor implica un proceso de ensayo y error. La guía *NICE* sugiere que, si dos neurolépticos distintos han demostrado ser ineficaces, a la persona se le debería ofrecer la clozapina. (38) Se debe a que se piensa que funciona de forma diferente y algunas personas la encuentran más útil. Sin embargo, debido a que puede tener efectos adversos serios en algunas personas, y a que exige un control estrecho, que incluye monitorizar con análisis de sangre, es importante en concreto que finalmente sea la persona que la vaya a tomar quien tome la decisión.

12.3.3 Descubrir cuando tomar medicación

Muchas personas encuentran útil la medicación en los momentos en que las experiencias son más intensas o perturbadoras. Después, algunas personas la usan tanto profilácticamente (tomándola regularmente para tratar de reducir la probabilidad de futuros episodios) como intermitentemente (cuando se sienten mal, angustiadas o bajo estrés). En algunas personas, la medicación profiláctica parece ayudarles a prevenir episodios perturbadores posteriores e ingresos hospitalarios. (39)

Muchas personas deciden tomarla a largo plazo para tratar de evitar estos problemas. Sin embargo, este no es el caso en todas las personas, y es importante que los clínicos ayuden a éstas a comprobar a lo largo del tiempo qué es lo que les funciona. Es fundamental que los clínicos respeten la decisión de quien decida no tomar medicación o intenta dejarla, y apoyar a la persona en su proceso.

Apoyar a las personas a tomar sus propias decisiones acerca de la medicación

Tomé neurolépticos durante algún tiempo, pero luego decidí dejar de tomarlos porque me sentía como un zombi. Incluso ni podía leer un libro. Todavía uso fármacos, pero actualmente es más bien una dosis de mantenimiento con pocos efectos secundarios. Cuando las voces amenazan con abrumarme, aumento la dosis temporalmente.

Anónimo (40)

En ningún momento durante mi primer ingreso, se me consultó nada sobre la medicación que se me daba. Nadie me habló sobre los posibles efectos secundarios y no se me dio la oportunidad de implicarme en la toma de decisiones de mi tratamiento. Mi experiencia fue la de haber sido tratado como un ciudadano de segunda clase, del que se esperaba que tomara los fármacos obedientemente, y que me resultaron bastante nocivos. Mientras el personal tomaba las decisiones por mí, sin escucharme, decidí no confiar en ellos ni en sus decisiones. Estaba decidido a dejar la medicación en la primera oportunidad que tuviera. Era algo muy difícil de hacer ya que los efectos por dejar la medicación duran muchos meses e incluían estados de hiperactividad de «rebote» que son interpretados por algunos como recaídas psicóticas. Al menos en parte, como resultado de esto tuve dos ingresos hospitalarios más antes de que, finalmente, en el tercer intento, me las arreglé para dejar la medicación con éxito. Lo hice sin ningún apoyo y fue una tarea con un desafío extremo. Me habría ayudado el recibir consejos de un especialista sobre las formas prácticas para encarar los efectos de dejarla. Sin embargo, los profesionales de salud mental parecían asumir que, si no tomaba mi medicación, estaba de hecho alejándome de los servicios de salud mental.

Rufus May (41)

12.3.4 Encontrar la dosis correcta

Aunque cada medicación viene con las dosis recomendables, de nuevo a menudo es una cuestión de trabajo clínico con la persona, a lo largo del tiempo, el encontrar la dosis más útil.

No hay evidencias de que las dosis más altas de neurolépticos sean más útiles que las dosis bajas, (42) pero las dosis altas pueden causar más efectos adversos severos. Por esta razón, el *Royal College of Psychiatrists* (Colegio Real de Psiquiatras, Reino Unido) ha recomendado que las dosis altas se utilicen solo en circunstancias excepcionales. (43) Las actuales guías NICE recomiendan que sólo se utilice un neuroléptico cada vez. (44) Sin embargo, las dosis altas y la combinación de varios fármacos parecen prescribirse con mucha frecuencia, y esto es algo que observamos con preocupación. Una auditoría del *Royal College of Psychiatrists* (45) reveló que a una de cada tres personas se le prescribió una dosis diaria más alta que la dosis máxima recomendada y que el 43% de las personas tomaban más de un fármaco neuroléptico.

Parte 4: Lo qué debemos hacer de forma distinta

Sección 13: Aquello que los servicios de salud mental deben hacer de forma diferente

Puntos clave

Se requieren cambios importantes en la forma de planificar, concertar y organizar los servicios de salud mental.

Los servicios deben considerar como punto de partida que salud mental es un área cuestionada y hay que dejar de insistir para que los usuarios de servicios acepten un marco de comprensión determinado.

Los profesionales debemos evolucionar, de considerarnos a nosotros mismos como quienes tratan las enfermedades a vernos como los que brindan ayuda especializada y apoyo a las personas que experimentan un sufrimiento que puede ser comprendido.

Las estructuras de los servicios deben permitir a los profesionales que sean flexibles para adaptar la ayuda a las necesidades concretas de cada persona, en vez de ofertar un grupo de medidas asistenciales estandarizadas.

Los servicios actuales necesitan cambios fundamentales en muchos aspectos. Aunque algunos de ellos pueden conseguirse mediante la modificación de la práctica de los profesionales, otros requieren cambios políticos. (1)

Una historia

La mujer entrega su ofrenda, la hija, a un hombre que tan sólo puede ser el diablo. Ríen juntos y profanan a la niña, robándole su inocencia... Las estrategias de supervivencia que como niña desarrolla de forma involuntaria crean una ilusión de control, la ilusión de que ella tiene algún poder sobre lo que le sucede. A pesar de su indefensión más absoluta, usa todos los recursos que tiene a su disposición en aquel momento – su mente, su cuerpo, su espíritu – y lucha por su vida. Empieza a oír voces, voces que le hablan, que hablan de ella, que la consuelan, la protegen y hacen que se sienta menos sola. Con el tiempo, la controlan y la aterrorizan, pero la ayudan a seguir con la vida...
En su desesperación, ella busca asilo en un lugar que estaba destinado a proporcionarle un refugio... comienza a hablar con los guardianes, que le aseguran que han estudiado, que de hecho sanan a los niños que han sufrido en el inframundo. Para su sorpresa, repiten las palabras del diablo. No hay inframundo. Ella está loca. Ella está enferma. Nació con algo mal dentro de ella. Ella se siente como si le hubieran dado una bofetada en la cara, pateada mientras está en el suelo, vuelve a ser abusada. Esto es un insulto a su herida. Ella está salvajemente indignada... El lugar que estaba destinado a darle refugio es el sitio que casi la lleva al límite de una vez por todas.

Jacqui Dillon, The Tale of an Ordinary Little Girl (El relato de una niña corriente) (2)

13.1 Debemos ir más allá del «modelo médico»

Al menos en el Reino Unido, actualmente la mayoría de los servicios de salud mental se fundamentan en el «modelo médico» – se asume que experiencias como la de escuchar voces indican enfermedad y son la consecuencia de algún tipo de problema en el cerebro. Esta idea está consagrada también en la ley de salud mental y es el fundamento del tratamiento coercitivo. En el pasado muchos profesionales también creían que era poco probable que las personas que experimentan voces angustiosas o paranoia se recuperasen sin tratamiento (por lo general farmacológico). Esta creencia ha llevado a una percepción de que «resulta obligado» prestar tratamiento, y se tiende a considerar a quien no desea el tratamiento ofrecido como falto de conciencia de enfermedad. Tal como se ha demostrado en este documento ambos supuestos son infundados.

Esta premisa tiene que cambiar. Una «idea directriz» más útil y honesta para los servicios es la siguiente:

La salud mental es un campo cuestionado. Las experiencias que a veces se denominan enfermedades mentales, como la esquizofrenia o la psicosis, son muy reales. Pueden causar sufrimiento extremo y ofrecer ayuda y apoyo es un servicio público esencial. Sabemos algo sobre el tipo de cosas que pueden contribuir a estas experiencias o cómo pueden causar sufrimiento. Sin embargo, las causas de las dificultades concretas son siempre complejas. Nuestro saber sobre lo que ha podido contribuir, y lo que podría ayudar, es siempre provisional. Los profesionales debemos respetar y trabajar con las propias ideas que las personas tienen sobre lo que ha contribuido a sus problemas. Algunas personas ven útil pensar en sus problemas como una enfermedad, pero otras no. Los profesionales no debemos promover ninguna perspectiva, ni sugerir que un tipo de ayuda, como la medicación o la terapia psicológica, es útil para todas. En vez de ello tenemos que apoyar a las personas de forma que encuentren lo más útil para ellas, y reconocer que algunas personas conseguirán un apoyo parcial o total desde fuera del sistema de salud mental.

Estas ideas deben guiar a todo el servicio, no sólo al trabajo de los psicólogos clínicos o a los terapeutas que trabajan en el equipo multidisciplinar principal, sino también fuera de éste. Es de una importancia básica que los equipos cambien su práctica y basen toda su asistencia en una «formulación de equipo» que incluya lo psicológico y social, así como los aspectos biológicos del problema, y se desarrolle en colaboración con los usuarios del servicio. (3,4) Esto incluye a todos los tipos de equipos y dispositivos: los equipos de salud mental comunitaria, la asistencia ambulatoria convencional, las unidades residenciales o de hospitalización, incluyendo a las «unidades de agudos», y los servicios forenses.

Cuando las personas tienen problemas graves o están en crisis y hay riesgo para ellas o para otras, a veces hay que tomar decisiones difíciles. En tales situaciones resulta tentador echar mano de un modelo médico simplista: «esta persona no tiene conciencia de enfermedad por lo que debe ser retenida e ingresar y tomar medicación, a la fuerza si es necesario». Por supuesto que se debe intentar proteger a las personas. Sin embargo, en estos casos, resulta aún más importante tratar de entender la complejidad de la situación de la persona, y promover conjuntamente una formulación comprensible para que se puedan ofrecer las formas de ayuda más idóneas.

13.2 Debemos reemplazar el paternalismo por la colaboración

Alianza colaborativa

Es evidente que para una persona que se enfrenta a vivir con graves problemas de salud mental tiene que ser duro pensar qué hacer, tomar algunas decisiones difíciles y, tal vez, probar algunos experimentos arriesgados. Cualquier persona en tal situación podría valorar el tener un aliado que pueda ayudarle a trabajar en los temas en cuestión y llegar a decisiones que sean buenas para ella. Después de haber decidido un curso de acción, la persona puede solicitar... ayuda que le permita transitar por el camino que ha elegido, y ayuda para revisar sus decisiones de vez en cuando, a la luz de los acontecimientos. Pero eso no es cumplimiento es una alianza colaborativa.

Dr. Rachel Perkins y Dr. Julie Repper (5)

En el pasado, los servicios se basaron en lo que se puede llamar enfoque «paternalista» – la idea de que los profesionales saben más y de que su trabajo consiste en aconsejar. El papel del «paciente» es obedecer los consejos («cumplimiento»[1]). Ahora esto debe cambiar. En vez de dar consejos, quienes trabajamos en los servicios necesitamos pensar en nosotros mismos como colaboradores de las personas a las que estamos intentando ayudar. Podemos proporcionar información general sobre lo que puede ocasionar los problemas, lo que puede mantenerlos, y lo que puede ayudar – como de hecho se ha hecho en este documento. Sin embargo, cada individuo es único y la única manera de averiguar lo que va a ayudar a una persona en concreto es explorar su situación particular con ella, y luego ayudarle a probar cosas.

Una relación de confianza y de colaboración entre el profesional y el usuario del servicio es un requisito necesario, y posiblemente tan importante como cualquier tratamiento específico. Cualquier tratamiento (incluyendo el tratamiento farmacológico) es poco probable que resulte muy útil a largo plazo a menos que el profesional y el usuario del servicio tengan una relación positiva y significativa de colaboración. (6) Aunque unas relaciones positivas entre el personal y los usuarios parecen ser un requisito obvio, a menudo los servicios no funcionan como si este fuera el caso.

Cada usuario de servicios necesita un profesional que les permita hablar y pensar sobre sus experiencias en un ambiente tranquilo, sin juicios, en el que se da apoyo, y que esté dispuesto a aceptar sus propias creencias acerca de la naturaleza de sus experiencias – y si lo necesita a trabajar desde ellas. Quizás sea este el mensaje más importante de este informe.

[1] También se suele usar el término adherencia, especialmente cuando se refiere a cumplir con la medicación *(N. deT.)*

13.2.1 Escuchar

Una parte esencial de la colaboración consiste en escuchar. Los profesionales a menudo subestiman el poder de la mera escucha. La escucha activa es un requisito esencial para ofrecer una ayuda adecuada, y es también una poderosa forma de ayuda en sí misma. Muchas personas dicen que la falta de escucha es lo más decepcionante de su relación con los servicios de salud mental.

La importancia de escuchar

Sólo una vez en 15 años de intervención psiquiátrica, a los 36 años, pude encontrar a alguien que estuviera dispuesto a escuchar. Esto significó un punto de inflexión para mí, y a partir de ahí pude pasar de ser una víctima a empezar a ser dueño de mi experiencia. La enfermera tuvo tiempo para escuchar mis experiencias y sentimientos. Siempre me hizo sentirme bienvenido, e hizo lo posible para que no nos molestaran. Apagó su busca y silenció su teléfono, y, a veces, cuando había gente fuera de la sala, bajaba las persianas. Estos actos hacían que me sintiera a gusto. Se sentaba a mi lado, en vez de al otro lado de la mesa... Durante un período de seis meses, tuve la oportunidad de desarrollar estrategias básicas de afrontamiento. Lo más importante fue que ella era honesta – honesta en sus motivaciones y en responder a lo que yo le decía... Gracias al apoyo que esta profesional me dio, he sido capaz de desarrollar una serie de mecanismos de afrontamiento.

Ron Coleman (7)

Durante los cinco años que pasé como paciente, intenté en un par de ocasiones empezar a hablar sobre el abuso sexual que tuve en la infancia. Quería hablar de ello desesperadamente, y sabía que era necesario. Pero fui desalentada para hablar de esas cosas. Siempre fui despreciada del mismo modo en que fueron despreciadas mis teorías sobre el MI5. «El problema de hablar acerca de esas cosas es que hará que sus síntomas empeoren» me dijo un terapeuta.

Sally Edwards

13.2.2 Aceptar otros puntos de vista distintos del modelo médico

Un segundo aspecto clave de la colaboración es el respeto a las creencias de las personas sobre la naturaleza de sus experiencias. Algunas personas consideran sus dificultades como una enfermedad médica, algunas las ven como una reacción a los sucesos que ocurrieron en su vida, algunas como experiencias espirituales, y otras como una combinación de estas. En el pasado, el rechazo a considerarlas como una enfermedad fue visto como «falta de conciencia de enfermedad», a veces incluso como una «parte de la enfermedad». Sin embargo, es inútil insistir en que las personas acepten un marco concreto de entendimiento. En concreto, los profesionales no debemos insistir en que las personas estén de acuerdo con la opinión de que estas experiencias son síntomas de una enfermedad subyacente. Algunas personas encontrarán esta una forma útil de pensar sobre sus dificultades y otras no.

Quien considera sus problemas como una enfermedad

Para mi resultó útil considerar que tuve una enfermedad. Esto me hizo cuidadoso con la necesidad de mantener y ajustar la medicación... la medicación me ayudó a tener más, no menos, conocimiento psicológico y así a avanzar realmente... Sin embargo, se debe decir algo sobre esto... para mantenerse durante años, se necesitan métodos espirituales, psicosociales y cognitivo-conductuales – de lo contrario la dosis del fármaco tendría que haber sido extremadamente alta.

Peter Chadwick (8)

Quien no considera sus problemas como una enfermedad

Mi argumento es que el sistema psiquiátrico, según está establecido en la actualidad, da poca ayuda para que las personas conserven el control de sus vidas en los períodos de sufrimiento emocional, y después hace mucho para frustrar los esfuerzos para recuperar el autocontrol. Vivir 18 años con un diagnóstico de enfermedad no es un incentivo para una autoimagen positiva. La enfermedad es una vía de dirección única, especialmente cuando los expertos arrojan por la ventana la idea de curación, y se felicitan por su sinceridad. La idea de enfermedad, de una enfermedad que nunca va a finalizar, no tiene la dinámica de una fuerza liberadora. La enfermedad crea víctimas. Mientras acojamos a los pensamientos de sufrimiento emocional como si fueran una especie de plaga mortal, no resulta irreal suponer que muchas de las que podemos llamar víctimas continúen con vidas restringidas, sin poder, e insatisfactorias.

Peter Campbell (9)

Muchas personas se acercan a los servicios sin estar seguros sobre cuál es el mejor modo de entender sus dificultades. Es importante que los profesionales les puedan asegurar que no están solos en sus experiencias y que hay ayuda accesible. Sin embargo, también es importante no «presionar» para que tengan un punto de vista concreto sobre el origen de las experiencias. Necesitamos conservar una actitud abierta, dar a las personas la información (quizás una copia de este informe) y apoyarles para que lleguen a una comprensión propia de su situación particular. Otras personas que se acercan a los servicios – en algunos casos son recibidos en contra de su voluntad – ya llegaron a una comprensión particular de sus dificultades, y no desean hablar de ello. En tales casos, mientras se suministra información, debemos respetar y trabajar en colaboración desde el marco de referencia de la persona. Esto contrasta con el enfoque tradicional, que podría considerarlo como una «alianza con los delirios».

Trabajar dentro del marco de referencia o el sistema de creencias de la persona

Ya desde la primera sesión (con el psicólogo clínico) sentí una gran sensación de alivio. De nuevo, mis «síntomas» se transformaron en experiencias y en vez de desanimarme a hablar (contactar o atender) de ellas, me animó activamente a hacerlo. Deseaba conocer a las voces que oía mediante el diálogo. Sólo el tener un espacio para hablar detalladamente sobre todas las características de mi experiencia de oír voces con alguien que quería escuchar fue suficiente para cambiar las cosas. En vez de decirme que mis creencias eran delirios, y que debía dejar de creer en ellas, me preguntó ampliamente sobre mis creencias. Se centró en cómo me hacían sentir estas creencias y cómo podría vivir de todo corazón dentro de estas creencias. En ningún momento me dijo que lo que experimentaba era erróneo, ilógico o sin sentido, y CIERTAMENTE no había un plan para deshacerse de mis experiencias, sino que más bien el objetivo era llegar a conocerlas...

A través de la escritura tuve la oportunidad de empezar a compartir (con el psicólogo clínico) las experiencias de abuso sexual que tuve de niña y de joven. Me ayudó a entender lo que pasó y a comprender y expresar lo que sentía. Tuve que empezar a desculpabilizarme y a trasladar la vergüenza que sentía a sus verdaderos propietarios... los abusadores. Cuando empecé a expresar la rabia, la vergüenza, el miedo y la profunda tristeza que había reprimido, mis voces comenzaron a calmarse y a traerme una época más fácil.

Sally Edwards

La semana pasada en la ronda del pabellón decidimos dar a una persona una alarma antiviolación. Ella pensaba que por la noche la iban a violar en el pabellón. Está es una sala sólo para mujeres y el personal creía que nadie entraba en su habitación. El personal consideraba esas creencias como delirantes. Sin embargo, le dimos la alarma antiviolación – trabajar desde su marco de referencia para poder anticipar pudo reducir su estrés durante la noche y ayudar a su recuperación – ¡también le ayudará si podemos sacarla de la sala de agudos!

Dr Sara Meddings, psicóloga clínica

Aunque seguramente tus amigos no pueden oír o ver lo que tú sí puedes, es posible que ellos entiendan y acepten tu realidad, y que se dirijan a ti de una manera respetuosa con tu experiencia. Ejemplo: «Cuando una serpiente se enrosca en mi cuerpo, si describo su ubicación y tamaño exacto, mi amigo puede tirar de ella aunque no la vea».

Anónimo (10)

13.2.3 Colaboración en vez de simplemente «participar»

Los profesionales deben escuchar lo que los usuarios y los antiguos usuarios de servicios tienen que decir sobre los servicios y los tratamientos – solo escuchando podemos aprender lo que es realmente útil. Tendría que ser una práctica estándar la implicación de los usuarios de servicios a todos los niveles, desde la planificación del servicio como un todo, para proporcionar retroalimentación a los equipos particulares y, quizás lo más importante, en planificar su propia asistencia. (11) La vivencia de experimentar problemas de salud mental tiene que ser reconocida como una fuente importante de conocimiento, junto al libro de texto para profesionales. (12) Tal como hacen ya algunos NHS Trusts, (13) los servicios deberían ver la experiencia personal en problemas de salud mental como algo «deseable», en los criterios de selección de personal, incluyendo a los médicos de alto nivel.

13.3 Tenemos que dejar de decirles a las personas lo que deben hacer y empezar a darles apoyo para que elijan

13.3.1 Probar cosas

Los profesionales deben reconocer que la única manera de que alguien pueda saber con certeza lo que le ayuda, es probar cosas. Nuestro papel es proporcionar información sobre lo que es accesible y lo que otros han encontrado útil, y luego ayudarles a elegir. Dados los problemas con los «diagnósticos» señalados antes, es importante que los diagnósticos específicos (por ejemplo, la esquizofrenia) no sean necesarios para acceder a los servicios. Damos la bienvenida al hecho de que la guía sobre cómo deben organizarse los servicios (en «grupos» y «rutas») tome este enfoque. (14) Sin embargo, vemos con preocupación que cada vez se haga más énfasis en suministrar un «paquete de medidas asistenciales»: los profesionales necesitamos flexibilidad para trabajar con cada usuario de servicios y encontrar sus necesidades propias. (15)

13.3.2 Psicoterapia

Sigue siendo escandaloso que, a pesar de las recomendaciones de la *NICE*, todavía sólo se ofrezca una terapia psicológica a una minoría de personas. (16) La ayuda psicológica debe estar disponible para todos, y de forma similar se debe ayudar a los miembros de la familia que apoyan a las personas que experimentan psicosis.

13.3.3 Medicar o no medicar

Los usuarios de servicios y los que les apoyan tienen derecho a tener información sobre los pros, los contras, los posibles efectos adversos («efectos secundarios») y las pruebas de cualquier medicamento que se oferte. Especialmente cuando se contempla la toma de fármacos a largo plazo, las personas deben ser alentadas y apoyadas a preguntar sobre los fármacos y las alternativas. Los profesionales deben abrirse al hecho de que la prescripción es pragmática: averiguar si es posible que la medicación ayude a alguien, y si es así, qué medicamento y que dosis, es siempre un proceso de ensayo y error. Además, debemos suministrar información sobre el mejor modo de dejar la medicación, si eso es lo que la persona quiere hacer, y apoyarle en el proceso.

13.3.4 La ayuda profesional, el apoyo de los pares, o la autoayuda

Como explicamos antes, muchas personas prefieren los enfoques de autoayuda o desde la comunidad a cualquier tipo de tratamiento profesional. Los profesionales tienen que dar a la gente información sobre los grupos afiliados a organizaciones como *Mind, Bipolar UK*, *Rethink Mental Illness*, *Together*, *Intervoice*, *Hearing Voices Network* y *Paranoia Network*.

13.4 Debemos explicitar los derechos y las expectativas

Como cualquier tratamiento tiene el potencial de hacer daño, así como hacer bien, es fundamental el principio del consentimiento informado. Las personas deben tener el derecho de rechazar tratamientos, sea el TEC, la medicación, y las terapias psicológicas.

Cada servicio debe afirmar explícitamente lo que los usuarios pueden esperar. (17) Los detalles de lo que resulta posible varían de un servicio a otro, pero la clave está en explicitarlo. La *NICE* ha enumerado lo que las personas tienen derecho a esperar en los servicios de salud mental del Reino Unido. (18)

Ejemplo:

La declaración pública de un servicio comunitario sobre lo que sus usuarios pueden esperar

Como cliente usted tiene derecho a:

- Recibir un trato respetuoso
- Rechazar el tratamiento o una estrategia de intervención determinada
- Preguntar en cualquier momento
- Conocer la disponibilidad y el tiempo de espera de su profesional
- Contar con información completa sobre la cualificación de su profesional incluida la colegiación, capacitación y experiencia
- Tener información completa sobre las áreas de especialización de su profesional y sus limitaciones
- Contar con información completa sobre la orientación terapéutica de su profesional y cualquier técnica que use de forma habitual
- Contar con información completa sobre su diagnóstico, en el caso de que se usen
- Consultar con tantos profesionales como elija hasta que encuentre a uno con el que esté satisfecho
- Tener un entorno seguro, libre de abuso físico, sexual o emocional
- Acordar mediante un contrato escrito el tratamiento o asistencia
- Hablar sobre su tratamiento con cualquier persona que usted elija, incluyendo otro profesional
- Elegir su propio estilo de vida y que sea respetado por el profesional(es)
- Hacer preguntas sobre los valores de su profesional, sus conocimientos, y las actitudes que sean relevantes para la terapia y recibir respuestas respetuosas
- Solicitar al profesional que evalúe el progreso de la terapia o tratamiento
- Contar con información completa sobre los límites de la confidencialidad
- Contar con información completa del alcance de los registros escritos o grabados de su terapia o tratamiento y sus derechos de acceso
- Terminar la terapia o tratamiento en cualquier momento
- Desvelar tan sólo la información personal que usted decida
- Solicitar un informe escrito sobre la terapia o tratamiento
- Tener acceso a los resúmenes escritos sobre su terapia y tratamiento.

13.5 Debemos reducir el uso de la coerción y las leyes sobre salud mental

13.5.1 Cambiar la cultura de los hospitales psiquiátricos

Los pabellones de salud mental pueden ser lugares hostiles o aversivos, sobre todo para quien no considera sus dificultades como una enfermedad. Con probabilidad esta es la razón principal por la que se apela a la legislación de salud mental con tanta frecuencia y se lleva a las personas al hospital. Tenemos que crear lugares donde las personas quieran estar cuando se encuentran bajo una crisis, donde se informe desde la perspectiva descrita en este informe. Las salas de agudos deben cambiar para que funcionen según los principios descritos aquí. Cada sector también debe tener al menos un centro de crisis no-médico.

> La asistencia inadecuada que reciben muchas personas con psicosis añade más sufrimiento... La mayoría pasa un tiempo en la unidad de hospitalización psiquiátrica, pero muchas de estas unidades se han convertido en lugares espantosos, donde los enfermeros/as están sobrepasadas y son incapaces de proporcionar una asistencia básica y apoyo. La presión que tiene el personal para «rendir más» significa que medicar es lo prioritario a expensas de las intervenciones psicológicas y de la rehabilitación social, que son también necesarias. Por otra parte, algunas salas son tan antiterapéuticas que cuando las personas recaen y necesitan un período de cuidados y sosiego, no desean volver de forma voluntaria; lo que aumenta las tasas de ingresos involuntarios.
>
> Profesor Sir Robin Murray, Presidente de la Comisión de Esquizofrenia (19)

13.5.2 ¿Es en si misma discriminatoria la legislación de salud mental?

Muchos psicólogos consideran que la existencia de una legislación especial que se aplica tan sólo a las personas consideradas «enfermas mentales» es discriminatoria, especialmente a la vista de los problemas que hemos señalado asociados al concepto de la «enfermedad mental».

13.5.3 ¿Se puede justificar siempre la medicación obligatoria?

Algunos psicólogos consideran que, si bien la retención obligatoria a veces puede justificarse, para dar seguridad, cada vez es más difícil justificar la medicación forzada. La *United Nations Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment* (Ponencia Especial de Las Naciones Unidas sobre la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes) solicitó la prohibición (20) de los tratamientos psiquiátricos forzados incluyendo el medicar, el TEC (terapia electro-convulsiva), la psicocirugía, la contención y el aislamiento.

Coerción

Siempre estoy dispuesto a apoyar que se consideren modelos alternativos de asistencia donde haya menos énfasis en el tratamiento coercitivo. Todavía me despierto con pesadillas en las que me han ingresado y que estoy muy medicado en contra de mi voluntad. En mi trabajo comunitario reconozco el mismo miedo en los clientes que se desesperan para que no se les malinterprete o se decida su hospitalización. Este miedo a perder la libertad es un obstáculo enorme para la asistencia colaborativa en salud mental. Por lo tanto, siempre que sea posible, es importante no ver el uso de la Mental Health Act (Ley de Salud Mental en UK) y el encierro como algo dado y básicamente necesario.

Rufus May (21)

13.5.4 Unas palabras sobre el tratamiento involuntario en España (*N. del T.*)

En España la Ley contempla el ingreso en centro psiquiátrico cerrado sin el consentimiento del paciente cuando no está en condiciones de decidirlo a causa de un trastorno psíquico, y su salud, su seguridad o la de su entorno corren peligro. Exige autorización previa del juez o, en caso de riesgo inmediato, notificación en las siguientes 24 horas para su ratificación por el juez en un plazo no superior a 72 horas. El juez decidirá tras oír a la persona afectada, a los médicos, y al ministerio fiscal, y deberá examinar por sí mismo al ingresado. Este puede recurrir utilizando un abogado defensor. No es un procedimiento sencillo, y menos para el ingresado, y pocas veces se lleva a cabo. No es frecuente que el juez revoque un ingreso.

Se discute actualmente el tratamiento involuntario en régimen ambulatorio como alternativa para quienes abandonan o rechazan el tratamiento psiquiátrico. Esta falta de «adherencia» al tratamiento se atribuye a la falta de conciencia de enfermedad y en consecuencia al pobre vínculo con los servicios. Y se argumenta que la consecuencia de la falta de adherencia serían frecuentes recaídas, reingresos y atenciones en urgencias, un deterioro progresivo de la salud y del funcionamiento social del paciente, y riesgos para su seguridad física o la de su entorno. (1)
Aunque se pueda producir ocasionalmente la intervención de algún juez, (2) el Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI) no está regulado por Ley en España. Se ha pretendido hacerlo en varias ocasiones, la última en la reforma del Código Penal de 2015, lo que ha suscitado la oposición de pacientes, (3) asociaciones de familiares y organizaciones profesionales (4) siendo finalmente rechazada.

Los profesionales están divididos. Se han desarrollados argumentos a favor y en contra del TAI. (5) Hay una tendencia a fomentar como una buena práctica en Europa (6) los Tratamientos Comunitarios Asertivos (ACT), en los que los servicios de Salud Mental van a buscar y tratar al paciente que no se adhiere al tratamiento. Los ATC pueden incorporar medidas coercitivas, entre ellas el internamiento en caso de fracaso, lo que a veces los aproxima a los TAI. En ambos lo habitual es usar una inyección de liberación prolongada, otros medicamentos orales, y cierta supervisión del paciente.

El lector habrá encontrado que este informe cuestiona la perspectiva del Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI). El lector interesado puede encontrar en las referencias argumentación en ambos sentidos.

(1) Cañete-Nicolás et al. *Situación en España del tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) para enfermos mentales graves* Actas Esp Psiquiatr 2012;40(1):27-33
(2) Muchas veces sobre el lema de que "quien puede lo más –el internamiento- puede lo menos –tratamiento ambulatorio obligatorio-
(3) *Manifiesto del Colectivo de Salud Mental contra el Anteproyecto de reforma del Código Penal* http://www.activament.org/wp-content/uploads/2013/07/Manifiesto-del-Colectivo-de-Salud-Mental-contra-el-Anteproyecto-de-Reforma-del-C%C3%B3digo-Penal.pdf
(4) *Manifiesto frente a la propuesta del gobierno de reforma del Código Penal. La enfermedad mental no es delito* (2014) http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352014000300016&script=sci_arttext
(5) Gías Gil, B. *Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética*. Revista de Bioética y Derecho, núm. 29, septiembre 2013, p. 109-121
Alicia Roig Salas et a. *El tratamiento ambulatorio involuntario historia de una obstinación*, 2012. http://aen.es/wp-content/uploads/2014/09/tai_historia.pdf
Nuestras mentes, nuestras vidas. Palabras, reflexiones y alaridos contra el Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI) http://contralamedicacionforzosa.primeravocal.org

13.6 Necesitamos cambiar la forma de investigar

En primer lugar, los recursos sobre investigación se han dirigido en exceso hacia la búsqueda de anormalidades biológicas. El foco de la investigación tiene que girar mucho más hacia los sucesos y las circunstancias de las vidas de las personas, y la forma en que afectan a nivel social, psicológico e incluso a nivel biológico.

También es importante el tema de la financiación de la investigación. Tradicionalmente, las compañías farmacéuticas han financiado mucha de la investigación médica en la «esquizofrenia». Esto plantea varias cuestiones importantes. En primer lugar, a menudo esta investigación se ha basado sobre la suposición de que la tendencia a experimentar psicosis es sobre todo un fenómeno biológico. Como se ha demostrado en este informe, tanto ese supuesto, como la opinión de que todo el que tenga un diagnóstico de esquizofrenia necesita tomar medicación, están siendo cada vez más cuestionados. Una segunda cuestión que rodea a la financiación de la compañía farmacéutica se refiere a su fiabilidad y los sesgos de sus hallazgos. La cuestión de que, entre los estudios financiados por las compañías farmacéuticas, solo se seleccionan para publicarse aquellos que dan resultados positivos, y que no se publican los que tiene resultados negativos, ha sido desvelada por una serie de estudios. (22,23,24) Los profundos efectos de los intereses concretos de la industria farmacéutica se han resumido en un artículo llamado *Las compañías farmacéuticas y la esquizofrenia: el capitalismo desenfrenado encuentra la locura.* (25) Sigue existiendo una necesidad urgente de conseguir más fondos para una investigación que sea independiente de las compañías farmacéuticas y para una investigación que se centre en los enfoques psicológicos, sociales y de autoayuda.

13.7 Necesitamos cambiar el modo de formar y apoyar a los profesionales de salud mental

Tal vez aún más importante que disponer de psicoterapias concretas es necesario que todos los profesionales de salud mental sean conscientes de la información incluida en este informe. Muchos profesionales desconocen la perspectiva psicológica de la psicosis y no están familiarizados con la investigación descrita en este documento. Un mensaje fundamental de este informe es que las experiencias «psicóticas» se pueden comprender del mismo modo que se pueden comprender las experiencias «normales», y se pueden abordar de la misma forma. (26) Este mensaje debe estar en el núcleo de la formación anterior y posterior a la cualificación. Hay disponible un manual para un curso de formación de dos días, *Psicosis Revisited*, (27) basado en nuestro informe anterior y diseñado para que se imparta por un profesional en colaboración con alguien que sí haya experimentado psicosis. Es de vital importancia una formación a cargo de las personas con experiencia personal, tanto en lo que hace referencia a cómo entienden las personas sus dificultades, como sobre lo que les ayuda y lo que no. El *Health and Care Professions Council* (la Junta de Profesiones de Salud y Asistencia) ha realizado recientemente cursos obligatorios de formación para profesionales con la participación de los usuarios de servicios. (28)

Los consejeros y terapeutas que trabajan en atención primaria o en los servicios psicológicos de atención secundaria a menudo carecen de formación en el trabajo con personas que experimentan psicosis – de hecho, a menudo esta clase de servicios excluye específicamente a las personas que experimentaron psicosis. Esto debe cambiar.

Estos cambios no tienen por qué ser costosos. Sugerimos un cambio en el modo en el que se forma a todos los profesionales y en como encaran su trabajo, en lugar de más personal. La formación cuesta dinero, pero ya estamos pagando la formación, y debe cambiar para que refleje nuestro avance en la comprensión de la naturaleza de la psicosis. Lo que recomendamos es algo más básico que aumentar los recursos: un cambio en la idea subyacente que dirige los servicios. (29)

Por último, el personal sólo puede brindar la sensibilidad y el apoyo emocional que las personas necesitan si ellos mismos se encuentran apoyados, si su organización muestra sensibilidad y si las demandas que se les hacen son razonables. Es muy importante que en vez criticar apresuradamente, reconozcamos lo exigente que puede ser el trabajo en salud mental y también reconocer su importancia vital en nuestra sociedad. (30)

Sección 14: Lo que todos debemos hacer de forma diferente

Puntos clave

No hay «nosotros y ellos», la diferencia entre gente que es «normal» y gente que es «enferma mental». Estamos todos juntos en esto y tenemos que cuidarnos.

Si nos tomamos en serio la prevención del sufrimiento de la «psicosis», necesitamos hacer frente a la privación, el abuso y la desigualdad.

14.1 Tenemos que tener en cuenta que todos estamos juntos en esto – no hay «nosotros» y «ellos»

Uno de los mensajes más importantes de este documento es que no hay una línea divisoria entre «psicosis» y «normalidad». No hay «nosotros» y «ellos» – estamos todos juntos en esto. De vez en cuando, muchos de nosotros escuchamos voces, tenemos miedos o creencias que no comparten quienes pertenecen a nuestro entorno. En cualquiera de nosotros, bajo suficiente estrés, estas experiencias pueden alcanzar un tono psicótico. A veces, lo que constituye la «psicosis» está en la mente del observador: por ejemplo, si alguien no se relaciona con sus vecinos, o les tiene miedo, o sospecha que han participado en que las cosas le vayan mal, ¿en qué momento se puede considerar esto como «paranoia»? La dirección más importante hacia la que todos debemos cambiar es a considerar que no hay «nosotros» y «ellos», sólo hay personas que tratan de mejorar la situación.

14.2 Tenemos que centrarnos en la prevención

> No tiene sentido limpiar el suelo y dejar el grifo abierto.
>
> Dicho en los círculos de salud pública (1)
>
> Vivimos en una sociedad que crea angustia tan rápido como la que podemos gestionar.
>
> Dr. Lucy Johnstone (2)

Este documento ha puesto de relieve las causas complejas de las experiencias psicóticas angustiosas. Resulta alentador que muchas de las causas son cuestiones sobre las que podemos hacer algo. Aquí hay un paralelismo con la salud pública del ámbito físico, y algunas de las medidas a tomar son económicas, sociales e incluso políticas. Un ejemplo famoso de la gran diferencia que puede provocar la toma de medidas de salud pública es el del Dr. William Duncan en siglo XIX en Liverpool. Como la mayoría de los médicos en la Inglaterra victoriana, Duncan procedía de un ambiente privilegiado. Pero después de trabajar como médico generalista en una zona de clase trabajadora de Liverpool, se interesó por la relación entre la pobreza y la mala salud, y comenzó a

investigar las condiciones de vida de sus pacientes. Se sorprendió por la pobreza que encontró, y por el patente vínculo entre las condiciones de la vivienda y la irrupción de enfermedades como el cólera, la viruela y el tifus. Comenzó una campaña permanente para la mejora de las condiciones de vida, en particular una vivienda mejor, agua limpia, y mejores desagües, lo que produjo enormes mejoras para la salud de miles de personas. Entonces, ¿qué es lo que podría equivaler al agua potable y al saneamiento en salud mental? Las pruebas sugieren que estas dos cuestiones son particularmente importantes: la seguridad y la igualdad. De esto tratan los párrafos siguientes, junto a otras cuestiones que debemos abordar para reducir la tasa de problemas de salud mental en nuestra la sociedad.

14.2.1 Prevención: hacia una sociedad más segura

Para sentirnos seguros necesitamos saber que nuestras necesidades básicas están cubiertas. Esta es la razón por la que los esfuerzos para reducir la pobreza, y en particular la pobreza infantil, son muy importantes si deseamos reducir el número de personas que puedan experimentar psicosis angustiosas.

Para sentirnos seguros también debemos poder confiar en quienes ocupan una posición de poder sobre nosotros. En particular, cuando crecemos necesitamos poder confiar en los adultos que nos cuidan. Por esto es fundamental esforzarse en reducir el abuso y el abandono en la infancia, para prevenir la psicosis y también otros problemas de salud mental. Debemos trabajar con los maestros, los trabajadores sociales, los enfermeros/as comunitarios, los médicos de familia y la policía para identificar y dar respuesta a las señales tempranas de alerta en los niños que puedan estar expuestos a abuso sexual, físico, o emocional, abandono o intimidación. Como padres tenemos que buscar el apoyo para nosotros mismos si nos preocupa que nuestro propio estrés pueda tener un impacto en nuestros hijos. Los niños que estuvieron expuestos a estas cuestiones necesitan apoyo y cuidados, y hay pruebas de que cuando esto sucede, la posibilidad de escuchar voces angustiosas más adelante en la vida, por ejemplo, se reduce mucho. (3)

14.2.2 Prevención: hacia una sociedad más igualitaria

Las pruebas muestran que una gran aportación al sufrimiento emocional grave no proviene solo de la pobreza, sino en concreto de la desigualdad de ingresos – la creciente brecha entre los más ricos y los más pobres de la sociedad. En su libro *The Spirit Level* (El nivel espiritual), los sociólogos Richard Wilkinson y Kate Pickett demuestran que los problemas de salud mental son más altos en los países con mayor brecha entre ricos y pobres, y más bajos en los países con sociedades con diferencias menores. (4) Las sociedades igualitarias se asocian a mayor confianza y menor paranoia. Esto sugiere que en vez de centrar nuestros esfuerzos principalmente en las personas, la forma más eficaz de reducir las tasas de «psicosis» podría ser la reducción de la desigualdad en la sociedad.

14.2.3 Prevención: reducir la discriminación y la opresión

Un artículo clásico publicado en 1994 se titulaba *Environmental failure – Oppression is the Orly cause of psychopathology* (Fracaso ambiental - La opresión es la única causa de la psicopatología). (5) Aunque algunos podrían pensar que va demasiado lejos, no hay duda de que las personas que han sido objeto de opresión, y en particular de discriminación (el racismo, la homofobia, la discriminación por motivos de género, o discapacidad o «salud menta») se encuentran en riesgo debido a estas experiencias. Todos podemos trabajar para combatir la discriminación y promover una sociedad más tolerante y con mayor aceptación.

14.2.4 Prevención: reducir el uso dañino de las drogas y abordar sus causas

El alcohol es, sin duda, el problema de salud pública más grave relacionado con el consumo de sustancias, pero el cannabis y otras drogas se han asociado con problemas de salud mental en general y con la psicosis en particular. El uso excesivo de drogas recreativas parece aumentar la probabilidad de que alguien experimente una crisis psicótica. Esto no significa que sea necesaria más prohibición contra las drogas – la llamada «guerra contra las drogas» no parece haberse ganado, y muchas personas defienden que no criminalizar la posesión y el uso de drogas sería un paso positivo importante para proteger la salud de las personas. También es importante afrontar los problemas sociales que llevan a las personas a recurrir a las drogas, como la pobreza, la desigualdad, el desempleo, la desesperanza y el sentimiento de exclusión social.

14.2.5 Prevención: lo que podemos hacer para proteger nuestra salud mental

Hasta ahora, esta sección se ha centrado en lo que podemos hacer juntos para reducir el riesgo de que algunos experimentemos la «psicosis» angustiosa. Sin embargo, la investigación también sugiere que hay cosas que cada uno podemos hacer para proteger nuestra propia salud mental. En primer lugar, podemos cuidarnos físicamente: como vimos antes, conseguir dormir bien de forma regular es de vital importancia, al igual que la buena alimentación, el ejercicio, y salir al aire libre y a la naturaleza. Debemos ser cautos con las drogas lúdicas, incluso con las más frecuentes como el alcohol o el cannabis. Dado que nuestro entorno social es también muy importante, podemos considerar de forma útil nuestras relaciones con la familia, amigos y compañeros de trabajo, y dar pasos para resolver las fuentes de estrés. Las preocupaciones económicas son uno de los factores estresantes más comunes. Aunque nuestros ingresos suelen estar fuera de nuestro control, podemos tomar medidas para hacer frente a las deudas, para planificar la jubilación, para gestionar nuestra economía, y planificar el futuro (los psicólogos llaman a esto «afrontamiento adaptativo»). Por último, todos experimentamos sucesos muy negativos en nuestra vida, como cuando algún allegado nuestro fallece. Aunque no podemos evitar que las cosas pasen, tenemos cierto control sobre cómo respondemos. Por ejemplo, ¿tendemos a sacar conclusiones y tomarnos las cosas de forma personal? A veces puede ayudarnos hablar con un amigo o un consejero sobre cómo y por qué respondemos habitualmente, y sobre cualquier cambio que podamos hacer. Podría ser útil el marco de referencia de la *New Economics Foundation's* – Fundación Nueva Economía — y sus «*Five Ways to Wellbeing*» (Cinco vías al bienestar). (6)

14.3 Necesitamos campañas contra los prejuicios y la discriminación en el campo de salud mental

Este informe ha mostrado cómo pueden afectarnos tanto la reacción de las personas de nuestro entorno como las propias experiencias. Por ejemplo, las personas a las que se considera «enfermas mentales» a menudo experimentan prejuicios, rechazo y exclusión social, que pueden significar obstáculos importantes – a veces incluso insalvables – para la recuperación. Para muchas personas, el prejuicio, basado en la desinformación, significa un obstáculo mayor que los mismos problemas de salud mental. (7) Demasiadas personas han sido formadas según la imagen inadecuada de los medios de comunicación, y tienen prejuicios contra las personas con dificultades asociadas a salud mental, al creer de forma equivocada que son ineptas, poco fiables, impredecibles y peligrosas.

Para muchas personas, los medios de comunicación son su principal fuente de información sobre salud mental. Sin embargo, la forma en que reflejan los problemas suele ser de muy poca ayuda. Desafortunadamente las historias aterradoras sobre sucesos infrecuentes tienen más «valor de noticia». (8) Una segunda razón es la falta de buena información accesible para los periodistas. A falta de otras fuentes de información material, a menudo tienen que tomarla de los casos y las investigaciones judiciales. Obviamente, esto lleva a una primacía de historias de crímenes y tragedias. Las fuentes de material alternativo son muy necesarias, además de la formación de los periodistas.

Esperamos que este informe consiga llegar a formar parte de un giro importante en las actitudes públicas, y que se consideren los prejuicios contra las personas con problemas de salud mental como algo tan inaceptable como lo son el racismo o el sexismo.

Tengo una visión:

Que un día seré capaz de hablar de mis problemas de salud mental y en mi entorno solo suscitaré interés.

Que puedo volver al trabajo tras estar en un hospital psiquiátrico y que mis compañeros me preguntarán sobre cómo fue, en vez evitar delicadamente el tema.

Que un día veremos a un primer ministro hablando abiertamente de su experiencia de tener problemas de salud mental.

Dr. Rachel Perkins, OBE (8)

Apéndice: libros y páginas web útiles

Sitios web

Relatos en primera persona y páginas web de usuarios / supervivientes

www.asylumonline.net
"Es una revista internacional de psiquiatría, psicología y desarrollo comunitario democráticos." Con artículos escritos por usuarios de servicios, supervivientes, y profesionales.

www.bgmi.us/web/bdavey
Página web de Brian Davey, superviviente. Contiene consejos de autoayuda basados en su propia experiencia. Por ejemplo, acerca de cómo afrontar los estados de activación que de otra podrían aumentar hasta realizar una crisis.

www.behindthelabel.co.uk/about
Página web del escuchador de voces Rai Waddingham.

http://beyondmeds.com/
Sitio web y blog of Monica Cassani:
"Mi propia experiencia tanto como paciente (y ahora) como profesional de salud mental me hace darme cuenta de cosas a veces interesantes y otras incómodas del sistema de salud mental de los Estados Unidos."

www.bruised.org.uk
Página creada por la usuaria de servicios y activista Miranda Morlan que "da información para pacientes, cuidadores, familias, y amigos. Tristemente en el sistema de salud mental el poder solo está a favor del sistema. Nuestro objetivo es cambiar esto."

www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head
Charla TED de 14 minutos de la escuchadora de voces y psicóloga Eleanor Longden, que relata sus experiencias. "Longden refiere su conmovedor retorno a la salud mental con una trayectoria de años y dice que al aprender escuchar sus voces fue capaz de sobrevivir."
En español con subtítulos en:
http://www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head?language=es y en
https://www.youtube.com/watch?v=ic_cPw3uqy4

www.gailhornstein.com
Gail Hornstein es una profesora de psicología de EEUU. Su página web incluye bibliografía comprensible y reciente, de relatos en primera persona sobre la locura en ingles y otros recursos.

www.healthtalkonline.org/mental_health/Experiences_of_psychosis
Clips de audio y video de personas que hablan sobre sus experiencias en la psicosis, tal como las entienden y las encaran.

www.jacquidillon.org
Página web de la escuchadora de voces y autora Jacqui Dillon.

www.mindfreedom.org
Mind Freedom (Mente Libre) tiene como objetivo "librar campañas sobre los derechos humanos en materia de salud mental, los abusos de la industria farmacéutica en psiquiatría, apoyar la

autodeterminación de los supervivientes de la psiquiatría y los usuarios de salud mental, y promover opciones seguras, humanas y eficaces en materia de salud mental."

www.mindreel.org.uk/video/only-smarties-have-answer
"*Only Smarties have the answer*", una película de 50 minutos de Aidan Shingler, un artista que cuando era joven recibió un diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Habla de su actitud hacia el diagnóstico, y satiriza los servicios de salud mental mediante marionetas animadas.

www.nationalparanoianetwork.org
Red para personas que experimentan paranoia.

www.selfhelp.org.uk/home
Para contactar con la autoayuda en el Reino Unido, es la nueva división nacional de *Self Help Nottingham and Nottinghamshire*, una organización que comenzó en la década de 1980. Ahora con 30 años de experiencia en autoayuda, es un recurso único de conocimiento sobre las formas de iniciar y mantener los grupos de autoayuda.

Simon Says: Psychosis! https://www.youtube.com/watch?v=oA0Z33mS1Cg
Excelente documental breve que explora la experiencia de la psicosis y sobre cómo tres jóvenes "volvieron desde el límite" con la ayuda de un servicio de intervención temprana.

http://studymore.org.uk/mpu.htm
Sitio web sobre la Historia de los Grupos de Supervivientes, que tiene como objetivo documentar la historia individual y colectiva de las acciones de los usuarios / supervivientes de los servicios.

www.recoverydevon.co.uk
Un sitio web dedicado a la promoción de métodos y teorías de la recuperación, como ayuda a las personas para que tomen una decisión informada sobre su viaje de recuperación.

http://sectioneduk.wordpress.com
"En 2011, estuve retenido en uno de los hospitales psiquiátricos de agudos más concurridos del Reino Unido, una introducción brutal y a veces hilarante a la asistencia en salud mental del *NHS* (Reino Unido). ¡Te reirás! ... Realicé este blog seis semanas después. Una extensa lista de enlaces a recursos útiles".

www.voicecollective.co.uk
El *Voice Collective* está asentado en *Mind in Camden* (Londres), y es un recurso "para jóvenes que escuchan, ven y sienten cosas que otros no lo hacen."

Organizaciones sobre Salud Mental

www.evolving-minds.co.uk
Es un grupo con sede en West Yorkshire, "*Evolving Minds* (Mentes en evolución) tiene como objetivo promover un espacio para discutir, debatir, compartir, aprender, evaluar y realizar campañas sobre enfoques alternativos y compasivos para la salud emocional y mental."

www.hafal.org
Servicio de beneficencia en Gales dedicado a la recuperación en salud mental. *Hafal* considera la recuperación en relación a tres facetas principales: empoderamiento y autogestión, compromiso

con los progresos, y un enfoque sobre la persona como un todo. La página web de *Hafal* incluye información y recursos, y también una guía de recuperación paso a paso.

www.hearing-voices.org
Hearing Voices Project de *Mind in Camden* (Londres) junto al *Hearing Voices* de Londres. Los grupos de *Hearing Voices* (Escuchadores de Voces) son "un lugar seguro para quien oye voces, ve o siente lo que otros no, de reunión junto a otros que entienden lo que están pasando, compartir sus experiencias y encontrar formas creativas de hacerla frente."

www.theicarusproject.net
El *Icarus Project* es una red basada sobre grupos independientes y personas "que viven con experiencias que son etiquetadas habitualmente como trastorno bipolar." Promociona una nueva cultura y un lenguaje que va más allá del modelo médico convencional de enfermedad mental

www.intervoiceonline.org
Sustentada por los psiquiatras Dirk Corstens y el profesor Marius Romme, *Intervoice* es la *International Hearing Voices Network* (La red internacional de escuchadores de voces): "la red internacional para formación, educación e investigación sobre la escucha de voces".
El sitio web dice: "Ya que el oír voces es una experiencia muy estigmatizada quisimos crear un lugar seguro donde se pueda encontrar más información sobre la escucha de voces y crear una comunidad interactiva en línea donde pueda informar de su punto de vista o su experiencia. Se ha unido a los recursos internacionales más numerosos sobre la escucha de voces que se pueda encontrarse en la red. Esta información incluye tanto las formas de superar las dificultades que enfrentan las personas que oyen voces, como los aspectos más positivos de la experiencia y su importancia cultural e histórica."

www.isanyoneelselikeme.org.uk
El "*EYE project*" –un proyecto de intervención temprana del NHS (sistema nacional de salud deL Reino Unido) en Sussex. Con información, historias personales y vídeos dirigidos a jóvenes.

www.isps.org
International *Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis ISPS* –Sociedad Internacional de Perspectiva Psicológica y Social en la Psicosis: una organización internacional que promociona estos enfoques. Hay una rama británica activa en la que colaboran profesionales y personas con experiencia personal en la psicosis.

www.mindincamden.org.uk/services/paranoia
El *London Paranoia Groups Project*, con base en Londres, es un proyecto que desarrolla grupos de apoyo para personas que experimentan paranoia y creencias abrumadoras. El objetivo es crear grupos seguros, que den apoyo donde las personas, y que se reúnan para compartir sus experiencias y aprender unas de otras. Los grupos proporcionan a las personas la posibilidad de aprender a hacer frente y recuperarse del impacto de creencias angustiosas.

www.mdf.org.uk
La página web de *MDF, the Bipolar Organisation* (antes *Manic Depression Fellowship*), es una organización benéfica del Reino Unido dirigida a usuarios y familiares afectados por un trastorno bipolar. Incluye información sobre auto-ayuda, el trastorno bipolar, y un foro en línea. Los miembros de MDF reciben automáticamente Péndulo, la revista trimestral de la organización.

www.mentalhealth.org.uk/help-information
La *Mental Health Foundation* (Fundación de Salud Mental) es una organización benéfica del Reino Unido que suministra información, lleva a cabo investigación y trabaja para mejorar los recursos para las personas afectadas por problemas de salud mental, y se centra en la recuperación y el bienestar. El sitio web tiene ayuda útil y sección de información.

www.mentalhealthcare.org.uk/living_with_psychosis
El sitio web tiene información del *King's College London Institute of Psychiatry* y *South London y Maudsley NHS Trust* sobre las experiencias psicóticas y la ayuda disponible.

www.mentalhealthrecovery.com
La página web de Mary Ellen Copeland sobre la recuperación y el enfoque *Wellness Recovery and Action Plan* (WRAP) (Plan de Acción de Recuperación y Bienestar) que se diseñó para que las personas puedan pactar con los servicios el diseño de un paquete de cuidado que sea más útil para cada uno, incluyendo planes para las crisis. Incluye enlaces a recursos.

www.meridenfamilyprogramme.com
Recursos para amigos y familiares de las personas que experimentan psicosis, y formación para profesionales para ayudar a amigos y familiares.

www.mind.org.uk
Esta es la web MIND, asociación benéfica en salud mental, que incluye información práctica detallada sobre medicación psiquiátrica.

www.mindincamden.org.uk/services/paranoia
El *London Paranoia Groups Project* es un proyecto con base en Londres para el desarrollo de grupos de apoyo para personas que experimentan paranoia y creencias abrumadoras. El objetivo es crear grupos seguros y de apoyo donde la gente puede reunirse a compartir sus experiencias y aprender unos de otros. Los grupos proporcionan las personas la oportunidad de aprender a afrontar y recuperarse del impacto de las creencias angustiosas.

www.rcpsych.ac.uk
El *Royal College of Psychiatrists* (Real Colegio de Psiquiatras) es la organización profesional del Reino Unido de los psiquiatras. El sitio web tiene información detallada y recursos para investigadores, usuarios de servicios de salud mental, el público en general y los medios de comunicación.

www.rethink.org.uk
"Bienvenido a *Rethink Mental Illness* (Repensar la Enfermedad Mental). Ayudamos a millones de personas afectadas por una enfermedad mental, desafiando actitudes, y cambiando las vidas."

http://researchintorecovery.com
Esta es la página web de la *Section for Recovery of the King's College London Institute of Psychiatry*. Contiene muchos recursos descargables e información sobre la investigación sobre la recuperación y el bienestar.

http://www.soterianetwork.org.uk/
La *Soteria Network* (Red Soteria) es "una red de personas del Reino Unido que promueven el desarrollo de entornos terapéuticos con medicación mínima y libre de drogas, para personas en situación de psicosis o estados extremos. Formamos parte de un movimiento internacional de

usuarios de servicios, supervivientes, activistas, cuidadores, y profesionales que luchan por servicios de salud mental más humanos y sin coerción".

www.SpiritualCrisisNetwork.org.uk
Este sitio web ofrece una perspectiva alternativa, con consejos prácticos y apoyo vía correo electrónico, a las personas que interesadas en explorar la idea de crisis espiritual. Tiene algunos grupos locales, como el de Londres.

www.voicecollective.co.uk
Una organización con sede en Londres para niños y jóvenes que oyen, ven y sienten cosas que otros no lo hacen.

www.youngminds.org.uk
Young Minds es una organización benéfica del Reino Unido dedicada a mejorar la salud mental emocional y el bienestar de los jóvenes y empoderar a sus padres y cuidadores. Aunque hay poco que sea específico a la psicosis en el sitio web, incluye información útil sobre los tratamientos, las campañas, las políticas y los recursos.

Páginas web de psicólogos

www.bps.org.uk/psychology-public/information-public/information-public
Información para el público en la web del *British Psychological Society* (Sociedad Británica de Piscologia).

http://www.bps.org.uk/dcp
Página web de *Clinical Psychology* de la *British Psychological Society Division*.

http://discursiveoftunbridgewells.blogspot.co.uk
"Visiones y comentarios sobre psicología, salud mental y otras cosas del *Salomons Centre for Applied Psychology at Canterbury Christ Church University*. Un tema habitual es cómo entendemos y respondemos a la enfermedad mental."

www.gailhornstein.com
Gail Hornstein es una profesora de psicología de EEUU. Su sitio web contiene una "bibliografía de relatos en Inglés en primera persona sobre la locura, completa y actualizada, además de otros recursos."

https://www.dur.ac.uk/hearingthevoice
Dirigido por el profesor Charles Fernyhough, *Hearing the Voice* (oír la voz) es "un ambicioso proyecto de investigación interdisciplinaria que tiene como objetivo proporcionar una mejor comprensión de la experiencia de escuchar voces en ausencia de cualquier estímulo externo."

www.isabelclarke.org
Es el sitio web de la psicóloga clínica Isabel Clarke que escribe sobre la espiritualidad y la psicosis. Se puede contactar con Isabel a través de la página web y solicitar unirse a un grupo de discusión activa por correo electrónico sobre psicosis y espiritualidad.

www.paranoidthoughts.com
Página web sobre "temores infundados o excesivos ante los otros" del profesor Daniel Freeman,

psicólogo clínico, colaborador de este informe y autor de libros de autoayuda (ver sección libros). Incluye relatos en primera persona de personas que han experimentado pensamientos de suspicacia y paranoia.

http://peterkinderman.blogspot.co.uk
Es el blog del psicólogo clínica y colaborador de este informe profesor Peter Kinderman. Trata de los modelos psicológicos de los problemas de salud mental, y la política en salud mental.

www.youtube.com/user/PoeticDocumentarism
El psicólogo clínico Dr. Rufus May habla del uso de mindfulness con voces.

www.psychology.org.au/Content.aspx?ID=5101
El psicólogo australiano Hoa Pham escribe sobre su propio diagnóstico de esquizofrenia y su forma de pensar sobre la ayuda psicológica en la psicosis.

www.psychosisresearch.com
La *Psychosis Research Unit* (PRU) (Unidad de Investigación sobre la Psicosis) es un proyecto conjunto entre la Universidad de *Manchester y Greater Manchester West Mental Health NHS Foundation Trust*. El PRU se formó en 2008 por el profesor Tony Morrison y el Dr. Paul French. "Promovemos un enfoque normalizador para comprender la psicosis. Creemos que las experiencias y creencias comúnmente consideradas como síntomas de la psicosis a menudo son reacciones altamente comprensibles ante los acontecimientos vitales adversos. Nuestro objetivo principal es desarrollar formas de reducir el sufrimiento de las personas ante estas experiencias, así como el desarrollo de formas de restaurar la autonomía y dignidad."

www.rufusmay.com
Creado por el psicólogo clínico Rufus May, este sitio web ofrece un recurso con artículos y entrevistas en los que Rufus ha participado, para promover un enfoque de psicología positiva a la salud emocional y la recuperación. Incluye un documento sobre "aceptar realidades alternativas."

http://treatingpsychosis.com
Página creada por el psicólogo clínico Nicola Wright y otros, "este sitio web es para quienes viven con la psicosis y los amigos, familiares y clínicos de las personas afectadas por psicosis. El objetivo del sitio web es proporcionar recursos útiles, incluyendo libros y artículos de investigación, sitios web útiles, formularios descargables y materiales interactivos tato para los clientes como para los clínicos." También hay hermosas fotografías de la naturaleza.

www.understandingpsychosis.net
La página asociada a este informe.

Páginas web de autoayuda

www.comingoff.com
"Este sitio web tiene como objetivo aportar información actualizada sobre la medicación psiquiátrica, cómo funciona, y el proceso de dejarla. Está elaborada en colaboración entre personas a las se les prescribieron medicamentos y los dejaron y los clínicos que se involucraron apoyando este proceso."

www.livinglifetothefull.com
Trata de habilidades para la vida, vía online, usando los principios de la Terapia Cognitivo Conductual para ayudar a las personas con dificultades en la vida.

www.moodgym.anu.edu.au
Un programa de auto-ayuda gratuito para ayudar a las personas a entender y utilizar las técnicas cognitivo-conductuales básicas de la terapia para la depresión y la ansiedad.

http://theicarusproject.net/HarmReductionGuideComingOffPsychDrugs
De *Icarus Project* - una guía para dejar la medicación de forma segura.
Versión en castellano de la guía en:
http://willhall.net/files/GuiaReducciondelDanoDiscontinuaciondeDrogasPsiquiatricas2EdOnline.pdf
Charla de Will Hall (de Icarus Project) en español:
https://www.youtube.com/watch?v=NvgHwk1ACAA

Otras páginas útiles

www.asylumonline.net/resources/campaign-for-the-abolition-of-schizophrenialabel
Este es un grupo que hace campaña para abolir la etiqueta "esquizofrenia".

www.iraresoul.com
Este es el sitio web de Daniel Mackler, cineasta. Tiene tres películas documentales disponibles en DVD sobre enfoques no médicos para ayudar a las personas con psicosis, por ejemplo, el modelo de "Diálogo Abierto" de Finlandia, y un enfoque sueco que apoya a las familias que recogen y permanecen junto a personas en momentos de crisis.
Se pueden ver los documentales de Daniel Mackler con subtítulos en español en:
El diálogo abierto. Documental sobre el método finlandés de trabajo en la "esquizofrenia"
https://www.youtube.com/watch?v=4Xvp5vpwWf4
Curando en casa (Healing homes) - recuperándose de la psicosis sin medicación. Familias que acogen a personas en crisis y permanecen junto a ellas en ese proceso.
https://www.youtube.com/watch?v=3KL2pP8XrjM
y en
https://www.youtube.com/watch?v=37Nep5cm4vU
Toma Estas Alas Rotas (Take these broken wings), documental sobre la esquizofrenia
https://www.youtube.com/watch?v=VytXQ98wFBk

http://madinamerica.com
Página dirigida por Robert Whitaker, autor de "*Mad en América*" y "*Anatomy of an Epidemic*". "El sitio está diseñado para servir como recurso y como comunidad para quienes estén interesados en repensar la asistencia psiquiátrica en los Estados Unidos y en el extranjero. A los lectores se les ofrecen noticias, historias de recuperación, acceso a documentos originales, y los escritos e información de los bloggers asociados a este proyecto."

www.mindreel.org.uk/video/reconnect
Esta es una película de 20 minutos sobre "*Karl*," un joven que experimentó la psicosis y que recibió la ayuda de un equipo de intervención temprana.

www.undercurrents.org/minds.html
Una película descargable titulada "*Mentes en Evolución*" sobre los diferentes puntos de vista sobre la psicosis.

Materiales de formación

Thurstine Basset, Mark Hayward, Ruth Chandler, Alison blanco, Anne Cooke y Jim Lee (2007). Psychosis revisited – a workshop for mental health workers. Hove: Pavilion Publishing.
Manual de un taller de capacitación de dos días para trabajadores de salud mental apoyándose en nuestro informe anterior. El taller anima a los trabajadores de salud mental a abrir sus mentes y tomar una nueva perspectiva ante las "psicosis" y el modo de intentar ayudar a las personas que la experimentan.

Libros

Relatos en primera persona sobre las psicosis y la asistencia recibida

Basset, T. & Stickley, T. (Eds.) (2010). *Voices of experience: Narratives of mental health survivors.* New York: Wiley-Blackwell.
Este libro contiene una amplia gama de relatos escritos por supervivientes de salud mental. Los relatos ilustran cómo los supervivientes desarrollaron técnicas de autogestión y estrategias de vida que, en conjunto, ofrecen una guía a cualquiera que se las vea con la vida en el siglo 21.

Cordle, H., Carson, J. & Richards, P. (Eds.) (2010). *Psychosis: Stories of recovery and hope.* London: Quay Books.
Quince personas cuentan su historia y los profesionales describen varios enfoques para comprender y ayudar, también incluye el modelo médico tradicional y el enfoque de recuperación.

Geekie, J., Read, J. Randal, P. & Lampshire, D. (2011). *Experiencing psychosis: Personal and professional perspectives.* London: Routledge.
Dirigen los relatos en primera persona al centro del escenario y son examinados al lado de la investigación actual para sugerir que la experiencia personal puede contribuir a la forma en que los profesionales intentan comprender y ayudar.

Millet, K. (1990). *The loony bin trip.* New York: Simon & Schuster.
Kate Millet explora el tema de la locura, la manía y la depresión, desde su propia experiencia. Habla de su lucha contra el estigma, su hospitalización forzosa por familiares y amigos, y su decisión de poner a prueba su salud al dejar la medicación prescrita.

Pegler, J. (2004). *A can of madness. Memoir on bipolar disorder and manic depression: An Autobiography on manic depression.* Brentwood: Chipmunka Publishing.
Jason, ahora director general de Chipmunka Publishing, fue diagnosticado de trastorno bipolar en 1993. Escribió *A can of madness* (Una lata de locura) para disuadir a otros jóvenes de 17 años a que transiten por lo que él pasó.

Pembroke, L. (2004, Kindle Edition 2009). *Self-harm: Perspectives from personal experience.* Brentwood: Chipmunka Publishing.
En este libro breve pero poderoso, Louise y otros explican cómo entienden y hacen frente a

las percepciones inusuales y a las autolesiones.

Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D. & Morris, M. (2009). *Living with voices: Fifty stories of recovery*. PCCS Books.
Cincuenta personas describen el modo en el que superaron sus problemas de oír voces fuera del modelo de enfermedad, mediante la superación de los sentimientos de amenaza e impotencia, y descubren que las voces no son un signo de locura sino una reacción a los problemas en sus vidas.

Sen, D. (2002). *The world is full of laughter (Memoir on mental distress).* Brentwood: Chipmunka Publishing.
La lucha de una mujer para afrontar los abusos, las presiones familiares, los prejuicios y la mala salud mental. Dolly Sen describe la realidad y los prejuicios al ser diagnosticada de diversos trastornos psiquiátricos y cómo avanzó entre ellos.

Las perspectivas psicológicas y sociales de la "psicosis"

Benamer, S. (2010). *Telling stories? Attachment-based approaches to the treatment of psychosis*. London: Karnac.
"Para entender realmente la psicosis debemos empezar por escuchar a quienes la conocen, desde dentro hacia afuera: las voces y las narrativas de quienes fueron condenados como "inaccesibles al análisis" y locos. Lejos de ser fantasía, las historias complejas que se enuncian comunican verdades dolorosas y hablan de las múltiples formas en que la psique humana sobrevive a traumas abrumadores."

Bentall, R. (2004). *Madness explained: Psychosis and human nature*. London: Penguin Books.
Richard Bentall defiende que se necesita una forma radicalmente nueva para pensar sobre la psicosis y su tratamiento. ¿Podría ser que se esté tratando el miedo a la locura en vez de a la propia locura, sería este nuestro problema?

Chadwick, P. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Chichester: Wiley.
Proporciona un marco práctico para usar un enfoque de terapia cognitiva basada en la persona para hacer frente a la diversidad de problemas que experimentan las personas con psicosis.
Libro en español
Chadwick P. (2009) Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.

Clarke, I. (2010). *Psychosis and spirituality: Consolidating the new paradigm.* Oxford: Wiley-Blackwell.
Ofrece un replanteamiento fundamental del concepto de psicosis, centrándose en la superposición entre las experiencias que tradicionalmente fueron consideradas psicóticas y las que han sido consideradas espirituales.

Garety, P. & Hemsley, D. (2013). *Delusions: Investigations into the psychology of delusional reasoning*. London: Psychology Press.
"Una síntesis que retrata la contribución al día de hoy desde la ciencia cognitiva a la biología y la psicopatología sobre el pensamiento delirante."

Geekie, J. (2009). *Making sense of madness: Contesting the meaning of schizophrenia.* Hove: Routledge.
Este libro explora las experiencias subjetivas de "locura." Sobre la base de las historias de las personas y las descripciones literales argumenta que la experiencia de la "locura" es una parte integral del ser humano, y que una mayor atención a las experiencias subjetivas puede informar a los profesionales como se entienden estas experiencias y tratar de ayudar a quienes están en problemas debido a ellas.
Libro en español
Geekie, J. y Read, J. (2012). El sentido de la locura. Barcelona: Herder Editorial.

Hornstein, G. (2012). *Agnes' jacket: A psychologist's search for the meanings of madness.* Ross-on-Wye: PCCS Books.
"En la época victoriana, en un asilo alemán, la costurera Agnes Richter cosió cuidadosamente un texto autobiográfico misterioso, usando cada pulgada de la chaqueta de su uniforme institucional. A pesar de todos los intentos de silenciarlos, cientos de otros pacientes consiguieron mostrar sus historias... Hay una gran brecha entre la forma en la que la medicina explica las enfermedades psiquiátricas y las experiencias de quienes las sufren. El brillante trabajo de Hornstein nos ayuda a cerrar esa brecha, y nos guía a través de la vida interior de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión y paranoia, y surge, nada menos, que un nuevo modelo para comprender la llamada "enfermedad mental," para los otros para nosotros mismos. Uno en el que no se pregunta "¿qué te pasa", sino "¿que te pasó y cómo te las has arreglado para sobrevivir?"

Johnstone, L. (2014). *A straight talking introduction to psychiatric diagnosis.* Ross-on-Wye: PCCS Books.

Johnstone, L. (2000). *Users and abusers of psychiatry: A critical look at psychiatric practice.* London: Routledge.
Utilizando ejemplos de la vida real y su propia experiencia como psicóloga clínica, Lucy Johnstone argumenta que la forma tradicional de tratar la "enfermedad mental" con frecuencia puede agravar las dificultades originales de las personas, dejándolas sin poder, discapacitadas, y angustiadas.

Jones, S., Lobban, F. & Cooke, A. (2010). *Understanding bipolar disorder: why people experience extreme mood states and what can help.* Leicester: British Psychological Society Division of Clinical Psychology.
Es el otro informe de esta serie, "Understanding bipolar disorder - Entendiendo el Trastorno Bipolar". Muestra una visión general del estado actual del conocimiento sobre por qué algunas personas tienden a experimentar períodos de estado de ánimo extremo y sobre lo que les puede ayudar. Mucho se ha escrito sobre los aspectos biológicos de los "trastornos bipolares." Este informe tiene como objetivo restaurar el equilibrio centrándose en los aspectos psicológicos, tanto en términos de cómo entendemos los problemas y también como se ayuda y se puede tratar. El informe se puede descargar libremente en: www.bpsshop.org.uk/Understanding-Bipolar-Disorder-P1280.aspx

Kinderman, P. & Cooke, A. (Eds.) (2000). *Recent advances in understanding mental illness and psychotic experiences. A report by the British Psychological Society Division of Clinical*

Psychology. Leicester: British Psychological Society.
Este es nuestro informe anterior que es remplazado y actualizado con este.

Knight, T. (2013). *Beyond belief: Alternative ways of working with delusions, obsessions and unusual experiences.* Berlin: Peter Lehmann Publishing.
Este libro oferta una nueva forma de ayuda para las personas que tratan con creencias inusuales, alentando a quienes ayudan a considerar trabajar dentro de ellas, en vez de desafiar el sistema de creencias de la persona. De descarga gratuita en: www.peter-lehmann-publishing.com/beyond-belief.htm

Lewis Herman, J. (1997). *Trauma and recovery: From domestic abuse to political terror (revised edn.)* New York: Basic Books.
Un libro fundamental sobre los efectos del trauma. La perspectiva que recoge trata de informar de muchos de los modelos actuales sobre la "psicosis."

McCarthy-Jones, S. (2012). *Hearing voices: The histories, causes and meanings of auditory verbal hallucinations.* Cambridge: Cambridge University Press.
Este libro integra los hallazgos de la neurociencia con las teorías psicológicas actuales. Trata sobre las causas de las voces y hace sugerencias para futuras investigaciones.

Read, J. & Dillon, J. (2013). *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis.* London: Routledge.
"Esta segunda edición desafía a quienes mantienen teorías y tratamientos de la "locura" simplistas, pesimistas, y se podría decir que perjudiciales. En particular, desafía las creencias de que la locura se puede explicar sin referirse a las causas sociales, desafía nuestra preocupación por los desequilibrios químicos y las predisposiciones genéticas como causas de la miseria humana, incluidas las condiciones que se engloban bajo el término "esquizofrenia".
Libro en español de la primera edición:
Read, J. Mosher L. & Bentall R. (Editores (2007) Modelos De Locura. Aproximaciones Psicológicas, Sociales Y Biológicas A La Esquizofrenia. Barcelona: Herder, 2007

Read, J. & Sanders, P. (2010). *A straight talking introduction to the causes of mental health problems.* Ross-on-Wye: PCCS Books.
Adaptado a los usuarios de servicios de salud mental, sus cuidadores, estudiantes y profesionales de salud mental, este libro presenta una introducción a las causas de los problemas de salud mental.

Romme, M. & Escher, S. (2011). *Psychosis as a personal crisis: An experience-based approach.* London: Routledge.
Marius Romme y Sandra Escher describen su popular enfoque y describen el desarrollo del movimiento de escuchadores de voces.
Libro en español:
Romme, M. & Escher, S. (Editores) (2013) La psicosis como crisis personal. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis

Romme, M. & Escher, S. (2000). *Making sense of voices: A guide for mental health professionals Working with Voice-Hearers.* London: MIND.

Este libro combina ejemplos y orientación sobre cómo se puede ayudar a los profesionales y a quienes escuchan voces para gestionar las voces y llevar una vida activa y plena.
Libro en español:
Romme, M. & Escher, S. (2007) Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis

Slade, M. (2013). *100 Ways to support recovery. A guide for mental health professionals* (2nd edn.). London: Rethink Mental Illness.
Descargable en www.rethink.org/about-us/commissioningus/100-ways-to-support-recovery
Este breve texto sugiere 100 formas para quienes trabajan en el campo de salud mental para ayudar a la recuperación de los pacientes psiquiátricos.

Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals.* Cambridge: Cambridge University Press.
Este libro propone una nueva base conceptual para los servicios de salud mental – el Marco de la Recuperación Personal - que da primacía a la persona en vez de a la enfermedad, y muestra estudios de casos de todo el mundo de los enfoques que apoyan la recuperación.

Silverstein, S., Moghaddam, B. & Wykes, T. (2013). *Schizophrenia: Evolution and synthesis.* Cambridge, MA: MIT Press.
"En este libro, investigadores importantes consideran los obstáculos conceptuales y técnicos para avanzar en la comprensión de la esquizofrenia y sugieren nuevas estrategias para avanzar en la investigación y el tratamiento."

Tew, J. (2011). *Social approaches to mental distress.* Basingstoke: Palgrave Macmillan.
Este libro ofrece un modelo holístico para comprender y responder al sufrimiento mental. Sitúa la salud mental dentro de un contexto social más amplio, fomentando el compromiso no sólo con la persona que experimenta el sufrimiento mental, sino también con su familia y con un entorno social más amplio.

Williams, P. (2012). *Rethinking psychosis: Towards a paradigm shift in our understanding of psychosis.* San Francisco, CA: Sky's Edge Publishing.
"En este libro, que te abre los ojos, París Williams desafía eficazmente los mitos prevalecientes sobre los orígenes y el tratamiento de la psicosis, sugiere que se trata de algo natural, aunque sea un proceso de auto-restauración precario que debe ser protegido, en vez de una enfermedad cerebral degenerativa para toda la vida y sin esperanza que se debe gestionar y medicar."

Libros para estudiantes

Cromby, J., Harper, D. & Reavey, P. (2013). *Psychology, mental health and distress.* Basingstoke: Palgrave Macmillan.
Este es el primer libro de texto convencional que adopta un enfoque psicológico coherente a los problemas –como sobre el estado de ánimo bajo y el oír voces - que los cursos de psicología a veces han llamado "psicología anormal" y se abordan dentro de un marco de diagnóstico psiquiátrico. Proporciona un relato más acabado del sufrimiento mental, incluyendo las causas sociales y las relacionales, y ahora es un texto de muchos cursos de psicología, enfermería, terapia ocupacional y de trabajo social.

Libros de autoayuda

Escher, S. & Romme, M. (2010). *Children hearing voices: What you need to know and what you can do.* Ross-on-Wye: PCCS Books.
Este libro tiene como objetivo dar apoyo y soluciones prácticas frente a la experiencia de escuchar voces. Tiene dos partes, una para niños que oyen voces, y la otra para los padres y cuidadores adultos.

Fadden, G., James, C. & Pinfold, V. (2012). *Caring for yourself – Self help for families and friends supporting people with mental health problems.* Birmingham: White Halo Design.
Es un libro descargable. "Rethin Mentall Ilness -Repensar la Enfermedad mental- y el Programa Meriden para Familias han creado Caring for yourself – Cuidando de ti mismo- para ayudar a las personas con problemas de salud mental, a los cuidadores, familiares y amigos. Es para quien apoya a alguien en cualquier condición de salud mental. Vd. puede tener una lucha en relación con la ansiedad, la depresión o el trastorno bipolar, un amigo con psicosis, esquizofrenia o trastorno de la personalidad. Cualquiera que sea el diagnóstico, *Caring for yourself* le puede ayudar a desarrollar habilidades y nuevas formas de afrontar."

Freeman, D. & Freeman, J. (2008). *Paranoia: The 21st century fear.* Oxford: Oxford University Press.
Daniel Freeman es un destacado investigador sobre la paranoia y uno de los colaboradores de este informe. Junto con su hermano Jason Freeman, en este libro analiza las causas de la paranoia, la identificación de los factores sociales y culturales que parecen estar sesgando la forma en que pensamos y sentimos el mundo que nos rodea. Explican por qué la paranoia puede estar aumentando y cómo podemos afrontarla.

Freeman, D., Freeman, J. & Garety, P. (2006). *Overcoming paranoid and suspicious thoughts: A selfhelp guide using cognitive behavioral techniques.* London: Constable & Robinson.
La investigación sugiere que el 20-30 por ciento de las personas del Reino Unido tienen pensamientos de suspicacia o paranoides frecuentemente. Esta es una guía práctica de autoayuda escrita por algunos de los investigadores más destacados en el campo, ambos colaboradores de este informe.

Hayward, M., Strauss, C. & Kingdon, D. (2012). *Overcoming distressing voices.* London: Constable & Robinson.
Una guía de autoayuda basada en un enfoque cognitivo conductual.

Holford, P. (2007). *Optimum nutrition for the mind*. London: Piatkus Books.
Patrick Holford sugiere cómo la alimentación adecuada puede ayudar en los problemas de salud mental.

Moncrieff, J. (2009). *A straight talking introduction to psychiatric drugs*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
Un libro que tiene como objetivo dar a los usuarios de servicios la información que necesitan para tomar decisiones informadas sobre los fármacos psiquiátricos. Contiene consejos prácticos sobre las preguntas más adecuadas a realizar si le recetan medicamentos en problemas de salud mental, y lo que es probable que le ocurra si los deja.
Libro en español:
Moncrieff, J. (2013) Hablando Claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos. Herder.

Morrison, A., Renton, J., French, P. & Bentall, R. (2008). *Think you're crazy? Think again: A resource book for cognitive therapy for psychosis*. London: Routledge.
Un libro de autoayuda basado en un enfoque cognitivo-conductual y escrito por reconocidos investigadores del campo.
Libro en español:
Morrison, A. Renton, J. French, P, & Bentall, R. (2010) ¿Crees que estás loco? Piénsalo dos veces. Herder

Romme, M. & Escher, S. (2003). *Accepting voices.* London: MIND Publications.
El libro ilustra que hay muchas personas que oyen voces y que no todo el mundo recurre a la psiquiatría, pero que hay formas de afrontamiento que permiten a la gente a reconciliarse con su experiencia. Se centra en las técnicas de afrontar las voces, haciendo hincapié en que el crecimiento personal debe estimularse, no inhibirse.
Libro en español:
Romme, M. & Escher, S. (2007) Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis

Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Wilcock, S., Brabban, A., Cromarty, P., Dudley, R., Gray, R., Pelton, J., Siddle, R. & Weiden, P. (2009). *Back to life, back to normality: Cognitive therapy, recovery and psychosis.* Cambridge: Cambridge University Press.
Una guía para personas que experimentan psicosis, sus familias y amigos. Basado en un enfoque cognitivo conductual.

Organizaciones de autoayuda y el movimiento de usuarios / supervivientes

Chamberlin, J. (1988, Kindle edn. 2012). *On our own: Patient controlled alternatives to the mental health system.* London: Mind Publishing.
El capítulo 5 es de libre acceso via:
http://home.earthlink.net/ ~ allan.hunter/psych_inmates_libfront/vol_4/Chamberlin/Chamberlin_Ch5.html.
Judi Chamberlin fue una de las pioneras del movimiento de supervivientes en salud mental. Su libro presenta de forma convincente a favor de «servicios controlados por el paciente" - alternativas viables y más humanas a las instituciones, que siente que destruyen la independencia y confianza de tantas personas.

James, A. (2001). *Raising our voices: An account of the Hearing Voices movement.* Gloucester: Handsell.
Adam James cuenta la historia del movimiento de escuchadores de voces que ha revolucionado la forma en que pensamos sobre la experiencia, y que dio lugar a la formación de cientos de grupos de autoayuda para personas que oyen voces.

Los fármacos psiquiátricos a debate

Moncrieff, J. (2013). *The bitterest pills: the troubling story of antipsychotic drugs.* London: Palgrave Macmillan.
La psiquiatra Joanna Moncrieff desafía la visión convencional de que los antipsicóticos son tratamientos específicos que actúan sobre una enfermedad cerebral subyacente. Sugiere que los profesionales a menudo han exagerado los beneficios de los antipsicóticos y minimizado o ignorado las pruebas de sus efectos tóxicos, y que la industria farmacéutica ha participado en expandir su uso en un campo en el que es probable que sus peligros sean muy superiores a sus ventajas.

Moncrieff, J. (2009). *The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment.* London: Palgrave Macmillan.
Este libro examina la investigación sobre antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo y estimulantes. Se sugiere que los fármacos psiquiátricos funcionan mediante la creación de estados mentales alterados, que suprimen no sólo "síntomas" sino también otras funciones intelectuales y emocionales. Joanna Moncrieff analiza los pros y los contras de los diferentes tipos de fármacos y sugiere que el reconocimiento de la verdadera naturaleza de los fármacos psiquiátricos podría llevar a una práctica más democrática de la psiquiatría.

Read, J. (2009). *Psychiatric drugs: key issues and service user perspectives.* London: Palgrave Macmillan.
Esta viva y provocativa revisión general examina la experiencia real de tomar fármacos psiquiátricos. El libro examina las consecuencias del uso de los fármacos psiquiátricos a largo plazo desde la perspectiva de las personas que los han tomado e intentaron dejarlos. Se delinean posibles tensiones entre los pacientes y los profesionales en torno a la medicación y ofrece ejemplos de cómo resolverlos de forma constructiva.

Whitaker, R. (2011). *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. New York: Broadway Books.
El premiado escritor sobre ciencia e historiador Robert Whitaker investigó por qué el número de los clasificados como "enfermos mentales discapacitados" en los Estados Unidos se ha triplicado en las últimas dos décadas. Examina las pruebas de que los medicamentos psiquiátricos pueden hacer daño si se toman a largo plazo.
Libro en español:
Whitaker, R. (2015). Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales. Madrid: Capitán Swing

El sistema de salud mental y la perspectiva social de la «enfermedad mental»

Bentall, R. (2010). *Doctoring the mind: Why psychiatric treatments fail*. London: Penguin Books.
¿Por qué se trata en el mundo occidental la enfermedad mental de manera inadecuada? ¿Quién se beneficia en realidad de la psiquiatría? ¿Y por qué un paciente en Nigeria tiene una probabilidad mucho mayor de recuperarse que uno en el Reino Unido?
Libro en español:
Bentall, R. (2011) Medicalizar la mente: ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiatri cos? Barcelona: Herder

Coles, S., Keenan, S. & Diamond, R. (2013). *Madness contested. Power and practice*. Ross-on-Rye: PCCS Books.
En veintiún capítulos analizan críticamente la preponderancia del enfoque médico de la locura y discuten alternativas en la teoría y la práctica.

Kinderman, P. (2014). *A prescription for psychiatry: A manifesto for a radical vision of mental health and wellbeing*. Basingstoke: Palgrave.
"*A prescription for psychiatry* pone al descubierto las fallas y deficiencias de la asistencia en la salud mental tradicional y brinda una alternativa radical. Expone el "modelo de enfermedad" anticuado y biologicista como poco científico e inservible, y apela a una revolución en la forma de planificar y prestar asistencia. Kinderman pone en cuestión la manera en que pensamos sobre los problemas de salud mental, con el argumento de que los orígenes del sufrimiento son en gran parte sociales y urge un cambio desde un "modelo de enfermedad" a un "modelo psicosocial." El libro convincentemente sostiene que se debe reducir significativamente el uso de la medicación psiquiátrica, y la ayuda debe adaptarse a las necesidades únicas de cada persona. Se trata de un manifiesto a favor de un enfoque completamente nuevo en la asistencia psiquiátrica; uno que realmente ofrece asistencia en vez de coerción, terapia en vez de medicación, y un retorno a valorar el sentido común que entiende que el sufrimiento es por lo general una reacción comprensible a los desafíos de la vida".

Laurance, J. (2002). *Pure madness: How fear drives the mental health system*. London:Routledge.
El antes editor de Salud en el The Independent viaja por el Reino Unido para hablar con los usuarios y el personal de los servicios de salud mental. Encuentra que es un servicio

impulsado por el miedo.

Rapley, M., Moncrieff, J. & Dillon, J. (2011). *De-medicalizing misery: Psychiatry, psychology and the human condition*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
El libro sostiene que la experiencia humana está siendo patologizada y psiquiatrizada cada vez más y que "los problemas de salud mental" son esencialmente morales y políticos, en vez de asuntos médicos.

Tummey, R. & Turner, T. (2008). *Critical issues in mental health*. Basingstoke: Palgrave McMillan.
"Escritores que conocen... nos confrontan a todas las cuestiones principales que hay que abordar para crear servicios de salud mental más humanas y eficaces."

Watters, E. (2011). *Crazy like us*. London: Robinson Publishing.
Ethan Watters sugiere que, en las últimas décadas, las enfermedades mentales se han popularizado en los Estados Unidos y han sido esparcidas por todo el mundo, con la velocidad de las enfermedades contagiosas. Viaja por todo el mundo y llega a la conclusión de que el virus es los EE.UU. – La cultura estadounidense de un modo constante de forma, a veces las crea, a las enfermedades mentales de hoy en día. Watters sugiere que dejando a un lado su papel como terapeuta del mundo, los EE.UU. podría llegar a aceptar que tiene mucho que aprender de las creencias de otras culturas sobre la mente, que lo que puede enseñar.

Whitaker, R. (2010). *Mad in America: Bad science, bad medicine and the enduring mistreatment of the mentally ill.* New York: Basic Books.
'Rastreando más de tres siglos de "remedios" para la locura, Robert Whitaker sugiere que las terapias médicas – desde "hacer girar" o "enfriar" a los pacientes en los tiempos coloniales a los métodos más modernos de electroshock, lobotomía, y los fármacos- han sido usadas para silenciar a los pacientes y embotar sus mentes, agudizando su sufrimiento y menoscabando sus esperanzas de recuperación." Whitaker presenta evidencias de que a las personas diagnosticadas con esquizofrenia en los Estados Unidos les va peor que en los países pobres, y posiblemente peor que a los pacientes que estaban en los asilos a principios del siglo XIX. Argumenta que las drogas psiquiátricas modernas es tan solo medicina vieja en recipientes nuevos, y que nosotros como sociedad estamos engañados respecto a su eficacia.

Libros, páginas web y otros recursos en español

Sitios web

Páginas web de usuarios / supervivientes y relatos en primera persona

Eleanor Longden. Voces en mi cabeza
Charla TED de 14 minutos de la escuchadora de voces y psicóloga Eleanor Longden, que relata sus experiencias. «Longden refiere su conmovedor retorno a la salud mental con una trayectoria de años y dice que cuando aprendió a escuchar sus voces fue capaz de sobrevivir».
En español con subtítulos en:
http://www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head?language=es y en
https://www.youtube.com/watch?v=ic_cPw3uqy4

http://primeravocal.org/
Contiene diversos textos sobre salud mental, los hay críticos, experiencias personales, informes de estudios, artículos sobre la escucha de voces, y muchas cosas más sobre el campo.

https://radioprometea.wordpress.com/
Información diversa sobre salud mental, crítica asistencial, perspectiva de género, actos y debates, y otras cuestiones más sobre este campo.

http://enprimerapersona.org/
Una federación de asociaciones de usuarios cuyo «objetivo principal es mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental en los ámbitos familiar, social, emocional y laboral», y «defender los derechos e intereses de nuestro colectivo».

http://www.activament.org/es/
Asociación de usuarios que tiene por objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes, fomentado el empoderamiento y lucha contra el estigma.

http://www.esquizoide.net/
Relatos en primera persona. Ofrece información sobre la «personalidad esquizoide», y consejos para sobrevivir mas allá de esta condición. Hay consejos para familiares y allegados.

http://esquizoque.blogspot.com.es/
Blog, asociado a Radio Prometea, sobre cuestiones de salud mental que incluye la perspectiva de los usuarios.

Icarus Project - Discontinuación del Uso de Drogas Psiquiátricas: Una Guía Basada en la Reducción del Daño
http://willhall.net/files/GuiaReducciondelDanoDiscontinuaciondeDrogasPsiquiatricas2EdOnline.pdf
De *Icarus Project* - una guía para dejar la medicación de forma segura, en español.
Charla de Will Hall (de Icarus Project) en español:
https://www.youtube.com/watch?v=NvgHwk1ACAA

Páginas realizadas por profesionales en España

https://aen.es/
Página de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Es una asociación que incluye a todo de tipo de profesionales estudiosos relacionados con Salud Mental y a las personas que tienen un interés en el campo. Acepta en su seno a todas las tendencias clínicas y todo tipo de perspectivas en esta área.
Desde su página hay acceso libre a noticias, documentos varios, y a los contenidos de varias revistas editadas por la asociación y sus agrupaciones autonómicas. En las mismas también se recogen experiencias asistenciales y testimonios.

http://amsm.es/
Es la página web de la asociación de salud mental madrileña (AMSM), integrada en la AEN. Contiene todo tipo de información, incluyendo reuniones científicas, artículos, y la perspectiva de los pacientes.

http://www.nogracias.eu/
Artículos, noticias sobre el mundo de la salud, e independiente de la industria farmacéutica, incluyendo cuestiones de salud mental. No gracias es una «organización civil independiente por la transparencia, la integridad y la equidad en las políticas de salud, la asistencia sanitaria y la investigación biomédica».

http://ome-aen.org/
Es la página de la Asociación de Salud Mental del País Vasco y Navarra (OME), afiliada a la asociación AEN.
Contiene documentos diversos, noticias y acceso libre a la revista de Salud Mental NORTE.

http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/
Página de José Valdecasas, psiquiatra y Amaia Vispe, enfermera de salud mental, que contiene artículos del campo de la salud mental, incluyendo psicofármacos, perspectivas de los pacientes, etc; «donde hablamos de la curación del alma y de la locura, de traidores, víctimas y deserciones, de psiquiatría y filosofía, de antipsiquiatría y postpsiquiatría... (signifique todo ello lo que signifique)».

http://www.tecnoremedio.es/
Blog de psicofarmacología crítica y otras terapias farmacológicas (antes Instituto de Psicofarmacología). Incluye artículos, reflexiones y noticias. TecnoRemedio es «una propuesta para el empoderamiento sanitario».

Otras páginas y recursos útiles

www.iraresoul.com
Este es el sitio web de Daniel Mackler, psicoterapeuta y cineasta. Tiene tres películas documentales disponibles en DVD sobre enfoques no médicos para ayudar a las personas con psicosis, por ejemplo, el modelo de "Diálogo Abierto" de Finlandia, y un enfoque sueco que apoya a las familias que recogen y permanecen junto a las personas en momentos de crisis.
Se pueden ver los documentales de Daniel Mackler con subtítulos en español en:
El diálogo abierto. Documental sobre el método finlandés de trabajo en la “esquizofrenia”

https://www.youtube.com/watch?v=4Xvp5vpwWf4
Sanando en casa (Healing homes) - recuperándose de la psicosis sin medicación. Familias que acogen a personas en crisis y permanecen junto a ellas en ese proceso.
https://www.youtube.com/watch?v=3KL2pP8XrjM y en
https://www.youtube.com/watch?v=37Nep5cm4vU
Toma Estas Alas Rotas (Take these broken wings), documental sobre la esquizofrenia
https://www.youtube.com/watch?v=VytXQ98wFBk

Libros

Relatos en primera persona

Camille (2009) *Todo lo que aprendí de la paranoia*. España: Desclee De Brouwer

Hardcastle, M. et al (2010) *Experiencias en la atención psiquiátrica hospitalaria.* Barcelona: Herder

Lauveng, Arnhild (2010) *El país de los bosques de hierro*. Puente al norte

Ruiz Garzon, Ricard (Compilador) (2007) *Las voces del laberinto: historias reales sobre esquizofrenia*. España: Debolsillo

Varios (2014) *Monógrafico Las voces que hay que oír. Alternativas a la psiquiatrización.* Revista Mujeres y Salud.
Incluye relatos en primera persona, y artículos sobre la recuperación, perspectiva de género en salud mental, y cuestiones asociadas.
Accesible en: http://www.mys.matriz.net/mys36/img/MYS36.pdf

Varios. (2014) *El Trastorno Mental en 1ª Persona. Hablando desde la experiencia*. España: Miret Editorial.

Libros sobre las perspectivas psicológicas y sociales de la «psicosis» que están en español y se recomiendan en el informe

Chadwick P. (2009) *Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora*.
Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
Proporciona un marco práctico para usar un enfoque de terapia cognitiva basada en la persona para hacer frente a la diversidad de problemas que experimentan las personas con psicosis.

Geekie, J. y Read, J. (2012). *El sentido de la locura.* Barcelona: Herder Editorial.
Este libro explora las experiencias subjetivas de «locura». Sobre la base de las historias de las personas y las descripciones literales argumenta que la experiencia de la «locura» es una parte integral del ser humano, y que una mayor atención a las experiencias subjetivas puede informar a los profesionales como se entienden estas experiencias y tratar de ayudar a quienes están en problemas debido a ellas.

Read, J. Mosher L. & Bentall R. (Editores (2007) *Modelos De Locura. Aproximaciones Psicológicas, Sociales Y Biológicas A La Esquizofrenia*. Primera edición. Barcelona: Herder.

Desafía a quienes mantienen teorías y tratamientos de la «locura» simplistas, pesimistas, y se podría decir que perjudiciales. En particular, desafía las creencias de que la locura se puede explicar sin referirse a las causas sociales, desafía nuestra preocupación por los desequilibrios químicos y las predisposiciones genéticas como causas de la miseria humana, incluidas las condiciones que se engloban bajo el término «esquizofrenia».

Romme, M. & Escher, S. (Editores) (2013) *La psicosis como crisis personal.* Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
Marius Romme y Sandra Escher, y el resto de colaboradores, describen su popular enfoque y el desarrollo del movimiento de escuchadores de voces.

Romme, M. & Escher, S. (2007) *Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces.* Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
Este libro combina ejemplos y orientación sobre cómo se puede ayudar a los profesionales y a quienes escuchan voces para gestionar las voces y llevar una vida activa y plena.

Libros de autoayuda

Copeland, Mary Ellen (1993) *Venza la Depresion.* Robin Book.
Impulsora de la perspectiva de recuperación WRAP. En este libro se dirige especialmente a las personas diagnosticadas de trastorno bipolar, un diagnóstico que ella tuvo.

Moncrieff, J. (2013) *Hablando Claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos.* Herder.
Un libro que puede dar a los usuarios de servicios la información que necesitan para tomar decisiones informadas sobre los fármacos psiquiátricos. Contiene consejos prácticos sobre las preguntas más adecuadas a realizar si le recetan medicamentos en problemas de salud mental, y lo que es probable que le ocurra si los deja.

Morrison, A. Renton, J. French, P, & Bentall, R. (2010) *¿Crees que estás loco? Piénsalo dos veces.* Herder
Un libro de autoayuda basado en un enfoque cognitivo-conductual y escrito por reconocidos investigadores del campo.

Romme, M. & Escher, S. (2007) *Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces.* Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis
Este libro también se puede considera de autoayuda. Indica que hay muchas personas que oyen voces y que no todo el mundo recurre a la psiquiatría, pero que hay formas de afrontamiento que permiten a la gente a reconciliarse con su experiencia. Se centra en las técnicas de afrontar las voces, haciendo hincapié en que el crecimiento personal debe estimularse, no inhibirse.

El sistema de salud mental y la perspectiva social de la «enfermedad mental»

Bentall, R. (2011) *Medicalizar la mente: ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona: Herder.
¿Por qué se trata en el mundo occidental la enfermedad mental de manera inadecuada? ¿Quién se beneficia en realidad de la psiquiatría? ¿Y por qué un paciente en Nigeria tiene una probabilidad mucho mayor de recuperarse que uno en el Reino Unido?

Whitaker, R. (2015). *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. Madrid: Capitán Swing
El premiado escritor sobre ciencia e historiador Robert Whitaker investigó por qué el número de los clasificados como "enfermos mentales discapacitados" en los Estados Unidos se ha triplicado en las últimas dos décadas. Examina las pruebas sobre el daño que pueden hacer los medicamentos psiquiátricos si se toman a largo plazo.

Otros libros y artículos que han sido referenciados en la obra y que están en español

Alanen, Y. González de Chávez, M. Silver, A. & Martindale, B. (2008) *Abordajes psicoterapéuticos en las psicosis esquizofrenias.* Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.

Dorahy, M. Moskowitz, A. & Schafer, I. (2011) *Psicosis Trauma y Disociación. Nuevas Perspectivas sobre la Psicopatología*. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis

Geoff Shepherd, Jed Boardman & Mike Slade. *Hacer de la recuperación una realidad*.
Descarga libre en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/42/Hacer_Realidad_la_Recuperaci%C3%B3n.pdf

Rogers, C. (2000) *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. Paidós

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G. et al. (2014). *Usos y abusos del restablecimiento: implementación de las prácticas orientadas al restablecimiento en los sistemas de salud mental*. World Psychiatry Volumen 12, Número 1, Edición en Español
http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Spanish/World_1-2014.pdf

Otros libros en español de interés

Tizón Garcia, Jorge L. (2014) *Entender la psicosis Hacia un enfoque integrador*.
Barcelona:Herder.

Sobre los colaboradores

Acerca del Editor

Anne Cooke es psicóloga clínica y consultora, que trabajó en el NHS –Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido- durante muchos años con personas que sufrían de la clase de experiencias que son el objeto de este informe. Ahora es Profesora Principal y Directora Clínica del Programa de Doctorado en Psicología Clínica en el Centro Salomons de Psicología Aplicada, Canterbury Christ Church University. Junto al profesor Peter Kinderman, también coordinó y editó el informe que ahora es reemplazado y actualizado con este, y que fue publicado en 2000. Es co-editora de *Understanding Bipolar Disorder* --Entender el trastorno bipolar- el informe publicado por la Division of Clinical Psychology en 2010. Está activa en Twitter (@ AnneCooke14) y en los blogs *Discursive of Tunbridge Wells*.

Los colaboradores

Thurstine Basset (@ThurstineBasset) es directora de Basset Consultancy --Consultoría Basset— y autor principal de Psychosis Revisited.
Richard Bentall (@RichardBentall) es profesor de Psicología Clínica en la University of Liverpool.
Mary Boyle es profesora emérita de Psicología Clínica en University of East London.
Anne Cooke (@AnneCooke14) es profesora principal y Director Clínico del Programa de Doctorado en Psicología Clínica en Canterbury Christ Church University.
Caroline Cupitt es consultor de psicología clínica en Oxleas NHS Foundation Trust.
Jacqui Dillon (@JacquiDillon) es escritora, activista, conferenciante internacional y docente.
Daniel Freeman (@ProfDFreeman) es profesor de psicología clínica en University of Oxford.
Philippa Garety es profesora de psicología clínica y director clínico en King's College London Institute of Psychiatry, y colaborador líder de Psychosis Clinical Academic Group, South London y de Maudsley NHS Foundation Trust, King's Health Partners.
David Harper es lector de psicología clínica en University of East London.
Lucy Johnstone (@ClinpsychLucy) es consultora en psicología clínica en Cwm Taf Health Board en Gales.
Peter Kinderman (@peterkinderman) es profesor de psicología clínica y director del Institute for Psychology, Health and Society, University of Liverpool.
Elizabeth Kuipers es profesora de psicología clínica en King's College London Institute of Psychiatry.
Tony Lavender es vicerrector y profesor de psicología clínica en Canterbury Christ Church University.
Laura Lea es coordinadora del servicio de usuarios e implicación de cuidadores Salomons Centre for Applied Psychology, Canterbury Christ Church University.
Eleanor Longden es investigadora asociado en University of Liverpool.
Rufus May (@Rufusmay) es psicólogo clínico en Bradford District Care Trust.
Sara Meddings es consultante de Psicología clínica en Sussex Partnership NHS Trust.
Tony Morrison es profesor de psicología clínica en University of Manchester.

Steve Onyett (@SteveOnyett) es profesor asociado en University of Exeter and Director, Onyett Entero Ltd.
Emmanuelle Peters es lector en psicología clínica en Kings College London Institute of Psychiatry.
David Pilgrim es profesor de salud y política social en University of Liverpool.
John Read (@ReadReadj) es profesor de psicología clínica del doctorado del programa de psicología clínica y director del doctorado del programa de psicología clínica en University of Liverpool.
Mike Slade es profesor de Health Services Research, King's College London Institute of Psychiatry.
Til Wykes es profesor de psicología clínica en King's College London Institute of Psychiatry.
Yan Weaver es trabajador para el desarrollo en Voice Collective, London.

Referencias

Prólogo

1. Jones, S., Lobban, F. & Cooke, A. (2010). *Understanding bipolar disorder: Why some people experience extreme mood states and what can help.* Division of Clinical Psychology. Leicester: The British Psychological Society. Accesible en: www.bpsshop.org.uk/Understanding-Bipolar-Disorder-P1280.aspx

Resumen ejecutivo

1. Jones, S., Lobban, F. & Cooke, A. (2010). *Understanding bipolar disorder: Why some people experience extreme mood states and what can help.* Division of Clinical Psychology. Leicester: The British Psychological Society. Accesible en: www.bpsshop.org.uk/Understanding-Bipolar-Disorder-P1280.aspx
2. British Psychological Society Division of Clinical Psychology (in preparation). *Understanding 'depression': Why people experience persistent low mood and what can help.* Leicester, BPS. www.understandingdepression.net

Parte 1

Sección 1

1. Jones, S., Lobban, F. & Cooke, A. (2010). *Understanding bipolar disorder: Why some people experience extreme mood states and what can help.* Division of Clinical Psychology. Leicester: The British Psychological Society. Accesible en: www.bpsshop.org.uk/Understanding-Bipolar-Disorder-P1280.aspx
2. British Psychological Society Division of Clinical Psychology (in preparation). *Understanding 'depression': Why people experience persistent low mood and what can help.* Leicester, BPS. www.understandingdepression.net
3. Jones, S., Lobban, F. & Cooke, A. (2010). *Understanding bipolar disorder: Why some people experience extreme mood states and what can help.* Division of Clinical Psychology. Leicester: The British Psychological Society. Accesible en: www.bpsshop.org.uk/Understanding-Bipolar-Disorder-P1280.aspx
4. Goldberg, T.E., Aloia, M., Gourovitch, M.C., Missar, D., Pickar, D. & Weinberger, D.R. (1998). Cognitive substrates of thought disorder, I: The semantic system. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1671–1676. http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3695/1671.pdf
5. Rachel. (2013). *Experiences of psychosis: First episode of psychosis.* Consultado el 17 de enero de 2014. Accesible en: http://healthtalkonline.org/content/rachel-interview-14-1
6. Graham. (2013). *Experiences of psychosis: First episode of psychosis.* Consultado el 17 de enero de 2014 Accesible en: http://healthtalkonline.org/content/graham-interview-27
7. May, R. (2013). Consultado el 24 de octubre de 2013. Accesible en: www.rufusmay.com/
8. Miriam. (2012). *Personal accounts of paranoia.* Consultado el 17 de enero de 2014 en Paranoid Thoughts: www.paranoidthoughts.com/accounts.php

9. Gelder, M., Gath, D. & Mayou, R. (1983). *Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
10. May, R. (2013). Consultado el 24 de octubre de 2013. Accesible en: www.rufusmay.com/
11. Miriam. (2012). *Personal accounts of paranoia*. Consultado el 17 de enero de 2014. Accesible en: www.paranoidthoughts.com/accounts.php
12. Mary. In Jackson, L., Hayward, M. & Cooke, A. (2011). Developing positive relationships with voices: A preliminary grounded theory. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(5),487–495: http://isp.sagepub.com/content/early/2010/06/30/0020764010368624.full.pdf
13. Bidois, E. (2012). A cultural and personal perspective of psychosis. In J. Geekie, P. Randal, D. Lampshire, & J. Read (Eds.), *Experiencing psychosis: Personal and professional perspectives* (pp.35-43). London: Routledge.

Sección 2

1. British Psychological Society (2000). *Recent advances in understanding mental illness and psychotic experiences*. Division of Clinical Psychology. Leicester: British Psychological Society. www.schizophrenia.com/research/Rep03.pdf
2. Bentall, R.P. (2003). *Madness explained: psychosis and human nature*. London: Penguin Books.
3. Van Os, J., Hansen, M., Bijl, R. & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: Evidence for a psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research*, 45(1–2), 11-20. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996499002248
4. Johns, L.C., Kompus, K., Connell, M., Humpston, C., Lincoln, T.M., Longden, E. et al. (2014). Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), S255–S264. http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/40/Suppl_4/S255.full.pdf+html
5. Schizophrenia Commission (2012). *The abandoned illness: A report from the Schizophrenia Commission*. London: Rethink Mental Illness. www.rethink.org/media/514093/TSC_main_report_14_nov.pdf
6. Beavan, V., Read, J. & Cartwright, C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. *Journal of Mental Health*, 20(3), 281–292. http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/09638237.2011.562262
7. Van Os, J., Kenis, G. & Rutten, B.P. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 468(7321), 203–212. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21068828
8. Freeman, D., Garety, P.A., Bebbington, P.E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D. et al. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *British Journal of Psychiatry*, 186, 427–435. www.nelft.nhs.uk/_documentbank/Paranoia_paper_2005.pdf
9. Karen. (2012). Voices and positive feelings. In M. Hayward, C. Strauss, & D. Kingdon (Eds.), *Overcoming distressing voices: A self-help guide using cognitive behavioral techniques*. London: Constable & Robinson.
10. Romme, M. & Escher, S. (1993). *Accepting voices*. London: MIND Publications.
11. Romme, M. & Escher, S. (1993). *Accepting voices*. London: MIND Publications.

1. Andrew, E., Gray, N.S. & Snowden, R.J. (2008). The relationship between trauma and beliefs about hearing voices: A study of psychiatric and non-psychiatric voice hearers. *Psychological Medicine, 38*(10), 1409-1417. http://psych.cf.ac.uk/home2/snowden/2008_PsychMed_Andrews%20etal.pdf
2. Bentall, R.P. (2003). *Madness explained: psychosis and human nature.* London: Penguin Books.
3. Freeman, D., Garety, P.A., Bebbington, P.E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D. et al. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *British Journal* of Psychiatry, 186, 427–435. www.nelft.nhs.uk/_documentbank/Paranoia_paper_2005.pdf
4. Adam. (2010). Experiencing suspicious thoughts and paranoia: An account. *Schizophrenia Bulletin*, 37(4), 656–658. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122296/pdf/sbq123.pdf
5. Romme, M., Escher, S., Dillon, J., Corstens, D. & Morris, M. (2009). *Living with Voices: 50 Stories of Recovery.* Ross-on-Wye: PCCS.
6. Amber. (2012). *Personal accounts of paranoia.* Consultado el 17 de enero de 2014 de Paranoid Thoughts: www.paranoidthoughts.com/accounts.php
7. Beavan, V., Read, J. & Cartwright, C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. J*ournal of Mental Health, 20*(3), 281–292. http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/09638237.2011.562262
8. Bebbington, P.E., McBride, O., Steel, C., Kuipers, E., Radovanovic, M., Brugha, T. et al. (2013). The structure of paranoia in the general population. *British Journal of Psychiatry, 202*, 419–427. http://bjp.rcpsych.org/content/202/6/419.full.pdf+html
9. Van Os, J., Linscott, R.J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine, 39*(2), 179–195. http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=3405404
10. Hemsley, D.R. (1993). A simple (or simplistic?) cognitive model of schizophrenia. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 633–646. www.sciencedirect.com/science/article/pii/000579679390116C
11. Jackson, L., Hayward, M. & Cooke, A. (2011). Developing positive relationships with voices: A preliminary grounded theory. *International Journal of Social Psychiatry, 57*(5), 487–495. http://isp.sagepub.com/content/57/5/487.long
12. Clarke, I. (2010). *Psychosis and spirituality: Consolidating the new paradigm* (2nd editn.). London: Wiley Blackwell.
13. Heriot-Maitland, C., Knight, M. & Peters, E. (2012). A qualitative comparison of psychotic-like phenomena in clinical and non-clinical populations. *British Journal of Clinical Psychology, 51*(1), 37–53. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22268540
14. Romme, M. & Escher, S. (1993). *Accepting voices.* London: MIND Publications.
15. Bhugra, D. (1996). *Psychiatry and religion.* London: Routledge.
16. The Icarus Project (2013). *The Icarus Project: Navigating the space between brilliance and madness.* Consultado el 11 de Noviembre 2013, Accesible en: www.theicarusproject.net
17. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*

(fifth edn.). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
18. Hacking, I. (2013, August 8). Lost in the forest. (M. Wilmers, Ed.) *London Review of Books, 35*(15), 7–8. www.lrb.co.uk/v35/n15/ian-hacking/lost-in-the-forest
19. Kirk, S. & Kutchins, H. (1994). The myth of the reliability of the DSM. *Journal of Mind and Behaviour, 15*, 71–86. www.academyanalyticarts.org/kirk&kutchins.htm
20. Van Os, J., Gilvarry, C., Bale, R., Van Horn, E., Tattan, T., White, I. et al. (1999). A comparison of the utility of dimensional and categorical representations of psychosis. *Psychological Medicine, 29*(3), 595–606. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10405080
21. Griffiths, R. (nd). *Inquiry into the 'schizophrenia' label.* Consultado el 21 de mayo de 2014. Accesible en: www.schizophreniainquiry.org
22. Mill, J.S. (2014, January 17). *John Stuart Mill.* Consultado el 22 de enero de 2014 Accesible en: www.en.wikiquote.org/wiki/John_Stuart_Mill
23. Van Os, J., Linscott, R.J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine, 39*(2), 179–195. http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/23548/239125.pdf?sequence=1
24. Insel, T. (2013, April 29). *Directors blog: Transforming diagnosis.* Consultado el 11 de enero de 2014. Accesible en: www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml
25. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (fifth edn.). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
26. Campbell, J.K., O'Rourke, M. & Slater, M. (2011). Carving nature at its joints: Natural kinds in metaphysics and science. Cambridge, MA: MIT Press.
27. Beavan, V., Read, J. & Cartwright, C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review. *Journal of Mental Health, 20*(3), 281–292. http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/09638237.2011.562262
28. National Institute of Mental Health (2013). *Research domain criteria (RDoC).* Consultado el 2 de enero de 2014. Accesible en: www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml?utm_source=govdelivery&utm_medium=email&utm_campaign=govdelivery
29. Collins, N. (2010, July 28). *Eccentrics 'could be diagnosed with mental disorders'.* Consultado el 14 de noviembre de 2013. Accesible en: http://www.telegraph.co.uk/news/health/news/7913122/Eccentrics-could-be-diagnosed-with-mental-disorders.html
30. Berkson, J. (1950). Are there two regressions? Journal of the American Statistical Association, *45*(250), 164–180. www.jstor.org/stable/pdfplus/2280676.pdf?acceptTC=true&jpdConfirm=true
31. Maric, N., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., de Graaf, R., Vollebergh, W. & Van Os, J. (2004). Is our concept of schizophrenia influenced by Berkson's bias? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*(8), 600 –605. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15300369
32. Vázquez-Barquero, J.L., Lastra, I., Cuesta Nuñez, M.J., Herrera Castanedo, S. & Dunn, G. (1996). Patterns of positive and negative symptoms in first episode schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 168*(6), 693–701. http://www.researchgate.net/publication/14428625_Patterns_of_positive_and_negative_symptoms_in_first_episode_schizophrenia
33. Maric, N., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., de Graaf, R., Vollebergh, W. & Van Os, J.

(2004). Is our concept of schizophrenia influenced by Berkson's bias? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*(8), 600–605. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15300369
34. Ronald, A., Sieradzka, D., Cardno, A.G., Haworth, C.M., McGuire, P. & Freeman, D. (2013). Characterization of psychotic experiences in adolescence using the specific psychotic experiences questionnaire: Findings from a study of 5000 16-year-old twins. *Schizophrenia Bulletin, 2013*(Sep). http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/early/2013/09/21/schbul.sbt106.full.pdf+html
35. Cohen, P. & Cohen, J. (1984.) The clinician's illusion. *Archives of General Psychiatry, 41*(12). http://people.uncw.edu/leccil/psy525/cohen%20and%20cohenscan0002.pdf
36. Pitt, E., Kilbride, M., Nothard, S., Welford, M. & Morrison, A.P. (2007). Researching recovery from psychosis: a user-led project. *The Psychiatrist, 31*, 55–60. http://pb.rcpsych.org/content/31/2/55.full.pdf+html
37. Boyle, M. (2013). The persistence of medicalisation: Is the presentation of alternatives part of the problem? In S. Coles, S. Keenan, & B. Diamond (Eds.), *Madness contested: Power and practice*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
38. Falk, K. (2010). In British Psychological Society *Understanding Bipolar Disorder: Why some people experience extreme mood states and what can help*, p.32. Leicester: British Psychological Society.
39. Rethink (2010). *Recovery insights: Learning from lived experience*. London: Rethink. www.rethink.org/resources/r/recovery-insights
40. Pitt, E., Kilbride, M., Nothard, S., Welford, M. & Morrison, A.P. (2007). Researching recovery from psychosis: a user-led project. *The Psychiatrist, 31*, 55–60. http://pb.rcpsych.org/content/31/2/55.full.pdf+html
41. Horn, N., Johnstone, L. & Brooke, S. (2007). Some service user perspectives on the diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Mental Health, 16*(2), 255–269. http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/09638230601056371
42. Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M. & the Indigo Study Group (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet, 9661*, 408–415. http://tinyurl.com/n3pc9yh
43. Social Exclusion Unit (2004). *Mental health and social exclusion.* London: Office of the Deputy Prime Minister. www.socialfirmsuk.co.uk/resources/library/mental-health-and-socialexclusion-social-exclusion-unit-report
44. Mehta, S. & Farina, A. (1997). Is being 'sick' really better? The effect of the disease view of mental disorder on stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology, 16*, 405–419. http://guilfordjournals.com/doi/pdf/10.1521/jscp.1997.16.4.405
45. Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Stafford, M., Angermeyer, M.C., Brugha, T., Azorin, J.-M., Kilian, R., Hansen, K. & Toumi, M. (2007). Rates and correlates of employment in people with schizophrenia living in the UK, France and Germany. *British Journal of Psychiatry, 191*(1), 30–37. http://bjp.rcpsych.org/content/191/1/30.full
46. Angermeyer, M.C., Holzinger, A., Carta, M.G. & Schomerus, G. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies. *British Journal of Psychiatry, 199*, 367–372. http://bjp.rcpsych.org/content/199/5/367.full.pdf+html
47. Read, J., Haslam, N., Sayce, L. & Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of

the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 114*, 303–318. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x/pdf
48. Cooke, A. (2008). Problems associated with the use of the concept of mental illness. In T. Stickley & T. Basset (Eds.), *Learning about mental health practice* (pp.329–346). Chichester: John Wiley & Sons Ltd. Available from http://tinyurl.com/mk4qyc5
49. Herman, J. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror* (new edn). New York: Basic Books.
50. Campbell, P. (2010). Surviving the system. In T. Basset & T. Stickley (Eds.), *Voices of experience:Narratives of mental health survivors*, p.22. Chichester: Wiley-Blackwell.
51. Deegan, P.E. (1993). Recovering our sense of value after being labelled mentally ill. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 31*(4), 7–11. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8487230
52. British Psychological Society (2010). *Understanding bipolar disorder: Why some people experience extreme mood states and what can help*, p.65. Leicester: British Psychological Society. www.bpsshop.org.uk/Understanding-Bipolar-Disorder-P1280.aspx
53. Pembroke, L.R. (2012). *Self harm perspectives from personal experience*, p.36. Consultado en http://kreativeinterventions.com/SelfHarmPerspectivesfromPersonalExperience.pdf
54. Henry. In Barham, P. & Hayward, R. (1995). *Re-locating madness: from the mental patient to the person.* London: Free Association Books.
55. British Psychological Society (2013). *Division of Clinical Psychology position statement on the classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: time for a paradigm shift.* Leicester: British Psychological Society. https://dxrevisionwatch.files.wordpress.com/2013/05/position-statement-on-diagnosis-master-doc.pdf
56. Division of Clinical Psychology (2011). *Good practice guidelines on the use of psychological formulation.* Leicester: British Psychological Society. http://shop.bps.org.uk/good-practiceguidelines-on-the-use-of-psychological-formulation.html
57. Schizophrenia Commission (2012). *The abandoned illness: A report from the Schizophrenia Commission.* London: Rethink Mental Illness. www.rethink.org/media/514093/TSC_main_report_14_nov.pdf
58. Griffiths, R. (nd). *Inquiry into the 'Schizophrenia' label.* Consultado el 21 de mayo de 2014. Accesible en: www.schizophreniainquiry.org
59. British Psychological Society (2012). *Response to the American Psychiatric Association: DSM-5 development.* Consultado el 31 de octubre de 2013. Accesible en: www.bps.org.uk/news/britishpsychological-still-has-concerns-over-dsm-v
60. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5).* American Psychiatric Association. www.dsm5.org/
61. World Health Organization (2010). *ICD-10 Version: 2010.* Consultado el 21 de mayo. Accesible en: www.apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en
62. Division of Clinical Psychology (2013). *Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: Time for a paradigm shift.* Leicester: British Psychological Society.
63. DxSummit. (2014). *DxSummit.* Consultado el 21 de mayo de 2014. Accesible en: www.dxsummit.org
64. Division of Clinical Psychology (2011). *Good practice guidelines on the use of psychological*

formulation. Leicester: British Psychological Society. http://shop.bps.org.uk/good-practiceguidelines-on-the-use-of-psychological-formulation.html
65. Division of Clinical Psychology (2011). *Good practice guidelines on the use of psychological formulation.* Leicester: British Psychological Society. http://shop.bps.org.uk/good-practiceguidelines-on-the-use-of-psychological-formulation.html
66. Johnstone, L. & Dallos, R. (2013). *Formulation in psychology and psychotherapy.* Hove: Routledge.

Sección 4

1. Van Os, J., Linscott, R.J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. & Krabbendam, L. (2009*). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder.* Psychological Medicine, 39(2), 179–195. http://tinyurl.com/ovt6mll
2. Slade, M., Amering, M. & Oades, L. (2008). *Recovery: an international perspective.* Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 17, 128–137. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18589629
3. Whitaker, R. (2002). *Mad in America.* Cambridge, MA: Perseus Publishing.
4. Zipursky, R., Reilly, T. & Murray, R. (2012). *The myth of schizophrenia as a progressive brain disease.* Schizophrenia Bulletin, 135. http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/39/6/1363.full.pdf+html
5. Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M. (2008, March 17). *Making recovery a reality.* Consultado el 11 de noviembre de 2013 en Sainsbury Centre for Mental Health: www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf
En español: Shepherd, G. Boardman, J. & Slade, M. Hacer de la recuperación una realidad. Descarga libre en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/42/Hacer_Realidad_la_Recuperaci%C3%B3n.pdf
6. Bebbington, P.E., Wilkins, S., Jones, P., Foerster, A., Murray, R.M., Toone, B. et al. (1993). *Life events and psychosis: Initial results from the Camberwell Collaborative Psychosis Study.* British Journal of Psychiatry, 162, 358–362. http://bjp.rcpsych.org/content/162/1/72.full.pdf
7. May, R. (2000). *Routes to recovery from psychosis: The routes of a clinical psychologist.* Clinical Psychology Forum, 146, 6–10.
8. Meddings, S. & Perkins, R. (2002). *What 'getting better' means to staff and users of a rehabilitation service.* Journal of Mental Health, 11, 319–325. http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/09638230020023697
9. Pitt, E., Kilbride, M., Nothard, S., Welford, M. & Morrison, A.P. (2007). *Researching recovery from psychosis: a user-led project.* The Psychiatrist, 31, 55–60. http://pb.rcpsych.org/content/31/2/55.full.pdf+html
10. Slade, M. (2010). *Measuring recovery in mental health services.* Israel Journal of Psychiatry, 47, 206–212. http://europepmc.org/abstract/MED/21149985
11. Greenwood, K., Sweeney, A., Williams, S., Garety, P., Kuipers, E., Scott, J. et al. (2010). *Choice of outcome in Cbt for psychosEs (CHOICE): The development of a new service user–led outcome measure of CBT for psychosis.* Schizophrenia Bulletin, 36(1), 126-135. http://tinyurl.com/k6o4m68

12. Neil, S., Kilbride, M., Pitt, E., Nothard, S., Welford, M., Sellwood, W. et al. (2009). The questionnaire about the process of recovery (QPR): A measurement tool developed in collaboration with service users. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 1(2), 145–155. www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17522430902913450
13. Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. http://bjp.rcpsych.org/content/199/6/445.full.pdf+html
14. Lilly, R. (2005). About a psychiatrist. In A. Clare & S. Cuthbert (Eds.), *Developing practice in community mental health care. Trainers manual*. Brighton: Pavilion/Mental Health Foundation/City & Guilds Affinity.
15. Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A. & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Social Science and Medicine*, 74, 554–564. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611007209
16. Warner, R. (1985). Recovery from schizophrenia: *Psychiatry and political economy*. London: Routledge, Kegan Paul.
17. Boydell, J., Bebbington, P., Bhavsar, V., Kravariti, E., van Os, J., Murray, R. M. et al. (2013). Unemployment, ethnicity and psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 202–209. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2012.01921.x/pdf
18. Rinaldi, M., Mcneil, K., Firn, M., Koletsi, M., Perkins, R. & Singh, S.P. (2004). What are the benefits of evidence-based supported employment for patients with first-episode psychosis. *The Psychiatrist*, 28, 281–284. http://pb.rcpsych.org/content/28/8/281.full.pdf+html
19. Social Exclusion Unit (2004). *Mental health and social exclusion*. London: Office of The Deputy Prime Minister. www.nfao.org/Useful_Websites/MH_Social_Exclusion_report_summary.pdf
20. Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010). *The spirit level: Why equality is better for everyone*. London: Penguin Books.
21. Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J. & Le Boutillier, C. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: a review of the evidence. *British Journal of Social Work*, 42, 443–460. http://bjsw.oxfordjournals.org/content/early/2011/06/15/bjsw.bcr076.full.pdf+html
22. Evert, H., Harvey, C., Trauer, T. & Herrman, H. (2003). The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(4), 180–188. http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-003-0617-4#
23. Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I. & Davidson, L. (2006). The role of family, friends and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9(1), 17–37. http://recoverydevon.co.uk/download/Toporetal2006.pdf
24. Large, M., Nielssen, O., Slade, T. & Harris, A. (2008). Measurement and reporting of the duration of untreated psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 2(1), 201–211. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21352155
25. Taylor, P.J. & Gunn, J. (1999). Homicides by people with mental illness: Myth and reality. *British Journal of Psychiatry*, 174, 9–14. http://bjp.rcpsych.org/content/174/1/9.full.pdf+html
26. Large, M., Nielssen, O., Slade, T. & Harris, A. (2008). Measurement and reporting of the

duration of untreated psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 2(1), 201–211. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1751-7893.2008.00080.x/pdf
27. Elbogen, E. & Johnson, S. (2009). The intricate link between violence and mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66, 152–161. http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210191
28. Tartakovsky, M. (2009). Media's damaging depictions of mental illness. Consultado el 30 de enero de 2014, en http://psychcentral.com/lib/medias-damaging-depictions-of-mentalillness/0002220
29. CSIP/Shift (2006). *Mind over matter: Improving media reporting of mental health*. London: Sainsbury Centre for Mental Health, Mental Health Media, Rethink. www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/mindovermatter_summary.pdf
30. Time to Change (2013). Soaps and dramas: Research. Consultado el 30 de enero de 2014. Accesible en: www.time-to-change.org.uk/media-centre/media-advisory-service/soaps-dramas#research
31. Time to Change (2009). Screening madness: A century of negative movie stereotypes of mental illness. Consultado el 30 de enero de 2014. Accesible en: www.time-to-change.org.uk/sites/default/files/film-report-screening-madness-time-to-change.pdf
32. Pettitt, B., Greenhead, S., Khalifeh, H., Drennan, V., Hart, T., Hogg, J. et al. (2013). At risk, yet dismissed. London: Victim Support. https://www.victimsupport.org.uk/sites/default/files/At%20risk%20full.pdf
33. Freedland, J. (1998, January 21). Out of the bin and glad to be mad. *The Guardian*. www.ctono.freeserve.co.uk/id64.htm

Parte 2

Introducción

1. Geekie, J. & Read, J. (2009). *Making sense of madness: Contesting the meaning of schizophrenia*. London: Routledge.
   En español: Geekie, J. & Read, J. (2012). El sentido de la locura. Barcelona: Herder Editorial
2. Bentall, R. P. (2003). *Madness explained: psychosis and human nature*. London: Penguin

Sección 5

1. Lilly UK. (2012, April). *Schizophrenia*. Consultado el 8 de noviembre de 2013. Accesible en: https://lilly.co.uk/your-health/schizophrenia
2. Holttum, S. (20 de febrero de 2014). *Seduced by biology: The BBC, black dog and biological bias*. Consultado el 24 de abril de 2014. Accesible en: http://discursiveoftunbridgewells.blogspot.com.es/2014/02/seduced-by-biology-bbc-black-dog-and.html
3. Van Os, J., Rutten, B.P. & Poulton, R. (2008). Gene environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 1066–1082. http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/34/6/1066.full.pdf
4. Bentall, R. (2010). *Doctoring the mind: Why psychiatric treatments fail*. London: Penguin Books.
   En español: Bentall, R. (2011). Medicalizar la mente ¿Sirven de algo los tratamientos

psiquiátricos? Barcelona: Herder Editorial
5. Crow, T. (2008). The emperors of the schizophrenia polygene have no clothes. *Psychological Medicine*, 38, 1681 –1685. http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=2638172&jid=PSM&volumeId=38&issueId=12&aid=2638164&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession=
6. Joseph, J. (2006). *The missing gene: Psychiatry, heredity and the fruitless search for genes*. New York: Algora Publishing.
7. Joseph, J. (2013). *The crumbling pillars of behavioral genetics*. Consultado el 18 de abril de 2013. Accesible en: www.councilforresponsiblegenetics.org/GeneWatch/GeneWatchPage.aspx?pageId=384
8. National Human Genome Research Institute (2013, 7 November). *Genome-wide association studies*. Consultado el 13 de diciembre de 2013. Accesible en: www.genome.gov./20019523
9. Smoller, J.W., Craddock, N. & Kendler, K. (2013, April 20). Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *The Lancet*, 381(9875), 1371–1379. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612621291
10. Gallagher, J. (2013, Feb 28). *Five psychiatric disorders linked.* Consultado el 18 de diciembre de 2013. Accesible en: www.bbc.co.uk/news/health-21613924
11. Feilden, T. (2013, May 17). *Building a biological model of mental illness*. Consultado el 18 de diciembre de 2013. Accesible en: http://bbc.co.uk/news/science-environment-22566508
12. Hamshere, M.L., Stergiakouli, E., Langley, K., Martin, J., Holmans, P., Kent, L. et al. (2013, 1 Aug). A shared polygenic contribution between childhood ADHD and adult schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 203, 81–83. http://bjp.rcpsych.org/content/203/2/107.full.pdf+html
13. Aron, E.N. (1999). *The highly sensitive person: How to thrive when the world overwhelms you*. London: Thorsons.
14. Van Os, J., Rutten, B.P. & Poulton, R. (2008). Gene environment interactions in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 1066–1082. http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/34/6/1066.full.pdf+html
15. Kuepper, R., Morrison, P.D., van Os, J., Murray, R.M., Kenis, G. & Henquet, C. (2010, August). Does dopamine mediate the psychosis-inducing effects of cannabis? A review and integration of findings across disciplines. *Schizophrenia Research*, 121(1), 107–117. http://www.schres-journal.com/article/S0920-9964(10)01352-6/abstract
16. Howes, O.D., & Kapur, S. (2009, March 26). The dopamine hypothesis of schizophrenia: Version III – The final common pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 549–562. http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/35/3/549.full.pdf+html
17. Howes, O.D., & Kapur, S. (2009, Match 26). The dopamine hypothesis of schizophrenia: Version III – The final common pathway. *Schizophrenia Bulletin*, 35(3), 549–562. http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/35/3/549.full.pdf+html
18. Kapur, S. & Mamo, D. (2003, October). Half a century of antipsychotics and still a central role for dopamine D2 receptors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 27(7), 1081–1090. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584603002173

19. Geyer, M.A. & Vollenweider, F.X. (2008, Sept). Serotonin research: contributions to understanding psychoses. *Trends in Pharmacological Sciences*, 29(9), 445–453. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165614708001545
20. Javitt, D.C. (2010). Glutamatergic theories of schizophrenia. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47(1), 4-16. http://doctorsonly.co.il/wpcontent/uploads/2011/12/2010_1_2.pdf
21. Weinberger, D. (2013). *Glutamate and schizophrenia*. Consultado el 18 de diciembre de 2013. Accesible en: www.dnalc.org/view/1173-Glutamate-and-Schizophrenia.html
22. Shenton, M.E., Whitford, T.J. & Kubicki, M. (2010, September). Structural neuroimaging in schizophrenia from methods to insights to treatments. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3), 317–332. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181976/pdf/DialoguesClinNeurosci-12-317.pdf
23. Kubicki, M., McCarley, R., Westin, C.F., Park, H.J., Maier, S., Kikinis, R. et al. (2007). A review of diffusion tensor imaging studies in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 41(1), 15-30. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022395605000671
24. Keshavan, M.S., Dick, E., Mankowski, I., Harenski, K., Montrose, D.M., Diwadkar, V. et al. (2002, December 1). Decreased left amygdala and hippocampal volumes in young offspring at risk for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58(2–3), 173–183. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996401004042
25. Moncrieff, J. & Leo, J. (2010). A systematic review of the effects of antipsychotic drugs on brain volume. *Psychological Medicine*, 40, 1409–1422. http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=7863198
26. Maguire, E.A., Gadian, D.G., Johnsrude, I.S., Good, C.D., Ashburner, J., Frackowiak, R.S. et al. (2000). Navigation-related structural change in the hippocampi of taxi drivers. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 97(8), 4398–4403. www.pnas.org/content/97/8/4398.full
27. Hoy, K., Barrett, S. & Shannon, C. (2012). Childhood trauma and hippocampal and amygdalar volumes in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 38(6), 112–1169. http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/early/2011/07/28/schbul.sbr085.full.pdf+html
28. Read, J. & Bentall, R.P. (2012). Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *British Journal of Psychiatry*, 200, 89-91. http://bjp.rcpsych.org/content/200/2/89.full.pdf+html
29. Selten, J.-P., van der Ven, E., Rutten, B.P.F. & Cantor-Graee, E. (2013). The social defeat hypothesis of schizophrenia: An update. *Schizophrenia Bulletin*, 134. Consultado el 23 de septiembre de 2013. Accesible en: http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/early/2013/09/21/schbul.sbt134.abstract
30. Kumari, V. (2011). Sex differences and hormonal influences in human sensorimotor gating: Implications for schizophrenia. *Biological Basis of Sex Differences in Psychopharmacology*, 8, 141–154. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21374020
31. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edn.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
32. Kupfer, D. (2013). *Chair of DSM-5 Task Force responds to NIMH*. Consultado el 13 de

diciembre de 2013. Accesible en: https://www.madinamerica.com/2013/05/chair-of-dsm-5-task-force-admits-lack-ofvalidity/
33. Boyle, M. (2004). Preventing a non-existent illness? Some issues in the prevention of 'schizophrenia'. *Journal of Primary Prevention*, 24(4), 445–469. http://link.springer.com/article/10.1023%2FB%3AJOPP.0000024801.34886.a7#
34. Bentall, R.P. & Varese, F. (2012) A level playing field?: Are bio-genetic and psychosocial studies evaluated by the same standards? *Psychosis*, 4(3), 183–190. www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17522439.2012.729856

Sección 6

1. Read, J., Magliano, L. & Beavan, V. (2013). Public beliefs about the causes of 'schizophrenia': Bad things happen and can drive you crazy. In J. Read & J. Dillon (Eds.), *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis*. (pp.143–156). London: Routledge.
2. Varese, F., Smeets, F. & Drukker, M. (2012). Childhood trauma increases the risk of psychosis: A meta analysis of patient-control, prospective and cross sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661–671. http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/early/2012/03/28/schbul.sbs050.full.pdf+html
3. Read, J. & Bentall, R. P. (2012). Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *British Journal of Psychiatry*, 200, 89-91. http://bjp.rcpsych.org/content/200/2/89.full.pdf+html
4. Read, J., Fink, P.J., Rudegeair, T., Felitti V. & Whitfield, C.L. (2008, October). Child maltreatment and psychosis: A return to a genuinely integrated bio-psycho-social model. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2(3), 235–254: www.integration.samhsa.gov/pbhcilearning-community/child_maltreatment_and_psychosis.pdf
5. Bentall, R.P., Wickham, S., Shevlin, M. & Varese, F. (2012, April). Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 734-740. http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/early/2012/04/09/schbul.sbs049.full.pdf+html
6. Rudgeair, T. & Farrelly, S. (2008). Pharmocotherapy in the collaborative treatment of trauma induced dissociation and psychosis. In I. Moskowitz, I. Schafer & M. J. Dorahy, Psychosis, trauma and dissociation: *Emerging perspectives on severe psychopathology* (pp.307–318).Oxford: Wiley-Blackwell.
   En español, capítulo de: Dorahy, M. Moskowitz, A. & Schafer, I. (2011) Psicosis Trauma y Disociación. Nuevas Perspectivas sobre la Psicopatología. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis
7. Moskowitz, A., Read, J., Farrelly, S., Rudgeair, T. & Williams, O. (2009). Are psychotic symptoms traumatic in origin and dissociative in kind? In P.F. Dell & J.A. O'Neill, *Dissociation and thedissociative disorders: DSM-V and beyond*. (pp.521–534). New York: Routledge.
8. Longden, E., Madill, A. & Waterman, M.G. (2012). Dissociation, trauma and the role of the lived experience: Toward a new conceptulization of voice hearing. *Psychological Bulletin*,138(1), 28–76. http://content.apa.org/journals/bul/138/1/28

9. Ross, C.A. (2012). Dissociative schizophrenia. In A. Moskowitz, I. Schafer, & M.J. Dorahy, *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (pp.281–293). Oxford: Wiley-Blackwell.
En español, capítulo de: Dorahy, M. Moskowitz, A. & Schafer, I. (2011) Psicosis Trauma y Disociación. Nuevas Perspectivas sobre la Psicopatología. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis
10. Read, J. & Bentall, R.P. (2012). Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *British Journal of Psychiatry*, 200, 89–91. http://bjp.rcpsych.org/content/200/2/89.full.pdf+html
11. Johnstone, L. (2011). Can traumatic events traumatize people? Trauma, madness and 'psychosis'. In M. Rapley, J. Moncrieff & J. Dillon, *De-medicalizing mental illness. psychology, psychiatry and the human condition*. (pp. 99-109). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
12. Josephine. (2012). Personal accounts of paranoia. (D. Freeman, Producer, & South London and Maudsley NHS Foundation Trust and Wellcome Trust) Consultado el 20 de diciembre de 2013. Accesible en: www.paranoidthoughts.com/accounts.php
13. Daan Marsman (2009) In M. Romme, S. Escher, J. Dillon, D. Corstens & M. Morris (2009). *Living with voices: 50 stories of recovery*. Ross-on-Wye: PCCS, p.15.
14. Janice. (2012). *Personal accounts of paranoia*. (D. Freeman, Producer, & South london and Maudsley NHS Foundation Trust and Wellcome Trust) Consultado el 20 de diciembre de 2013. Accesible en: www.paranoidthoughts.com/accounts.php
15. Read, J. & Sanders, P. (2010). *A straight talking introduction to the causes of mental health problems*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
16. Kuipers, E., Onwumere, J. & Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. British Journal of Psychiatry, 196, 259–265. http://bjp.rcpsych.org/content/196/4/259.full.pdf+html
17. Sen, D. (2002). *The world is full of laughter*. Brentwood: Chipmunka Publishing.
18. Midlands Psychology Group (2012). Draft manifesto for a social materialist psychology of distress. *Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy*, 12(2), 93–107. www.midpsy.org/draft_manifesto.htm
19. Kirkbride, J.B., Jones, P.B., Ullrich, S. & Coid, J.W. (2012). Social deprivation, inequality, and the neighborhood-level incidence of psychotic syndromes in East London. *Schizophrenia Bulletin*,151. http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/40/1/169.full.pdf+html
20. Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010). *The spirit level: Why equality is better for everyone*. London: Penguin Books.
21. Fearon, P., Kirkbride, J.B., Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., Lloyd, T. et al. (2006, November). Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: results from the MRC AESOP Study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1541–1550. http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=522892
22. Fernando, S. (2003). *Cultural diversity, mental health and psychiatry: The struggle against racism*. Hove: Brunner-Routledge.

Sección 7

1. Pitt, E., Kilbride, M., Nothard, S., Welford, M. & Morrison, A.P. (2007). Researching recovery from psychosis: a user-led project. *The Psychiatrist, 31*, 55–60.

http://pb.rcpsych.org/content/31/2/55.full.pdf+html
2. Cromby, J. & Harper, D.J. (2009). Paranoia: a social account. *Theory and Psychology, 19*(3), 335–361. http://homepages.lboro.ac.uk/~hujc4/Paranoia%20a%20social%20account.pdf
3. Bentall, R.P., Wickham, S., Shevlin, M. & Varese, F. (2012). Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study. *Schizophrenia Bulletin, 38*(4), 734–740. http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/early/2012/04/09/schbul.sbs049.full.pdf+HTML
4. McGuire, P.K., Murray, R.M. & Shah, G.M. (1993). Increased blood flow in Broca's area during auditory hallucinations. *Lancet, 342*, 703–706. www.sciencedirect.com/science/article/pii/0140673693917075
5. Waters, F., Allen, P., Aleman, A., Fernyhough, C., Woodward, T.S., Badcock, J.C., et al. (2012, June). Auditory hallucinations in schizophrenia and nonschizophrenia populations: a review and integrated model of cognitive mechanisms. *Schizophrenia Bulletin, 38*(4), 683–693. http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/38/4/683.long
6. Hayward, M. (2014). Interpersonal relating and voice hearing: To what extent does relating to the voice reflect social relating? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76*(4), 369–383. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14670187
7. Longden, E. (2013, February 28). *Eleanor Longden: Learning from voices in my head.* Consultado el 11 de julio de 2013. Accesible en: www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head
En español, *Eleanor Longden: Voces en la cabeza* con subtítulos en http://www.ted.com/talks/eleanor_longden_the_voices_in_my_head?language=es y en https://www.youtube.com/watch?v=ic_cPw3uqy4
8. Warman, D. & Martin, J.M. (2006). Cognitive insight and delusion proneness: an investigation using the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research, 84*(2), 297–304. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996406000727
9. Freeman, D., Garety, P.A., Kuipers, E., Fowler, D. & Bebbington, P.E. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 331–347. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/014466502760387461/pdf
10. Bentall, R.P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N. & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review, 21*(8), 1143–1192. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735801001064
11. Garety P.A., Freeman, D., Jolley, S., Dunn, G., Bebbington, P., Fowler, D., Kuipers, E. & Dudley, R. (2005). Reasoning, emotions and delusional conviction in psychosis. *Journal of Abnormal Psychology 114*, 373-384. http://psycnet.apa.org/journals/abn/114/3/373/
12. Dudley, R.E., John, C.H., Young, A.W. & Over, D.E. (1997). The effect of self referent-material on the reasoning of people with delusions. *British Journal of Clinical Psychology, 36*(4), 574–584. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8260.1997.tb01262.x/pdf
13. Freeman, D. (2007, May). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review, 27*(4), 425–457. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735806001553
14. Frith, C.D. & Corcoran, R. (1996, May). Exploring 'theory of mind' in people with schizophrenia. *Psychological Medicine, 26*(3), 521–530. http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPSM%2FPSM26_03%2FS003329170

0035601a.pdf&code=020cabbb51bafa14e5fb4dfe7e2a40f0
15. Addington, J., Penn, D., Woods, S.W., Addington, D. & Perkins, D.O. (2008). Social functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research, 99*(1–3), 119–124. http://tinyurl.com/lrj77va
16. Hemsley, D.R. (2005). The development of a cognitive model of schizophrenia: Placing it in context. *Neuroscience & Behavioral Reviews, 29*(6), 977–988. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763405000849
17. Hepworth, C., Startup, H. & Freeman, D. (2011, September). Developing treatments of persistent persecutory delusions: the impact of an emotional processing and metacognitive awareness intervention. *Journal of Nervous & Mental Disease, 199*(9), 653–658. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21878778
18. Adam. (2010, October 24). Experiencing suspicious thoughts and paranoia: An account. *Schizophrenia Bulletin, 37*(4), 656–658. http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/37/4/656.full?sid=0a3fbf23-648f-4533-934f-7aa6abbd498c
19. May, R. (2001, February 6). *Taking a stand.* (F. Keane, interviewer) http://rufusmay.com/index.php?option=com_content&task=view&id=34&Itemid=29
20. Garety, P.A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D. & Bebbington, P.E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine, 31*, 189–195. http://eprints.ucl.ac.uk/7199/1/7199.pdf
21. Morrison, A.P. (2001, July). The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*(3), 257–276. http://feltoninstitute.org/approach/morrisonsinterpretationofintrusions.pdf
22. Peters, E., Lataster, T., Greenwood, K., Kuipers, E., Scott, J., Williams, S. et al. (2012). Appraisals, psychotic symptoms and affect in daily life. *Psychological Medicine, 42*, 1013–1023. http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPSM%2FPSM42_05%2FS0033291711001802a.pdf&code=a85f88eca646c3b1a69d566e33aeaf5e
23. Morrison, A.P. (2001, July). The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*(3), 257–276. http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract;jsessionid=FE8DAA20534970E02306D6DA404E5A37.journals?fromPage=online&aid=80756
24. Morrison, A.P., Haddock, G. & Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*, 265–280. http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=5091208
25. Poe, E.A. (1850). *Eleonora.* Consultado el 20 de diciembre de 2013. Accesible en: http://poestories.com/read/eleonora
26. Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness.* Cambridge: Cambridge University Press.
27. Kiser, S. (2004). An existential case study of madness: encounters with divine affliction. *Journal of Humanistic Psychology, 44*(4), 431–454. http://jhp.sagepub.com/content/44/4/431.full.pdf+html
28. Jackson, M. & Fulford, K.W. (2002). Psychosis good and bad: Values-based practice and the distinction between pathological and non-pathological forms of psychotic experience.

Philosophy, Psychiatry & Psychology, 9(4), 387–394. http://muse.jhu.edu/journals/philosophy_psychiatry_and_psychology/v009/9.4jackson.pdf
29. Elam, J. (1999). *Dancing with God through the storm: Mysticism and mental illness*. Pendle Hill Publications.
30. Nelson, B. & Rawlings, D. (2010). Relating schizotypy and personality to the phenomenology of creativity. *Schizophrenia Bulletin, 36*(2), 388–399. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2833116/pdf/sbn098.pdf
31. Fink, A., Weber, B., Koschutnig, K., Benedek, M., Reishofer, G., Ebner, F. et al. (2013). Creativity and schizotypy from the neuroscience perspective. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*. Springer US: http://link.springer.com/article/10.3758/s13415-013-0210-6
32. Schuldberg, D., French, C., Stone, B.L. & Heberle, J. (1988). Creativity and schizotypal traits. Creativity test scores and perceptual aberration, magical ideation, and impulsive nonconformity. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 176*(11), 648–657. http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1988/11000/Creativity_and_Schizotypal_Traits_Creativity_Test.2.aspx
33. The Icarus Project (2013). *The Icarus Project: Navigating the space between brilliance and madness.* Consultado el 11 de noviembre de 2013. Accesible en: Consultado el 11 de noviembre de 2013. Accesible desde Icarus Project: www.theicarusproject.net
34. Clarke, I. (2001). *Psychosis and spirituality: Exploring the new frontier.* London: Whurr.
35. Cooke, A. & Brett, C. (submitted). Clinical psychologists' use of transformative models of psychosis – a grounded theory study. *Clinical Psychology and Psychotherapy.*
36. Nixon, G., Hagan, B. & Peters, T. (2010, October). Psychosis and transformation: A phenomenological inquiry. *International Journal of Mental Health and Addiction, 8*(4), 527–544. http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11469-009-9231-3#page-1
37. Cooke, A. & Brett, C. (submitted). Clinical psychologists' use of transformative models of psychosis – a grounded theory study. *Clinical Psychology and Psychotherapy.*
38. Romme, M. & Escher, S. (2012). *Psychosis as a personal crisis: an experience-based approach the international society for the psychological treatments of the schizophrenias and other psychoses.* Hove: Routledge.
En español: Romme, M. & Escher, S. (Editores) (2013) *La psicosis como crisis personal.* Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis
39. Peters, E. (2001) Are delusions on a continuum? The case of religious and delusional beliefs. In I. Clarke (Ed.), *Psychosis and spirituality: Exploring the new frontier,* (pp.191–207). London and Philadelphia: Whurr.
40. Perkins, R. (2006). First person: 'You need hope to cope'. In G. Roberts, S. Davenport, F. Holloway & T. Tattan, *Enabling recovery: the principles and practice of rehabilitation psychiatry* (pp.112–126). London: Royal College of Psychiatrists.
41. Holly. In C. Heriot-Maitland, M. Knight & E. Peters (2012). A qualitative comparison of psychotic-like phenomena in clinical and non-clinical populations. *British Journal of Clinical Psychology, 51*(1), 37–53, p.46 http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8260.2011.02011.x/pdf
42. Parker, U. (1999). *The courage to bare our souls: a collection of pieces written out of mental distress.* London: Mental Health Foundation.
43. Nicholls, V. (2007). Connecting past and present: a survivor reflects on spirituality and mental health. In M.E. Coyte, P. Gilbert & V. Nicholls (Eds.), *Spirituality, values and mental health:*

Jewels for the journey (p.102). London: Jessica Kingsley.
44. Spiritual Crisis Network (2014). *From breakdown to breakthrough: Promoting understanding and support.* Consultado el 11 de noviembre de 2013. Accesible en: www.spiritualcrisisnetwork.org.uk/
45. Clarke, I. (2010). *Psychosis and spirituality: Consolidating the new paradigm* (2nd edn.). London: Wiley Blackwell.
46. Clarke, I. (2008). *Madness, mystery and the survival of God.* Ropely: O Books.
47. Clarke, I. (2010). *Psychosis and spirituality: Consolidating the new paradigm* (2nd edn.). London: Wiley Blackwell.
48. Cooke, A. & Brett, C. (submitted). Clinical psychologists' use of transformative models of psychosis – a grounded theory study. *Clinical Psychology and Psychotherapy.*
49. Clarke, I. (2010). *Psychosis and spirituality: Consolidating the new paradigm* (2nd edn.). London: Wiley Blackwell.
50. Clay, S. (1999). Madness and reality. In P. Barker, P. Campbell & B. Davidson (Eds.), *From the ashes of experience – reflections of madness, survival and growth.* (pp.16–36). London: Whurr.
51. Campbell, P. (2010). Surviving the system. In T. Basset & T. Stickley (Eds.), *Voices of experience: Narratives of mental health survivors* (p.22). Chichester: Wiley-Blackwell.

Part 3

Sección 8

1. Johnstone, L. & Dallos, R. (2013). *Formulation in psychology and psychotherapy.* Hove: Routledge.
2. Butler, G. (1998). Clinical formulation. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology.* Oxford: Pergamon.
3. Division of Clinical Psychology (2011). *Good practice guidelines on the use of psychological formulation.* Leicester: British Psychological Society. Accesible en: http://shop.bps.org.uk/good-practice-guidelines-on-the-use-of-psychologicalformulation.html
4. Division of Clinical Psychology (2011). *Good practice guidelines on the use of psychological formulation.* Leicester: British Psychological Society. Accesible en: http://shop.bps.org.uk/good-practice-guidelines-on-the-use-of-psychologicalformulation.html
5. Division of Clinical Psychology (2011). *Good practice guidelines on the use of psychological formulation.* Leicester: British Psychological Society. Accesible en: http://shop.bps.org.uk/good-practice-guidelines-on-the-use-of-psychologicalformulation.html
6. May, R. (nd). *Understanding psychotic experience and working towards recovery.* Consultado el 18 de junio de 2013. Accesible en: www.rufusmay.com/index.php?option=com_content&task=view&id=30&Itemid=33
7. Bentall, R. (2003). *Madness explained: Psychosis and human nature,* p.141. London, New York: Penguin.
8. Longden, E. (2010). Making sense of voices: A personal story of recovery. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches, 2*(3), 255–259. www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17522439.2010.512667
9. Johnstone, L. & Dallos, R. (2013). *Formulation in psychology and psychotherapy.* Hove: Routledge.

1. Faulkner, A. & Layzell, S. (2000). Strategies for living. London: Mental Health Foundation. www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/strategies_for_living_summary.pdf?view=Standard
2. Rethink Mental Illness (2013). *Rethink mental illness.* Consultado el 20 de diciembre de 2013. Accesible en: www.rethink.org/?gclid=CJevo5O1mbsCFW_MtAodCCwArQ
3. Sayce, E. (2000). *From psychiatric patient to citizen: Overcoming discrimination and social exclusion.* New York: St Martin's Press.
4. Kuipers, E., Onwumere, J. & Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *British Journal of Psychiatry, 196*, 259–265. http://bjp.rcpsych.org/content/196/4/259.full.pdf+html
5. Jen. (2013, February 15). *My friends and family supported me after a psychotic episode.* Consultado el 11 de Julio de 2013. Accesible en: www.time-to-change.org.uk/blog/psychotic-episode-friendsfamily-support
6. Kuipers, E., Onwumere, J. & Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *British Journal of Psychiatry, 196*, 259–265. http://bjp.rcpsych.org/content/196/4/259.full.pdf+html
7. Slade, M., Pinfold, V., Rapaport, J., Bellringer, S., Banerjee, S., Kuipers, E. et al. (2007). Best practice when service users do not consent to sharing information with carers – National multimethod study. *British Journal of Psychiatry, 190*, 148–155. http://bjp.rcpsych.org/content/190/2/148.full.pdf+html
8. Meddings, S., Gordon, I. & Owen, D. (2010). Family and systemic work. In *Reaching out: The psychology of assertive outreach.* London: Routledge.
9. Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2006). *More about open dialogues: Dialogical meetings in social networks.* London: Karnac Books.
10. Fadden, G., James , C. & Pinfold, V. (2012). *Caring for yourself – self help for families and friends supporting people with mental health problems.* Birmingham: White Halo Design.
11. Meddings, S., Gordon, I. & Owen, D. (2010). Family and systemic work. In *Reaching out: The psychology of assertive outreach.* London: Routledge.
12. National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guidelines.* London: National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk/nicemedia/live/14382/66534/66534.pdf
13. Schizophrenia Commission (2012). *The abandoned illness: A report from the Schizophrenia Commission.* London: Rethink Mental Illness. www.rethink.org/media/514093/TSC_main_report_14_nov.pdf
14. Stanbridge, R.I., Burbach, F.R., Lucas, A.S. & Carter, K. (2003, May). A study of families' satisfaction with a family interventions in psychosis service in Somerset. *Journal of Family Therapy, 25*(2), 181–204. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-6427.00243/pdf
15. Cromby, J. & Harper, D. (2013). Paranoia: Contested and contextualised. In S. Coles, S. Keenan & B. Diamond (Eds.), *Madness contested: Power and practice.* Ross-on-Wye: PCCS books.
16. Mackler, D. (2013). *Trailer for 'Open Dialogue', an alternative Finnish approach to healing psychosis.* YouTube clip. Finland: www.youtube.com/watch?v=aBjIvnRFja4

Documental de Daniel Mackler *El diálogo abierto*, con subtítulos en español. https://www.youtube.com/watch?v=4Xvp5vpwWf4
17. Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2006). *More about open dialogues: Dialogical meetings in social networks.* London: Karnac Books.
18. Seikkula, J., Aaltonnen, J., Alakare, B., Haarakangus, K., Keranen, J. & Lehtinen, K. (2006). Five year experience of first-episode non-affective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research, 16*(2), 214–228. http://psychrights.org/research/digest/effective/fiveyarocpsychotherapyresearch.pdf
19. Cave, J. (2010). Self-help. In T. Basset, & T. Stickley (Eds.), *Voices of experience: Narratives of mental health Survivors* (p.142). Chichester: Wiley-Blackwell.
20. Campbell, P. (2010). Surviving the system. In T. Basset & T. Stickley (Eds.), *Voices of experience: Narratives of mental health survivors* (p. 29). Chichester: Wiley-Blackwell.
21. Meddings, S., Stapley, J. & Tredgett, C. (2010). Working in partnership with service user colleagues to develop self-help hearing voices groups. *Clinical Psychology Forum, 209*, 28–31.
22. Sheffield Hearing Voices Network (2013). Hearing Voices Network: for people who hear voices, see visions or have other unusual perceptions. Consultado el 7 de noviembre de 2013. Accesible en: www.hearing-voices.org
23. Longden, E., Corstens, D. & Dillon, J. (2013). Recovery, discovery and revolution: The work of Intervoice and the Hearing Voices Movement. En S. Coles, S. Keenan & B. Diamond (Eds.). *Madness contested: Power and practice.* Ross-on-Wye: PCCS Books.
24. Sheffield Hearing Voices Network (2013). Hearing Voices Network. Consultado el 5 de diciembre 2013. Accesible en: www.hearing-voices.org/
25. Sen, D. (2002). *The world is full of laughter.* Brentwood: Chipmunka Publishing.
26. Mead, S. (2012). *Peer support in mental health and learning disability*. Consultado el 5 de diciembre de 2013. Accesible en: www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/need_2_know_peer_support1.pdf
27. Bradstreet, S. (2006). Harnessing the 'lived experience'. Formalising peer support approaches to remote recovery. *Mental Health Review, 11*(2), 33–37. http://tinyurl.com/p2s6k9w
28. Basset, T., Faulkner, A., Repper, J. & Stamou, E. (2010). *Lived experience leading the way. Together for mental wellbeing.* Together/NSUN.University of Nottingham. www.together-uk.org/wp-content/uploads/downloads/2011/11/livedexperiencereport.pdf
29. Wallcraft, J., Read, J. & Sweeney, A. (2003). *On our own terms. Users and survivors of mental health services working together for support and change*. The Sainsbury Centre for Mental Health. www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/on_our_own_terms.pdf
30. National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guidelines.* London: National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk/nicemedia/live/14382/66534/66534.pdf
31. Mental Health Foundation. (2012, August). *Peer support in mental health and learning disability.* London: Mental Health Foundation. www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/need_2_know_peer_support1.pdf?view=Standard
32. Repper, J. & Carter, T. (2010). *Using personal experience to support others with similar difficulties.* Together/University of Nottingham/NSUN. www.together-uk.org/wp-content/uploads/downloads/2011/11/usingpersexperience.pdf

33. Faulkner, A. & Kalathil, J. (2012). *The freedom to be, the chance to dream: Preserving user-led peer support in mental health*. Together for mental wellbeing. www.together-uk.org/wp-content/uploads/2012/09/The-Freedom-to-be-The-Chance-to-dream-Full-Report1.pdf
34. Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. & Miller, R. (2012, June). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry, 11*(2),123–128. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3363389/pdf/wpa020123.pdf
35. Sainsburys Centre for Mental Health (2009, September). *Implementing recovery: a new framework for organisational change*. Consultado el 11 de noviembre de 2013. Accesible en: www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/implementing_recovery_paper.pdf
36. Watson, E. (2012). One year in peer support – personal reflections. *Journal of Mental Health Training Education and Practice, 7*(2), 85–88. www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=17037226&show=abstract
37. Penn, D.L., Uzenoff, S.R., Perkins, D., Mueser, K.T., Hamer, R., Waldheter, E. et al. (2012). A pilot investigation of the Graduated Recovery Intervention Programme (GRIP) for first episode psychosis. *Schizophrenia Research, 141*(1), 106–107. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996410014520
38. Perkins, R. & Slade, M. (2012). Recovery in England: Transforming statutory services? *International Review of Psychiatry, 24*(1), 29–39: http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/09540261.2011.645025
39. Repper, J., Perkins, R., Shepherd, G. & Boardman, J. (2011). *A personal health and well-being plan for family, friends and carers. ImRoc Implementing Recovery – Organisational change.* NHS Confederation/National Mental Health Development Unit/Centre for Mental Health. www.recoverydevon.co.uk/download/ImROC_Family_health_and_wellbeing_plan_version_1_final.pdf
40. Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M. & Brown, H. (2012). *Recovery Colleges. Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC) briefing paper.* London: Centre for Mental Health. www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Recovery_Colleges.pdf
41. Wybourn, S. & Rinaldi, M. (2011). *The Recovery College Pilot in Merton and Sutton: Longer term individual and service level outcomes.* Wandsworth*:* Wandsworth Borough Council.
42. Rinaldi, M. & Suleman, M. (2012). *Care co-ordinators attitudes to self-management and their experience of the use of the South West London Recovery College.* London: South West London and St George's Mental Health NHS Trust.
43. Sussex Partnership NHS Foundation Trust (2013, May 30). *Hastings & Rother Recovery College Open Day 6 June 2013.* Consultado el 31 de enero de 2014. Accesible desde Sussex Partnership NHS Foundation Trust: www.sussexpartnership.nhs.uk/about/news/articles/610-college-open-day
44. Beresford, P. (2013). Experiential Knowledge and the Reconception of Madness. En S. Coles, S. Keenan & R. Diamond, *Madness contested: power and practice.* Ross-on-Wye: PCCS Books.
45. Network for Mental Health (2013). *Network of mental health.* Consultado el 7 de noviembre de 2013. Accesible en: www.nsun.org.uk

1. Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research, 10*(26) www.biomedcentral.com/1472-6963/10/26
2. Beresford, P. (2012). *Recovery 2012*. Consultado el 21 de mayo de 2014. Accesible en: www.vimeo.com/41967871
3. Harper, D. & Speed, E. (2012). *Uncovering recovery: The resistible rise of recovery and resilience.* Consultado el 21 de mayo de 2014. Accesible en: www.ojs.uwindsor.ca/ojs/leddy/index.php/SSJ/article/view/3499
4. Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
5. Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G. et al. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry, 13*(1), 12–20. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20084/pdf
6. En español:
7. Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G. et al. (2014). Usos y abusos del restablecimiento: implementación de las prácticas orientadas al restablecimiento en los sistemas de salud mental. *World Psychiatry Volumen 12, Número 1,* Edición en Español http://www.wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Spanish/World_1-2014.pdf
8. Machin, K. & Repper, J. (2013, June 4). *Recovery: a carer's perspective.* Consultado el 21 de mayo de 2014. Accesible en: www.nhsconfed.org/resources/2013/06/4-recovery-a-carers-perspective
9. Harper, D. & Speed, E. (2012). *Uncovering recovery: The resistible rise of recovery and resilience.* Consultado el 21 de mayo de 2014. Accesible en: www.ojs.uwindsor.ca/ojs/leddy/index.php/SSJ/article/view/3499
10. Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M. (2008, March 17). *Making recovery a reality.* Consultado el 7 de marzo de 2014. Accesible en: www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf
11. Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M. (2008, March 17). *Making recovery a reality.* Consultado el 7 de marzo de 2014. Accesible en: www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf
En español: Shepherd, G. Boardman, J. & Slade, M. *Hacer de la recuperación una realidad.* Descarga libre en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/42/Hacer_Realidad_la_Recuperaci%C3%B3n.pdf
12. Mental Health Network NHS Confederation (2012, June). Supporting recovery in mental health – Briefing paper. Consultado el 7 de noviembre de 2013. Accesible en: http://nhsconfed.org/Publications/Documents/Supporting_recovery_in_mental_health.pdf
13. Shepherd, G., Boardman, J., & Burns, M. (2010). *Implementing recovery: A methodology for organisational change.* Sainsbury Centre for Mental Health. www.nhsconfed.org/NETWORKS/MENTALHEALTH/PROJECTS-

ANDRESOURCES/IMROC/Pages/Implementing-Recovery-Organisational-Change-Project.aspx
14. Copeland, M.E. (1995, 2014). *WRAP and recovery books.* Consultado el 31 de enero de 2014. Accesible en: www.mentalhealthrecovery.com/wrap/
15. Mental Health Foundation (2014). *Diet and mental health.* Consultado el 31 de enero de 2014. Accesible en: www.mentalhealth.org.uk/help-information/mental-health-a-z/D/diet/
16. Freeman, D., Stahl, D., McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Wiles, N. et al. (2012). Insomnia, worry, anxiety and depression as predictors of the occurrence and persistence of paranoid thinking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*(8), 1195–203. http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-011-0433-1
17. Myers, E., Startup, H. & Freeman, D. (2011). Cognitive behavioural treatment of insomnia in individuals with persistent persecutory delusions: A pilot trial. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 42*(3), 330–336. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005791611000279
18. Springham, N. & Woods, A. (2014, January 7). *Toolkit uses patient experiences to improve mental health services.* Consultado el 16 de enero de 2014. Accesible en: www.theguardian.com/healthcarenetwork/2014/jan/07/mental-health-toolkit-improves-services
19. Allan, C. (2009, January 14). *My brilliant survival guide.* Consultado el 31 de enero de 2014. Accesible en: www.theguardian.com/society/2009/jan/14/mental-health-clare-allan-social-worker
20. Sen, D. (2002). *The world is full of laughter.* Brentwood: Chipmunka Publishing.
21. Cobb, A. (1993). *Safe and effective? MIND's view on psychiatric drugs, ECT and psychosurgery*, p.26. London: MIND.
22. Chadwick, P.K. (1997). *Schizophrenia: The positive perspective.* London: Routledge.
23. Grove, B., Secker, J. & Seebohm, P. (Eds.). (2005). *New thinking about mental health and employment.* Oxford: Radcliffe Publishing Ltd.
24. Schizophrenia Commission. (2012). *The abandoned illness: A report from the Schizophrenia Commission.* London: Rethink Mental Illness. www.rethink.org/media/514093/TSC_main_report_14_nov.pdf
25. National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guidelines.* London: National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk/nicemedia/live/14382/66534/66534.pdf
26. Grove, B., Secker, J. & Seebohm, P. (Eds.). (2005). *New thinking about mental health and employment.* Oxford: Radcliffe Publishing Ltd.
27. Mental Health Europe (2013). *A chance to thrive.* YouTube. (S. Enculescu, & Y. Brand, Eds.) GB. Consultado el 20 de marzo de 2014. Accesible en: www.youtube.com/watch?v=wTGDDGJT-M4
28. Sainsbury Centre for Mental Health (2009). *41: Commissioning what works, the economic and financial case for supported employment.* London: Sainsbury Centre for Mental Health. www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/briefing41_commissioning_what_works.pdf
29. Campbell, K., Bond, G.R. & Drake, R.E. (2011). Who benefits from supported employment: a meta-analyticstudy. *Schizophrenia Bulletin, 37*(2), 370–380. http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/37/2/370.full.pdf+html
30. Crowther, R., Marshall, M., Bond, G.R., & Huxley, P. (2010). *Vocational rehabilitation for people with severe mental illness (Review).* Cochrane Library, 2010(11). http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003080/pdf

31. Wooldridge, J. (2011, October 24). *My employment journey. Consultado el 7 de marzo de 2014. Accesible en:* www.time-to-change.org.uk/blog/my-employment-journey
32. *Equality Act 2010*. www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/pdfs/ukpga_20100015_en.pdf
33. Time to Change (2013). *Legal Decisions: mental health discrimination test cases.* Consultado el 11 de noviembre de 2013. Accesible de: www.time-to-change.org.uk/your-organisation/supportemployers/legal-decisions-important-case-reports
34. Henderson, C., Brohan, E., Clement, S., Williams, P., Lassman, F., Schauman, O. et al. (2012). A decision aid to assist decisions on disclosure of mental health status to an employer: protocol for the CORAL exploratory randomised controlled trial. *BMC Psychiatry, 12*, 133. www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-12-133.pdf
35. Whitaker, R. (2011, February 8). *Mad in America*. Consultado el 21 de mayo de 2014. Accesible en: www.psychologytoday.com/blog/mad-in-america/201102/andreasen-drops-bombshellantipsychotics-shrink-the-brain
36. Leff, J.P. & Warner, R. (2006). *Social inclusion of people with mental illness.* Cambridge: Cambridge University Press.
37. Rinaldi, M., Mcneil, K., Firn, M., Koletsi, M., Perkins, R. & Singh, S.P. (2004). What are the benefits of evidence-based supported employment for patients with first-episode psychosis? *The Psychiatrist, 28*, 281–284. http://pb.rcpsych.org/content/28/8/281.full.pdf+html
38. Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S.R. & Czobor, P. (2011). A meta-analysis for cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry, 168*(5), 472–485. http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3938/appi.ajp.2010.10060855.pdf
39. National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guidelines.* London: National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk/nicemedia/live/14382/66534/66534.pdf
40. Schizophrenia Commission (2012). T*he abandoned illness: A report from the Schizophrenia Commission.* London: Rethink Mental Illness. www.rethink.org/media/514093/TSC_main_report_14_nov.pdf
41. Morrison, A., French, P., Walford, L., Lewis, S., Kilcommons, A., Green, J. et al. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 185*, 291–297. http://bjp.rcpsych.org/content/185/4/291.full.pdf+html
42. Grey, S.J. (2007). A structured problem-solving group for psychiatric inpatients. *Groupwork,17*(1), 20–33. http://essential.metapress.com/content/a155166l53n37852/
43. Sussex Partnership NHS Foundation Trust (2014). *Myth busting information about mental health, unusual distressing experiences and early intervention.* Consultado el 24 de abril de 2014. Accesible en: www.isanyoneelselikeme.org.uk/
44. Morrison, A., French, P., Walford, L., Lewis, S., Kilcommons, A., Green, J. et al. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 185*, 291–297. http://bjp.rcpsych.org/content/185/4/291.full.pdf+html
45. Greater Manchester West Mental Health NHS Foundation Trust & University of Manchester (2014). *Psychosis Research Unit.* Consultado el 24 de abril de 2014. Accesible en: www.psychosisresearch.com/
46. Schizophrenia Commission (2012). T*he abandoned illness: A report from the Schizophrenia*

Commission. London: Rethink Mental Illness. www.rethink.org/media/514093/TSC_main_report_14_nov.pdf
47. Springham, N. & Woods, A. (2014, January 07). *Toolkit uses patient experiences to improve mental health services.* Consultado el 16 de enero de 2014. Accesible en: www.theguardian.com/healthcarenetwork/2014/jan/07/mental-health-toolkit-improves-services
48. Star Wards. (2014). *Star wards.* Consultado el 7 de febrero de 2014. Accesible en: www.starwards.org.uk/
49. MIND (2011). *Listening to experience: An independent inquiry into acute and crisis mental healthcare.* London: MIND publications. www.mind.org.uk/media/211306/listening_to_experience_web.pdf
50. Springham, N. & Woods, A. (2014, January 07). *Toolkit uses patient experiences to improve mental health services.* Consultado el 16 de enero de 2014. Accesible en: www.theguardian.com/healthcarenetwork/2014/jan/07/mental-health-toolkit-improves-services
51. Johnson, S., Gilburt, H., Lloyd-Evans, B., Osborn, D.P., Boardman, J., Leese, M. et al. (2009). Inpatient and residential alternatives to standard acute psychiatric wards in England. *British Journal of Psychiatry, 194*, 456–463. http://bjp.rcpsych.org/content/194/5/456.full.pdf
52. Camden and Islington NHS Foundation Trust (2013). *Drayton Park Women's Crisis Service.* Consultado el 18 de julio de 2014. Accesible en: www.candi.nhs.uk/services/services/drayton-park-womens-crisisservice/
53. South London and Maudsley NHS Foundation Trust (2013). *Foxley Lane Women's Services (Croydon).* Consultado el 11 de noviembre de 2014. Accesible en: www.slam.nhs.uk/our-services/service-finderdetails?CODE=SU0131
54. Rethink Mental Illness (2012, July). *Event marks official launch of new recovery houses for people with mental illness in north London.* Consultado el 18 de junio de 2014. Accesible en: www.rethink.org/media-centre/2012/07/event-marks-official-launch-of-new-recoveryhouses-for-people-with-mental-illness-in-north-london
55. Hertfordshire Partnership University NHS Foundation Trust (nd). *Host families scheme.* Consultado el 21 de mayo de 2014. Accesible en: www.hpft.nhs.uk/our-services/acute-services/host-familiesscheme/
56. Wokingham Mental Health Association (2013). *Wokingham Mental Health Association.* Consultado el 11 de noviembre de 2014. Accesible en: www.wokinghammentalhealth.org.uk/
57. Leeds Survivor Led Crisis Service (2013). *Leeds Survivor Led Crisis Service: Sanctuary and support in times of crisis.* Consultado el 12 de diciembre de 2014. Accesible en: www.lslcs.org.uk/
58. Johnson, S. (2014). *Alternatives to hospitals.* Refocus on Recovery: International Conference. London: www.researchintorecovery.com/files/RoR2014-Timetable%20online%20version_5.pdf
59. Allan, C. (2006, October 4). *A rare place to face my seasonal demons.* Consultado el 18 de julio de 2014. Accesible en: www.guardian.co.uk/society/2006/oct/04/socialcare.comment1
60. Kent and Medway NHS and Social Care Partnership Trust (2011). *Advanced directive.* www.kmpt.nhs.uk/Downloads/Understanding-Mental-Health/leaflets/Advanced-Directive-Easy-Read.pdf
61. Evans, J.J., Chua, S.E., McKenna, P.J. & Wilson, B.A. (1997). Assessment of the dysexecutive syndrome in schizophrenia. *Psychological Medicine, 27*(3), 635–646.

http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPSM%2FPSM27_03%2FS0033291797004790a.pdf&code=5a126e9e31b77b2d90aecae20ceafeb1
62. Rethink Mental Illness Advice and Information Service (2014). *Advocacy*. Consultado el 7 de febrero de 2014. Accesible en: www.rethink.org/living-with-mental-illness/rights-restrictions/advocacy
63. Department of Health/National Statistics (2010). *In-patients formally detained in hospitals under the Mental Health Act 1983 and patients subject to supervised community treatment. Annual figures, England 2009/10.* London: Health and Social Care Information Centre, Community and Mental Health Team. www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB12503/inp-det-m-h-a-1983-sup-com-eng-12-13-rep.pdf
64. Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, E. et al. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence.* Oxford: Oxford University Press.
65. Papadopoulos, C., Ross, J., Stewart, D., Dack, C., James, K. & Bowers, L. (2012). The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 125*(6), 425–439. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2012.01827.x/pdf
66. Health & Social Care Information Centre (2013, October 30). *Mental Health Act detentions top 50,000 a year*. Consultado el 21 de mayo de 2014. Accesible en: www.hscic.gov.uk/3668
67. Department of Health/National Statistics (2010). I*n-patients formally detained in hospitals under the Mental Health Act 1983 and patients subject to supervised community treatment. Annual figures, England 2009/10.* London: Health and Social Care Information Centre, Community and Mental Health Team. www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB12503/inp-det-m-h-a-1983-sup-com-eng-12-13-rep.pdf
68. Burns, T., Rugkåsa, J., Molodynski, A., Dawson, J., Yeeles, K., Vazquez-Montes, M. et al. (2013, May 11). Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *The Lancet, 381*(9878), 1627–1633. http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673613601075.pdf?id=eaaolF3qBdvII9ohHqjKu
69. British Psychological Society (1999). *Comments on the Review of the Mental Health Act 1983*. Leicester: British Psychological Society.
70. Jarrett, M., Bowers, L. & Simpson, A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of Advanced Nursing, 64*(6), 538–548. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04832.x/pdf
71. Katsakou, C. & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 114*(4), 232–241. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2006.00823.x/pdf
72. Kisely, S., Campbell, L.A. & Preston, N. (2005). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Systematic Review, 3*. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004408.pub3/pdf
73. Loft, N. (2011). *Exploring compulsory admission experiences of adults with psychosis using grounded theory.* DClinPsych thesis. UK: Canterbury Christ Church University. http://create.canterbury.ac.uk/10433/1/Complete_MRP_-_Niki_Loft_-__FINAL_LIBRARY_COPY.pdf

74. Moncrieff, J., Cohen, D. & Mason, J. (2013). The patient's dilemma: An analysis of user's experiences of taking neuroleptic drugs. En S. Coles, S. Keenan & R. Diamond, *Madness contested: Power and practice*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
75. May, R. (2001, February 06). *Taking a stand.* (F. Keane, Interviewer) http://rufusmay.com/index.php?option=com_content&task=view&id=34&Itemid=29

Sección 11

1. Kinderman, P. & Cooke, A. (2014, April 10). *A national scandal: psychological therapies for psychosis are helpful, but unavailable.* Consultado el 24 de abril de 2014. Accesible en: http://discursiveoftunbridgewells.blogspot.co.uk/2014/04/a-national-scandalpsychological.html
2. Kazdin, A.E. (2009, July). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*(4–5), 418–428. www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/10503300802448899
3. Morrison, A.P., Turkington, D., Pyle, M., Spencer, H., Brabban, A., Dunn, G. et al. (2014). Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised trial. *The Lancet, 383*(9926), 1395-1403. http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673613622461.pdf?id=eaaolF3qBdvII9ohHqjKu
4. Morrison, A.P., Hutton, P., Shiers, D. & Turkington, D. (2012). Antipsychotics: is it time to introduce patient choice? *British Journal of Psychiatry, 201*, 83–84. http://bjp.rcpsych.org/content/201/2/83.full.pdf+html
5. Morrison, A., Wardle, M., Hutton, P., Davies, L., Dunn, G., Brabban, A. et al. (2013). Assessing cognitive therapy instead of neuroleptics: Rationale, study design and sample characteristics of the ACTION trial. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches, 5*(1), 82–92. www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/17522439.2012.756539
6. Morrison, A., Hutton, P., Wardle, M., Spencer, H., Barratt, S., Brabban, A. et al. (2012). Cognitive therapy for people with a schizophrenia spectrum diagnosis not taking antipsychotic medication: an exploratory trial. *Psychological Medicine, 42*(5), 1049-1056. www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62246-1/abstract
7. Chadwick, P. K. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing voices.* Chichester: Wiley.
8. Rogers, C. R. (2004). *On becoming a person* (new edn.). London: Constable.
   En español: Rogers, C. (2000) *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica.* Paidós
9. Chadwick, P. K. (2006). *Person-based cognitive therapy for distressing voices.* Chichester: Wiley.
   En español: Chadwick P. (2009) *Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora.* Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
10. Morrison, A.P., Renton, J.P., French, P. & Bentall, R.P. (2007) *Think you're crazy? Think again: A resource book for cognitive therapy for psychosis.* London: Routledge www.amazon.co.uk/Think-Youre-Crazy-Again-Cognitive/dp/158391837X/ref=sr_1_1?s=books&ie=UTF8&qid=1402070646&sr=1-1

En español: Morrison, A. Renton, J. French, P, & Bentall, R. (2010) *¿Crees que estás loco? Piénsalo dos veces.* Barcelona: Herder
11. Freeman, D. & Garety, P. (2006). Helping patients with paranoid and suspicious thoughts. *Advances in Psychiatric Treatment, 12*, 404–415. http://apt.rcpsych.org/content/12/6/404.full
12. Morrison, A.P., Haddock, G. & Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23*, 265–280. http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=5091216&jid=BCP&
13. Greenwood, K., Sweeney, A., Williams, S., Garety, P., Kuipers, E., Scott, J. et al. (2010). Choice of Outcome In Cbt for psychosEs (CHOICE): The development of a new service user–led outcome measure of CBT for psychosis. *Schizophrenia Bulletin, 36*(1), 126 –135. http://tinyurl.com/pbxlltf
14. Garety, P.A. & Freeman, D. (2013). The past and future of delusions research: from the inexplicable to the treatable. *British Journal of Psychiatry, 203*(5), 327–333. http://bjp.rcpsych.org/content/203/5/327.full.pdf+html
15. Wykes, T. (in press). Cognitive behaviour therapy and schizophrenia. *Evidence-Based Mental Health.*
16. Sen, D. (2002). *The world is full of laughter.* Brentwood: Chipmunka Publishing.
17. Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. & Tarrier, N. (2008) Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin34*(3): 523-537. http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/34/3/523.full
18. van der Gaag, M., Valmaggia, L.R. & Smit, F. (2014, June). The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. *Schizophrenia Research, 156*(1), 30-37. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996414001340
19. Pfammatter, M., Junghan, U.M., & Brenner, H.D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin, 32*(1), S64-S80. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2632545/pdf/sbl030.pdf
20. Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. & Tarrier, N. (2008, May). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin, 34*(3), 523-537. http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/34/3/523.full
21. Jauhar, S., McKenna, P.J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R. & Laws, K.R. (2014). Cognitive–behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *British Journal of Psychiatry, 204*, 20–29. http://bjp.rcpsych.org/content/204/1/20.full.pdf+html
22. Turner, D.T., van der Gaag, M., Karyotaki, E. & Cuijpers, P. (2014, May). Psychological interventions for psychosis: a meta-analysis of comparative outcome studies. *American Journal of Psychiatry, 171*(5), 523–538. http://journals.psychiatryonline.org/article.aspx?volume=171&page=523
23. National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guidelines.* London: National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk/nicemedia/live/14382/66534/66534.pdf
24. Correll, C.U. & Carbon, M. (2014). Efficacy of pharmacologic and psychotherapeutic interventions in psychiatry: To talk or to prescribe: Is that the question? *JAMA Psychiatry,*

71(6), 624–626. http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1865001
25. Jauhar, S., McKenna, P.J., Radua, J., Fung, E., Salvador, R. & Laws, K.R. (2014). Cognitive–behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. *British Journal of Psychiatry, 204*, 20–29. http://bjp.rcpsych.org/content/204/1/20.full.pdf+html
26. Burns, A.M., Erickson, D.H. & Brenner, C.A. (2014, April 1). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: a meta-analytic review. *Psychiatric Services.* http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=1857288
27. Berry, C. & Hayward, M. (2011, July). What can qualitative research tell us about service user perspectives of CBT for psychosis? A synthesis of current evidence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 39*(4), 487–494. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21457606
28. Kumari, V., Fannon, D., Peters, E.R., Ffytche, D.H., Sumich, A.L., Premkumar, P. et al. (2011). Neural changes following cognitive behaviour therapy for psychosis: a longitudinal study. *Brain: a journal of neurology, 134*(8), 2396–2407 http://brain.oxfordjournals.org/content/134/8/2396.full.pdf+html
29. National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guidelines.* London: National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk/nicemedia/live/14382/66534/66534.pdf
30. Schizophrenia Commission (2012). *The abandoned illness: A report from the Schizophrenia Commission.* London: Rethink Mental Illness: www.rethink.org/media/514093/TSC_main_report_14_nov.pdf
31. Kinderman, P. & Cooke, A. (2014, April 10). *A national scandal: psychological therapies for psychosis are helpful, but unavailable*. Consultado el 24 de abril de 2014. Accesible en: http://discursiveoftunbridgewells.blogspot.co.uk/2014/04/
32. Roth, A.D. & Pilling, S. (2013). Competence framework for psychological interventions for people with psychosis and bipolar disorder. Consultado el 7 de marzo de 2014. Accesible en: www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/Docs/web%20competences%20psychosis%20and%20bipolar/Background%20document/Working%20with%20Psychosis%20and%20Bipolar%20Disorder%20background%20document%20web%20version.pdf
33. Morrison, A.P. & Barratt, S. (2010). What are the components of CBT for psychosis? A Delphi study. *Schizophrenia Bulletin, 36*(1), 136–42. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2800146/
34. Kilbride, Martina et al (2013) Exploring service users' perceptions of cognitive behavioural therapy for psychosis: A user led study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 44*(1), 89–102. http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8768845&fulltextType=RA&fileId=S1352465812000495
35. Waller, H., Garety, P.A., Jolley, S., Fornells-Ambrojo, M., Kuipers, E., Onwumere, J. et al. (2013, March). Low intensity cognitive behavioural therapy for psychosis: a pilot study. *Journal of Behavioural Therapy & Experimental Psychiatry, 44*(2), 98–104. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22940787
36. Tarrier, N., Harwood, S., Yusopoff, L., Beckett, R. & Baker, A. (1990). Coping strategy enhancement (CSE): A method of treating residual schizophrenic symptoms. *Behavioural Psychotherapy, 18*(4), 283–293.

http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=5852460
37. Hogg, L.I. (1996). Psychological treatments for negative symptoms. In G. Haddock & P. Slade, *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders* (pp.151–170). London: Routledge.
38. Myers, E., Startup, H. & Freeman, D. (2011). Cognitive behavioural treatment of insomnia in individuals with persistent persecutory delusions: A pilot trial. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 42*(3), 330–336. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005791611000279
39. Freeman, D., Stahl, D., McManus, S., Meltzer, H., Brufha, T., Wiles, N. et al. (2012). Insomnia, worry, anxiety and depression as predictors of the occurrence and persistence of paranoid thinking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*, 1195–1203. http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-011-0433-1#page-1
40. Bell, M., Bryson, G. & Wexler, B.E. (2003). Cognitive remediation of working memory deficits: durability of training effects in severely impaired and less severely impaired schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*, 101–109. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0447.2003.00090.x/pdf
41. McGurk, S.R., Twamley, E.W., Sitzer, D.I., McHugo, G.J. & Mueser, K.T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1791–1802. http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3842/07aj1791.PDF
42. Drake, R.J., Day, C.J., Picucci, R., Warburton, J., Larkin, W., Husain, N. et al. (2014). A naturalistic, randomized, controlled trial combining cognitive remediation with cognitive–behavioural therapy after first-episode non-affective psychosis. *Psychological Medicine, 44*, 1889–1899 http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPSM%2FPSM44_09%2FS0033291713002559a.pdf&code=f14093dedf029a6b2cf84720c13bb8d5
43. Read, J., Fosse, R., Moskowitz, A. & Perry, B. (2014, February). The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Neuropsychiatry, 4*(1), 65–79 www.futuremedicine.com/doi/full/10.2217/npy.13.89
44. Larkin, W. & Morrison, A.P. (2006). *Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy.* Hove: Routledge.
45. Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror.* New York: Basic Books.
46. Ross, C.A. & Halpern, N. (2009). T*rauma model therapy: A treatment approach for trauma, dissociation and complex comorbidity.* Richardson, TX: Manitou Communications Inc.
47. Boon, S., Steele, K. & Van Der Hart, O. (2011). *Coping with trauma-related dissociation: Skills training for patients and therapists*. New York: W.W. Norton & Company.
48. Dillon, J. (2008). *The tale of an ordinary little girl*. Consultado el 12 de noviembre de 2014. Accesible en: www.jacquidillon.org/biography/background
49. Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., Russell, I. & Dagnan, D. (2009). Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37*(4), 403–412. www.bangor.ac.uk/mindfulness/documents/StephanieHughes.pdf
50. Morris, E.M.J., Johns, L.C. & Oliver, J.E. (2013). *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis.* London: Wiley-Blackwell.
51. Bach, P.A., Guadiano, B., Pankey, J., Herbert, J.D. & Hayes, S.C. (2006). Acceptance,

mindfulness, values and psychosis: Applying acceptance and commitment therapy (ACT) to the chronically mental ill. In R.A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinicians guide to evidence base and applications* (pp.93–116). San Diego, CA: Elsevier Academic Press.
52. Oliver, J., Joseph, C., Byrne, M., Johns, L. & Morris, E. (2013). Introduction to mindfulness and acceptance based therapies for psychosis. In J. E. Oliver, *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis* (pp.1–11). London: Wiley-Blackwell.
53. Rhodes, J. & Jacques, S. (2009). *Narrative CBT for psychosis*. London: Routledge.
54. White, M. (1987). *Family therapy and schizophrenia: Addressing the 'in-the-corner' lifestyle.* Adelaide: Dulwich Centre Publications.
55. White, M. (2013, Feb 15). *Insider knowledge on coping with voices and visions. Consultado el 11 de noviembre de 2013. Accesible en:* http://shrinkrants.tumblr.com/post/43147469717/insider-knowledgeon-coping-with-voices-and-visions
56. Corstens, D., May, R. & Longden, E. (2011). *Talking with voices*. Consultado el 7 de junio de 2014. Accesible en: http://rufusmay.com/index.php?option=com_content&task=view&id=94&Itemid=9
57. May, R. (2013, June 9). *Avatar therapy – a new battle for the tree of life*. Consultado el 22 de septiembre de 2014. Accesible en: www.madinamerica.com/2013/06/avatar-therapy-a-new-battle-forthe-tree-of-life/
58. Kuipers, E. (2011) Cognitive behavioural therapy and family intervention for psychosis – evidence-based but unavailable? The next steps. *Psychoanalytic Psychotherapy, 25*(1),69–74. www.brown.uk.com/schizophrenia/kuipers2.pdf
59. Meddings, S., Gordon, I. & Owen, D. (2010). Family and systemic work. In C. Cuppitt (Ed.), *Reaching out: The psychology of Assertive Outreach.* London, UK: Routledge.
60. Rethink. (2010). *Fair treatment now: Better outcomes, lower costs in severe mental illness.* London: Rethink. www.psychminded.co.uk/news/news2010/july10/Rethink-fair-treatmentnow.pdf
61. Pharoah, F., Rathbone, J. & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia (Review). *Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000088.pub3/pdf/standard
62. National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guidelines*. London: National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk/nicemedia/live/14382/66534/66534.pdf
63. National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guidelines*. London: National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk/nicemedia/live/14382/66534/66534.pdf
64. Sen, D. (2013, February 14). *Maudsley Hospital pioneers mental health therapy scheme.* (E. Wickham, Interviewer) ITV. www.itv.com/news/london/update/2012-12-20/maudsleyhospital-pioneers-mental-health-therapy-scheme/
65. National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guidelines*. London: National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk/nicemedia/live/14382/66534/66534.pdf
66. Schizophrenia Commission. (2012). *The abandoned illness: A report from the Schizophrenia Commission*. London: Rethink Mental Illness. www.rethink.org/media/514093/TSC_main_report_14_nov.pdf

67. MIND (November 2013). *We still need to talk: A report on access to talking therapies.* London: MIND. www.rethink.org/media/869903/We_still_need_to_talk.pdf
68. Improving Access to Psychological Therapies (2013, Mar 07). *Severe mental illness. Consultado el 6 de diciembre de 2014. Accesible en:* www.iapt.nhs.uk/smi-/
69. Gould, M. (2011, January 28). *When it comes to better mental health, it really can be good to talk.* Consultado el 19 de junio de 2014. Accesible en: www.thetimes.co.uk/tto/business/industries/publicsector/article2891461.ece
70. Jarrett, C. (2008, January). When therapy causes harm. *The Psychologist, 21*(1), 10–12. www.thepsychologist.org.uk/archive/archive_home.cfm?volumeID=21&editionID=155&ArticleID=1290
71. Schizophrenia Commission (2012). *The abandoned illness: A report from the Schizophrenia Commission.* London: Rethink Mental Illness. www.rethink.org/media/514093/TSC_main_report_14_nov.pdf
72. Hutton, P., Morrison, A.P. & Taylor, H. (2012). Brief cognitive behavioural therapy for hallucinations: Can it help people who decide not to take antipsychotic medication? *A case study. Behavioural Cognitive Psychotherapy, 40*(1), 111–116 http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=8445959

Sección 12

1. Wunderink, M., Nieboer, R.M., Wiersma, D., Sytema, S. & Nienhuis, F. J. (2013, September). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 70*(9). http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1707650
2. Kapur, S. & Mamo, D. (2003, October). Half a century of antipsychotics and still a central role for dopamine D2 receptors. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 27*(7), 1081–1090. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278584603002173
3. Moncrieff, J. (2007). *The myth of the chemical cure*. Palgrave Macmillan.
4. Mizrahi, R., Kiang, M., Mamo, D.C., Arenovich, T., Bagby, R.M., Zipursky, R.B. et al. (2006, December). The selective effect of antipsychotics on the different dimensions of the experience of psychosis in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research, 88*(1–3), 111–118. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996406003161
5. Moncrieff, J. (2007). *The myth of the chemical cure.* Palgrave Macmillan.
6. Moncrieff, J. (2007). *The myth of the chemical cure*. Palgrave Macmillan.
7. Chadwick, P. K. (1997). *Schizophrenia: The positive perspective.* London: Routledge.
8. Chadwick, P.K. (2007, January). Peer-professional first-person account: schizophrenia from the inside – phenomenology and the integration of causes and meanings. *Schizophrenia Bulletin, 33*(1), 166–173. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2632294/pdf/sbl034.pdf
9. Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness*, p.174. Cambridge: Cambridge University Press.
10. Watkins, P. (2007). *Recovery: A guide for mental health practitioners.* London: Elsevier.
11. Sen, D. (2002). *The world is full of laughter.* Brentwood: Chipmunka Publishing.
12. Morken, G., Widen, J.H. & Grawe, R.W. (2008, April 30). Non-adherence to antipsychotic

medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry, 8*(32). www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2390550/pdf/1471-244X-8-32.pdf
13. Morrison, A.P., Hutton, P., Shiers, D. & Turkington, D. (2012). Antipsychotics: is it time to introduce patient choice? *British Journal of Psychiatry, 201*, 83–84. http://bjp.rcpsych.org/content/201/2/83.short
14. National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guidelines.* London: National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk/nicemedia/live/14382/66534/66534.pdf
15. Harrow, M., Jobe, T.H. & Faull, R.N. (2012). Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychological Medicine, 42*(10), 2145–2155. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22340278
16. Wunderink, M., Nieboer, R.M., Wiersma, D., Sytema, S. & Nienhuis, F.J. (2013, September). Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 70*(9). http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1707650
17. Healy, D. (2012, August). *Richard B goes mad.* Consultado el 20 de junio de 2013. Accesible en: http://davidhealy.org/wp-content/uploads/2012/08/Richard-B-goes-Mad.pdf
18. Jones Edward, G. (2012, August). *An eye opener (antipsychotics – adverse effects).* Consultado el 20 de junio de 2013. Accesible en: http://davidhealy.org/wp-content/uploads/2012/08/Gwen-Eye-opener-Phil-Thomas.pdf
19. Moncrieff, J., Cohen, D. & Mason, J.P. (2009). The subjective experience of taking antipsychotic medication: a content analysis of internet data. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 120,* 102–111. www.mentalhealth.freeuk.com/acta.pdf
20. Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Orey, D., Richter, F. et al. (2013, September 14). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multipletreatments meta-analysis. *The Lancet, 382*(9896), 951–962. www.doctorsonly.co.il/wp-content/uploads/2013/10/22102013_psych_Leucht.pdf
21. Chadwick, P.K. (1997). S*chizophrenia: The positive perspective.* London: Routledge.
22. Moncrieff, J. (2013, December 13). *Antipsychotics and brain shrinkage: an update.* Consultado el 6 de enero de 2014. Accesible en: http://joannamoncrieff.com/2013/12/13/antipsychotics-and-brainshrinkage-an-update/
23. Morrison, A.P., Hutton, P., Shiers, D. & Turkington, D. (2012). Antipsychotics: is it time to introduce patient choice? *British Journal of Psychiatry, 201*, 83–84. http://bjp.rcpsych.org/content/201/2/83.short
24. Andreasen, N.C., Liu, D., Ziebell, S., Vora, A. & Ho, B.-C. (2013, June). Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia: a prospective longitudinal MRI study. *American Journal of Psychiatry, 170*, 609–615. http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=1676090
25. Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America.* New York: Crown.
26. Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A. et al. (2009, August 22). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population based cohort study (FIN11 study). *The Lancet, 374*(9690), 620–627. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067360960742X?np=y

27. Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Niskanen, L., Tanskanen, A. et al. (2009, August 22). 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population based cohort study (FIN11 study). *The Lancet, 374*(9690), 620–627. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067360960742X?np=y
28. Whitaker, R. (2002). *Mad in America*. Cambridge, MA: Perseus Publishing.
29. Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. New York: Crown.
30. Cromby, J., Harper, D. & Reavey, P. (2013). *Psychology, mental health and distress.* London: Palgrave Macmillan.
31. Faulkner, A. (1997). *Knowing our own minds: Users views of alternative and complementary treatments in mental health.* London: Mental Health Foundation.
32. Collis, H. (2013, July 06). '*Medication makes me feel like a zombie': Frank Bruno's torment as he begs to come off drugs for his mental illness.* Consultado el 6 de diciembre de 2013. Accesible en: www.dailymail.co.uk/news/article-2357261/Medication-makes-feel-like-zombie-Frank-Brunos-torment-begs-come-drugs-mental-illness.html#ixzz2a45puXEc
33. Westcott, P. (1979, April 14). One man's schizophrenic illness. *British Medical Journal, 1*, 989–990. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1598693/pdf/brmedj00068-0023.pdf
34. Nicol, A. (2011). My dialogue with diagnosis. In A. Grant, F. Biley & H. Walker (Eds.), *Our encounters with madness.* Ross-on-Wye: PCCS Books.
35. Morrison, A.P., Hutton, P., Shiers, D. & Turkington, D. (2012). Antipsychotics: is it time to introduce patient choice? *British Journal of Psychiatry, 201*, 83–84. http://bjp.rcpsych.org/content/201/2/83.full.pdf+html
36. Coming Off (2014). *Introducing the Coming Off Psychiatric Meds website.* Consultado el 22 de mayo de 2014. Accesible en: www.comingoff.com/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1
En español, en descarga libre. *Discontinuación del Uso de Drogas Psiquiátricas: Una Guía Basada en la Reducción del Daño*
http://willhall.net/files/GuiaReducciondelDanoDiscontinuaciondeDrogasPsiquiatricas2EdParaImprimir.pdf
Charla de Will Hall (de Icarus Project) en español:
https://www.youtube.com/watch?v=NvgHwk1ACAA
37. MIND (2014). *Coming off psychiatric drugs.* Consultado el 22 de mayo de 2014. Accesible desde Mind for better mental health: www.mind.org.uk/information-support/drugs-and-treatments/medicationstopping-or-coming-off/
38. National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guidelines*. London: National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk/nicemedia/live/14382/66534/66534.pdf
39. Morken, G., Widen, J.H. & Grawe, R.W. (2008, April 30). Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry, 8*(32). www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2390550/pdf/1471-244X-8-32.pdf
40. Romme, M. & Escher, S. (1993). *Accepting voices*, p.55. London: MIND.
En español: Romme, M. & Escher, S. (2007) *Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces.* Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis
41. May, R. (2000). Routes to recovery from psychosis: The routes of a clinical psychologist.

Clinical Psychology Forum, 146, 6–10.
42. Royal College of Psychiatrists (2006). *Consensus statement on the use of high dose ntipsychotic medication (No. CR138)*. Royal College of Psychiatrists. www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr138.pdf
43. Royal College of Psychiatrists (2006). *Consensus statement on the use of high dose antipsychotic medication (No. CR138)*. Royal College of Psychiatrists. www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr138.pdf
44. National Institute for Health and Care Excellence (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. NICE clinical guidelines.* London: National Institute for Health and Care Excellence. www.nice.org.uk/nicemedia/live/14382/66534/66534.pdf
45. Royal College of Psychiatrists (2013). *What is POMH-UK?* Consultado el 11 de noviembre de 2013. Accesible en: www.rcpsych.ac.uk/workinpsychiatry/qualityimprovement/nationalclinicalaudits/prescribingpomh/prescribingobservatorypomh.aspx

Parte 4

Sección 13

1. Centre for Mental Health and Mental Health Network NHS Confederation (2014). *Recovery is just the start.* Consultado el 7 de marzo de 2014. Accesible en Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC): www.imroc.org/
2. Dillon, J. (2008). *The tale of an ordinary little girl.* Consultado el 12 de noviembre de 2014. Accesible en: www.jacquidillon.org/biography/background
3. Johnstone, L. (2013, September 13). *Using psychological formulation in teams.* Consultado el 22 de mayo de 2014. Accesible en: http://dxsummit.org/archives/1306
4. Johnstone, L. & Dallos, R. (2013). *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems.* Hove: Routledge.
5. Perkins, R. & Repper, J. (1998). *Dilemmas in community mental health practice: Choice or control.* Abingdon: Radcliffe Medical Press.
6. Herz, M.I., Glazer, W.M., Mostert, M.A., Sheard, M.A., Szymanski, H.V., Hafez, H. et al. (1991). Intermittent vs maintenance medication in schizophrenia. Two year results. *Archives of General Psychiatry, 48*(4), 333–339. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1672588
7. Coleman, R. (2014). *Working to Recovery Ltd.* Consultado el 12 de febrero de 2014. Accesible en: www.workingtorecovery.co.uk/ron-coleman
8. Chadwick, P.K. (1997). *Schizophrenia: The positive perspective.* London: Routledge.
9. Campbell, P. (1996). Challenging loss of power. In J. Reads & J. Reynolds, *Speaking our minds* (pp.56-62). Milton Keynes: Open University Press.
10. Dace, E., Faulkner, A., Frost, M., Parker, K., Pembroke, L. & Smith, A. (1998). *The 'Hurt Yourself Less' Workbook.* Consultado el 21 de junio de 2014. Accesible en: www.kreativeinterventions.com/TheHurtYourselfLessWorkbook.pdf
11. Carr, A. (2004). *Positive psychology: The science of happiness and human strengths.* Brunner-Routledge.
12. National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). *Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health*

services. London: NICE.
13. South West London and St George's Mental Health NHS Trust (2000, February). *Charter for the employment of people who have experienced mental health problems.* Consultado el 11 de noviembre 2014. Accesible en: www.swlstg-tr.nhs.uk/work-forus/service_user_employment_programme/charter_for_the_employment_of_people_who_have_experienced_mental_health_problems/
14. Mednet Consult Ltd. (2011). *The cluster pathway guide*. Consultado el 12 de noviembre de 2014. Accesible en: www.mednetconsult.co.uk
15. Johnstone, L. & Dallos, R. (2013). *Formulation in psychology and psychotherapy*. Hove: Routledge.
16. Schizophrenia Commission. (2012). *The abandoned illness: A report from the Schizophrenia Commission.* London: Rethink Mental Illness. www.rethink.org/media/514093/TSC_main_report_14_nov.pdf
17. Newnes, C. (1993). Editorial. *Clinical Psychology Forum, 54*(2).
18. National Institute for Health and Clinical Excellence (2011). *Information for people who use NHS mental health services*. Manchester: NICE. www.nice.org.uk/nicemedia/live/13846/60327/60327.pdf
19. Murray, R. (2014). *Professional perspectives*. Consultado el 7 de marzo de 2014. Accesible en: www.schizophreniacommission.org.uk/commissioner-blogs/
20. Méndez, J.E. (2013, March 08). *UN Rapporteur on Torture calls for ban on forced treatment.* Consultado el 7 de marzo de 2014. Accesible en: www.madinamerica.com/2013/03/u-n-rapporteur-on-torturecalls-for-ban-on-forced-treatment/
21. Rufus May. (2010). In S. Jones, F. Lobban & A. Cooke. (2010). *Understanding bipolar disorder: Why some people experience extreme mood states and what can help*, p.57. Leicester: British Psychological Society.
22. Chadwick, P.K. (1997). *Schizophrenia: The positive perspective*. London: Routledge.
23. Van Putten, T. & May, P.R. (1978). Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry, 35*, 477–480. http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=491900
24. Van Putten, T., May, P.R. & Marder, S.R. (1984). Akathisia with haloperidol and thiothixene. *Archives of General Psychiatry, 41*, 1036–1039. http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=493445
25. Mosher, L.R., Gosden, R. & Beder, S. (2004). Drug companies and schizophrenia: Unbridled capitalism meets madness. In J. Read, L.R. Mosher & R. Bentall, *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia* (pp.115–130). New York, NY: Brunnel-Routledge. www.uow.edu.au/~sharonb/drugcompanies.html
En español: Mosher, L.R., Gosden, R. & Beder, S. (2004) *Las compañías farmacéuticas y la esquizofrenia: el capitalismo desenfrenado encuentra la locura, en* Read, J. Mosher L. & Bentall R. (Editores (2007) *Modelos De Locura. Aproximaciones Psicológicas, Sociales Y Biológicas A La Esquizofrenia*. Barcelona: Herder, 2007
26. Magliano, L., Read, J., Sagliocchi, A., Patalano, M., D'Ambrosio, A. & Oliviero, N. (2013) Differences in views of schizophrenia during medical education: A comparative study of 1st vs. 5th-6th year Italian medical students? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*, pp1647–1655. http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-012-0610-x
27. Pavilion Publishing (2014, January 14). *Psychosis Revisited* (2nd edn.) Consultado el 7 de

marzo de 2014. Accesible en: www.pavpub.com/psychosis-revisited-2nd-edition/
28. Health & Care Professions Council (2012). *Standards of education and training: Your duties as an education provider.* London: HCPC. https://www.hcpc-uk.org/assets/documents/1000295EStandardsofeducationandtraining-fromSeptember2009.pdf
29. Kinderman, P. (2014). *A prescription for psychiatry.* London: Palgrave Macmillan.
30. Onyett, S. (2014, February 14). *What will help prevent tragedies like Mid Staffs happening again? Time for a shift in attention. Discursive of Tunbridge Wells: The Salomons blog: Viewsand commentary on psychology, mental health and other stuff. Tunbridge Wells, Kent.* Consultado el 21 de marzo de 2014. Accesible en: http://discursiveoftunbridgewells.blogspot.co.uk/search/label/Steve%20Onyett%20%28Author%29

Sección 14

1. Laurance, J. (2013, November 17). *A journey to the heart of Africa's Aids epidemic.* Consultado el 23 de mayo de 2014. Accesible en: www.independent.co.uk/news/world/africa/a-journey-to-the-heart-ofafricas-aids-epidemic-8945522.html
2. Johnstone, L. & Dallos, R. (2013). *Formulation in psychology and psychotherapy*. Hove: Routledge.
3. Braehler, C., Valiquette, L., Holowka, D., Malla, A.K., Joober, R., Ciampi, A., Pawliuk, N. & King, S. (2013). Childhood trauma and dissociation in first-episode psychosis, chronic schizophrenia and community controls. *Psychiatry Research, 210*(1). http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178113003119
4. Wilkinson, R. & Pickett, K. (2010). *The spirit level: Why equality is better for everyone.* London: Penguin.
5. Jacobs, D. (1994). Environmental failure-oppression is the only cause of psychopathology. *Journal of Mind and Behavior, 15*(1 & 2), 1–18. www.brown.uk.com/brownlibrary/DJH.htm
6. New Economics Foundation (2008). *New Economics Foundation.* Consultado el 12 de noviembre de 2014. Accesible en: www.neweconomicsfoundation.org
7. Division of Clinical Psychology (2000). *Recent advances in understanding mental illness and psychotic experiences*, p.71. Leicester: British Psychological Society.
8. Wikipedia (2013, December 05). *News values.* Consultado el 21 de marzo de 2014. Accesible en: http://en.wikipedia.org/wiki/News_values
9. Perkins, R. (2000). *I have a vision … Beyond deficit and discrimination. Overcoming the barriers and meeting the challenges of the 21st century.* Millennium mental health conference. Nottingham: BRIJ Consultancy.

Glosario de organizaciones y siglas nombradas en este informe

- A&E Es la denominación del servicio de 24 horas que gestiona y atiende las emergencias y los accidentes en el Reino Unido.
- British Journal of Psychiatry. Es una de las revistas especializadas de mayor reputación dentro del campo de salud mental y psiquiatría. La revista esta gestionada desde el Colegio de Psiquiatría del Reino Unido.
- British Psychological Society (BPS). Es el colegio de psicólogos británico o Sociedad Británica de Psicología.
- CBT. Son las siglas de Cognitive Behavioral Therapy, la Terapia Cognitivo Conductual en inglés. A veces se denomina CBT incluso en los textos en español, y es equivalente a TCC, las siglas de la denominación en español. A veces se usa CPTp o TCCp para Terapia Cognitivo Conductual para la psicosis.
- CBTp Ver CBT
- Centre for Mental Health. El Centro para la Salud Mental es una organización benéfica independiente e influyente del Reino Unido. Se presenta como un intento para que las personas con trastornos mentales o en riesgo tengan oportunidades para desarrollar su vida, rompiendo barreras y llevando la investigación a las esferas políticas y la práctica asistencial. Quier ser un puente entre el mundo de la investigación, la política, y la prestación de servicios. Alienta la innovación y defiende el cambio en la política asistencial considerando la investigación, la evolución de las prácticas y la formación.
- CIE ver ICD
- Clasificación Internacional de Enfermedades ver ICD
- Composite International Diagnostic Interview (CIDI) o Entrevista diagnóstica internacional compuesta. Es una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS / WHO) con fines epidemiológicos y transculturales, para diagnósticos DSM o ICD, que también se puede usar en la práctica clínica, para confirmar o refutar el cumplimiento de los criterios diagnósticos.
- Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association (Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría). Muy conocido por sus siglas, DSM. Es uno de los sistemas de diagnósticos internacionalmente más usados. Se realiza bajo el amparo de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), EEUU. Es un sistema que esta siendo cuestionado, más desde la publicación en 2014, de su quinta revisión.
- Division of Clinical Psychology (DCP). Es la sección de psicología clínica del colegio de psicólogos británico (British Psychological Society).
- Drayton Park. En este texto hace referencia a un centro de ingreso para mujeres y gestionado por mujeres, ubicado en Londres. En este informe un paciente describa algunas cuestiones sobre su funcionamiento. Se muestra como una alternativa a los ingresos hospitalarios en las unidades de psiquiatría, con una práctica menso coercitiva y un trato más cercano y familiar.
- DSM. Ver Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric.
- Early Intervention in Psychosis Service (EIP). Equipo de Intervención Temprana en la Psicosis. Son equipos que trabajan en centros que tratan a personas, habitualmente jóvenes y adolescentes, en riesgo de psicosis o en primeros episodios. Los hay con orientaciones distintas.
- EIP. Son las siglas de Early Intervention in Psychosis Service.

- Five Ways to Wellbeing (Cinco vías al bienestar) son orientaciones en base a la actividad sugeridas por la New Economics Foundation. (http://www.neweconomics.org/projects/entry/five-ways-to-well-being)
- Foxley Lane. Centro similar al Drayton Park, que pertenece al Maudsley Hospital.
- Global Summit on Diagnostic Alternatives (Cumbre Mundial sobre Alternativas Diagnósticas). Es una iniciativa conjunta de la Sociedad de Psicologia Humanista del Colegio de Psicólogos de Estados Unidos y la Sección de Psicología Clínica del Colegio de Psicólogos Británico, cuyo objeto es debatir y avanzar en la creación de alternativas al paradigma actual de los diagnósticos. Ha creado un área de debate en Internet. Es un foro multidisciplinar que incluye a investigadores y profesionales del campo. El «objetivo final es generar una dialogo internacional, multidisciplinar, e igualitario acerca de la posibilidad, viabilidad, y las posibles implicaciones de nuevas formas para conceptualizar el sufrimiento mental».
- Health and Care Professions Council (Junta de Profesiones Sanitarias y Asistenciales). Es un organismo que reúne a diferentes profesiones que actúan en el campo sanitario. Tiene vocación reguladora y entre otros objetivos tiene el de proteger al usuario de las malas prácticas de los profesionales.
- Hearing Voices Network – HVN (La Red de Escuchadores de Voces) es una red de grupos de autoayuda para «personas que escuchan voces, ven visiones y tienen percepciones inusuales, que está teniendo gran impacto en aumento en los usuarios de servicios de salud mental, y también en los profesionales. Hay más información en el informe (9.2.1). (Ver http://entrevoces.org/en_GB/presentacion/ y www.hearing-voices.org)
- Icarus Proyect Es un proyecto de apoyo, de personas y para personas que tienen experiencias que a menudo se diagnostican como enfermedad. Fomenta prácticas de ayuda mutua dirigidas a recuperarse y liberarse.
- ICD International Classification of Diseases y CIE Clasificación Internacional de Enfermedades. ICD y CIE son las siglas del sistema diagnóstico de la Organización Mundial de la Salud (WHO o OMS), en ingles y en español. Es un sistema diagnóstico en salud mental similar al DSM, aunque menos incluyente. Este sistema exige cumplir criterios más exigentes para tener un diagnóstico que el DSM.
- ImROC – Implementing Recovery, Organisational Change – (Implementar la Recuperación – Cambio Organizacional) Implementar la recuperación mediante el Cambio Organizacional es una perspectiva para ayudar a las personas con problemas de salud mental para avanzar hacia la recuperación. ImROC tiene como objetivo cambiar el modo en que el NHS (Sistema Nacional de Salud del Reino Unido) y sus servicios actúan para que ayuden mejor a las personas con su recuperación. (http://www.imroc.org/)
- Inquiry into the Schizophrenia Label (Investigación sobre la Etiqueta Esquizofrenia) es un grupo de profesionales y usuarios que se centran sobre el sentido y la utilidad de la esquizofrenia como etiqueta diagnóstica y clínica.
- International Classification of Diseases ver ICD
- IPS, Individual Placement and Support (Plan de apoyo e inserción individual). IPS es un sistema de asistencia que realiza un plan individual para la búsqueda de empleo o una actividad significativa, y da apoya para mantenerlo y mejorar. Trabaja también con los empleadores. Parece estar demostrando ser un método útil en los usuarios de salud mental.
- Mental Health Act (Ley de Salud Mental) del Reino Unido. Es la ley que regula el internamiento y el tratamiento involuntario ante situaciones. Permite al profesional ingresar y

decir el tratamiento de personas consideradas en situación de riesgo. Tanto la ley como su paliación es muy cuestionada por los movimientos de usuarios y también por una parte de los profesionales.

- Mental Health Foundation (Fundación de Salud Mental). Organización sin ánimo de lucro del Reino Unido, con décadas de trabajo en el campo. Con el objetivo situado en mejorar la salud mental, trabaja para poner fin a las desigualdades que enfrentan las personas que sufren problemas de salud mental, las que tiene problemas de aprendizaje y con las capacidades disminuidas.
- Mental Health Trusts, Reino Unido. Un Mental Health Trust proporciona ayuda social y sanitaria a las personas con problemas de salud mental. Hay unos 60 serviso de este tipo en el Reino Unido. Han sido creados y financiados por organizaciones del sistema nacional de salud. Habitualmente los pacientes acuden a estos servicios derivados desde los servicios de atención primaria o de los servicios de salud mental. Pueden brindar cursos, apoyo familiar, psicoterapia, alojamiento, etc.
- National Institute for Health and Care Excellence ver NICE
- National Institute of Mental Health (NIMH) (Instituto Nacional de Salud Mental) Es una organización gubernamental oficial de Estados Unidos. Tiene un gran presupuesto y realiza y financia investigación. Su objetivo es incidir en la comprensión, prevención, tratamiento y recuperación, de los trastornos mentales mediante investigación científica.
- National Survivor User Network (NSUN). Red Nacional de Usuarios. Se trata de una organización independiente, sin ánimo de lucro, creada en 2007. Es una red dirigida a los usuarios de servicios que conecta a personas con experiencia de salud mental para conseguir una voz más influyente ante la configuración de políticas y servicios.
- New Economics Foundation – Fundación Nueva Economía, Reino Unido. Es una organización que promueve la justicia social, económica y ambiental. Su objetivo es que la economía trabaje en beneficio de la gente y del planeta.
- NHS Trusts ver Mental Health Trusts
- NICE - National Institute for Health and Care Excellence (Instituto Nacional de la Salud y la Asistencia por la Excelencia, Reino Unido). Organización bajo cuyo amparo se realizan Guías de Práctica Clínica, que quieren estar sustentadas en las mejores pruebas. Su objeto es que se realice la mejor asistencia, y que llegue al publico y a los profesionales la mejor información sobre los diagnósticos y los tratamientos.
- NIHM ver National Institute of Mental Health
- Psicosis Revisited, Programa de formación para profesionales basado en informe informe anterior, elaborado por el grupo ha realizado este. Está diseñado para que se imparta por un profesional junto a una persona que haya experimentado psicosis. (https://www.pavpub.com/psychosis-revisited-2nd-edition/)
- RdoC ver Research Domain Criteria.
- Research Domain Criteria – RdoC (Criterios de Dominio para la Investigación). Es una iniciativa del NIHM para repensar lo criterios diagnósticos actuales y elaborar otros diferentes, al entender que los actuales son deficitarios en validez.
- Rethink Mental Illness (Reconsiderar la Enfermedad Mental). Es una organización no lucrativa del Reino Unido, fundada en 1972 por familiares de usuarios. Su misión es reunir ayuda para la recuperación de las personas con trastorno mental. Realiza estudios sobre los servicios y su asistencia según la opinión de los usuarios. Su nivel de actividad se extiende en muchas áreas,

incluyendo campañas, investigación, publicaciones, apoyo, etc. (www.rethink.org/)

- Schizophrenia Commission (Comisión sobre la Esquizofrenia) es una agrupación independiente reunida por Rethink Mental Illness que agrupa a varios profesionales y colaboradores, unos ochenta, que incluye a personas diagnosticadas y familiares, presidida por el psiquíatra Robin Murray. Se centra sobre la situación de la asistencia y diversas problemáticas asociadas.
- Stars Wards (Plantas o Unidades Estrella) es un proyecto de Bright, una organización sin ánimo de lucro que se centra en la justicia social. Agrupa a unas 650 unidades de salud mental. Ofrece inspiración e ideas para introducir pequeños cambios que suponen grandes diferencias para los pacientes. (http://www.starwards.org.uk/)
- TCC ver CBT.
- TCCp ver CBT
- United Nations Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment (Ponencia Especial de Las Naciones Unidas sobre la Tortura y Otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes) Informe de la Organización de las Naciones Unidas, que también considera ciertas practicas a veces usadas en salud mental, con se indica en el documento. (http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf)
- WRAP – Wellness Recovery Action Plan (Plan de acción para la recuperación del bienestar). Es un modelo que se puede adaptar a uno, para mejorar y dirigirse a la vida que uno quiere. Se desarrolló 1997 por un grupo de personas que buscaban el modo de superar sus propios problemas de salud mental y cumplir sus objetivos. Ayuda a identificar problemas, recursos, planes y obstáculos. Hoy es ampliamente usado por personas e muy diferentes circunstancias para hacer frente a todo tipo de problemas de salud mental otros problemas de salud y de la vida. (Mary Ellen Copeland fue su impulsora. Es autora de un libro traducido al español, Venza la Depresión. Robin Book, 1993) (http://mentalhealthrecovery.com/)