the british psychological society
promoting excellence in psychology

Division of Clinical Psychology

El Marco de Poder, Amenaza y Significado

Hacia la identificación de patrones de sufrimiento emocional, experiencias inusuales y comportamientos problemáticos o perturbadores, como una propuesta alternativa a los diagnósticos psiquiátricos funcionales

Enero 2018

Esta publicación ha sido elaborada por la *Division of Clinical Psychology* (División de Psicología Clínica) de la *British Psychological Society* (Asociación Británica de Psicología). Es una publicación de la *Member Network* (Red de Asociados) y refleja los puntos de vista y la contribución experta de sus autores.

Cómo se cita esta obra:

Dentro del texto: Johnstone, L. y Boyle, M. (2018).

En bibliografías y cualquier lista de publicaciones: Johnstone, L. y Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. y Read, J. (2018). (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis.* Leicester: British Psychological Society [trad. cast.: *El Marco de Poder, Amenaza y Significado. Hacia la identificación de patrones de sufrimiento emocional, experiencias inusuales y comportamientos problemáticos o perturbadores, como una propuesta alternativa a los diagnósticos psiquiátricos funcionales*. Leicester: British Psychological Society, 2020.].

www.bps.org.uk/PTM-Main

© The British Psychological Society 2018

Todos los derechos reservados. Queda prohibido reimprimir, reproducir o utilizar cualquier parte de este informe, sea por medios electrónicos, mecánicos o de otro tipo, conocidos en la actualidad o que se desarrollen en el futuro, incluidas fotocopias y grabaciones, o mediante cualquier otro sistema de almacenamiento o de recuperación de información, sin permiso escrito de los editores. Las consultas al respecto deben dirigirse a la *British Psychological Society*.

ISBN 978-84-95287-96-0

Publicado por

The British Psychological Society

St Andrews House

48 Princess Road East

Leicester LE1 7DR

www.bps.org.uk

Si tiene dificultades para leer este documento y lo desea en un formato diferente, contáctenos indicando sus necesidades específicas.

Asociación Española de Neuropsiquiatría – AEN

Tel: 636 72 55 99 Email: aen@aen.es

El Marco de Poder, Amenaza y Significado

Hacia la identificación de patrones de sufrimiento emocional, experiencias inusuales y comportamientos problemáticos o perturbadores, como una propuesta alternativa a los diagnósticos psiquiátricos funcionales

Enero 2018

Índice

Reconocimientos 4

Introducción a la versión en castellano 6

Resumen del informe 8

Introducción 17

Capítulo 1: Los problemas de los diagnósticos psiquiátricos y la necesidad de una perspectiva diferente 25

Capítulo 2. Principios filosóficos y conceptuales de las alternativas al diagnóstico psiquiátrico 46

Capítulo 3: Significado y narrativa 93

Capítulo 4: El contexto social 113

Capítulo 5: El papel de la biología 187

Capítulo 6: Descripción de patrones en el Marco de Poder, Amenaza y Significado ... 224

Capítulo 7: Consulta y feedback de los usuarios del servicio 311

Capitulo 8: Formas de avanzar 320

Apéndice 393

Bibliografía 438

Reconocimientos

Autoras principales

- **Dra Lucy Johnstone**, Consultora de Psicología Clínica y Formadora Independiente
- **Professor Mary Boyle,** Profesora Emérita de Psicología Clínica, Universidad de East London

Autores y autoras que colaboran / Grupo del proyecto

- **Dr John Cromby**, Lector en Psicología, ULSB, Universidad de Leicester
- **Dra Jacqui Dillon**, Activista superviviente y presidenta nacional de la Red de Escuchadores de Voces, Inglaterra
- **Dr David Harper**, Lector en Psicología Clínica, Universidad de East London
- **Dra Eleanor Longden**, Directora de Postdoctorado de Investigación de Usuarios de Servicios, Unidad de Investigación sobre la Psicosis, Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust
- **Professor Peter Kinderman**, Profesor de Psicología Clínica, Universidad de Liverpool
- **Professor David Pilgrim**, Profesor Honorario de Salud y Política Social, Universidad de Liverpool
- **Professor John Read**, Profesor de Psicología Clínica, Universidad de East London

Investigación y apoyo editorial

- **Dra Kate Allsopp,** Universidad de Liverpool

Grupo de consultoría de personas usuarias de servicios y cuidadores/as

- **Lucy Goldsmith**
- **Nicky Hayward**
- **Sam Shakes**
- Cinco personas que prefieren mantener el anonimato

Grupo de lectura crítica

Con el cometido concreto de abordar los temas de diversidad:

- **Jan Bostock,** Consultor de Psicología Clínica y Director Profesional, Northumberland Tyne & Wear NHS Foundation Trust
- **Dr Jonathan Gadsby,** Investigador, Enfermería en Salud Mental y Discapacidades Intelectuales, Universidad de Birmingham City
- **Dra Sarah Kamens,** Profesora de Postdoctorado en Psicología, Universidad de Wesleyan, Estados Unidos
- **Guilaine Kinouani,** Consultora en Psicoterapia e Igualdad
- **Gilli Watson,** Consultora en Psicología Clínica, Devon Partnership NHS Trust

Contribuciones adicionales

- **Phil Wilshire,** Director Profesional de Asistencia Social y Trabajo social, Avon and Wiltshire Mental Health Partnership NHS Trust, con una contribución significativa al Capítulo 8 de esta publicación
- **Dra Maria Castro Romero**, Profesora de Psicología Clínica, Universidad de East London, ayudando con las entrevistas y con el Capítulo 7 de esta publicación
- **Dra Kate Allsopp**, Universidad de Liverpool
- **Alison Branitsky**, Mount Holyoke College, Estados Unidos
- **Dra Samantha Cole**, Consultora de Psicología Clínica (Psicología de la Salud)
- **Dra Selma Ebrahim**, Consultora de Psicología Clínica
- **Dra Alison Faulkner,** Investigadora Superviviente
- **Dra Jo Ramsden**, Consultora de Psicologia Clínica (Servicios Forenses)
- **Dr Clive Weston**, Consultor de Psicología Clínica (Discapacidad Intelectual)

Apéndices

Gracias a:

- **Ishtiaq Ahmed**, Gerente de Desarrollo Comunitario, *Sharing Voices* de Bradford
- **Isabel Clarke**, Consultora en Psicología Clínica
- **Dra Angela Kennedy**, Consultora de Psicología Clínica
- **Dra Shelley McCann**, Psicóloga Clínica
- **Professor Nimisha Patel**, Profesora de Psicología Clínica
- **Dr Sami Timimi**, Consultor en Psiquiatría de Niñas, Niños y Adolescentes
- **Fiona Venner**, Directora Ejecutiva de *Led Crisis Service* de *Leeds Survivor*
- Miembros de MAC-UK

Revisores y revisoras

Agradecemos los comentarios sobre la versión final publicada de los/as representantes de la dirección DCP, al Comité de DCP «Superar el diagnóstico» (*Beyond diagnosis*) y a la Facultad de Psicosis y Salud Mental Compleja

Agradecemos también a las siguientes personas por su ayuda y apoyo en el proyecto:

- **Dr Steven Coles**, ex presidente del grupo « *Beyond diagnosis*»
- **Richard Pemberton**, ex presidente del DCP
- **Dra Esther Cohen-Tovée**, presidenta del DCP
- **Helen Barnett**, Asesora de la División, Servicios de la Red Miembros
- **Dr Stephen Weatherhead**, ex Director, Unidad de Normas Profesionales del DCP

Introducción a la versión en castellano

Los sistemas de atención a la salud mental atraviesan hoy una crisis profunda. Sin duda uno de los elementos claves de esta crisis se refiere a los sistemas diagnósticos. Los grandes sistemas que han recabado la atención de la comunidad profesional durante las últimas décadas han fracasado en su pretensión de definir condiciones específicas cuyo reconocimiento serviría para proporcionar remedios cada vez más específicos. A la vez está cada vez mejor documentado el daño que la aplicación de estos sistemas puede provocar. No se trata sólo de su posible papel estigmatizador. Para aplicar estos sistemas diagnósticos, sobre todo se necesita suponer que las experiencias, sean emocionales o cognitivas, de la persona que busca ayuda refiere no tienen sentido y tan solo pueden entenderse como síntomas, una consecuencia de un trastorno determinado.

Contrariamente a esos supuestos se han desarrollado distintas alternativas sobre la base que esas experiencias de las personas, que se manifiestan en los comportamientos, pensamientos y emociones, a las que intentamos ayudar tienen sentido. Se pueden entender como vivencias y formas de responder a cuestiones relacionadas con su historia personal y el contexto donde ha desarrollado su vida.

La División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología ha tenido en cuenta estas cuestiones problemáticas (Division of Clinical Psychology, 2013) y ha hecho diversas propuestas (Division of Clinical Psychology, 2011) algunas de las cuales han sido traducidas al castellano (Cooke, 2014).

La División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología ha publicado recientemente la propuesta de un Marco alternativo a los sistemas diagnósticos mediante dos documentos. El primero de ellos, que presentamos aquí, describe la propuesta, sus fundamentos, los principios y las evidencias que le da sustento (Johnstone y Boyle, 2018b). El segundo, que se tradujo hace un año y está disponible en http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf, consiste en el propio Marco, sin el contenido que le da apoyo (Johnstone y Boyle, 2018a).

Sin duda se trata sólo de un primer paso. Pero consideramos importante que el debate pueda desarrollarse también en lengua castellana y, por ello, con ese fin en mente, esta traducción estará disponible para todos, en la Red, a través de la Asociación Española de Neuropsiquiatría – Profesionales de la Salud Mental.

El equipo traductor[1]

[1] Han constituido el equipo de traducción (por orden alfabético): Alcalde Rubio, Lorena; Álvarez Benito, Jennifer; Berbiela Bustamante, Lola; Broco Villahoz, Laura; Callizo Silvestre, Alejandro; Carvajal Diaz, Lorena; Caro García, Ciro; Cerame del Campo, Álvaro; Cortina Bermúdez de Castro, María; Espeso González, Rocío; Fernández Ascariz, Pablo; Fernández Liria, Alberto; Franco Soler, Anthyma; Fumero Vargas, Georgina; González Iglesias, Patricia; Iribarren Lizárraga, Sergio; Inchauspe Arostegui, José Antonio; López de Loma-Osorio, Víctor; Pérez de Zabalza Ruggeri, Sofia; Rabanal Alascio, Natalia; Serrano Ferrer, Ana; Soriano Medina, María; Suárez

Division of Clinical Psychology (2013). *Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: Time for a paradigm shift DCP Position Statement*. Leicester: The British Psychological Society. Retrieved from https://www1.bps.org.uk/system/files/Public files/cat-1325.pdf

Cooke, A. (Ed.). (2014). *Understanding Psychosis and Schizophrenia: (Trad cast: Comprender la psicosis y la esquizofrenia Disponible en: http://ome-aen.org/files/2013/12/Comprender-la-psicosis-y-la-esquizofrenia-A.-Cooke-et-al-2015-2014.pdf)*. Leicester: The British Psychological Society. Retrieved from www.understandingpsychosis.net

Division of Clinical Psychology (2011). *Good Practice Guidelines on the Use of Psychological Formulation*. Leicester: The British Psychological Society. Retrieved from http://www.canterbury.ac.uk/social-and-applied-sciences/salomons-centre-for-applied-psychology/docs/resources/DCP-Guidelines-for-Formulation.pdf

Johnstone, L., Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Longden, E., … Read, J. (2018a). *The Power Threat Meaning Framework:* Overview. Leicester: The British Psychological Society.

Johnstone, L., Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Longden, E., … Read, J. (2018b). *The Power Threat Meaning Framework:* Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis. Leicester: The British Psychological Society.

Resumen del informe

En 2013, la *Division of Clinical Psychology* (DCP)[2] de la *British Psychological Society*[3] publicó una declaración de principios denominada *Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: Time for a paradigm shift*[4]. La recomendación 3 de dicho documento es: «Apoyar, junto a las personas usuarias de los servicios, un trabajo para desarrollar una perspectiva multifactorial y contextual, que incorpore factores sociales, psicológicos y biológicos» (p.9). Este informe es el resultado de un proyecto de trabajo, financiado por la DCP, cuyo fin es cumplir con este objetivo.

El marco aquí descrito, el Marco de Poder, Amenaza y Significado (Marco PAS), pretende ser una estructura general para identificar patrones de sufrimiento emocional, experiencias inusuales y comportamientos problemáticos o perturbadores, que sirva de alternativa a los diagnósticos y clasificaciones psiquiátricas. Este documento expone la base conceptual y empírica de este sistema y pretende ser su fuente teórica fundamental. Es importante señalar que este marco no está ligado a un nivel de explicación determinado (social, psicológico o biológico), ni a una orientación teórica específica, como la cognitiva, conductual o sistémica. Por tanto, a la vez que sugerimos que se puede usar tal como se presenta, también se puede entender como un meta-marco dentro del cual pueden encontrar acomodo distintos modelos y cuerpos de evidencia, que se podrá usar en proyectos futuros que trasladen este marco a la práctica.

Capítulo 1. Se analizan los problemas de la medicalización y del diagnóstico psiquiátrico, mediante comparaciones con el diagnóstico médico para mostrar el porqué es necesario un enfoque muy distinto. Se argumenta que el diagnóstico médico es básicamente un intento de dar sentido a los problemas investigando patrones o regularidades en la estructura, en sus funciones y disfunciones, algo adecuado y útil para muchos problemas físicos, pero que el diagnóstico psiquiátrico está intrínsecamente limitado para poder dar sentido al sufrimiento emocional o psicológico. Se debe a que el diagnóstico psiquiátrico se basa en gran medida en modelos teóricos diseñados para la comprensión del cuerpo, y no para comprender los pensamientos, los sentimientos y la conducta de las personas.

Dado que toda experiencia humana está mediada por nuestra biología, hay que señalar que la citada limitación no implica una separación mente-cuerpo. No obstante, sí obliga a que las alternativas al diagnóstico psiquiátrico deban basarse sobre modelos teóricos muy diferentes, lo que probablemente nos permitirá identificar tipos de patrones y regularidades muy distintos.

Capítulo 2. Se dirige a abordar las cuestiones conceptuales y filosóficas que surgen ante la necesidad de dar cuenta de la conducta y las experiencias de personas corporalizadas en sus entornos culturales, sociales y relacionales. Abandonar lo que los autores han llamado la «mentalidad DSM» no es fácil,

[2] División de Psicología Clínica.
[3] Colegio de las Psicología Británica.
[4] Clasificación de la conducta y de la experiencia en relación con los diagnósticos psiquiátricos funcionales: es hora de un cambio de paradigma.

puesto que está profundamente impregnada de asunciones filosóficas fundamentales de la cultura occidental, que incluyen, aunque no se limitan a, la separación entre mente y cuerpo, entre el pensar y el sentir, entre lo individual y el grupo social, y entre lo humano y la naturaleza; el privilegiar la «racionalidad» sobre la emoción; y la creencia en la objetividad, es decir, la posibilidad de separar nuestros valores, la ética y los intereses del poder, de la teoría y la práctica en los sistemas humanos. Estas cosmovisiones influyentes, aunque no universales, se sostienen sobre lo que se puede definir de un modo amplio como positivismo, que tienden a promover una visión de las personas como objetos sobre los que actúan fuerzas causales, más que como agentes que tienen motivaciones para sus actos. Aunque ese paradigma ha producido grandes avances en medicina, ciencia y tecnología, no es adecuado para comprender y dar sentido al sufrimiento emocional y a la conducta problemática o perturbadora de los humanos.

Es esta base filosófica, no solo el diagnóstico psiquiátrico y la medicalización, la que necesita repensarse de forma fundamental, si no deseamos desembocar en meras variantes de un sistema insatisfactorio. Versiones modificadas, como el modelo de «vulnerabilidad-estrés» o el «biopsicosocial» siguen situando a los factores sociales y relacionales como secundarios a las disfunciones biológicas causales subyacentes y, por tanto, son incapaces de teorizar el sufrimiento como una respuesta con significado, funcional y comprensible, ante las circunstancias vitales.

Se presentan enfoques teóricos, principios y prácticas relevantes, que nos permiten considerar a los seres humanos como agentes activos e intencionales, que toman decisiones y dan sentido a sus vidas, y al mismo tiempo están sujetos a auténticos factores limitantes y facilitadores, ya sean corporales, materiales, sociales o ideológicos. Esto tiene implicaciones para las perspectivas y las voces de las personas usuarias o supervivientes, y las de sus cuidadores, para las perspectivas culturalmente apropiadas sobre las manifestaciones del sufrimiento y, de un modo más amplio, para la ética, los valores y la justicia social. En relación a los objetivos del proyecto, esto implica que los patrones que sustentan las experiencias individuales y grupales de sufrimiento son inseparables de sus contextos materiales, ambientales, socioeconómicos y culturales, y que las alternativas al diagnóstico psiquiátrico han de situar en posición central el significado, la narrativa, la agencia y la experiencia subjetiva.

Capítulo 3. Se recogen estos temas examinando el significado y la narrativa con más detalle. Los significados personales están moldeados por los discursos culturales y sociales, y también ellos mismos surgen de estructuras sociales y contextos socioeconómicos más amplios. Estos, a su vez, se basan en asunciones concretas sobre la naturaleza humana y su conducta. Los juicios acerca de a quién se considera «loco» se basan inevitablemente, hasta cierto punto, en normas implícitas sobre cuáles son las formas aceptables de pensar, sentir y comportarse en una sociedad determinada. Esto incluye normas sobre los roles de género, clase y «raza», de forma que aquellas personas cuya conducta y experiencias no se ajustan a los parámetros implícitos —bien por no estar a la altura de las expectativas, o por sobrepasarlas— son más propensas a recibir un diagnóstico. Además, se sugiere que las experiencias vitales de sufrimiento, en particular en las

sociedades industrializadas, se configuran de acuerdo con los supuestos más profundamente arraigados en ellas, que ya hemos esbozado anteriormente. En lo más profundo de todo están nuestras asunciones centrales sobre el ser persona, lo que se entiende como el «self», y la relación de uno mismo con los otros, y el mundo material y natural. Una consecuencia es que, tal como los estudios transculturales lo demuestran, no hay, y no puede haber, categorías universales para el sufrimiento emocional.

Por lo tanto, es un propósito central de este proyecto restaurar los múltiples niveles de significado que existen en la locura y el sufrimiento, oscurecidos en el proceso del diagnóstico psiquiátrico, al objeto de abrir un espacio que permita identificar diferentes tipos de patrones de sufrimiento. Esto requiere de una comprensión sofisticada del «significado», como un logro complejo y con muchos niveles, constituido por varios elementos lingüísticos, materiales, sociales, corporales y psicológicos, que se combinan para generar un sentido vivencial y dinámico de intencionalidad e identidad. El significado no es simplemente algo personal, ya que recurre a recursos y discursos compartidos, y tampoco está bajo nuestro control directo; más bien es algo que, de alguna manera, «creamos y encontramos» al mismo tiempo. Nuestras propias narrativas, las historias que contamos sobre nuestras vidas para dar sentido a nuestras experiencias, se derivan de narrativas culturales más amplias, en las que algunas formas de comprensión son más accesibles y están socialmente más autorizadas que otras.

El dar sentido a nuestras experiencias de sufrimiento nos interpela a compararnos con los discursos sociales hegemónicos, lo que resulta en un sentimiento de vergüenza cuando no conseguimos alcanzar esos ideales. También podemos encontrarnos con unas narrativas diagnósticas de diferencia y déficit individual. Las narrativas también pueden, de distintas formas según las culturas, experimentarse como útiles y sanadoras. Tienen el potencial de proporcionar un lenguaje común sobre la emergencia, experiencia y expresión del sufrimiento, restaurando así el papel central del significado y sentando las bases para un cambio que resulte positivo.

Capítulo 4. Recoge esos debates conceptuales para analizar las pruebas empíricas sobre los contextos sociales del sufrimiento, con un enfoque que se dirige especialmente a las adversidades en la infancia, el género, la «raza» y el origen étnico, la clase social, y la pobreza. Se recapitula un amplio y creciente cuerpo de saber y evidencias sobre el impacto causal de un extenso rango de adversidades relacionales y sociales en todas las presentaciones de salud mental (y otras consecuencias conductuales y sociales), en marcado contraste con el fracaso persistente, a la hora de suministrar pruebas, del proyecto que intenta primar los factores biológicos. Es decisivo cómo operan en conjunto los diversos tipos de poderes, incluyendo el coercitivo, el legal, el económico y el material, el biológico/corporal, el interpersonal, y el ideológico. El poder ideológico es una de las formas menos visibles, pero es fundamental en referencia a cómo identificamos, comprendemos y experimentamos el sufrimiento emocional y psicológico, individual y colectivamente.

Se analiza el cuerpo de investigación reciente que indaga sobre la relación entre determinados acontecimientos o situaciones psicosociales (como la institucionalización o el abuso sexual) y ciertos resultados (como los

pensamientos suspicaces o la escucha de voces), para llegar a la conclusión de que todos los intentos existentes para esbozar patrones causales alternativos, ya sean biológicos o psicológicos, se han ido a pique al chocar con lo que las autoras llaman «el problema del todo»: *Todo causa todo*: un amplio rango de adversidades está implicado en casi todas las presentaciones del sufrimiento. *Todo el mundo ha experimentado de todo*: pocas personas en espacios de salud mental (o en otros servicios de bienestar sociales o de justicia penal) han padecido una adversidad o desventaja social única. *Todos sufren de todo:* en términos diagnósticos esto se conoce como comorbilidad, y tradicionalmente conduce a aplicar múltiples diagnósticos a lo largo del tiempo.

En resumen, todos los tipos de sucesos y circunstancias adversas parecen aumentar el riesgo para todas las manifestaciones de salud mental (también para el comportamiento criminal y delictivo, problemas de salud física, y para cierta gama de problemáticas sociales). Todo parece estar mediado, para bien o para mal, por distintos tipos de vínculos relacionales y de apoyo social, por mecanismos biológicos, y por estilos emocionales y cognitivos. Esto concuerda con el argumento anterior de que no existen, y no pueden existir, vías causales específicas respecto a pensamientos, sentimientos y conductas humanas, del estilo a las que se asocian con algunas formas de mal funcionamiento somático. Los factores causales relevantes son generalmente múltiples, complejos, altamente interactivos y sobredeterminados[5] y, además, se ven modulados por el significado y la agencia personal. Esto no significa que no existan regularidades, sino que refuerza intensamente la necesidad de un enfoque esencialmente distinto para identificar patrones referentes al sufrimiento y las dificultades emocionales y conductuales.

Capítulo 5. Se examina el papel de la biología, realizando una rotunda diferenciación entre la biología como causa primaria y la biología que media y facilita toda experiencia humana. Al revisar un amplio abanico de estudios, se concluye que no hay asociaciones consistentes entre los diagnósticos psiquiátricos funcionales y ningún tipo de patología o deficiencia biológica, y que no se ha identificado ningún biomarcador. Esto nos lleva a la conclusión de que, aunque toda experiencia humana se refleja de alguna forma en la actividad de nuestros cerebros y cuerpos, se necesita una explicación mucho más sofisticada de cómo todas estas facetas surgen unas de otras; una que no se base en supuestas enfermedades, trastornos o patologías. Esto también ayudará a evitar que el paradigma actual intente asimilar a su favor los hallazgos sobre el impacto de las adversidades sociales y relacionales.

El modelo de las «trayectorias de vida» reconoce las interacciones multidireccionales y continuas que se dan entre la biología, la experiencia y el entorno, mediante procesos complejos que son, al mismo tiempo y por igual, psicológicos, biológicos y sociales. Esto es consistente con las pruebas sobre el impacto de la adversidad en las relaciones de apego, en las respuestas corporalizadas evolutivas ante las amenazas. Los nuevos conjuntos de evidencias emergentes son un punto de partida prometedor para desarrollar explicaciones comprensivas y sofisticadas del sufrimiento emocional,

[5] Se refiere a la presencia de múltiples causas que determinan un efecto unitario observable en un solo momento. Cualquiera de dichas causas cumple el requisito de «suficiente» para determinar dicho efecto. (*N. de los T.)*

integrando el significado en un modelo de personas corporalizadas, situadas dentro de una sociedad y con capacidad de agencia.

Capítulo 6. Reúne los principios y la evidencia discutida en los capítulos anteriores al objeto de sugerir un nuevo meta-marco conceptual, basado en la hipótesis central de que el sufrimiento emocional y la conducta perturbadora son respuestas comprensibles ante las adversidades sociales y relacionales, y están dotados de significado cultural e ideológico. Se denomina el Marco de Poder, Amenaza y Significado, y sus principales características y objetivos son los siguientes:

- Permite la identificación de patrones amplios y regularidades en la expresión y la experiencia del sufrimiento y la conducta problemática o perturbadora, en lugar de mecanismos causales biológicos o psicológicos específicos ligados a trastornos diagnósticos categoriales.
- Muestra cómo estos patrones se manifiestan en distintos grados y en diferentes circunstancias en cada persona a lo largo de la vida.
- No da por sentada la «patología»; sino que define los mecanismos de afrontamiento y supervivencia, más o menos funcionales, como formas de adaptación a conflictos y a adversidades concretas, tanto pasadas como presentes.
- Integra la influencia de factores biológicos, genéticos y epigenéticos, y evolutivos, en la mediación y activación de esos patrones de respuesta.
- Integra los factores relacionales, sociales, culturales y materiales que configuran la aparición, persistencia, experiencia y expresión de esos patrones.
- Da cuenta de las diferencias culturales en la experiencia y la expresión del sufrimiento.
- Asigna un rol central al significado personal, que surge de los discursos sociales y culturales, de los sistemas de creencias, de las condiciones materiales y de las posibilidades corporales.
- Asigna un rol central a la agencia, es decir, a la capacidad de ejercer influencia sobre la propia vida, dentro de las inevitables limitaciones psicosociales, biológicas y materiales.
- Reconoce el carácter central del contexto relacional, social y político, a la hora de decidir qué constituye una necesidad o una crisis de «salud mental» en una situación dada.
- Proporciona una base fundamentada en la evidencia para usar esos patrones para dar forma a las narrativas individuales, familiares o grupales.
- Ofrece formas alternativas de cumplir con las funciones asociadas al diagnóstico, en los servicios asistenciales, la administración y la investigación.
- Sugiere usos alternativos del lenguaje, reconociendo que es imposible reemplazar uno a uno los términos diagnósticos actuales.

- Incluye significados y consecuencias para actuar en un contexto más amplio, comunitario, social, y político.

Este marco amplio se puede utilizar para identificar los patrones de sufrimiento emocional, compuestos de los siguientes tres ejes interrelacionados:

1. El funcionamiento del **PODER** (que se puede manifestar de distintas formas, como poder biológico y corporalizado; coercitivo o poder mediante la fuerza; legal; económico y material; ideológico, tanto próximo como lejano; social y cultural; e interpersonal; cuyos impactos dependerán de los recursos que tengamos a nuestro alcance para afrontarlos). Esto incluye una posible retraumatización por parte de los propios servicios de salud mental.
2. Los tipos de **AMENAZAS** que el ejercicio negativo del poder puede representar para la persona, el grupo y la comunidad, especialmente en lo referente al sufrimiento emocional, y las formas en las que este se ve mediado por nuestra biología.
3. El papel central del **SIGNIFICADO** (que surge desde los discursos sociales y culturales, y alimentado por respuestas corporales evolutivas y adquiridas previamente) en la configuración de la acción, la experiencia y la expresión del poder, la amenaza y nuestras respuestas a la amenaza.
4. En respuesta a todo lo anterior, las **RESPUESTAS A LA AMENAZA**, evolutivas y aprendidas, que un individuo (o familia, grupo o comunidad) puede necesitar para mantener su supervivencia emocional, física, relacional y social. Estas respuestas van desde reacciones en gran parte automáticas o biológicas, hasta las respuestas basadas en el lenguaje, o conscientemente seleccionadas, como mantener pensamientos suspicaces, culparse a uno mismo, vergüenza, enfado, autolesiones y control de la ingesta. Es probable que estas últimas surjan más tarde, en términos evolutivos, que sean más influenciables por los significados locales y, por lo tanto, sean culturalmente más específicas.

Hay diferencias fundamentales entre este modelo del sufrimiento psíquico y el biopsicosocial más tradicional. En este no se asume que haya patología. No se privilegian los aspectos «biológicos» sobre los demás, sino que constituyen un nivel de explicación, conectados inseparablemente al resto. Igualmente importante, aunque un modelo tripartito es heurísticamente apropiado, los tres elementos no son independientes, sino que se configuran unos a otros. El individuo no existe, ni se puede entender de forma separada de sus relaciones, su comunidad y su cultura; el significado solo surge cuando lo social, cultural y biológico se combinan; y las capacidades biológicas no pueden separarse del contexto interpersonal y social. En este contexto, el «significado» es intrínseco a la expresión y la experiencia de todas las formas de sufrimiento psíquico o emocional, dando una forma única a las respuestas individuales de cada persona.

En resumen, en este marco, al indagar acerca del origen y el mantenimiento del sufrimiento, se sustituye la pregunta que se encuentra en el núcleo de la medicalización, «¿Qué es lo que va mal en ti?» por otras cuatro:

- «¿Qué te ha pasado?» (¿Cómo ha actuado el **Poder** en tu vida?)
- «¿Cómo te afectó?» (¿Qué tipo de **Amenaza** representó?)
- «¿Qué sentido le diste?» (¿Qué **Significado** tienen para ti esas situaciones y experiencias?
- «¿Qué tuviste que hacer para sobrevivir?» (¿Qué tipo de **Respuesta ante las Amenazas** utilizas?)

El Marco de Poder, Amenaza y Significado (PAS) se puede usar para identificar patrones provisionales basados en la evidencia, altamente probabilísticos, y cuya influencia opera de manera contingente y sinérgica. Estos patrones siempre estarán ligados a una cultura y a una época y, por tanto, tendrán un determinado alcance local, en un tiempo y un lugar. Sin embargo, esto no quiere decir que no haya regularidades. Implica, más bien, que estas regularidades no son, como en medicina, fundamentalmente patrones biológicos, sino patrones de respuestas corporalizadas, con significado, ante las amenazas planteadas por el funcionamiento negativo del poder.

El Marco PAS proporciona una nueva perspectiva ante el dilema de si se pueden aplicar los sistemas de clasificación psiquiátrica occidentales a las culturas no occidentales y sus expresiones del sufrimiento emocional, tanto en el Reino Unido como en todo el mundo, porque predice y admite la existencia de un rango amplio de experiencias y expresiones culturales del sufrimiento, sin tratarlas como extrañas, primitivas, menos válidas, o como variantes exóticas del paradigma diagnóstico dominante. Considerado como un metamarco basado en las capacidades humanas universales y las respuestas ante la amenaza evolutivas, los principios nucleares del marco PAS se pueden aplicar a lo largo del tiempo y en todas las culturas. Dentro de este marco, las listas abiertas de respuestas ante la amenaza y sus funciones permiten acoger un número indefinido de expresiones del sufrimiento específicas, de carácter local o histórico, todas ellas configuradas por los significados culturales predominantes.

El marco PAS se puede emplear para identificar **patrones de respuesta ante amenazas dotadas de significado ocasionadas por el funcionamiento negativo del poder.** Son patrones generales**,** provisionales y amplios, basados en la evidencia, que abren un espacio que permite coconstruir las narrativas individuales, y al mismo tiempo sugerir alternativas al diagnóstico para análisis estadísticos, actividades administrativas, legales, de organización de servicios, y de investigación. Estos patrones funcionan a varios niveles, empezando por el «Patrón Fundamental en el Sufrimiento Psíquico y otras consecuencias conductuales, sanitarias y sociales».

La descripción de diversos tipos de poder, amenazas, significados y respuestas ante las amenazas sienta las bases para identificar siete Patrones Generales Provisionales, que surgen del Patrón Fundamental.

Estos Patrones Generales Provisionales cumplen uno de los principales objetivos del Marco PAS, restaurar la vinculación entre las amenazas basadas en el significado y las respuestas a ellas. Al restaurar estas vinculaciones se demuestra que es más útil considerar las respuestas ante las amenazas no como «síntomas» o quejas, sino en términos de las funciones que cumplen. Estas estrategias surgen de las necesidades esenciales de las personas, de sentirse protegidas, valoradas, de pertenecer a un grupo social… entre otras muchas, y representan sus intentos, conscientes o no, de sobrevivir frente a los impactos negativos del poder, utilizando los recursos que tienen a su alcance. Son estrategias que trascienden los diagnósticos, las especialidades y las fronteras de lo que normalmente se considera «normal» versus «patológico».

Uno de los propósitos de los Patrones Generales Provisionales es dar cuenta de la construcción, o coconstrucción, de las narrativas personales. En concreto, los Patrones Generales son una base para cumplir con mayor eficacia algunas de las funciones que suelen atribuirse a los diagnósticos, como proveer una explicación, validar el sufrimiento, facilitar el contacto con otras personas en circunstancias similares, aliviar la vergüenza y la culpa, sugerir un camino para seguir adelante, y transmitir esperanza sobre la recuperación. También proporcionan una base fundamentada para un tipo de narrativa particular, la formulación psicológica.

Capítulo 7. Muestra las opiniones del grupo de consultoría de personas usuarias y cuidadoras que han aportado su opinión sobre el marco mientras este se iba desarrollando.

Capítulo 8. Analiza las implicaciones prácticas de adoptar un enfoque no médico y no diagnóstico del sufrimiento emocional, las experiencias inusuales y algunos tipos de conducta problemática o perturbadora, en las áreas de puesta en marcha, diseño y prestación de servicios, práctica terapéutica, investigación, práctica legal, acceso a las prestaciones de bienestar social y otras, y en relación con la sociedad en su conjunto, en términos de política social, igualdad y justicia social. También se facilitan ejemplos de algunas de las formas en las que estas prácticas no diagnósticas ya han sido adoptadas con éxito.

Es decir, este informe brinda una comprensión profunda del contexto, principios, investigación y prácticas de las que surge el Marco PAS. Existe también una publicación más breve, disponible en formato impreso y en línea titulada *The Power Threat Meaning Framework: Overview*, y una versión en español de la misma, *El Marco de Poder, Amenaza y Significado. Publicación abreviada*, publicada por la Asociación de Neuropsiquiatría (AEN), accesible en línea http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf. Esta versión ofrece una síntesis de los principios y la evidencia de los cuales surgió el Marco PAS, pero está enfocada principalmente al Marco PAS como tal, y a los Patrones generales que se derivan de él. Es decir, se parece al Capítulo 6 de esta publicación extensa. También incluye pautas acerca de cómo el Marco PAS se puede usar en la práctica, el apoyo entre pares o en la autoayuda, así como 13 apéndices que ilustran de forma amplia algunas de las formas en que la práctica no diagnóstica ya se ha adoptado con éxito, dentro y fuera de los servicios.

Tanto esta publicación como la versión abreviada hay que considerarlas como resultados de la primera etapa de un proyecto en marcha más amplio. Se necesitará mucho más trabajo para trasladar sus principios en acción. Uno de los objetivos principales de este trabajo será producir o coproducir materiales para diversos destinatarios, incluidas las personas usuarias de servicio o supervivientes, personas cuidadoras, estudiantes y formadores, profesionales, investigadores, gestores, responsables políticos y el público general.

La Publicación abreviada del Marco PAS está disponible en inglés en www.bps.org.uk/PTM-Overview y en español en http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf

Referencia

Division of Clinical Psychology (2013). *Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnosis: Time for a paradigm shift.* Leicester: British Psychological Society[6].

[6] Accesible en: https://www.bps.org.uk/sites/www.bps.org.uk/files/Member%20Networks/Divisions/DCP/Classification%20of%20behaviour%20and%20experience%20in%20relation%20to%20functional%20psychiatric%20diagnoses.pdf.

Introducción

Marco contextual

En 2013, la *Division of Clinical Psychology* (DCP)[7] emitió una declaración de principios denominada *Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnosis: Time for a paradigm shift.*[8] Su resumen es:

> *La DCP considera que es oportuno y apropiado afirmar públicamente que el sistema de clasificación actual de los diagnósticos psiquiátricos funcionales, tal como se establecen en el DSM y el CIE, tiene limitaciones conceptuales y empíricas significativas. En consecuencia, se necesita un cambio de paradigma respecto a las experiencias a las que hacen referencia estos diagnósticos hacia un sistema conceptual no basado en un modelo de «enfermedad»* (DCP, 2013, p.1).

Ese mismo año, la publicación de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5, 2013) admitía de forma explícita la existencia de dificultades fundamentales en el sistema diagnóstico. Por ejemplo, el Dr. David Kupfer, presidente del grupo de trabajo del DSM-5, señaló que «en el futuro, esperamos poder identificar los trastornos utilizando marcadores biológicos y genéticos que proporcionen diagnósticos precisos, emitidos con total fiabilidad y validez. Sin embargo, la realización de esta promesa, que estamos anunciando desde la década de 1970, sigue estando lejana de forma decepcionante. Hemos estado diciendo a los pacientes, durante varias décadas, que estamos a la espera de los biomarcadores. Y todavía los seguimos esperando» (Kupfer, 2013). El expresidente del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH), Dr. Steven Hyman, describió el DSM-5 como «totalmente erróneo, una pesadilla científica absoluta» (Hyman, citado en Belluck y Carey, 2013), mientras que el Dr. Thomas Insel, entonces presidente del NIMH, declaró que «los pacientes se merecen algo mejor... la debilidad [del DSM] es la falta de validez» y anunció que el NIMH «reorientará su investigación al margen de las categorías del DSM» (Insel, 2013).

Los ecos de la controversia también se han sentido en el Reino Unido. Paul Bebbington predijo que «Si resulta evidente que la información obtenida al poner a prueba las teorías de la enfermedad es incoherente, es posible que finalmente tengamos que deshacernos de determinados constructos de enfermedades... Es posible que los constructos de enfermedades en psiquiatría hayan alcanzado este punto» (Bebbington, 2015, p.1119). La *Critical Psychiatry Network*[9] (2013) afirmó que «el DSM es incapaz de captar la gama completa de experiencias de sufrimiento del modo en que la formulación narrativa puede hacerlo». Son críticas que proceden de la profesión psiquiátrica. Otras preocupaciones sobre el DSM-5, y el diagnóstico en general, se centraron sobre la ampliación del alcance de lo que se considera «trastorno mental» (Frances, 2013) y el papel de los intereses financieros (Cosgrove y Krimsky,

---

[7] División de Psicología Clínica del Colegio Británico de Psicología.
[8] Clasificación del comportamiento y la experiencia en relación con el diagnóstico psiquiátrico funcional: Es la hora de un cambio de paradigma.
[9] Red de Psiquiatría Crítica.

2012). Las personas usuarias de los servicios de salud mental han cuestionado la ética del diagnóstico (http://www.mindfreedom.org/DSM9) y la *Hearing Voices Network England*[10] expresó en una declaración de principios sus «...serias preocupaciones sobre la forma en que actualmente se entiende, categoriza y se responde ante el sufrimiento mental» (Hearing Voices Network, 2013). Desde entonces, la DCP y el BPS han publicado una serie de documentos con objeto de abrir el debate sobre el diagnóstico y los modelos del sufrimiento, incluida la muy difundida *Understanding Psychosis and Schizophrenia*[11] (BPS, 2014). Un informe reciente del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2017) refuerza estas preocupaciones argumentando que «...muchos de los conceptos que respaldan el modelo biomédico no se han visto confirmados por la investigación, y se nos ha vendido el mito de que las mejores soluciones para abordar los retos de la salud mental son los fármacos y otras intervenciones biomédicas» (pp. 5-6). El informe también argumenta que «la crisis en la salud mental no debe gestionarse como una crisis de padecimientos individuales, sino como una crisis de obstáculos sociales que se interponen ante el ejercicio de los derechos individuales» (p.19).

Existe, por lo tanto, una inquietud generalizada de que las dificultades que encaran los sistemas diagnósticos (incluyendo al capítulo psiquiátrico de la Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud, CIE), son de tal naturaleza que resulta poco probable que se puedan resolver manteniendo el mismo modelo. A partir de esta idea, y de las críticas de larga data a los sistemas diagnósticos, la recomendación 3 que se realiza en el documento de principios de la DCP es «Apoyar, junto a las personas usuarias de los servicios, un trabajo que desarrolle una perspectiva multifactorial y contextual, que incorpore factores sociales, psicológicos y biológicos» (p.9). Este informe es el resultado de un proyecto de trabajo, financiado por la DCP, cuyo fin es cumplir con este objetivo.

Objetivos del proyecto

Existen, y siempre han existido, alternativas al diagnóstico, de forma individual y personalizada, tales como descripciones de problemas (por ejemplo, escuchar voces, autolesionarse, sentir pánico) o formulaciones. Lo que hasta ahora ha faltado es el soporte de un marco conceptual que funcione a un nivel más amplio, y permita la agrupación e identificación de patrones. Por lo tanto, nuestro objetivo era producir un documento fundacional que estableciera las bases conceptuales y empíricas de dicho marco, y describiera cómo podría servir como alternativa conceptual a la clasificación y al diagnóstico psiquiátrico. El documento sugiere cómo se podría lograr:

- Partiendo de hipótesis, marcos teóricos y evidencias que sean apropiadas para comprender la conducta y la experiencia de las personas corporalizadas dentro de sus entornos sociales y relacionales, en lugar del (mal)funcionamiento somático.

[10] Red de Escuchadores de Voces de Inglaterra,

[11] Comprender la psicosis y la esquizofrenia, accesible en español en: https://ome-aen.org/libro-comprender-la-psicosis-y-la-esquizofrenia/ (*N. de los T.*)

- Basándose en lo anterior, identificando patrones amplios, provisionales, probabilísticos y basados en la evidencia, que ofrezcan una comprensión del sufrimiento emocional y la conducta problemática o perturbadora desde una perspectiva no diagnóstica.
- Mostrando cómo se pueden usar estos patrones para apoyar la construcción de narrativas de diversos tipos y a varios niveles, tanto en el ámbito de los servicios asistenciales, como en los entornos de autoayuda.
- Ilustrando el potencial de este marco para cumplir, de manera más efectiva, el resto de propósitos a los que el diagnóstico pretende servir, incluyendo la indicación de las intervenciones, la toma de decisiones sobre el acceso a prestaciones y servicios, guías para el diseño y puesta en marcha de los servicios, para la emisión de informes periciales, bases para la investigación y para fundamentar las políticas sociales y de salud pública.

Es importante resaltar que el marco no está vinculado a ninguna orientación teórica específica o a un conjunto de prácticas, como las conductuales, cognitivas, psicodinámicas o sistémicas, ya que procede de un abanico amplio de posiciones teóricas. Al contrario, se ofrece como un primer paso para abrir nuevas formas de conceptualizar las dificultades emocionales y conductuales, capaz tanto de enriquecer los modelos existentes como de sugerir nuevas perspectivas. A más largo plazo, esperamos que conduzca a proyectos e iniciativas adicionales para que se desarrolle más aún y se traslade a las prácticas.

En el capítulo final, se debate y se ofrece una visión general sobre las prácticas no diagnósticas, tanto sobre las que existen en la actualidad dentro de los parámetros de los sistemas existentes, cómo sobre las que podrían funcionar en el futuro. Ninguno de los ejemplos ilustrativos se presenta como una solución ideal, completa o sin problemas. El panorama sirve, más bien, para reconocer la necesidad de promover una amplia variedad de formas para avanzar hacia teorías y prácticas que no estén basadas en el diagnóstico psiquiátrico.

Alcance del informe

El informe se centra principalmente en el área de lo que a veces se denominan «diagnósticos psiquiátricos funcionales», es decir, unas agrupaciones de pensamientos, sentimientos y conductas para los que no se han identificado causas orgánicas. Esto no pretende sugerir que estos problemas nunca tengan elementos orgánicos, o que la distinción entre funcional y orgánico sea inamovible. Quienes han sobrevivido al maltrato en la infancia y a la violencia doméstica, por ejemplo, pueden padecer dificultades neurológicas que podrían actuar como uno de los factores de mantenimiento posterior de los problemas emocionales o de comportamiento. Los daños cerebrales adquiridos tienen consecuencias y significados psicológicos y emocionales, junto a las consecuencias fisiológicas. Es decir, nuestros argumentos son relevantes para el sufrimiento psíquico que puede acompañar a las condiciones médicas, neurológicas, o de desarrollo, ya sea como resultado de hacer frente a las mismas, o como consecuencia de experiencias asociadas a la adversidad. Del mismo modo, hay implicaciones para las personas con problemas de salud física, ya que además de producir sufrimiento por sí mismas, a menudo están

relacionadas y se ven acompañadas por otras experiencias vitales de adversidad. También indicaremos las formas en que nuestros argumentos pueden ser relevantes para otro tipo de conductas problemáticas, como las que se encuentran en el ámbito de las adicciones y la justicia penal.

Sin embargo, no pretendemos aplicar nuestra argumentación a los efectos directos de condiciones tales como la demencia, la discapacidad intelectual, los trastornos neurológicos o neurodegenerativos, las consecuencias de accidentes cerebrovasculares, lesiones cerebrales, infecciones en personas mayores, etc. También excluimos los problemas derivados de los efectos inmediatos de las drogas ilegales. No hemos considerado el autismo como un diagnóstico específico, y en su lugar remitimos a los lectores a los excelentes debates sobre este tema en el proyecto «Explorando el diagnóstico» de la Universidad de Exeter (http://blogs.exeter.ac.uk/exploringdiagnosis/). También somos conscientes de que los problemas de salud física a veces se pueden presentar o identificarse de forma errónea como condiciones de salud mental. El amplio y no siempre reconocido rango de posibilidades incluyen desequilibrios hormonales, deficiencias vitamínicas, infecciones virales, enfermedades autoinmunes, etc. Estas condiciones necesitan detectarse y un tratamiento médico apropiado, y no forman parte de nuestra propuesta.

Hacemos estas distinciones porque argumentaremos a lo largo del documento que hay diferencias importantes en los aspectos principales de las dificultades presentadas, entre las formas del sufrimiento emocional y conductas problemáticas, posibilitadas e influenciadas por nuestra biología, al igual que toda experiencia humana, y los problemas somáticos, y de otro tipo, en los que existen pruebas de un rol causal primario de las enfermedades o deficiencias biológicas. Argumentaremos que esta distinción es suficientemente válida como para que se necesiten marcos teóricos distintos para cada una de estas áreas, así como para orientar los programas de investigación y la práctica asistencial. Inevitablemente, habrá zonas grises que parezcan no ajustarse ni a los patrones médicos convencionales, ni al tipo de marco que se propone aquí. Se trata de temas de estudio para futuras investigaciones, pero que no afectan a nuestros argumentos sobre los problemas del diagnóstico psiquiátrico y la necesidad de alternativas.

Existe literatura científica abundante, y en aumento, sobre los efectos potencialmente dañinos, tanto mentales como físicos, de los fármacos psiquiátricos de todo tipo (véase Capítulo 8). Los profesionales deben ser muy conscientes de la posibilidad de que estos fármacos puedan causar o exacerbar el sufrimiento emocional y la discapacidad física. También esto permanece fuera del alcance de nuestra propuesta, excepto en la medida en que la adhesión a los principios del marco probablemente conduciría a unos niveles de prescripción mucho más reducidos.

El documento reconoce la dificultad intrínseca de idear un sistema conceptual que sea aplicable a todos los grupos étnicos y culturas. Aunque defendemos que algunos de los principios generales se mantendrían, reconocemos que la experiencia, la expresión y la comprensión del sufrimiento y la conducta problemática varían ampliamente entre las culturas, y que es muy poco probable que pueda haber algo así como una «psicología global» o una «psiquiatría global».

Terminología

Hemos seguido las directrices de la *Guidelines on Language in Relation to Functional Diagnosis*[12] (2015), de la de la DCP. No obstante, no existen alternativas completamente satisfactorias para términos como «enfermedad mental» o «salud mental», en particular porque conllevan muchos supuestos implícitos sobre la conducta y las experiencias a las que se refieren. Esto se debe, en parte, a que los llamados problemas de salud mental o trastornos mentales generalmente se identifican, por parte de la propia persona (Thoits, 1985) o su círculo social (Coulter, 1973), en primer lugar como desviaciones de las reglas sociales y/o «fracasos» en los roles de la vida diaria. La decisión sobre a quién se debe etiquetar como «enfermo mental» tiene lugar dentro de una red de discursos y relaciones sociales, basada en juicios de personas comunes y corrientes sobre lo que se consideran formas «razonables» de pensar, sentir y comportarse dentro de un contexto particular. Son juicios que más tarde pueden ser sancionados de forma oficial mediante la asignación de una etiqueta psiquiátrica (Pilgrim y Tomasini, 2012).

El hecho de que los roles y las reglas se vinculen al contexto significa que es difícil encontrar descripciones globales satisfactorias de lo que se denomina «enfermedad psiquiátrica» o «trastorno mental». Igualmente, el término «sufrimiento» puede que no haga justicia a la intensidad del padecimiento y no recoja la complejidad personal e interpersonal. Además, no todas las personas con etiqueta psiquiátrica sufren, aunque sus actos y conducta puedan resultar perturbadores para los demás. Esto plantea interrogantes acerca de quién tiene el problema en una situación dada: ¿quién está sufriendo y respecto a qué? Finalmente, hay personas que viven sus experiencias inusuales como valiosas y enriquecedoras en vez de causa de sufrimiento, puede que desde una perspectiva mística o espiritual.

Por todas estas razones, hemos utilizado un conjunto de términos generales de forma intercambiable, al tiempo que reconocemos que cada uno tiene sus limitaciones. *La Guidelines on Language* propone «sufrimiento emocional, sufrimiento mental, sufrimiento mental severo, estado extremo, sufrimiento psíquico». Nuestros sinónimos también incluyen sufrimiento emocional/psicológico, problemas, dificultades emocionales y experiencias inusuales, así como términos descriptivos o semidescriptivos como «escuchar voces» o «muy bajo estado de ánimo». También hemos empleado «conducta problemática o perturbadora» para indicar algunas de las formas en que las personas pueden reaccionar ante el sufrimiento extremo. Aunque sería preferible reservar el término «psicosis» para los estados mentales consecuencia directa de condiciones médicas, orgánicas o inducidas por drogas (como en la «psicosis inducida por drogas»), reconocemos que «psicosis» suele utilizarse en la investigación en la que nos basamos, y más ampliamente, para denominar aquellas experiencias fuera de la realidad compartida y que otras personas a menudo encuentran difíciles de comprender; a veces usaremos ese término de este modo. Estamos de acuerdo con el comentario de una persona usuaria de servicios de que, en

[12] Guía del lenguaje en relación con el diagnóstico funcional.

lugar de un «nuevo dogma», necesitamos un «lenguaje sensible a la diversidad» (Beresford et al., 2016, p.27).

Del mismo modo, no hay una alternativa perfecta para «paciente» respecto a las personas que han sido atendidas en salud mental. Hemos empleado sobre todo «personas usuarias de servicios», pero reconocemos que esto podría dar a entender un uso voluntario de los servicios, lo que no siempre es el caso. El término «personas cuidadoras» alude a familiares o amistades que pueden estar apoyándolas. Hemos usado el término «personas usuarias de servicios o supervivientes» para referirnos a activistas y militantes. Usamos «servicios y sistema de salud mental» para referirnos al sistema en su conjunto, su teoría y prácticas, y todas las profesiones que trabajan en él, en las que los supuestos y las prácticas diagnósticas suelen ser dominantes. Hemos utilizado «Psicología» y «Psiquiatría» para remitirnos a las disciplinas o profesiones, y en minúsculas para todos los demás usos, por ejemplo, «psicología de género» o «investigación psiquiátrica».

Múltiples perspectivas sobre el diagnóstico psiquiátrico

Reconocemos que existe una gama amplia de perspectivas en las personas usuarias de los servicios sobre el diagnóstico psiquiátrico. Son puntos de vista y experiencias fundamentales para la argumentación y el proyecto. Existen personas usuarias de servicios que cuando se les ofrece una forma alternativa de conceptualizar sus dificultades, la ven como un punto de inflexión en su recuperación. Otras relatan que el diagnóstico les produjo alivio y validación de su sufrimiento (Johnstone, 2014). Se han recapitulado temas asociados a la recuperación, tales como la conexión (incluyendo el apoyo de otras personas y el sentirse parte de la comunidad); la esperanza y el optimismo sobre el futuro (incluyendo la creencia de que la recuperación es posible); la identidad (incluyendo la superación del estigma); el encontrar sentido a la vida (incluyendo la experiencia de «enfermedad mental»); y el empoderamiento (incluyendo asumir la responsabilidad personal, enfocarse en las fortalezas y tomar el control de la propia vida) (Leamy et al., 2011). Para algunas personas, el diagnóstico es un paso hacia todo eso. Para otras, es el diagnóstico mismo lo que creó o agravó los sentimientos de desesperanza, exclusión y desempoderamiento; estas últimas explican que fue un profundo ataque a su identidad, acompañado de sentimientos abrumadores de vergüenza, miedo, invalidación, daño y desesperanza (Johnstone, 2014).

No es de extrañar, por lo tanto, que el cuestionar la validez del diagnóstico pueda despertar fuertes sentimientos. A veces esta argumentación se interpreta como si se tratara de negar la realidad del sufrimiento y las dificultades de las personas, algo que rechazamos firmemente, en lugar de un cuestionamiento de ciertas formas de comprenderlas y darles respuesta. Otras veces se interpretan como atribuciones de culpa o responsabilidad, acusaciones de simular padecimientos, o exigencias de «salir adelante por uno mismo». Lo rechazamos de manera igual de firme.

Puede encontrarse una clave para comprender estos debates, a menudo muy vehementes, en el análisis de los discursos sociales y lo que se asume cuando se habla de la «enfermedad mental». Falta una postura alternativa entre la

médica (usted es una persona enferma y eso es una enfermedad) y la moral (eres una mala persona y es por tu culpa; Harper, 2013; Lafrance, 2009; Pitt et al., 2009). Es lo que se califica como dicotomía entre «cerebro o culpa» (Boyle, 2013). En otras palabras, «Como sociedad, parece que nos resulta difícil encontrar un terreno intermedio entre “usted tiene una enfermedad física y, por lo tanto, su sufrimiento es real y nadie tiene la culpa” y “sus dificultades son imaginarias y la culpa es suya y/o de una tercera persona, por lo que usted debe salir adelante por sí mismo”» (Johnstone, 2014, p.2). Frente a esta disyuntiva, obviamente cruel, resulta comprensible que las personas opten por la que les otorga un «papel de enfermo», puesto que, por definición, incluye la premisa «usted no es responsable de su condición y no la puede evitar» (Parsons, 1951). De esta forma, las personas pueden protegerse de los sentimientos de vergüenza y de la culpa que se atribuyen a sí mismas o que les atribuyen otros, pero pagando el alto precio de asumir una identidad devaluada que las posiciona como defectuosas, inadecuadas o deficitarias, además de hacerlas vulnerables a la discriminación y la exclusión social. El diagnóstico psiquiátrico puede, por lo tanto, representar tanto «la salvación como la condena» (Leeming et al., 2009).

Esta polarización, de escasa utilidad, suele reflejarse a menudo en los servicios de salud mental. Los mensajes que transmite el diagnóstico psiquiátrico de «rol de enfermo» o de persona «no responsable» pueden frustrar rápidamente a los equipos profesionales, que ven como las personas usuarias se limitan aparentemente a esperar a «encontrarse mejor», sin suficiente esfuerzo o motivación por su parte (Johnstone, 2000). Esto puede conducir a cambios rápidos y alternancia entre una posición de Rescate («Están enfermos y no lo pueden evitar») y otra de Acoso («Son perezosos y están desmotivados»). En otras palabras, «el paciente recibe de forma simultánea el mensaje de que se encuentra indefenso, sin capacidad de control, que es incapaz de manejarse sin ser retenido y medicado (por la fuerza si fuera necesario), al mismo tiempo que se le pide que responda de su conducta, se haga responsable de sus actos y "mejore"» (Kennedy, 2008, p.42). Tanto el personal de los servicios como las personas usuarias pueden mantenerse atascados en estas contradicciones conceptuales.

Probablemente, este pensamiento dicotómico tan integrado en la sociedad, junto a una combinación de definición y evaluación, y una perspectiva estrecha de la causalidad, cumple funciones útiles al atribuir las conductas indeseables (por ejemplo, las delictivas) a la responsabilidad individual; las consecuencias de la política social (por ejemplo, el desempleo) a la falta de esfuerzo personal; y el impacto de la injusticia social a la «enfermedad». La persona que ha sido etiquetada lucha para proteger su identidad ante esas fuerzas externas. Este discurso es aún más convincente ya que encaja con los mensajes individualistas de las culturas, sobre todo las occidentales, en las que predominan los modelos diagnósticos. Esto ocurre, a pesar del hecho de que tanto la investigación nacional (Read et al., 2013) como la internacional (Lasalvia et al., 2015; Seeman et al., 2016) confirman que «la noción de que los trastornos mentales son meras “enfermedades cerebrales”... existentes como tales en la naturaleza... es responsable de un pesimismo indeseado y destructivo acerca de la recuperación... [Esto] conlleva estigmatización y

rechazo desde el entorno, y atribución y culpa desde la misma persona» (Lasalvia et al., 2015, p.512).

El diagnóstico también sirve para otros fines. En palabras de una persona usuaria de los servicios: «Los que tenemos problemas de salud mental representamos algunos de los aspectos más aterradores del ser humano. Encarnamos, literalmente, aspectos que las personas temen a un nivel profundo: la irracionalidad, el desafío a los compromisos sociales… señalando temáticas que las personas no pueden tolerar, como la futilidad de la vida, los abusos en la familia, la vulnerabilidad a la violencia y a la mortalidad. ¿Qué mejor forma de alejar estos miedos que ubicándolos en una persona "rota" en vez de reconocerlos como características propias y aterradoras de la sociedad?» (Persona usuaria de los servicios, citada en Beresford et al., 2016, p.19).

La posición filosófica esbozada en este informe sugiere una visión más sofisticada de los seres humanos y del sufrimiento emocional humano, una visión en la que somos agentes activos de nuestras propias vidas, al mismo tiempo que hacemos frente a numerosas limitaciones y barreras, muy reales, que se oponen a los cambios que podríamos lograr. Esas limitaciones pueden ser materiales (dinero, alimentos, transporte); biológicas (discapacidad física); psicológicas (miedo, ansiedad, dudas); y/o sociales (expectativas de género, aislamiento, discriminación). De manera más sutil, pero quizás más perjudicial, estas limitaciones pueden adoptar la forma de significados, creencias, expectativas, normas y valores que absorbemos, a menudo inconscientemente, de la sociedad en general.

Nuestro marco ofrece un camino para construir una historia sobre fortalezas y supervivencia, sin diagnósticos, sin reproches y desmitificadora, capaz de reintegrar, al ámbito de la experiencia humana universal, muchas conductas y experiencias que en la actualidad se diagnosticarían como síntomas de trastorno mental. El mensaje general es: «*Está experimentando una reacción normal ante circunstancias anormales. Cualquiera que hubiera pasado por sucesos similares podría haber terminado reaccionando de la misma forma. Sin embargo, es posible que estas estrategias de supervivencia puedan no ser necesarias o útiles ahora. Con el tipo de apoyo adecuado, puede dejarlas atrás.*» Esta posición brinda una salida a la trampa conceptual, al reconocer y dar sentido a las dificultades reales con que las personas han tenido que lidiar y a las que siguen haciendo frente, al mismo tiempo que transmite el mensaje de que, dentro de algunas limitaciones inevitables, pueden recibir ayuda para recuperar un mayor nivel de responsabilidad y control de sus vidas.

A corto y medio plazo, los diagnósticos seguirán siendo necesarios para que las personas puedan acceder a los servicios, prestaciones, etc. Son derechos que deben protegerse. Del mismo modo, todos tenemos derecho a describir nuestras experiencias de la forma que tenga más sentido para nosotros. Este es un derecho que no siempre se ha reconocido a las personas usuarias de los servicios, que pueden ser consideradas como «carentes de conciencia de enfermedad» si cuestionan su diagnóstico. Realmente, confiamos que, a largo plazo, el marco que aquí presentamos nos permita y nos aliente a todos nosotros a abandonar el pensamiento diagnóstico.

Capítulo 1: Los problemas de los diagnósticos psiquiátricos y la necesidad de una perspectiva diferente

Introducción

En los países occidentales, y cada vez más en el resto del mundo, el sufrimiento mental y emocional, y las diversas formas de comportamiento inusual o ininteligible, se suelen presentar como si fueran fenómenos del mismo tipo que los problemas somáticos, como el cáncer, el sarampión o la diabetes. Esta presunta similitud entre el cuerpo y la conducta, es lo que justifica la aplicación de teorías y prácticas de la medicina a las conductas, pensamientos y sentimientos de las personas, lo que se conoce como el «modelo médico» o la «medicalización». La medicalización opera mediante el lenguaje médico (por ejemplo, síntomas, trastornos, enfermedad, tratamiento), mediante la práctica (por ejemplo, diagnóstico, hospitalización, prescripción de fármacos) y a través de la investigación que intenta descubrir las causas genéticas y biológicas de los «trastornos mentales».

El diagnóstico es fundamental para esta forma de pensar y dar respuesta a las dificultades de las personas. Este proceso se encuentra codificado en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría y en el capítulo sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Clasificación de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE) de la Organización Mundial de la Salud. El DSM y el capítulo de la CIE agrupan lo que se entienden como síntomas de trastorno mental en categorías diferenciadas y separadas, con denominaciones como esquizofrenia, trastorno depresivo mayor, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, etc. Durante el proceso diagnóstico, los pensamientos, sentimientos y comportamientos de una persona se comparan a estas agrupaciones para asignarlos a una categoría particular de «trastorno mental». La primera edición del DSM se publicó en 1952 y la quinta versión en 2013. La última versión psiquiátrica CIE está incluida en su décima revisión (1992; 1993, actualmente en revisión).

A pesar de la extensa aceptación e influencia de la medicalización y del diagnóstico psiquiátrico, resulta difícil encontrar algún proyecto profesional de los siglos XIX, XX y XXI que haya sido objeto de tantas críticas y controversias. Muchas de las personas que han recibido algún diagnóstico han hablado del impacto negativo que les ha supuesto para sus vidas y sus identidades. Las críticas también se han centrado en los bajos niveles de acuerdo entre los clínicos a la hora de realizar los diagnósticos (falta de fiabilidad) y en la falta de validez o utilidad de las categorías diagnósticas, bajo sus propios términos conceptuales, incluyendo el fracaso en conseguir investigaciones de éxito sobre las supuestas causas biológicas de los «trastornos mentales» o para predecir tratamientos eficaces, y también sobre el hecho de que generan una importante comorbilidad, de tal forma que las personas pueden encajar en varias categorías de manera simultánea (Bentall, 2003; Boyle, 2002a; Kirk et al., 2013; Moncrieff, 2008). Tal como vimos en la Introducción, recientemente las críticas más explícitas proceden de quienes han estado directamente involucrados en el desarrollo de los sistemas diagnósticos, en particular sobre el DSM-5, y hay un número creciente de artículos que abordan los problemas

irresolubles a los que se enfrentan esos sistemas (p. ej., Phillips et al., 2012a, b, c; World Psychiatry, 2016, Vol.15 (1)).

Se han hecho muchos intentos para mejorar los sistemas diagnósticos en psiquiatría. Se ha empleado mucho trabajo para hacer que los criterios diagnósticos sean más fiables (que aumente el acuerdo entre los clínicos) y las categorías diagnósticas sean más específicas, lo que a menudo ha ocasionado la creación de más y más subtipos. Recientemente ha surgido una propuesta de cambio, en apariencia más radical: el proyecto *Research Domain Criteria (*RDoC)[13] del Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU. (Insel, 2013; Insel et al., 2010; véase también el Capítulo 2). Volveremos a este proyecto más adelante, tras una detallada discusión sobre el diagnóstico. Pero antes señalaremos brevemente que un problema importante de los intentos de mejora es que precisamente son nada más que eso: intentos de mejorar los sistemas diagnósticos para resolver problemas como la falta de fiabilidad o la comorbilidad, pero sin cuestionar los postulados más básicos de los mismos. Esto se debe, en parte, a que la creencia principal que subyace al DSM —que las variadas formas de sufrimiento mental y conducta en apariencia incomprensible son síntomas de trastornos mentales con una base somática, lo mismo que las dolencias corporales pueden ser síntomas de una enfermedad somática— está fuertemente arraigada, de modo que no se reconoce como una creencia u opinión, sino como algo que simplemente se da por sentado como si fuera la realidad. De hecho, el DSM se presenta como si adoptara un enfoque descriptivo o ateórico, como si su contenido no implicara ningún supuesto subyacente, como si simplemente se hubiera recogido ya descifrado de la naturaleza. Pero esto no es cierto. En este informe argumentamos que lo que se necesita es una forma completamente diferente de pensar acerca del sufrimiento emocional y las diversas formas de conducta problemática y aparentemente incomprensible. La mayor parte del libro se ocupará de describir esta forma de pensar, la evidencia que la respalda y sus implicaciones para la práctica y la prestación de servicios.

En este primer capítulo analizaremos más de cerca los problemas del diagnóstico psiquiátrico. Existen varias razones para ello. En primer lugar, la afirmación de que el DSM consiste en un enfoque descriptivo y ateórico puede dificultar el comprender la estrecha conexión existente entre el desarrollo de los sistemas diagnósticos, tanto médicos como psiquiátricos, y las teorías o supuestos concretos sobre el cuerpo o la conducta de las personas. En segundo lugar, el diagnóstico psiquiátrico obtiene buena parte de su credibilidad al partir de su aparente similitud con la práctica, más exitosa, del diagnóstico médico (ambos usan un lenguaje médico con síntomas y síndromes, ambos hablan de identificar trastornos y descubrir lo que va mal en las personas y ambos se implican en la asignación de las personas en grupos o categorías determinadas). Todo esto puede hacer que parezca razonable continuar como antes, simplemente intentando mejorar algunas cosas, como el hecho de proporcionar descripciones más fiables y precisas de los trastornos mentales o, tal vez, el tener más en cuenta los antecedentes culturales de una persona para decidir si se le aplica o no un diagnóstico determinado. Este enfoque conservador se encuentra reforzado por la relativa ausencia de debate sobre cómo el diagnóstico psiquiátrico ha llegado a la difícil situación en la que

[13] Criterios de Dominio de Investigación de Salud Mental.

se encuentra hoy, por qué han fallado los intentos de revisión anteriores, incluso desde sus propias conceptualizaciones, o por qué el diagnóstico ha mostrado ser tan persistente a pesar de la falta de evidencia que lo apoye.

Para tratar de comprender mejor por qué el diagnóstico psiquiátrico ha sido objeto de tanta crítica y debate y por qué se necesita un nuevo enfoque, comenzaremos describiendo brevemente qué es lo que sucede durante el diagnóstico médico, antes de analizar sus diferencias con el diagnóstico psiquiátrico, y ver de dónde surgen las diferencias entre ambos, por qué son importantes y cómo pueden orientarnos para desarrollar alternativas.

¿Qué es el diagnóstico médico?

El lenguaje popularizado del diagnóstico médico —descubrir qué le pasa a alguien, qué patología o enfermedad padece— puede resultar engañoso y decirnos muy poco sobre lo que en realidad sucede cuando los médicos diagnostican. Este lenguaje también puede ocultar diferencias importantes entre el diagnóstico médico y el psiquiátrico. En su lugar, el diagnóstico médico seguramente se describe mejor como un proceso de cotejo de patrones en el que los médicos tratan de encontrar una coincidencia entre un patrón de síntomas físicos ya identificados por los investigadores y las quejas (síntomas) y otras alteraciones que muestra un paciente concreto. Hablamos de «patrones» en el sentido de características corporales que se agrupan más allá del azar o de la casualidad, posiblemente porque se «mantienen unidos» por determinados procesos biológicos. De ello se desprende que la utilidad del diagnóstico procede del éxito de ese trabajo de investigación previo. Si los investigadores proponen grupos de patrones que en realidad no son significativos (como ya ha ocurrido en la historia de la medicina, por ejemplo, con las «enfermedades consuntivas[14]» o la «parálisis general») el intento de los clínicos para emparejar sus pacientes mediante ellos —hacer un diagnóstico— no tendría ninguna utilidad práctica para, por ejemplo, comprender como surgió el problema, como podría evolucionar o como debería tratarse.

El diagnóstico se realiza de forma semi-pública entre médicos y pacientes; en cambio, la primera parte del proceso, en la que los investigadores tratan de identificar patrones entre la gran variedad de problemas físicos que podemos experimentar, generalmente se produce previamente, durante largos períodos de tiempo y de forma más privada (por ejemplo, en los laboratorios), y se debate en encuentros de profesionales o en publicaciones especializadas. Esto significa que la importancia de esta investigación y cómo se asocia al diagnóstico, las reglas que la rigen y las muchas dificultades que conlleva, puede que no sean comprendidas o no se aprecien por la opinión general. Sin embargo, tal como veremos, son precisamente los problemas en esta parte del proceso, en cómo se ha aplicado a los pensamientos, sentimientos y comportamiento de las personas, los responsables de muchas de las dificultades con las que se enfrenta el diagnóstico psiquiátrico. Para aclarar por qué ha sido tan problemático cuando se aplica en Psiquiatría veremos primero cómo funciona el proceso en Medicina.

[14] Un conjunto de afecciones heterogéneas, como, entre ellas, la tuberculosis. (*N. de los T.*)

Al tratar de identificar agrupaciones o patrones válidos, es decir, agrupaciones que serán útiles para comprender las causas o los tratamientos, una de las principales preguntas a la que se enfrentan los investigadores médicos es: ¿cómo podemos saber que la agrupación aparente de una serie de problemas o características físicas es significativa, en el sentido de que no se trata solo de una coincidencia o de varios patrones entremezclados? A lo largo de varios siglos, los investigadores médicos han desarrollado varias reglas y métodos para abordar este problema. Dos de los más importantes son: primero, no confiar en los síntomas (es decir, en las quejas subjetivas) para identificar los agrupamientos válidos. En parte se debe a que los síntomas (dolor, náuseas, cansancio, sed, etc.) son subjetivos y significan cosas distintas en las diferentes personas; pero también a que son extremadamente frecuentes y pueden tener muchas causas. Esto quiere decir que los síntomas a menudo se agrupan al azar, de forma escasamente relevante o que pueden indicar la presencia de varios patrones diferentes. Por lo tanto, los investigadores médicos resaltan la importancia de vincular las agrupaciones aparentes de síntomas con otras características o procesos físicos que se puedan observar o medir de una forma más objetiva. Estos se conocen como signos e incluyen niveles en la química de la sangre, tipos de lesiones orgánicas, estructuras celulares particulares, anticuerpos, etc. Los signos no solo se pueden medir de manera más objetiva, sino que además tienen menos causas que los síntomas y, por lo tanto, ofrecen una mejor orientación sobre dónde seguir indagando. Es fundamental que haya evidencia de qué signo apareció primero, es decir, que es el antecedente de los síntomas y desempeña un papel causal en ellos. Son estas dos características (que el signo o signos pueden medirse objetivamente y que parecen estar implicados en el origen de los síntomas), las que proporcionan a los investigadores cierta confianza de haber identificado un patrón significativo y no solo una coincidencia casual de síntomas.

La segunda regla al tratar de identificar patrones significativos, es guiarse por la teoría basada en la evidencia. Esto no solo ayuda a que los investigadores sepan dónde buscar, en el cuerpo, para identificar patrones, sino que, una vez que se proponen esos patrones también se obtiene una justificación; es decir, la agrupación tiene sentido teórico y, por lo tanto, nos permite tener más confianza en su validez. Una de las razones por las cuales los investigadores modernos pueden identificar patrones más rápidamente que, por ejemplo, hace un siglo, como ha sucedido con la Legionelosis y el SIDA, se debe a que tienen mucho más acceso a teorías basadas en la evidencia sobre el funcionamiento del cuerpo humano.

Cuando los investigadores han identificado lo que piensan que puede ser un patrón básico, su objetivo es encontrar otro proceso somático, o una característica asociada a él, en una cadena causal hacia atrás para comprender mejor cómo se producen los signos y síntomas. Un buen ejemplo es el descubrimiento de que ciertos síntomas, incluida una sed marcada y el cansancio, podrían asociarse con la glucosa en la orina y que esta agrupación podría asociarse a alteraciones en la producción de insulina. Los investigadores tienden a denominar estos patrones con nombres abstractos, por ejemplo, diabetes o fibrosis quística o, en otras ocasiones, con el nombre de la persona que describió por primera vez la agrupación, por ejemplo, el síndrome de Cushing.

Utilizando estas y otras reglas, especialmente desde finales del siglo XIX, los investigadores médicos han tenido un gran éxito en la identificación de lo que parecen ser agrupaciones significativas de problemas somáticos. Algunas agrupaciones, por supuesto, son más complejas y elaboradas que otras. Algunas, puede que luego se abandonen por completo, por ejemplo las «enfermedades consuntivas» o que abarquen lo que más tarde se muestran como dos o más patrones, por ejemplo, «diabetes mellitus» y «diabetes insípida». La idea de las cadenas causales hacia atrás, aunque a menudo es muy útil, puede resultar inadecuada cuando se dan procesos de interacción complejos. Realmente, todas las agrupaciones son provisionales y el progreso teórico y tecnológico de las próximas décadas, probablemente dé como resultado la propuesta de nuevas agrupaciones, o la reorganización o abandono de las ya existentes, sin que esto reste valor al hecho de que muchas de las agrupaciones médicas ya existentes puedan tener muy buena evidencia de su validez. Este proceso de cambio constante puede quedar oculto, porque cuando las agrupaciones no han tenido éxito solo las suelen recordar los historiadores, y debido a que el lenguaje cotidiano tiende a cosificar los nombres abstractos dados a las agrupaciones (o, más bien, a los conceptos inferidos de ellas). Es decir, hablamos como si esos nombres abstractos fueran descripciones de cosas, por ejemplo, «*tiene* fibrosis quística». Esto puede dar al concepto del diagnóstico, tanto médico como psiquiátrico, una impresión de solidez y permanencia completamente inapropiada teniendo en cuenta su *status* abstracto. Este es otro factor que dificulta el ver los conceptos psiquiátricos, que han tomado prestados estos hábitos lingüísticos, como dependientes de formas concretas de pensar, en vez de descripciones reales de cosas que se encuentran presentes en la naturaleza.

¿Cómo se relaciona este proceso de identificación de patrones con el diagnóstico médico? Cuando los investigadores describen lo que piensan que es un patrón significativo de características somáticas, los elementos de este patrón se convierten en criterios diagnósticos y «el diagnóstico» dado al paciente es el nombre (abstracto) que designa a ese patrón, por ejemplo, artritis reumatoide o esclerosis múltiple. Los criterios diagnósticos cambian con el tiempo a medida que los investigadores se mueven con éxito hacia atrás a lo largo de la cadena causal o, reelaboran el patrón inicial de alguna otra manera. Por ejemplo, el «Síndrome de Down» solía diagnosticarse por retraso en el desarrollo más ciertas características físicas visibles, pero ahora se diagnostica por anomalías cromosómicas, de ahí el cambio al término diagnóstico «trisomía del par 21». Lo qué es posible explicar a la gente sobre sus problemas depende de lo lejos que los investigadores hayan ido en la cadena causal hacia atrás y de lo qué hayan conseguido comprender sobre los procesos biológicos involucrados, incluyendo la forma en que podrían modificarse o «tratarse». Es decir, el diagnóstico médico no va tanto de «descubrir qué enfermedad padece alguien» o «qué enfermedad tiene», sino de entender cómo han surgido sus problemas (síntomas) iniciales. Como hemos visto, esto se hace tratando de cotejar las quejas o síntomas de un paciente y lo que gradualmente se sabe sobre ellos al historiarlo y examinarlo, mediante un patrón de relaciones causales previamente descrito por los investigadores. Por supuesto, diferentes patrones contienen diferentes cantidades de información causal: en algunos, la información es mucha, como por ejemplo en los patrones de la «diabetes

mellitas» o en la «tuberculosis», pero en otros es poca o ninguna, como por ejemplo, en la «hipertensión esencial» o el «síndrome del intestino irritable». Aun así, incluso el emparejamiento con patrones muy delimitados como estos puede aportar información negativa importante, como por ejemplo que «los signos y síntomas que usted presenta no coinciden con los patrones de insuficiencia renal o cáncer de colon». Por tanto, el diagnóstico médico está lejos de ser un proceso de «descifrar» enfermedades específicas partiendo de quejas somáticas. Aunque algunas veces es un proceso sencillo, puede implicar especulaciones, callejones sin salida, errores e incertidumbre. Pero, el fundamento es siempre intentar hacer coincidir las quejas subjetivas de las personas y los signos somáticos con patrones previamente identificados, con la esperanza de responder a preguntas del tipo: «¿cómo han surgido las quejas de esta persona?» y «¿qué se puede hacer al respecto?».

Vemos que la investigación que trata de describir los patrones de los problemas somáticos y el proceso diagnóstico son completamente interdependientes: los investigadores proporcionan los modelos o patrones donde los médicos encajan a sus pacientes, y los pacientes diagnosticados pueden convertirse en participantes de investigaciones diseñadas por los investigadores para elaborar los patrones. El objetivo general de la investigación y el diagnóstico es identificar similitudes y diferencias significativas entre personas con problemas somáticos. Significativo, en este sentido, se refiere a la utilidad de las agrupaciones y las diferenciaciones concretas para ayudar a los investigadores a descubrir más sobre problemas concretos, especialmente sobre cómo han surgido y cómo podrían tratarse y prevenirse.

¿Cómo se relaciona el diagnóstico con la clasificación?

Las categorías diagnósticas se refieren a agrupaciones (supuestas) significativas de problemas somáticos o psicológicos/conductuales. Los sistemas de clasificación tratan de agrupar a su vez estas agrupaciones en otras de orden superior que comparten características (supuestamente) relevantes. «Relevantes» en este contexto alude a la suposición de que estas características compartidas pueden señalar otros factores, aún desconocidos, que pueden aumentar nuestra comprensión de estos problemas. Los grupos de orden superior de la parte médica de la CIE incluyen por ejemplo «Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas», «Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal» o «Causas externas de morbilidad y mortalidad». No se trata de un sistema de clasificación refinado, y las agrupaciones, que se basan en muchos criterios distintos, son muy provisionales. Sin embargo, muchos de los «subpatrones» designados por categorías diagnósticas individuales pueden tener una buena defensa de su validez. El DSM y el capítulo psiquiátrico de la CIE han seguido esta práctica médica de agrupar los diagnósticos en categorías de orden superior, que incluyen por ejemplo «trastornos depresivos», «trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta» o «trastornos de la personalidad».

¿En qué se diferencia el diagnóstico psiquiátrico del diagnóstico médico?

La diferencia más obvia entre el diagnóstico psiquiátrico y el médico es que mientras que el diagnóstico médico se centra en problemas somáticos, el diagnóstico psiquiátrico se centra en creencias, pensamientos, sentimientos y acciones de las personas. Una segunda diferencia es que, salvo algunas excepciones que se solapan con la neurología, como algunas demencias o discapacidades de aprendizaje graves o moderadas, el diagnóstico psiquiátrico se basa completamente sobre lo que en medicina se llamarían síntomas, es decir, quejas subjetivas hechas por la propia persona o por otras, como el ánimo bajo, sentirse ansioso o tener creencias muy inusuales. Esto se debe a que, a diferencia de los investigadores médicos, los investigadores psiquiátricos no han podido identificar ningún «signo», es decir, características somáticas objetivas que se asocien de manera fiable con esas quejas subjetivas y de las que sea razonable pensar que las están causando. Como resultado, y a pesar de que se presentan como similares al diagnóstico médico, los criterios diagnósticos en el DSM y en el capítulo psiquiátrico de la CIE, no se refieren al tipo de agrupaciones significativas de signos y síntomas que identifican los investigadores médicos. Asociado a esto, la gran diferencia es que los capítulos médicos de la CIE no incluyen ningún criterio diagnóstico porque no pretende ser un manual diagnóstico; se da por hecho que los médicos ya están familiarizados con estos criterios por su formación y su conocimiento de la investigación. Fue la ausencia de esta investigación, y su conocimiento compartido, respecto al diagnóstico psiquiátrico, y el caos diagnóstico resultante, lo que llevó al desarrollo de los criterios diagnósticos creados por un comité «oficial», utilizados por primera vez en el DSM-III en 1980, y que ahora también son característicos del capítulo de psiquiatría de la CIE. Como no podía ser de otra manera, estos criterios son listas de quejas subjetivas sobre la conducta y los sentimientos, concebidas por comités que utilizan procedimientos muy distintos a los que usan los investigadores médicos (Boyle, 2002a). Esto significa que es muy improbable que estas listas representen patrones válidos. Del mismo modo es poco probable que la tarea de emparejamiento que conduce al diagnóstico psiquiátrico tenga algún sentido o utilidad.

Otra diferencia entre el diagnóstico médico y el psiquiátrico es que, debido a que el diagnóstico psiquiátrico se basa en quejas en torno a lo que las personas piensan, sienten y hacen, los clínicos dependen casi por completo de juicios subjetivos y de normas sociales, tanto para diseñar los criterios diagnósticos como a la hora de comparar los sentimientos y comportamientos de las personas con estos criterios. Por ejemplo, la evaluación de criterios como «culpa excesiva», «estado de ánimo irritable», «fantasías sexuales desviadas», «afecto inapropiado», «experiencias perceptivas inusuales» o «marcado deterioro en la funcionalidad», no solo es muy subjetiva, sino que también depende de los juicios sociales sobre cómo deben sentirse o comportarse las personas en ciertas circunstancias. De hecho, casi todos los criterios del DSM y CIE, al final, se basan en este tipo de juicio subjetivo.

Esto no quiere decir que los juicios subjetivos o sociales estén ausentes en medicina. Los datos de investigación no hablan por sí mismos, son otros los que se encargan de darles voz y propósito (Kirk y Kutchins, 1992). Los

problemas somáticos no aparecen etiquetados como «cáncer» o «neumonía» y con instrucciones de uso; estos son términos abstractos desarrollados por los investigadores médicos. Términos como enfermedad o dolencia también están sujetos al juicio social, al igual que las decisiones sobre si hay que intervenir y cuándo (Kennedy, 1983; Rosenberg, 2002; Treasure, 2016). Pero existe una gran diferencia entre un sistema diagnóstico que incluye elementos sociales pero que se puede validar en gran parte de forma independiente y un sistema diagnóstico funcional basado casi completamente en juicios sociales subjetivos.

Resaltando su dependencia de los juicios sociales, el DSM exige que los sentimientos o los actos de las personas no cuenten como síntomas de un trastorno mental si consisten en respuestas normales, esperadas y aprobadas culturalmente ante un determinado suceso; de ahí el uso habitual en los manuales de términos como frecuente, adecuado o excesivo. En otras palabras, para que cuenten como síntomas, lo que las personas sienten o hacen no debe ser entendible o comprensible en su contexto personal, social y cultural. Al contrario, quienes las rodean podrían describir esos sentimientos o conductas como extremos, irracionales o extraños. Es esta supuesta falta de inteligibilidad la que se dice que justifica que se consideren estos sentimientos o comportamientos como cualitativamente distintos de los actos o sentimientos «normales» y que justifica la aplicación de un marco médico. Pero lo que se considera apropiado, excesivo, culturalmente aprobado o comprensible, varía según la época y el lugar y puede decirnos más sobre las limitaciones en el conocimiento, la imaginación o la empatía de las personas que sobre las causas de los sentimientos y las conductas. Realmente, no puede tomarse la falta de inteligibilidad como un indicador de que el comportamiento de alguien sea síntoma de un trastorno médico. Por ejemplo, durante buena parte de los siglos XIX y XX, se esperaba que las mujeres casadas occidentales, especialmente las de clase media, se sintieran psicológicamente realizadas con el cuidado del hogar, el esposo y los hijos. Por tanto, la profunda aflicción de una mujer con un «buen» esposo, hijos bien educados y un hogar agradable no era fácilmente comprensible y muchas de estas mujeres fueron diagnosticadas de enfermedad mental. Por supuesto, muchas de ellas sabían que el problema radicaba en la vida doméstica que se les imponía, lo que plantea la cuestión de cuál es la cultura que se sanciona en el DSM y subraya el papel del poder en la aplicación de los criterios diagnósticos. Más recientemente han surgido pruebas contundentes de que incluso los tipos más extremos de sufrimiento, a menudo etiquetados como «psicosis», pueden verse como respuestas comprensibles a experiencias vitales muy adversas. Volveremos a estos temas importantes más adelante.

¿Cómo surgen las diferencias entre el diagnóstico médico y el psiquiátrico?

Como se explicó antes, las dos diferencias principales entre el diagnóstico médico y el psiquiátrico cuyo origen es necesario explicar son, en primer lugar, el objeto de estudio (problemas somáticos versus pensamientos, sentimientos y conductas) y, en segundo lugar, el hecho de que el diagnóstico psiquiátrico se

base casi en su totalidad en juicios subjetivos sobre las quejas que presentan las personas sobre sí mismas o sobre otras (el equivalente en medicina de los síntomas), en lugar de signos observables de un modo más objetivo. Estas dos diferencias conducen inevitablemente a una tercera: la importante dependencia de los diagnósticos psiquiátricos de las normas sociales.

Otra forma de plantear la cuestión de cómo han surgido estas diferencias es centrarse en la segunda y preguntarse por qué, a pesar de más de un siglo de esfuerzo de los investigadores psiquiátricos, no se ha conseguido superar el nivel de las quejas subjetivas, y por qué solo los investigadores médicos han sido capaces de describir patrones que incluyen signos somáticos, más objetivamente observables o medibles, que ayudan a explicar cómo surgen los síntomas. Una parte importante de la respuesta radica en las teorías que han guiado la búsqueda. Ambos grupos de investigadores han utilizado marcos teóricos desarrollados para estudiar el cuerpo, aunque en realidad solo uno de ellos intentaba explicar problemas somáticos. La adopción generalizada, a finales del siglo XIX, de un enfoque médico para ciertos sentimientos, pensamientos y comportamientos, bajo la idea de que son síntomas de un proceso de enfermedad somática, suele considerarse una manifestación del progreso científico, pero no hay pruebas que lo respalde. En cambio, hay una gran cantidad de evidencia respecto a que el uso del enfoque médico fue muy controvertido y que se produjo por diversas razones sociales, políticas, económicas, teológicas y profesionales (Boyle, 2002a; Scull, 1979). Esta falta de evidencia fue ocultada, en parte, por el optimismo surgido al amparo del rápido progreso de la medicina a fines del siglo XIX y principios del XX, cuando se asumió erradamente que pronto se produciría un progreso similar en la comprensión de los estados mentales y las conductas «anormales» si se aplicaba un marco teórico similar. Debido a todo ello, el abordaje médico de los sentimientos y conductas problemáticas siempre ha sido especulativo. Seguramente no es tan sorprendente. Después de todo, las diferentes partes de nuestro cuerpo no tienen lenguaje, no se relacionan socialmente, ni recuerdan el pasado ni planifican el futuro. Tampoco crean símbolos, historias o jerarquías sociales, no sienten amor, odio, soledad o desesperación. No otorgan significado a sus experiencias bajo la influencia de una cultura que ellas mismas han creado. Por tanto, parece poco probable que los pensamientos, sentimientos y acciones de las personas, por mucho que sean angustiosos, preocupantes y muy difíciles de entender, manifiesten el mismo tipo de patrones o sigan las mismas «reglas» que las partes del cuerpo cuando funcionan mal.

Esta falta de concordancia, entre lo que los investigadores psiquiátricos intentaban entender y los marcos teóricos que usaban, ha producido inevitablemente muchos problemas al diagnóstico psiquiátrico. Los investigadores fueron incapaces de identificar patrones similares a los patrones médicos de síntomas, signos y patología física, que pudieran funcionar como plantillas válidas para el diagnóstico psiquiátrico. No obstante, persistió la creencia de que sin duda existen trastornos mentales concretos y diferenciados que siguen las mismas reglas que los trastornos médicos. El resultado fue una situación difícil en la que se puso nombre a «trastornos» antes de que existieran evidencias, diferentes investigadores proponían diferentes patrones para un mismo presunto trastorno, o por el contrario, patrones similares para trastornos supuestamente distintos, y los clínicos elegían qué trastornos y qué

criterios diagnósticos favorecer según sus preferencias personales. Los criterios variaban en diferentes partes del país y entre diferentes países. El resultado inevitable, en la década de 1970, fue lo que se ha denominado como la crisis de legitimidad para el diagnóstico psiquiátrico.

La respuesta a la crisis hubiera podido ser la de adoptar marcos teóricos más adecuados para comprender las acciones, los pensamientos y los sentimientos de las personas, y el aceptar que los tipos de patrones que probablemente se encontrarían podrían ser muy distintos del tipo de patrones hallados en los problemas somáticos. En su lugar, se mantuvo el modelo médico y la creencia en la «existencia» de trastornos mentales concretos y diferenciados, y se designaron paneles de expertos para que se pusieran de acuerdo en conjuntos únicos de criterios diagnósticos, es decir, un «patrón» único para cada «trastorno», como una forma de cortar de raíz lo que amenazaba con ser un caos diagnóstico. El resultado consistió en el DSM-III, publicado en 1980. Inevitablemente, dada la incapacidad de los investigadores para describir patrones de tipo médico, los expertos del DSM no pudieron superar el nivel de las quejas o «síntomas» de las personas, y no tenían forma de saber si las agrupaciones. que sugerían como plantillas para el diagnóstico, y los trastornos que se supone que debían designar eran realmente válidos (Boyle, 1999, 2002a). Esta situación problemática no cambió con la publicación de la cuarta y quinta ediciones del DSM, de hecho se ha agravado por la preocupación de que cada nueva edición no debía ser muy distinta de la anterior por temor a comprometer la «utilidad clínica» o «la facilidad de uso», una preocupación difícil de conciliar con prestar atención a la evidencia (Bentall, 2003; Boyle, 2002a; Frances, 2014; Greenberg, 2013; Kirk et al., 2013). Básicamente, en lugar de desarrollar y validar mediante un proceso científico de identificación de patrones, fundamentado en la teoría adecuada basada en la evidencia, la existencia de los «trastornos» psiquiátricos y los criterios usados para diagnosticarlos se aprueban en votación de los comités, basándose en teorías que no cuentan con apoyo empírico.

¿Qué sucede cuando se aplican los diagnósticos psiquiátricos?

Su dependencia de juicios sociales subjetivos ha llevado a los diagnósticos psiquiátricos a tener que enfrentarse a serios problemas de fiabilidad (acuerdo entre quienes diagnostican al mismo individuo), que parecen haber empeorado (o al menos no han mejorado) en el DSM-5 (Clarke et al., 2013; Kirk, et al., 2013; Narrow et al., 2013; Regier et al., 2013). No hay una forma objetiva de resolver estos desacuerdos. Esto no quiere decir que sea posible una comprensión completamente «objetiva» del sufrimiento humano; tal como lo veremos en los próximos capítulos, esto es poco probable. Pero el diagnóstico psiquiátrico crea una impresión de objetividad, por ejemplo mediante analogías con categorías médicas que implican juicios más objetivos, o mediante el uso de criterios numéricos como «sintomatología presente durante seis meses» o «tres o más de los siguientes síntomas». También se crea una impresión de objetividad presentando el diagnóstico como un proceso en el que los expertos identifican trastornos concretos que existen independientemente de la persona («trastornos mentales que tienen las personas») para cuya identificación no se necesita que la persona a la que se diagnostica esté de acuerdo. Además, la

dependencia de un marco teórico inadecuado y de comités para decidir si un trastorno «existe» y qué agrupamiento de quejas lo justifica, ha llevado a problemas aún más serios de validez o utilidad. Por ejemplo, personas que reciben un mismo diagnóstico pueden tener poco o nada en común, mientras que personas que reciben diagnósticos diferentes pueden compartir muchas características, sin que se indique si estas semejanzas o diferencias son o no significativas, si se basan, por ejemplo, en semejanzas o diferencias de los procesos biológicos subyacentes. No es sorprendente entonces, que las personas que reciben un diagnóstico a menudo también cumplan con los criterios de al menos otro, lo que se conoce como comorbilidad. Esta «comorbilidad» puede ser extensa, hasta el punto de que la gran mayoría de personas que reciben un diagnóstico de trastorno de ansiedad también cumplen con los criterios de un «trastorno del estado de ánimo» (Brown y Barlow, 2009) y que las mismas personas pueden recibir diagnósticos diferentes en diversos momentos (BPS, 2010). Una vez más, esto no implica que se deba esperar que el sufrimiento humano encaje en agrupaciones concretas y diferenciadas que no se solapen. Pero dentro del marco teórico en el que se basa el diagnóstico psiquiátrico este tipo de «comorbilidad» tan amplia supone serios problemas. Tampoco sorprende que los estudios estadísticos que utilizan diversas técnicas de agrupamiento de los problemas que las personas presentan en los servicios de salud mental hayan encontrado que las agrupaciones resultantes no coinciden con las categorías del DSM. Dicho de otro modo, los propios relatos de las personas sobre sus problemas no siguen los tipos de «patrones» establecidos en el DSM. Y, como discutiremos en el Capítulo 5 sobre la biología, décadas de investigación han fracasado en la búsqueda de asociaciones fiables entre las agrupaciones del DSM y cualquier anomalía biológica que se pudiera calificar como «signo». Asimismo, es escasa la evidencia de que los diagnósticos del DSM predigan qué tratamientos funcionarán a pesar de que se usen denominaciones específicas para cada trastorno, como antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo o ansiolíticos (Bentall, 2003, 2010; Deacon, 2013; Kirk et al., 2013; Moncrieff, 2008). En otras palabras, las categorías diagnósticas no han logrado cumplir tres de sus propósitos principales: crear agrupaciones que compartan características relevantes, aumentar nuestra comprensión sobre las causas y evolución de los problemas concretos, y orientar sobre las intervenciones eficaces. De ello se deduce que los diagnósticos psiquiátricos no ayudan a quienes los reciben a comprender cómo han podido aparecer sus problemas o cómo se les puede ayudar mejor, a pesar de que suelen presentarse como si lo hicieran, por ejemplo, al nombrar a los medicamentos como si fueran específicos para el trastorno en cuestión o al valerse del diagnóstico para explicar sentimientos o conductas («Te sientes así porque estás sufriendo de depresión»).

Ahora bien, las implicaciones van aún más lejos. Aunque, como vimos en la introducción, algunas personas pueden aceptar con alivio un diagnóstico y hallarlo útil, hay mucha evidencia y testimonios de usuarios de los servicios asistenciales sobre las graves consecuencias negativas que puede acarrear la medicalización y el diagnóstico, especialmente en aquellos que sufren, pero también en los que se encuentran afectados por el comportamiento inusual de otros, así como para la sociedad en general.

Describiremos, a continuación algunos de los principales problemas.

¿Cuáles son las consecuencias de la medicalización y los diagnósticos?

- Una vez que se han establecido las categorías diagnósticas, se produce una fuerte tendencia a una «escalada diagnóstica», en la que los umbrales de inclusión disminuyen y se describen como síntomas otras «nuevas» conductas y sentimientos, lo que significa que muchas más personas pueden encajar dentro de una determinada categoría diagnóstica, como puede ser, por ejemplo, el «trastorno por déficit de atención con hiperactividad» en niños y adultos, o el «trastorno bipolar en la infancia» (Frances, 2014). Sin embargo, no hay evidencia de que este proceso siga ningún procedimiento científico reconocido.
- El uso de las categorías diagnósticas es una potencial pérdida de tiempo y dinero en investigación. Es poco probable que la búsqueda de las causas de la «esquizofrenia», o del «trastorno bipolar», por ejemplo, tenga éxito si no existen pruebas de que estas categorías sean válidas. Además, perseverar en un marco teórico que cuenta con una base de evidencia muy débil, ha obstaculizado en gran medida el desarrollo de programas de prevención primaria cuya efectividad suele basarse en teorías bien fundadas sobre el origen y las causas de los problemas.
- Las prioridades de la investigación, la financiación, la evaluación y los informes de los medios de comunicación a menudo están sesgados a favor del reduccionismo biológico y genético, a pesar de que este tipo de investigación no ha podido conseguir evidencias bien replicadas del origen o las causas, ni aportar datos sobre avances significativos en la intervención (Bentall y Varese, 2012; Read y otros, 2009). Este sesgo acentúa la escasa visualización de una investigación más productiva en torno a las causas y las intervenciones sociales y psicológicas, sobre las que hay una evidencia mucho más robusta y existe un potencial de cambio mayor. El sesgo biológico también obstruye la comprensión de las formas sutiles, complejas y recíprocas en las que interactúan lo social, lo psicológico y la biología para generar y mantener el sufrimiento.
- Al presentar los problemas emocionales y de conducta como síntomas de un trastorno mental, que ubica los problemas principalmente en el cerebro y en el cuerpo de las personas, la medicalización y el diagnóstico contribuyen a ocultar el papel causal bien evidenciado de los factores sociales e interpersonales del sufrimiento, y hacen que sea mucho más difícil comprender los problemas de las personas dentro de sus contextos vitales y relacionales; incluso, pueden hacer que sea más fácil minimizar o ignorar el impacto psicológico perjudicial de las políticas sociales y económicas: Todo ello genera problemas concretos en quienes viven bajo circunstancias opresivas.
- Inevitablemente, el diagnóstico psiquiátrico conlleva juicios sociales subjetivos, condicionados por las normas y valores culturales dominantes (en este caso, a menudo son los de los varones occidentales, de raza blanca, y de clase alta), sobre cómo deben pensar, sentir y comportarse las personas. Presentarlos como categorías cuasimédicas objetivas, o al menos fidedignas, resulta problemático para todos, pero puede hacer que el diagnóstico sea especialmente discriminatorio y perjudicial para quienes pertenecen a culturas subordinadas o minoritarias, que tienen menos que

ver con la producción de las normas sociales dominantes, como por ejemplo las mujeres, las personas de grupos étnicos minoritarios, los niños y las personas de bajo estatus socioeconómico.

- La medicalización privilegia el tratamiento con fármacos como el modo estándar para la mayoría de las personas que se acercan a los servicios psiquiátricos, y el diagnóstico puede preparar el escenario para un uso incorrecto y excesivo de los mismos. Si se usan con prudencia, los medicamentos pueden aportar cierto alivio debido a sus propiedades tranquilizantes, sedantes o estimulantes, pero no hay pruebas de que sean «tratamientos» para «trastornos» concretos o de que impacten sobre un proceso biológico subyacente responsable de los problemas de la persona. Además, pueden acarrear riesgos graves para la salud que posiblemente no se aceptarían de forma tan extensa en el tratamiento de los problemas somáticos (Horwood, 2016). Es posible que a las personas tampoco se les proporcione la información adecuada sobre los costes y beneficios físicos y psicológicos de los medicamentos, ni se les ofrezcan formas alternativas de tratamiento (Moncrieff, 2008, 2013, y véase Capítulo 8). Esto abarca el riesgo de que los fármacos, a largo plazo, puedan aumentar el sufrimiento y la discapacidad en vez de reducirlos (Whitaker, 2010).
- No hay pruebas de que las campañas basadas en el modelo que afirma que «la enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra» reduzcan el estigma y la discriminación contra las personas que reciben diagnósticos psiquiátricos. Por el contrario, este modelo y las campañas basadas en él parecen aumentar el estigma y la discriminación, ya que apoyan inadvertidamente los estereotipos de diferencia, imprevisibilidad y peligrosidad (Angermeyer et al., 2011; Kvaale et al., 2013; Read et al., 2006). La medicalización también puede confundir la naturaleza y las causas de los problemas, lo que puede aumentar el miedo tanto para la persona como para los de su alrededor.
- Quizás lo más importante es que los diagnósticos psiquiátricos trasforman lo que las personas sienten y hacen en algo que tienen (por ejemplo, «esquizofrenia») o son (por ejemplo, un tipo de personalidad dañada o defectuosa). El diagnóstico también puede quitar el significado y la comprensión de los pensamientos, sentimientos y acciones, y crear una identidad que puede ser muy difícil de aguantar o cambiar. Recibir un diagnóstico puede ser el primer paso en el desarrollo de una «carrera psiquiátrica» y los aspectos positivos referentes al hecho de recibir un diagnóstico, a menudo son superados por una sensación de estigmatización, vergüenza, miedo, invalidación, daño, desesperanza, exclusión y desempoderamiento.

Volveremos a muchos de estos asuntos adelante, a lo largo de este libro.

¿Por qué persisten la medicalización y el diagnóstico psiquiátrico?

A pesar de tener una base teórica y empírica débil y de sus consecuencias negativas, la medicalización y el diagnóstico se mantienen y siguen siendo el fundamento de la mayoría de los servicios psiquiátricos. Son muchas las

razones por las que esto ocurre: culturales, sociales, psicológicas, económicas y profesionales. Hemos señalado algunas de ellas antes, pero merece la pena resumirlas junto a otras:

- A menudo, el diagnóstico psiquiátrico parece aportar una explicación de los problemas de las personas. En parte, se debe a una confusión cultural entre nombrar y explicar, ya que solemos asumir que el mero hecho de etiquetar los fenómenos nos aporta más información de la que en realidad nos proporciona; además, esto ocurre de forma más pronunciada cuando se utilizan términos técnicos, latinos o griegos. Y, con frecuencia los diagnósticos psiquiátricos se usan de forma expresa como explicaciones. Pero la impresión de que el diagnóstico constituya una explicación es falsa y el razonamiento subyacente es ilógico. A las personas se les puede decir que tienen esquizofrenia debido a sus pensamientos, sentimientos y conductas inusuales, pero cuando estas preguntan por qué tienen estas experiencias infrecuentes, se les dice que se debe a que tienen esquizofrenia. Este argumento circular es la consecuencia de que los diagnósticos se establecen sobre las mismas quejas subjetivas que luego intentan explicar. Este tipo de circularidad se puede dar en medicina, por ejemplo, «el enrojecimiento de la piel lo causa la dermatitis», pero es evitada en muchas de las categorías diagnósticas que suelen incluir signos, mediante los cuales se puede proporcionar algún tipo de explicación: «Usted tiene sed la mayor parte del tiempo debido a que su cuerpo intenta eliminar el exceso de azúcar causado por la falta de insulina».
- El diagnóstico parece legitimar el sufrimiento de la persona, hace que parezca «real» al darle un nombre, y proporciona la esperanza de que se puede hacer algo. Recibir un diagnóstico puede también resguardar a las personas de ciertas identidades negativas como la de tener una «voluntad débil» o la de ser un «simulador». El diagnóstico y una «explicación» biológica también pueden eliminar la culpa o la responsabilidad de todos los involucrados. Tal y como señalamos en la introducción, esto es muy importante en una sociedad donde las dicotomías de loco-malo, cerebro-culpa, son muy poderosas o en la que los padres o las personas pueden ser responsabilizados de las dificultades de sus hijos o de las suyas propias.
- La declaración falsa del DSM que indica que su enfoque es descriptivo o ateórico, junto a nuestra tendencia a cosificar los conceptos diagnósticos, puede promover respuestas del tipo «estás negando que las personas escuchen voces» o «estás ignorando el sufrimiento de las personas», cuando se critica el diagnóstico psiquiátrico. Esto ocurre al confundir las descripciones de las dificultades de las personas (escuchar voces amenazantes) con las interpretaciones que hacemos de ellas (padece una enfermedad cerebral llamada esquizofrenia). Dicho de otro modo, lo que cuestionamos es la forma en que se conceptualizan estas experiencias y las asunciones que se hacen sobre ellas, y no las experiencias en sí mismas o la realidad del sufrimiento de las personas.
- Subestimamos la dificultad que implica describir patrones en los problemas somáticos o del comportamiento de las personas y, a menudo, «vemos» relaciones que no existen (conocidas como correlación ilusoria). Esta es la razón por la cual los investigadores médicos han desarrollado la clase de reglas, que hemos descrito antes, al objeto de garantizar que los patrones somáticos descritos sean «reales» y no ilusorios. La combinación entre una

comprensión pública de los procedimientos diagnósticos limitada y el exceso de confianza en los criterios de los patrones, puede conferir credibilidad a categorías psiquiátricas que no se justifican con pruebas. Este proceso se favorece con la fuerte creencia, al menos en las sociedades occidentales, acerca de la clase de patrones que esperamos encontrar entre las muchas formas de sufrimiento y las conductas problemáticas, por ejemplo, agrupaciones de conductas y características psicológicas ligadas a «déficits» o «disfunciones» biológicas o psicológicas.

- La existencia de categorías concretas puede influir en cómo las personas interpretan las experiencias y expresan su sufrimiento. Con el apoyo de la correlación ilusoria, las categorías diagnósticas pueden llegar a ser profecías autocumplidas, y otorgando así mayor credibilidad a las mismas, a medida que aumenta el número de personas que parece encajar en ellas. Además, especialmente cuando las personas no tienen acceso a explicaciones no médicas o no culpabilizadoras, el proceso puede autoperpetuarse a medida que las personas solicitan cada vez más una confirmación de autodiagnósticos de «trastorno bipolar» o «TDAH», etc.
- La medicalización y el diagnóstico han desplegado una poderosa narrativa de progreso, redactada como un discurso de fe y optimismo, difundida a través de los medios de comunicación y la literatura profesional, que a menudo tergiversa la evidencia y trasmite la falsa impresión de inminentes avances en la comprensión genética y biológica de los «trastornos mentales». Además, la medicalización y el diagnóstico usan el lenguaje especializado de la ciencia y la medicina, que aporta credibilidad y dificulta que las personas lo cuestionen o critiquen (Boyle, 2002a; Deacon, 2013; James, 2015). También el hecho de que la sociedad occidental se encuentre altamente individualizada puede hacer que parezca natural recurrir a un discurso médico y biológico que sitúe las explicaciones a los sentimientos o comportamientos problemáticos en el cerebro o la mente del individuo. Todo esto crea poderosas barreras para entender los problemas que presentan estas explicaciones.
- Hay una relación cada vez más interdependiente entre quienes crean y apoyan los conceptos diagnósticos y las compañías farmacéuticas, de tal forma que los diagnósticos parecen más convincentes si parece existir un medicamento específico para tratar el «trastorno», mientras que la comercialización del fármaco se fortalece si parece existir un trastorno específico al que puede dirigirse un medicamento. Casi el 70 por ciento de los miembros del Grupo de Trabajo del DSM 5 tenían vínculos financieros con compañías farmacéuticas. Una consecuencia es la creación de una visión del mundo compartida acerca de la importancia de los tratamientos farmacológicos y de las categorías de los «trastornos» que los justifican (Cosgrove y Wheeler, 2013). El persistente fracaso a la hora de identificar los marcadores biológicos que podrían validar las categorías diagnósticas significa también que las compañías farmacéuticas juegan, en la actualidad, un papel crucial en proporcionar una imagen de legitimidad científica a la medicalización y el diagnóstico. Lo hacen, por ejemplo, mediante la difusión de las teorías de los desequilibrios químicos, no comprobadas, en las publicaciones especializadas y en las de carácter divulgativo, y cambiando el nombre a medicamentos no específicos como si fueran «específicos de

enfermedades», por ejemplo, «antipsicóticos» y «antidepresivos» (Kirk et al., 2013; Lynch, 2015; Moncrieff, 2008).

- Los profesionales se socializan de forma rápida en formas concretas de pensamiento, que pueden ser muy difíciles de cambiar, especialmente si tienen un escaso contacto con las alternativas o si el cambio supone perder credibilidad o estatus profesional (Ross y Pam, 1995; Whitaker, 2010).
- El pensamiento diagnóstico está profundamente arraigado en los sistemas administrativos de los servicios y en la sociedad en su conjunto, por ejemplo, en el registro de los archivos, la planificación de los servicios, la evaluación de resultados, los sistemas de prestaciones y la asistencia social, y en el sistema legal. Esto puede dar la impresión de que las categorías diagnósticas son necesarias para que estos sistemas funcionen.
- Las personas diagnosticadas con trastornos mentales que no están de acuerdo con las explicaciones profesionales de sus problemas pueden ser etiquetadas con falta de conciencia de enfermedad, causada por tener un trastorno mental. Por lo tanto, para ellas puede ser difícil desafiar o cambiar las teorías dominantes.
- La medicalización y el diagnóstico pueden crear la impresión de que proporcionan respuestas humanas y científicas a cuestiones sociales y morales complejas, y que para la sociedad podrían ser difíciles de abordar: ¿quién debería recibir ayuda?, ¿qué debemos hacer con las personas cuya conducta resulta problemática?, ¿deberían las personas ser «tratadas» o ingresadas sin su consentimiento?, ¿cuál es el impacto real de la desigualdad, el desempleo, la violencia, la discriminación y el abuso sobre la vida de las personas? Estos temas se pueden retirar del debate público y así sus componentes sociales, políticos y éticos pueden permanecer ocultos. Asimismo, puede haber una fuerte resistencia para traerlos a la superficie.
- Como veremos más adelante, en el próximo capítulo, la misma medicalización surge de tradiciones y creencias filosóficas muy arraigadas, que impregnan todos los aspectos de nuestras vidas, en las sociedades occidentales modernas, con consecuencias que a menudo son útiles pero que también pueden ser limitantes. Por lo tanto, al brindar un marco completamente diferente, necesitamos identificar y discutir los modos de pensar que pueden permanecer en gran medida sin ser cuestionados, incluso puede que en realidad no se los considere como supuestos sino como hechos o verdades indudables. Sin un conjunto distinto de herramientas conceptuales no podremos lograr el cambio de perspectiva que necesitamos. Pero incluso con ellas, es posible que los factores de persistencia, resumidos antes, aseguren que las alternativas tendrán que enfrentarse a la tergiversación e invalidación activa.

¿Cuáles son las implicaciones para las alternativas a la medicalización y el diagnóstico?

Hemos argumentado que dos objetivos principales del diagnóstico médico y psiquiátrico son utilizar patrones basados en la investigación para ayudar a comprender cómo han surgido los problemas que manifiestan las personas, y utilizar las agrupaciones creadas por los diagnósticos para llevar a cabo más investigaciones, elaborar estos patrones y aumentar nuestro conocimiento de

los problemas de las personas, especialmente de sus causas y su alivio. Sin duda, esta investigación podría conseguir un ajuste mayor en algunos patrones o abandonarlos. Y todo ello se debe guiar mediante una teoría empíricamente respaldada.

También hemos argumentado que, a diferencia del diagnóstico médico, el diagnóstico psiquiátrico funcional, basado en juicios sobre la conducta y la experiencia psicológica, no ha logrado cumplir esos dos objetivos. No nos ayuda a comprender cómo se han originado los pensamientos, sentimientos o comportamientos problemáticos de una persona, porque los «patrones» en los que se basan estos diagnósticos no contienen otra información que una lista de esos problemas. Y, debido a que la gran mayoría de las categorías diagnósticas no se basan en patrones procedentes de la investigación, se ha realizado un gran esfuerzo para aumentar nuestra percepción de las causas y las intervenciones útiles.

Lo más importante, tal como hemos argumentado, es que la adopción de un marco teórico inapropiado, que se diseñó para comprender los cuerpos y no las personas, es en gran parte responsable de los problemas que han acosado al diagnóstico psiquiátrico y al DSM desde sus inicios, incluyendo la falta de concordancia que hay entre las categorías del DSM y los problemas reales de las personas, además del fracaso en la búsqueda de las causas biológicas de los «trastornos mentales». Otra consecuencia de la perspectiva médica del DSM ha sido el marginar una gran cantidad de investigación que muestra vínculos estrechos entre la adversidad social y personal y el sufrimiento mental. Y lo más importante, el DSM oscurece el significado y la comprensión de una gama cada vez más amplia de pensamientos, sentimientos y actos humanos, al tratarlos como «síntomas» explicables de forma general en términos de genes y biología, usando los marcos teóricos de la medicina. Sin embargo, como hemos visto, no existe evidencia fiable que justifique esta perspectiva, tal como lo reconoce el propio DSM. En cambio, hay abundante evidencia, que presentaremos más adelante, a lo largo de este libro, de que las acciones, pensamientos y sentimientos que se tienen por síntomas de «trastorno mental», incluyendo los que se consideran como síntomas de «esquizofrenia» y otras «psicosis», son comprensibles dentro de los contextos de las personas y sus experiencias de vida. Y, si queremos entender los problemas de las personas y ofrecer ayuda efectiva, es vital tener en cuenta esta relación.

Se sigue, de todo ello, que las alternativas al diagnóstico psiquiátrico y al DSM tienen que ir mucho más allá de sugerir un conjunto distinto de categorías diagnósticas o diferentes agrupaciones de «síntomas» para, por ejemplo, el «trastorno bipolar» o la «esquizofrenia». Tampoco pueden consistir simplemente en un manual de «consulta» sobre la categorización de los problemas. Aunque las alternativas deben compartir los propósitos (incumplidos) del diagnóstico psiquiátrico: usar patrones basados en la investigación, que, como en medicina, podrán ser más o menos robustos, para tratar de comprender cómo surgen los problemas y cómo se podría ayudar mejor a las personas, y elaborar estos patrones usando la teoría basada en la evidencia. Sin embargo, estas alternativas constituirán una forma de pensar incompatible, radicalmente distinta, con la que adopta el DSM; un modo de pensar que considera el sufrimiento de las personas y las acciones

(aparentemente) ininteligibles, no como síntomas de un «trastorno mental», sino como respuestas con significado ante sus experiencias vitales, salvo cuando haya evidencia de lo opuesto. Esto no es lo mismo que decir que los sucesos de la vida pueden desencadenar una «enfermedad mental» en una persona predispuesta. Es afirmar que las respuestas de las personas a situaciones o sucesos son inseparables de los significados que estas situaciones tienen para ellas y que estos significados adquieren forma, por ejemplo, a través de la cultura, el género, la edad, el origen étnico y la experiencia previa. También hay que señalar que lo que se percibe como síntomas de «trastorno mental», a menudo, son estrategias útiles y funcionales para reducir o gestionar el sufrimiento, mantener relaciones o simplemente sobrevivir a la adversidad. Hay muchas razones para que las emociones y las acciones de alguien puedan parecer incomprensibles o carentes de sentido, incluidas las que expresan el sufrimiento de manera indirecta, simbólica o metafóricamente, como, por ejemplo, cuando una mujer que fue abusada sexualmente siendo niña dice que su cuerpo ha sido invadido por extraterrestres; o, quizá, se pueda deber a que aún no sabemos lo suficiente sobre que les ha pasado, por ejemplo, una historia de pérdida y rechazo; o porque formamos parte de una cultura que no siempre reconoce los efectos potencialmente dañinos de nuestras prácticas culturales cotidianas, como el rol familiar tradicional de las mujeres o la enorme importancia de los logros académicos.

Este cambio fundamental de mentalidad tiene cuatro características más. Primero, a no ser de que haya una fuerte evidencia en contra, asumimos que las llamadas conductas y experiencias anormales se dan en un continuo con la conducta «normal» y obedecen a las mismas «reglas» de comprensión e interpretación. Incluso cuando en circunstancias extremas surjan respuestas cualitativamente distintas, no es motivo para suponer que ello justifique un giro hacia un marco médico. En segundo lugar, reconocemos que el sufrimiento de las personas, las experiencias inusuales y los actos que a veces no parecen comprensibles, mostrarán patrones que podrían clasificarse de un modo que ayude. Pero no como agrupaciones de «síntomas» de «trastornos mentales» diferenciados; sino que es mucho más probable que sean patrones de las relaciones entre las descripciones (por ejemplo, escuchar voces hostiles) y los contextos sociales, experiencias de vida, procesos biológicos y significados personales; patrones que probablemente parecerán muy diferentes a los del DSM. En tercer lugar, adoptaremos una visión de causalidad e influencia más ajustada a las personas-en-contexto que el plasmado en el modelo del DSM, más reduccionista. Esto incluye el reconocimiento de que el sufrimiento humano y las reacciones asociadas incluyen a cerebros y cuerpos en una relación compleja y recíproca con la emoción, la conducta y la sociedad. Finalmente, reconocemos que reorientar los problemas fuera de los cerebros o las mentes y dirigirnos hacia los contextos sociales plantea algunas preguntas difíciles, tanto éticas como teóricas y empíricas: por ejemplo, ¿cómo tendremos que hablar del sufrimiento extremo y las actos aparentemente incomprensibles sin tomarlos como síntomas?, ¿qué tenemos que hacer cuando las personas en sí mismas no están preocupadas por sus experiencias «anormales» pero sí quienes están a su alrededor?, ¿cómo influencia la posición jerárquica de las personas cuando se evalúa sus conductas?

Como iremos viendo, está lejos de ser un proceso sencillo y directo. La medicalización y el diagnóstico han persistido, a pesar de su deficiente base probatoria, entre otras razones porque cumplen funciones sociales y psicológicas importantes. Esto, junto al hecho de que nuestros pensamientos, sentimientos y acciones necesitan marcos de comprensión bastante diferentes a los adoptados para nuestras partes corporales, significa que es poco probable que las alternativas a la medicalización y el diagnóstico se vayan a parecer a los sistemas de los diagnósticos médicos o psiquiátricos; además, es posible que salgan a la luz algunas cuestiones complejas que han permanecido ocultas con el sistema actual.

Antes de continuar, abordamos algunas otras respuestas frecuentes ante las propuestas que nos parecen alternativas al diagnóstico psiquiátrico. Primero, se ha defendido durante mucho tiempo que la clasificación y el diagnóstico son parte necesaria de un enfoque científico sobre el sufrimiento cuando se desea avanzar en la investigación y evitar el caos (Kendell, 1975; Parsons y Armstrong, 2000; Shepherd, 1976). Sin embargo, el postulado subyacente de estos argumentos es que los únicos patrones de sufrimiento que debemos esperar encontrar se encuentran dentro de un marco médico y diagnóstico, por lo que tenemos que seguir trabajando dentro de estos sistemas para mejorarlos. Pero es muy poco probable que el progreso se dé mediante sistemas de clasificación y diagnóstico basados en patrones sin validez y en marcos teóricos inadecuados. Si, en cambio, vemos los sistemas diagnósticos tan solo como el ejemplo de una actividad científica mucho más general para describir patrones, un ejemplo que ha tenido cierto éxito en medicina, entonces nos resultará más fácil ver que podemos ir tras este objetivo en referencia al sufrimiento psicológico y emocional fuera del modelo médico. Una segunda respuesta frecuente es que el diagnóstico ayuda a la comunicación. Pero es difícil ver cómo un sistema que puede colocar a dos personas con poco o nada en común dentro de la misma categoría, mientras que a su vez coloca a otras con mucho en común en categorías distintas, puede ser el fundamento para una comunicación precisa y útil. En tercer lugar, se dice que el diagnóstico es importante para la administración, el mantenimiento de registros, el acceso a servicios y prestaciones, etc. Abordaremos este tema en el Capítulo 8, pero nuevamente, es difícil ver cómo un sistema que no tiene validez debe ser dominante en la teoría, la investigación y la práctica por razones burocráticas.

El diagnóstico psiquiátrico también se defiende en base a que algunas de las características resaltadas por los críticos también se pueden encontrar en el diagnóstico médico (por ejemplo, ambos sistemas pueden tener poca fiabilidad; ambos pueden involucrar juicios sociales; los dos cambian con el tiempo; algunos diagnósticos médicos como la presión arterial alta no son «enfermedades» y se encuentran dentro de un continuo o espectro, y así sucesivamente). El problema con estos argumentos es que no tienen en cuenta las *diferencias* cruciales entre los sistemas médicos y psiquiátricos. Ignoran también el hecho de que, como ha recalcado el filósofo de la ciencia Alan Chalmers, los sistemas teóricos y los conceptos generados tienen que adaptarse al objeto de estudio y deben ser juzgados por sus propios méritos; los diagnósticos psiquiátricos funcionales no pueden tomar prestada la credibilidad de las categorías médicas en base a unas similitudes superficiales.

Finalmente, a veces se argumenta que los profesionales ya no usan un marco médico tan estricto para comprender el sufrimiento, o que quizá nunca lo hayan hecho. El modelo de vulnerabilidad-estrés y el biopsicosocial, ambos estrechamente relacionados, se citan a menudo como versiones más extensas que las puramente biomédicas, que aseguran la inclusión de factores psicológicos y sociales. Si bien estos modelos son oportunos en algunos aspectos, llegan con sus propios problemas. Ambos siguen siendo muy dependientes del diagnóstico y del modelo médico subyacente, presentan a los trastornos mentales diagnosticables como la interacción de una serie de factores, cuyo resultado final es la medicalización; en el caso del modelo vulnerabilidad-estrés, se supone que las personas nacen o adquieren una «vulnerabilidad» a los trastornos mentales que pueden ser despertada por «sucesos vitales» o «estresores» posteriores, como el abuso sexual, la pobreza o el desempleo, del mismo modo que el cáncer de pulmón puede ser provocado por el tabaquismo, o la diabetes tipo II por determinadas dietas. Un segundo problema, tal vez inevitable, es que, en la práctica, ambos marcos se usan de una forma que privilegia la biología. Por lo tanto, la necesidad razonable de incluir la biología se usa para introducir de soslayo la premisa de que es el mecanismo causal primario y, a menudo, mediante declaraciones sin pruebas sobre genes o «desequilibrios bioquímicos» (Boyle, 2002a; Pilgrim, 2015a; Read, 2005).

Todo ello puede tener como consecuencia el reducir los factores sociales o psicológicos como el abuso, la pobreza, etc., a meros «desencadenantes» de un supuesto proceso de enfermedad subyacente en un individuo que tiene un defecto biológico. El mensaje implícito para el individuo es: «Ha sido mala suerte que haya sufrido acoso, agresión o despido en el trabajo, aunque otros sin su vulnerabilidad biológica habrían podido afrontarlo». Esto puede excusarnos de examinar con detalle los mismos sucesos o su significado para la persona «vulnerable» (Boyle, 2002b).

Un tercer enfoque, el modelo de susceptibilidad diferencial, pone el foco en los efectos de la interacción, sugiriendo que lo que parece «vulnerabilidad», en realidad, puede reflejar una mayor susceptibilidad tanto a los efectos negativos de los entornos de riesgo como a los efectos beneficiosos de los entornos de apoyo (Belsky, 2013; Roisman et al. , 2012). No obstante, esta perspectiva también define «el ambiente» de una manera bastante limitada (véase el Capítulo 2) y parece aceptar el diagnóstico y el modelo médico. También resalta la supuesta susceptibilidad genética, que depende de investigaciones cuyos métodos y resultados han sido cuestionados (véase el Capítulo 5, sobre biología).

Los clínicos que trabajan desde las versiones de los modelos biopsicosociales o de vulnerabilidad-estrés, que privilegian implícitamente el papel causal de la biología (el modelo de susceptibilidad diferencial aún no es tan influyente), lo hacen de buena fe y, por lo general, se muestran muy sensibilizados para no excluir los aspectos «psico» y «sociales». Sin embargo, en un nivel más general, el surgimiento de estos modelos, conceptualmente limitados, se puede considerar como una actividad que mantiene el status quo de la medicalización mediante un proceso que asimila puntos de vista opuestos (Boyle, 2013).

El muy publicitado proyecto de *Mental Health's Research Domain Criteria* (RDoC) del Instituto Nacional de Salud Mental de EE. UU., cuyo objetivo es

generar un sistema diagnóstico alternativo, se encuentra de un modo claro y rotundo dentro de esta tradición. El proyecto surgió del reconocimiento, de los investigadores psiquiátricos, de su incapacidad para ir más allá del nivel de las quejas subjetivas y su fracaso para describir patrones que tengan más validez que las agrupaciones de «síntomas» conductuales elaborados por comités. Por lo tanto, su objetivo es crear un sistema diagnóstico basado en mecanismos neurobiológicos y bio-conductuales subyacentes a los «trastornos mentales» que a la larga conducirán a tratamientos definitivos (Kirmayer y Crafa, 2014, p.1). Pero en lugar de una alternativa a la medicalización y al diagnóstico, el proyecto representa un fortalecimiento de este marco, un proyecto para aproximarse a la medicina somática. Esto resulta claro a partir de algunos de los postulados subyacentes del proyecto, como el de «los trastornos mentales son trastornos biológicos que involucran circuitos cerebrales que implican dominios específicos de cognición, emoción o comportamiento» y el de «el rastreo del circuito cognitivo [neuronal] y de los aspectos genéticos de los trastornos mentales, darán lugar a nuevos y mejores objetivos de tratamiento». También supone que la disfunción de estos circuitos hipotéticos se podrán identificar mediante herramientas de la neurociencia, como la neuroimagen, y que este giro desde las categorías basadas en «síntomas» del DSM es un primer paso hacia el tipo de «medicina de precisión», y tal como se dice, que transformó el diagnóstico del cáncer y su tratamiento (Insel, 2013; Insel et al., 2010). Sin embargo, según sus propias palabras, los líderes del proyecto admiten que aún no han podido diseñar un sistema diagnóstico basado en estos principios porque «nos faltan los datos»; el proyecto se establece como un marco para recopilar datos, al menos, en los próximos 10 años.

A pesar de su lenguaje optimista, el proyecto RDoC ha sido fuertemente criticado por varios motivos. Entre estos, se encuentra el supuesto de que los «trastornos mentales» diagnosticables existen independientemente de la sociedad, tiempo y lugar; la sobreestimación del poder conceptual y metodológico de las «herramientas de la neurociencia» y de los datos que ha generado hasta ahora; la concepción extremadamente limitada y el relativo soslayo del contexto social a favor de los factores genéticos y biológicos; la falta de comprensión de la relación recíproca y dependiente que existe entre el funcionamiento del cerebro y el mundo social; y, finalmente, el no tener en cuenta aspectos del funcionamiento claramente humanos, como el lenguaje, la metáfora, la narrativa y la experiencia subjetiva (Kamens, 2013; Kirmayer y Crafa, 2014; Peterson , 2015). Todo esto sugiere que las razones del fracaso de los sistemas diagnósticos previos, los motivos por los que los investigadores no han podido imitar a la medicina y superar el nivel de las quejas subjetivas, no se han entendido correctamente. La esperanza consiste, en que, de algún modo, más de lo mismo consiga un resultado diferente. Pero en cambio, podríamos argumentar que se corre el riesgo de repetir los mismos errores, dar falsas esperanzas, y desperdiciar grandes cantidades de tiempo y dinero.

El resto del documento se ocupará del desarrollo de alternativas al diagnóstico psiquiátrico y sus implicaciones, teniendo en cuenta por qué los sistemas diagnósticos han fracasado sistemáticamente bajo sus propios términos. Comenzaremos en el Capítulo 2 discutiendo algunos temas filosóficos y conceptuales, y presentaremos un conjunto de asunciones y principios que podrían dar una orientación sobre distintas alternativas.

Capítulo 2. Principios filosóficos y conceptuales de las alternativas al diagnóstico psiquiátrico

Introducción

En el Capítulo 1 dijimos que los modelos médicos del sufrimiento o de la conducta perturbadora o problemática se diseñaron para estudiar y comprender los cuerpos y no a las personas, y señalamos que las premisas subyacentes de esas perspectivas y su inadecuación para comprender la conducta y la experiencia se ocultan mediante una analogía incorrecta entre el diagnóstico psiquiátrico y el proceso diagnóstico de la medicina. Resaltamos que las personas a las que se les adjudica alguna de las categorías diagnósticas psiquiátricas «funcionales» tienen experiencias reales de sufrimiento y que podrían comportarse de una forma que preocupe a otros. No obstante, defendimos que la comprensión de estas experiencias como síntomas de una enfermedad hipotética debida a disfunciones de los procesos somáticos, en términos de causas universales e independientes del contexto, resulta incorrecta por razones científicas y éticas (Thomas y Longden, 2013). Aunque ese paradigma ha conseguido un progreso significativo en la medicina general, conlleva serias dificultades, tal y como se subraya en el Capítulo 1, cuando se aplica a las múltiples formas de sufrimiento, experiencias y comportamientos inusuales o dificultades interpersonales recurrentes.

También resaltamos que es más adecuado entender el diagnóstico médico, no tanto como un proceso de «identificar enfermedades» o «examinar lo qué funciona mal», sino como un proceso que usa la teoría y la investigación apropiada para intentar comprender cómo surgen las quejas somáticas de la persona y cómo pueden aliviarse de la mejor manera. De forma principal, esto se hace tratando de cotejar la presentación de los problemas de cada persona con patrones ya identificados por los investigadores médicos, y en base a esa investigación predecir el progreso y el desarrollo de las intervenciones. Muchas de las dificultades que los diagnósticos psiquiátricos encaran al tratar de replicar este proceso sobre los pensamientos, sentimientos y conductas de las personas surgen al basarse en teorías e investigación inadecuadas, y en la premisa problemática de que la conducta y la experiencia «anormal» encajarán en patrones de signos y síntomas de un modo similar a lo que ocurre con muchos de los problemas somáticos. Por lo tanto, para desarrollar alternativas al diagnóstico psiquiátrico, para entender y dar respuesta de forma constructiva al sufrimiento personal y el comportamiento problemático, resulta necesario distanciarse de los postulados subyacentes de los modelos médicos y abordar cuatro cuestiones principales:

- ¿Desde qué premisas diferentes necesitamos partir o de qué marcos teóricos alternativos podemos valernos para comprender *la conducta y las experiencias de las personas en su entorno social y relacional*, en vez de un (mal)funcionamiento somático?
- A un nivel más amplio, ¿qué patrones han descrito los investigadores que pueden resultar útiles para comprender y aliviar el sufrimiento emocional, las experiencias inusuales y la conducta problemática desde una perspectiva no-diagnóstica?

- ¿Cómo podrían usarse esas pautas y relaciones amplias para configurar patrones más acotados, provisionales y generales que puedan contribuir a nuestra comprensión de las dificultades específicas de un individuo, familia o grupo?
- ¿Cuáles son las implicaciones terapéuticas, sociales, éticas y legales, derivadas de adoptar estas perspectivas no diagnósticas y cómo podríamos abordarlas?

Este capítulo, y el que sigue, se centran principalmente, pero no de forma completa en la primera cuestión; las otras se abordarán en detalle en los próximos capítulos.

Un problema de partida cuando hay que describir lo que es distinto desde una perspectiva no-médica es que la mayor parte de la investigación psiquiátrica está encuadrada dentro de la tradición médica sin explicitar sus postulados subyacentes y, en consecuencia, tal y como señalamos en el Capítulo 1, simplemente se dan por sentado. Nuestro primer objetivo, por lo tanto, es desvelar estos supuestos. Después examinaremos algunas tradiciones filosóficas y teóricas alternativas en las ciencias humanas. Además de desvelar los problemas de las perspectivas de la clasificación psiquiátrica, cada tradición también brinda ideas que pueden utilizarse para construir formas no medicalizadas de entender el sufrimiento. Nos serviremos de estas perspectivas alternativas, tanto para delinear como para criticar los supuestos médicos, como recursos para desarrollar formas de pensar distintas.

Después propondremos una serie de premisas de trabajo alternativas, no médicas, para desarrollar alternativas al diagnóstico más específicas.

Comenzando con un chequeo filosófico básico a la clasificación y diagnóstico psiquiátricos

Lo tratado en relación a la medicalización y el diagnóstico psiquiátrico en el Capítulo 1 se puede resumir en tres preguntas básicas asociadas con la filosofía relevante para cualquier modalidad de ciencia humana. En primer lugar, ¿cómo demostramos lo qué es real en la experiencia y la conducta humana o qué conjunto de «cosas» debemos asumir que existen en nuestras teorías y sistemas de pensamiento? Segundo, ¿qué forma de conocimiento resulta la más adecuada para describir, interpretar o explicar la experiencia y la conducta humana? Tercero, ¿qué valores hay que aplicar al investigar las dos primeras actividades en el ámbito de las ciencias humanas? La primera actividad se conoce como *ontología*. La segunda actividad se asocia al estudio de las argumentaciones sobre el conocimiento de la experiencia y la conducta y sus justificaciones, y es referida como *epistemología*. La tercera actividad se asocia al papel de los postulados y propósitos morales de los estudios sobre el ser y el saber y se conoce como *ética*. Cualquier forma de investigación en Psicología y Psiquiatría, y otros campos relacionados como Sociología y Psicoterapia, ya sea de forma explícita, o más a menudo implícita, se posicionan respecto a estas tres áreas.

En este informe adoptamos una posición distinta para cada una de estas tres cuestiones a las que asume la clasificación psiquiátrica y el diagnóstico.

Primero, cuestionamos la idea de que los «trastornos mentales» tengan una existencia universal e independiente del tiempo y la cultura. De forma más concreta, cuestionamos que las experiencias a las que se refiere este término sean equivalentes a los procesos de enfermedad somática.

En segundo lugar, cuestionamos la validez epistemológica de definir estos «trastornos» hipotéticos mediante el proceso de revisar y refinar las ediciones de manuales diagnósticos como el DSM y la CIE, y de orientar la mayor parte de los proyectos de investigación hacia la biología.

Tercero, respecto al área ética del diagnóstico, observamos la exigencia de que los procedimientos y la información que se ofrezcan a los pacientes cuenten con una base epistemológica sólida. Esta concepción ética se aplica a todo diagnóstico médico y psiquiátrico, pero la psiquiatría cuenta con una exigencia adicional al intervenir en condiciones que a veces son involuntarias. Las consideraciones éticas también se tienen que aplicar al posible daño asociado al imponer los diagnósticos psiquiátricos (http://psychdiagnosis.weebly.com), y al mal uso, o uso excesivo, de fármacos y otras intervenciones que un diagnóstico parece poder justificar (Whitaker, 2010), así como a su papel en ocultar la importancia de los factores sociales como causas del sufrimiento.

Todas las críticas a la clasificación y al diagnóstico psiquiátrico incluyen una o más de las consideraciones previas. Algunos críticos cuestionan la validez ontológica y el estatus epistemológico de los diagnósticos psiquiátricos funcionales, como la «esquizofrenia» o la «depresión», como descripciones de una faceta de la realidad universal, descubiertas por una investigación objetiva. Algunos han criticado la asunción de que estos supuestos aspectos invariables de la realidad tengan causas biológicas. Otros han cuestionado la coherencia conceptual de las categorías diagnósticas y de los procedimientos usados para desarrollarlas, y algunos, desde una posición ética, han descrito el daño causado a las personas por el diagnóstico y la injusticia social que puede acarrear.

El positivismo y las raíces de la clasificación y el diagnóstico psiquiátrico

Los postulados ontológicos y epistemológicos que hemos expuesto respecto a la clasificación y el diagnóstico psiquiátrico no provienen exclusivamente de la medicina, sino que forman parte de una tradición filosófica más amplia y extremadamente influyente conocida como positivismo (a veces también conocida como realismo ingenuo). Las ideas positivistas no son exclusivas de ninguna disciplina o profesión particular, sino que han tenido una influencia extensa en el pensamiento occidental de los últimos 200 años. Existen distintas versiones del positivismo, y algunas, como la lógica positivista, ya no están en boga, pero sus premisas generales se remontan hasta Platón y Sócrates, e incluso Parménides, que defendió que el mundo nos precede con una complejidad detallada y fija otorgada por los dioses. Sostenía que estas ordenaciones permanecen estables y objetivas están regidas por leyes y que estas leyes se podían entender mediante la indagación y los descubrimientos humanos. Estas ideas fueron desarrolladas en Europa Occidental por filósofos como Descartes, Locke, Berkeley y Hume, Bacon, Voltaire, Rousseau y Kant.

Fueron figuras destacadas de la Ilustración, un movimiento europeo de los siglos XVII y XVIII que (en resumen) acogió a la razón y el progreso científico como fuente de autoridad, en oposición a la iglesia y el estado.

El éxito de las ciencias naturales, al usar métodos empíricos, llevó a Auguste Comte (que acuñó el término «positivismo») a defender, en el siglo XIX, que los métodos de las ciencias naturales debían ampliarse desde el estudio del mundo físico al estudio de las cuestiones humanas; es más, que estas últimas tan solo debían investigarse mediante el uso de los métodos que se habían desarrollado para estudiar el mundo físico. El argumentario de Comte debe considerarse en un contexto donde la metodología de las ciencias naturales era (y todavía es) extremadamente exitosa para comprender el mundo físico, pero en el que todavía las creencias metafísicas acerca del mundo también eran populares.

En Occidente, la influencia de estas ideas sobre la visión del mundo en cuestiones que van más allá del mundo físico no debe subestimarse. Los que han crecido dentro de esta tradición pueden tener dificultades para cuestionar la idea de que los humanos existen esencialmente como seres separados, individuales, desconectados del mundo social y natural, con nuestras mentes flotando de forma incorpórea, en cierto sentido, más allá de nuestros cerebros. Además puede parecer natural el uso de analogías que esencialmente conceptualizan a los humanos como máquinas, que se activan por fuerzas externas y propensas a disfunciones biológicas (y psicológicas) que necesitan reparaciones tecnológicas. No obstante, esta visión del mundo tiene limitaciones, así como ventajas, especialmente en relación a la comprensión de nuestro principal objeto de estudio, la conducta humana y el sufrimiento emocional humano. Sin embargo, la idea de que el mundo, incluyendo la conducta y la experiencia humana, se caracteriza por propiedades y procesos que pueden describirse de forma objetiva en términos de causación universal, que permanecen a lo largo del tiempo y lugar, mantiene su influencia (Bhaskar, 2011; Harding, 1991). Dentro de esa perspectiva, el trabajo de la ciencia es descubrir estas supuestas regularidades, manipulando experimentalmente el mundo para demostrar su naturaleza, y hacer predicciones y aportar explicaciones.

En psicología, psiquiatría y en algunos tipos de terapia psicológica, a menudo la influencia de estas ideas se hace patente en su dependencia de la experimentación, la cuantificación y la medición. Estos métodos no son tan solo «científicos» sino que además han demostrado ser fructíferos en las ciencias no humanas, y la Psicología y la Psiquiatría se han comprometido con la norma de Comte respecto a que hay que hacer eso mismo para estudiar los asuntos sociales y humanos. Esta replicación es más sutil pero es igual de evidente en dos supuestos asociados. Primero, las características humanas, el comportamiento y la experiencia, incluyendo las formas más problemáticas del sufrimiento emocional de la conducta y las relaciones personales, se pueden describir como una serie de variables diferenciadas y medibles y, segundo, que la naturaleza e interacciones de estas variables y el cómo se relacionan con los «trastornos mentales» pueden describirse al margen de los contextos históricos y sociales. Un ejemplo de esto es la hipótesis popular de la vulnerabilidad al estrés, en la que, tal y como se explica en el Capítulo 1, los «trastornos» se

consideran el resultado de la interacción entre una vulnerabilidad inicial (a menudo biológica) y un «número» de «estresores» ambientales o «sucesos vitales», de una forma no muy distinta al modo en que las moléculas de dos componentes diferentes interaccionarían en el tubo de ensayo o a un peso, objetivamente medible, que provoca que una mesa se rompa.

Por lo tanto, la influencia del positivismo en la clasificación y el diagnóstico psiquiátrico es doble. Primero, desde sus principios subyacentes y el uso de la metodología de las ciencias naturales, esbozados antes y, segundo, en su fundamento al partir del ejemplo concreto del marco positivista que brinda la medicina occidental (Ingleby, 1981). Explicar esta doble influencia es importante porque las alternativas sugeridas a los actuales sistemas clasificatorios y diagnósticos adoptan posiciones variadas respecto a estos marcos, aunque frecuentemente no desvelan su posicionamiento particular. Por ejemplo, algunos, como el proyecto RDoC mencionado en el Capítulo 1, mantiene ambas influencias, tanto un modelo altamente médico como también el marco positivista (véase también la clasificación HiTOP, Kotov et al., 2017); otros parecen adoptar parcialmente un enfoque médico positivista (p. ej., Borsboom, 2017; Brown y Brown, 2009; Mineka et al., 1998) y algunas alternativas no médicas, como el estudio psicológico de las experiencias «individuales» de escuchar voces, estados de ánimo extremos o creencias inusuales, se basan de forma amplia en un marco positivista. Esto no las deja sin valor, pero puede generar dilemas ontológicos, epistemológicos y éticos no conscientes, y también puede limitar la posibilidad de brindar alternativas reales.

Las ideas positivistas y, más en concreto, la de privilegiar los métodos de investigación de las ciencias naturales, han sido cuestionadas por diversos motivos en lo que se refiere a su influencia en Psicología y Psiquiatría. Las más relevantes, para nuestra comprensión del sufrimiento emocional, las experiencias inusuales y las conductas problemáticas, son:

- Una *imagen limitada y engañosa del mundo social y las relaciones entre este y la experiencia psicológica.* El mundo social a menudo se representa como si fuera una especie de telón de fondo de las acciones y experiencias de las personas, algo más bien pasivo e inmutable que está «allá afuera» y que existe de forma ajena a los propios individuos (Riatt y Zeedyck, 2000; Sampson, 1981; Stoppard, 2000; Ussher, 2011). Se tiene muy poco en cuenta que somos fundamentalmente entes sociales, cuyas mentes, cerebros, cuerpos y comportamientos se desarrollan y se forman en interacción con nuestros cuidadores y otros, no solo durante nuestros primeros años, sino a lo largo de nuestras vidas (Bretherton, 1992; Schore, 2001; y como veremos más adelante y también en los Capítulos 4 y 5). Del mismo modo, se considera a la «sociedad» como la que proporciona una serie de variables independientes y precisas, como la clase o el género, cuya influencia es principalmente cuantitativa. Se presta poca atención al contexto social más amplio, más allá de las circunstancias inmediatas de la vida de las personas, o a su naturaleza simbólica e histórica y culturalmente contingente. Tampoco se presta mucha atención a las formas de organización social y las relaciones de poder que en primer lugar aportan

«estresores» sobre la vida de las personas y, de manera poderosa, dan forma la experiencia que tienen de ellas mismas.

- Una *imagen limitada y engañosa del cuerpo y las relaciones entre este, el mundo social y la experiencia psicológica.* En parte, esto se remonta al dualismo cartesiano y los consiguientes rompecabezas filosóficos irresolubles sobre cómo la mente y el cuerpo se relacionan entre sí. Tal posición contrasta con muchas tradiciones no occidentales, como, por ejemplo, las cosmovisiones africanas que generalmente se enmarcan en términos de una interacción dinámica entre todos los elementos de la realidad (Mbaegbu, 2016). Una consecuencia persistente es la imagen de la biología como fuente independiente de conducta y sufrimiento emocional («el fundamento biológico de la conducta»; los «trastornos mentales» como enfermedades cerebrales), en vez de considerarla como un aspecto de nuestro ser que está moldeada continuamente por la actividad social y que es inseparable de los pensamientos, las emociones y los significados. En términos prácticos, significa que las distintas perspectivas del sufrimiento mental suelen errar en las posturas de «todo cerebro» o «todo mente», una cuestión que los desarrollos más recientes en psicoterapia intentan abordar (véase Capítulo 8). Lo más habitual es que facilite un estricto enfoque sobre la hipótesis de «enfermedad» a través de los fármacos y el control de los «síntomas», en vez de prestar atención a la experiencia vivida de la persona como un todo. Otra consecuencia es una relativa dejación de los aspectos simbólicos y discursivos del cuerpo, sus funciones y disfunciones (Stam, 2000; Stoppard, 2000; Yardley, 1997). Otra consecuencia (irónica, dado el objeto central de estudio de la Psiquiatría y la Psicología) es una comprensión reducida y engañosa de los sentimientos y su relación con todos los aspectos antes mencionados de nuestras vidas. John Cromby (2015) argumentó que el sentimiento corporalizado, típicamente conceptualizado dentro de las tradiciones positivistas como discreto, personal y cuantificable, solo se puede entender completamente como constituido por la «historia, la cultura, las relaciones sociales y los aspectos materiales» (p.17). Una de las consecuencias de reconocer que «los sentimientos son posibilitados por el cuerpo viviente y que este cuerpo siempre se encuentra en el mundo social y material... los sentimientos que suministra están siempre impregnados de influencia social y relacional» (p.61) es hacer que el funcionamiento del poder resulte más visible en nuestro análisis de los estados extremos de sufrimiento. En línea con todo esto, Cromby aboga por «una psicología corporalizada: una que tome en serio la observación de que absolutamente toda nuestra experiencia depende de nuestros cuerpos vivientes, tanto por su propia naturaleza como también por su misma posibilidad (2015, p.7).
- *La transformación o reconstrucción de aspectos del mundo social en características universales de los individuos.* Por ejemplo, y de manera similar a los sentimientos, el pensamiento humano a menudo se considera como una actividad altamente personal, en este caso dentro de la cabeza del individuo, en vez de, tal como lo expresó Edward Sampson, como «un producto social e histórico del quehacer colectivo» (1981, p.732), en el que las prácticas y las relaciones sociales constituyen la forma y el contenido de lo que entendemos como «cogniciones». Otros han señalado cuestiones similares: Michael Billig (1991) argumentó que nuestros pensamientos

privados tienen la estructura de los argumentos públicos, mientras que Julian Henriques y sus colegas (1998) criticaron la idea que considera a los individuos como «sujetos unitarios y racionales» cuyos cerebros y procesos cognitivos pueden entenderse con una referencia escasa al cambiante contexto cultural y social. De forma similar, John Shotter (1993) ha sugerido que las respuestas individuales a las situaciones particulares deben pensarse como «marcadas» por elementos de un debate colectivo y el pensamiento comunitario y, podría haber añadido la experiencia comunitaria, que se redescriben como atributos personales que «pertenecen» a los individuos. Entre estos se incluyen los rasgos de personalidad, los estilos cognitivos, toda una gama de disfunciones, sesgos y déficits y, por supuesto, los «trastornos mentales» específicos, que se consideran como la causa de que las personas piensen, sientan y se comporten de ciertos modos. Queda a un paso el considerar estos atributos como hechos objetivos y naturales para intervenciones independientes y ajenas a cualquier contexto social.

- *Atención reducida al «punto de vista».* La idea de la objetividad es fundamental en el discurso científico tradicional y se refleja en la habitual retirada del observador humano en los artículos de investigación, como, por ejemplo, en «se descubrió que» o «los datos mostraron esto». La «objetividad» implica a un observador neutral e imparcial cuyas opiniones o valores no desempeñan papel alguno en el proceso de investigación. Esta representación de la investigación y la teoría como una «visión desde ningún lado» ha sido criticada por los teóricos del «punto de vista», como la filósofa feminista de la ciencia Sandra Harding y muchos otros (por ejemplo, Allen, 1996; Collins, 1990; Harding, 1986, 1991; Hartsock, 1983; Prilleltensky, 1989, 1994; Sarason, 1981). Estos y otros críticos argumentan que la investigación científica siempre involucra una «visión desde algún lugar», de ahí el término «punto de vista», o una posición mental desde la cual observamos e interpretamos el mundo. Harding ha argumentado que estas ideas se aplican a todas las ciencias, incluida la física, y se aplican ciertamente a la vida y a las ciencias humanas con su tradición de sexismo, heterosexismo y racismo (Bowers, 1990; Easlea, 1981; Fernando, 2010; Hager, 1997; Mercer, 1986; Ussher, 2011).

  No se trata de los valores personales de los investigadores, como podríamos pensar, que pueden dejarse de lado mediante el uso de métodos de investigación objetivos. Sino que se trata de los valores culturales e institucionales, una estructura compleja y generalmente no articulada de creencias y supuestos, un punto de vista que influye en lo que se pregunta y en lo que se da por aceptado, lo que se toma como método «científico», como evidencia, como validez o incluso como «objetividad». Se trata de las metáforas usadas para modelar la naturaleza o las personas, para generar preguntas de investigación y para actuar como filtro en la interpretación de los datos (por ejemplo, trastorno mental, psicopatología, estructuras cognitivas, el cerebro como computadora). Son juicios humanos hechos por personas que trabajan en contextos históricos, sociales y políticos concretos. Tanto en las ciencias premodernas como en las modernas, estos juicios han sido hechos, en gran parte, por varones blancos que también son miembros del grupo que históricamente atribuye a sus propias mentes esas facultades de razón, juicio y lógica, que se consideran necesarias para

la investigación científica imparcial y el descubrimiento de leyes naturales. Además los científicos varones occidentales trabajan dentro de estructuras de poder que validan su punto de vista. Todo esto ha creado una relación problemática y de inferioridad entre el saber socialmente legitimado y el de otros grupos, en particular las mujeres, las personas sin ascendencia europea y, por supuesto, los considerados locos.

Todo lo anterior significa que la evidencia, la experiencia y el testimonio que queda fuera de los parámetros positivistas con frecuencia se margina o descarta activamente y, sin duda, esto incluye a la evidencia formulada desde el punto de vista de los propios usuarios o supervivientes de los servicios. Un ejemplo específico de este proceso es la jerarquía de conocimiento dentro de la «práctica basada en la evidencia» en la que las revisiones sistemáticas y los ensayos controlados y aleatorizados se consideran como los más potentes, la evidencia Tipo 1, el «estándar de la excelencia», mientras que «la opinión de los usuarios del servicio y los cuidadores» se coloca en la categoría más débil, de Tipo 5. Esto facilita el rechazo del testimonio del usuario o superviviente de los servicios y de la experiencia vivida como «evidencia anecdótica» que se ve superada por los hallazgos científicos «objetivos» (por ejemplo, el caso de los informes sobre las dificultades para dejar la medicación, o la pérdida de memoria tras el TEC, Read y Bentall, 2010). De hecho, tal y como ha mostrado la psicóloga Gail Hornstein: «...desde que existe la psiquiatría, ha habido una literatura rival sobre la locura, escrita por personas con experiencias en primera persona» (Hornstein 2012, p.xv). Esta literatura, ignorada casi por completo en los libros de texto oficiales, programas de capacitación, información pública e investigación, a menudo desafía fuertemente la medicalización del sufrimiento, documenta el daño amplio que esta causa y sugiere modelos muy diferentes de comprensión. El campo emergente de *Mad Studies* se basa en un principio simple a la vez que radical, el de apoyar «a aquellos de entre nosotros considerados locos para formular, y avanzar en nuestra propia comprensión, teorías, investigaciones, acciones, prácticas y conocimientos, cada uno de los cuales conlleva una credibilidad inherente mejorada por la experiencia directa» (LeFrançois, 2016, pv). Dicho de otro modo, se basa, en palabras del superviviente psiquiátrico Peter Beresford, en un reexamen fundamental de la premisa de que «cuanto más grande sea la distancia entre la experiencia directa y su interpretación más fiable será el conocimiento resultante» (Beresford, 2016, p.29). Sandra Harding (1991) ha resaltado que la teoría del punto de vista no es un argumento hacia el relativismo y que la identificación de causas sociales en la producción o aceptación de una teoría no excluye la posibilidad de que coincida con la «realidad» de unos modos mejores que su competencia. Pero podemos incrementar nuestra posibilidad de construir tales teorías al reconocer que el apoyo empírico (aparente) de una teoría puede proceder no solo de la misma realidad sino también, de forma más problemática, del hecho de asumir conceptos teóricos, métodos de investigación y estándares de evidencia, que encajan muy bien con los intereses y valores culturales dominantes. También podemos aumentar nuestras posibilidades de crear una «buena» teoría ampliando el rango de puntos de vista involucrados en la producción, tanto de las teorías como de la evidencia y los criterios para su evaluación.

- *Atención reducida al impacto del método y la medición de los resultados de la investigación.* Este es un caso más específico del punto que acabamos de indicar, que los métodos de investigación no son formas neutras y objetivas de conseguir hallazgos del mundo, sino que siempre incluyen conceptos teóricos previos y supuestos sobre la naturaleza de lo estudiado. Tal como señalamos, esto resulta inevitable, pero conlleva el peligro, como lo expresó Kurt Danziger, de generar un círculo metodológico en el que «los métodos basados en supuestos sobre la naturaleza del tema tan solo genera observaciones que obligadamente confirman esos supuestos» (1985, p.1). Si suponemos que el funcionamiento humano puede representarse en términos de variables discretas y universales, los investigadores presentarán sus observaciones en estos términos. Si definimos estas variables con una referencia reducida o nula al contexto social, el mundo social parecerá escasamente importante para comprender nuestro comportamiento. Si asumimos que la desgracia humana y la «desviación» social siguen los mismos tipos de patrones que la disfunción somática, observaremos y categorizaremos «síntomas» y hallaremos «trastornos» en las personas. Y, al cuantificar y medir, los métodos de investigación producirán datos que se pueden gestionar mediante técnicas estadísticas. Como resalta Danziger, la cuantificación implica mucho más que un etiquetado numérico de los pensamientos, los sentimientos o las conductas de las personas, de hecho significa asumir que la estructura del sistema numérico refleja la estructura de esos pensamientos, sentimientos o conductas. Un ejemplo de esto se da cuando los investigadores contabilizan las respuestas a una escala o cuestionario como una forma de mostrar la «cantidad» de una característica personal presumida, como «esquizotipia», «depresión» o «autoestima». Todo ello significa que los métodos de investigación tienden a reproducir los «hallazgos» conformados a su propia imagen, siendo posible confundir los artefactos del método y la medición con las afirmaciones sobre la naturaleza de las personas y el mundo.
- *Un modelo de causalidad inadecuado.* Todo lo antes expuesto contribuye a un modelo de causalidad que es inapropiado para el estudio de los pensamientos, sentimientos y comportamientos humanos y, en particular, los incluidos en los criterios de los diagnósticos psiquiátricos «funcionales». La causalidad en las ciencias naturales se conforma según la definición de Hume que se refiere a cualquier factor antecedente a partir del cual un suceso resulta altamente predecible (suponiendo que no haya un tercer factor responsable de ambos). Si bien, tiene limitaciones, incluso en las ciencias físicas, estas son todavía más importantes respecto a las experiencias y expresiones del sufrimiento emocional que se describen como «enfermedad mental». Al reasignar estos «síntomas» como disfunciones que se dan dentro de las mentes, cerebros y cuerpos individuales, se les despoja de los contextos y significados que los hacen comprensibles. En cambio, promueve una visión de los seres humanos como objetos sobre los que actúan fuerzas causales (Ingleby, 1981) o, como señalaron David Jacobs y David Cohen (2010), presenta a la persona como algo a lo que llega «sin intención o acción alguna de su parte... un marco donde operan procesos dañinos de causa-efecto al margen de la persona» (p.312). Este modelo causal puede conducir a un reduccionismo, mediante la visión de que las experiencias humanas complejas se pueden

explicar desde un nivel más simple, generalmente biológico, como a través de «desequilibrios químicos». También puede implicar un determinismo con la noción de que sucesos concretos inevitablemente producirán resultados concretos, expresados en versiones biológicas («el exceso de dopamina causa esquizofrenia»), psicológicas («el abuso sexual es la causa de oír voces») o sociales («la pobreza causa depresión»). Una posición opuesta es la de que los seres humanos son agentes cuyo comportamiento no solo tiene influencias causales antecedentes, sino también propósitos y funciones: actuamos anticipando resultados futuros (Ingleby, 1981). Asimismo, los factores que inciden en cualquier aspecto del comportamiento humano y sus resultados son por lo general múltiples, complejos, altamente interactivos y se superponen. La causalidad en relación a la conducta y la experiencia y, sin duda, al sufrimiento y la conducta problemática, se entiende mejor como altamente probabilística, es decir, desde un perfil «promedio», y nunca será posible predecir el impacto preciso. Las influencias causales también funcionan de un modo contingente, lo que significa que los efectos de cualquier factor siempre están mediados por otros (son contingentes con) y sinérgico, es decir, los efectos de las diferentes influencias se pueden potenciar mutuamente. Por ejemplo, aunque la violencia doméstica y la pobreza tomadas por separado incrementan la probabilidad de sufrimiento, es posible que la pobreza exacerbe el impacto del maltrato mediante factores como la falta de oportunidades para escapar del maltratador, pero los efectos y los resultados concretos en una persona no son predecibles o inevitables. En parte se debe a que el significado personal modula el impacto de cualquier situación o suceso dado. Esto no significa que no existan regularidades. Sin embargo, en vez de buscar leyes causales universales en el comportamiento humano, tiene más sentido buscar tendencias, asociaciones, sentidos de influencia y los procesos que puedan subyacer. La noción de «mecanismos generativos» hace posible que las causas y los significados coexistan en la actividad humana, de modo que los significados (conformados por normas sociales y culturales) pueden convertirse en causas (véase a continuación la discusión sobre la filosofía de proceso). A su vez, a menudo desconocemos las influencias ambientales íntimas, sub-personales (biológicas), distales (sociales) e incluso proximales en nuestra conducta, sobre las que tenemos poco o ningún control (Archer, 2000; Nisbett y Wilson, 1977; Smail, 2005). Esto significa que nunca habrá respuestas simples a las preguntas causales sobre el sufrimiento pero, al mismo tiempo, también permite albergar esperanza. Incluso la cadena de sucesos más dañina en la vida no podrá determinar nuestro futuro, tal y como lo demuestran los testimonios de muchos antiguos usuarios.

La consecuencia de todos los argumentos previos es que los seres humanos son agentes activos dentro de sus vidas, seres determinados y que determinan, en vez de objetos sobre los que inciden fuerzas exteriores. Como agentes humanos, tanto nos conforma la realidad con la que topamos como buscamos transformarla. Lo hacemos mediante nuestra capacidad de dar sentido, de reflexionar y aprender de nuestras experiencias. Las influencias sociales y culturales no se limitan a proporcionar contextos y restricciones, son también las condiciones de las que surgen el significado, la agencia, el sentimiento y la acción (Cromby et al., 2013, Capítulo 6). Los marcos

alternativos para el sufrimiento emocional se deben construir en base a estos fundamentos.

Hasta ahora, parte del debate puede parecer bastante abstracto, por lo que antes de considerar posibles marcos alternativos suministraremos una ejemplificación muy concreta del hecho de que las teorías del comportamiento humano no surgen ni se propagan en un marco histórico, político o ético vacio.

Medicalización, individualización y política económica

Tal como hemos argumentado, el uso de los modelos de las ciencias naturales y del estudio del cuerpo para comprender nuestra conducta y experiencia siempre tendrá un alcance menor que si se tuviera en cuenta el mundo social. Una razón obvia es que las teorías de las relaciones sociales, el lenguaje, etc., no sirven para estudiar los objetos inanimados. Sin embargo, la Psiquiatría y la Psicología, hasta cierto punto, siempre han reconocido el mundo social, incluso a pesar de que no siempre se ha traducido en una consideración generalizada en los paradigmas teóricos y de investigación que estudian específicamente las relaciones humanas y el sufrimiento emocional humano.

Sin embargo, a partir de finales de la década de 1970 hubo cambios significativos en la relación de la Psicología y la Psiquiatría con «lo social». En Psicología, se caracterizó mediante el «giro cognitivo» y un mayor énfasis sobre las mentes autónomas individuales: el «individualismo» (Sampson, 1981, 1988). En Psiquiatría, en el cambio asociado a la publicación del DSM-III en 1980, basada en los modelos anteriores Kraepelianos de los «trastornos»: es decir, en base a que ciertos pensamientos, sentimientos y comportamientos se agrupaban en entidades delimitadas con causas (biológicas) y desarrollos específicos. En base a ello y a las infundadas reivindicaciones de objetividad científica mediante listas precisas de «síntomas», el DSM-III rompió con las ediciones anteriores del DSM, más influenciadas social y psicoanalíticamente (Lewis, 2006). Casualmente o no, estos cambios se dieron de forma estrechamente paralela a los cambios acontecidos a nivel político y económico en el Reino Unido, EEUU y otros países occidentales, caracterizados por la irrupción de lo que a veces se denomina neoliberalismo. El significado de este término ha evolucionado desde que se acuñara en la década de 1930, y su definición precisa y su relación con otros términos cercanos como monetarismo y neoconservadurismo aún sigue debatiéndose (Boas y Gans-Morse, 2009). No obstante, el término se usa a menudo como una descripción resumida de un conjunto de teorías y prácticas económicas y sociales interconectadas que se basan en el trabajo de economistas como Friedrich Hayek, Milton Friedman y la Escuela de Chicago. Aunque al inicio se entendió que era un medio para evitar el control totalitario, durante la década de 1980 el énfasis se situó en la libertad individual, la autonomía, la elección, la autosuficiencia y la responsabilidad, y de esta forma se ejemplificó en los 1980 con la era de Margaret Thatcher en el Reino Unido y Ronald Reagan en EEUU. Estos objetivos se utilizaron para justificar políticas económicas de libre mercado, como la privatización, la desregulación, los impuestos bajos, los mercados laborales flexibles y el libre comercio, junto a un papel menor del estado y las consiguientes reducciones del gasto social.

Aunque el neoliberalismo comprende un conjunto de políticas económicas, como todo sistema económico, también asume fuertes conjeturas sobre el comportamiento humano, y también necesita que las personas se comporten de ciertas formas y que piensen de cierta manera sobre sí mismas para cooperar con el sistema. La interdependencia entre la economía política del neoliberalismo y la Psicología y la Psiquiatría implica varios procesos. El primero de ellos otorga un alto valor a unos atributos intrapsíquicos hipotéticos, por encima de las instituciones o las estructuras sociales, que se consideran necesarios e incluso suficientes para el éxito, tales como la ambición, la motivación, el locus de control interno, la autoestima, el carácter y la resiliencia. Y a las personas se les puede exigir que los manifiesten o los desarrollen, estos u otros atributos similares, cuando sean candidatos a recibir prestaciones sociales (All-Party Parliamentary Group on Social Mobility, 2014; Deary, 2014; Friedli y Stearn, 2015). Del forma similar, se puede alentar a que el público crea que muchas de las personas que reciben prestaciones sociales carecen, casi de forma voluntaria, de algunos de los atributos psicológicos necesarios para el éxito y, por lo tanto, no merecen el apoyo del estado (Shildrick y MacDonald, 2013).

En segundo lugar, se puede impulsar a que las personas encuentren el sentido de la vida a través del consumo y a medir su éxito personal mediante los ingresos y las posesiones materiales. Las críticas del impacto psicológico del consumismo son anteriores al surgimiento del neoliberalismo moderno. Por ejemplo, ya en la década de 1950, el psicoanalista Erich Fromm escribió extensamente sobre la desesperanza resultante de la motivación para encontrar significado a través del consumo (por ejemplo, Fromm, 1962, 1976). Fromm fue influido por las críticas marxistas que defendían que la alienación moderna y la consecuente mercantilización de los productos materiales que nos incitan a desear, como una forma de restaurar el sentido perdido de la creatividad, la comunidad y la conexión, es inherente a los sistemas capitalistas (véase Tweedy, 2017, para una revisión general). No obstante, análisis más recientes sugieren que las actitudes materialistas y sus efectos psicológicos negativos se han incrementado en los últimos 30 años (Barber, 2007; James, 2008; Kasser, 2002). Tercero, los efectos perjudiciales de los sistemas económicos se obscurecen al individualizarlos y patologizarlos. Las políticas neoliberales, en Occidente, y en todo el mundo, se asocian no solo a las actitudes materialistas, sino también a un aumento considerable de la desigualdad, la fragmentación de las comunidades y al daño al medio ambiente (Chomsky y McChesney, 2011; Klein, 2008; Sayer, 2016). La desigualdad en sí misma se asocia a mayores niveles de problemas emocionales y de comportamiento en todos los niveles sociales, incluso entre los más privilegiados, aunque en el Reino Unido las medidas de austeridad se consideraron esenciales para el crecimiento económico y la recuperación, también se vieron acompañadas de fuertes aumentos en las tasas de sufrimiento declaradas, suicidio y recetas de fármacos psiquiátricos (Barr et al., 2015; Psychologists Against Austerity, 2015; Stuckler y Basu, 2014; Wilkinson y Pickett, 2009). Estas consecuencias se consideran bajo la responsabilidad de los «servicios de salud mental».

Otro proceso más que vincula al neoliberalismo con la Psicología y la Psiquiatría es el uso del diagnóstico, la terapia individualizada, el autocontrol y la medicación para reintegrar a las personas, o prepararlas, al mundo laboral y

disminuir las prestaciones que solicitan del estado. Esta prioridad política se explicita específicamente en el programa *Improved Access to Psychological Therapy* (IAPT)[15] (Layard y Clark, 2014; LSE Centre for Economic Performance, Mental Health Policy Group, 2006). Como han señalado Lynne Friedli y Robert Stearn (2015), a las personas que participan en programas gubernamentales de prestaciones laborales se les exige cada vez más que se involucren en actividades que requieren «trabajar sobre su self», con el propósito de modificar actitudes, creencias y personalidad, en especial «mediante la creación de impulsos positivos» (p.40), aunque a menudo se encuentran en situaciones personales altamente negativas. De forma similar, se insta cada vez más a la responsabilidad personal en la recuperación o en la gestión de los problemas somáticos y mentales, una vez más al objeto de volver al mercado laboral. Se ha argumentado de un modo más amplio que el mismo concepto de «recuperación» en salud mental, un tema central de la política de salud mental del Reino Unido, y el fomento de una red de «academias de recuperación», se ha elegido para apoyar estos fines (Beresford, 2015; McWade, 2016).

Sin embargo, con frecuencia no se reconoce que todo ello puede suponer el competir por un trabajo escaso, precario, mal pagado y estresante (Beresford, 2015; Deary, 2014; Speed y Taggart, 2012). La retórica en torno a personas racionales e independientes que toman decisiones sobre sí mismas y a la prestación de cuidados en el complejo mercado de la asistencia social, a la vez que nos malinterpreta a todos, puede tener efectos particularmente desfavorables en las personas de los grupos vulnerables, como el de las personas con discapacidad intelectual (Fryson y Cromby, 2012). También se ha argumentado que el diagnóstico y la medicación, que se centra y se basa en proclamar alteraciones biológicas, aunque no que tengan fundamento, pueden funcionar como una forma de neutralizar el descontento o los daños derivados de las circunstancias económicas, como, por ejemplo, mediante el enorme aumento de las recetas de «antidepresivos» y fármacos psicoactivos para niños de los que se afirma que tienen un «trastorno por déficit de atención e hiperactividad» y otros «trastornos de conducta» (Moncrieff, 2008, 2010; Timimi, 2008). Finalmente, la provisión de ayuda, tanto conceptual como práctica, en el marco de los sistemas económicos neoliberales puede resultar extremadamente rentable como, por ejemplo, al proveer sistemas de diagnóstico y fármacos psicoactivos, terapia individual y otros aspectos psicológicos de los programas de asistencia laboral.

Estas críticas recientes al sistema neoliberal y su relación con la Psicología y la Psiquiatría forman parte de una larga tradición de escritores que vinculan la medicalización e individualización del sufrimiento y la «desviación» con el control social y la injusticia social (por ejemplo, Cooper, 1971; Foucault, 1967; Ingleby, 1981; Laing, 1967; Rose, 1985; Scheff, 1966; Szasz, 1974). Foucault rastrea este proceso hasta el periodo de la Ilustración, a mediados del siglo XVII, cuando las instituciones para los locos comenzaron a aparecer en toda Europa. Argumenta que el confinamiento masivo de aquellos a los que se considera que han perdido la razón fue impulsado por la necesidad de regular los salarios y el empleo, como un efecto de dejar atrás una sociedad

[15] Mejora del acceso a la terapia psicológica.

principalmente agrícola. Esto preparó el escenario para que quienes se encuentran en los márgenes sociales sean considerados no solo como indigentes sino también como «enfermos», un proceso que también fue descrito por Andrew Scull (1979). Más recientemente, Richard Warner (2004) proporcionó un ejemplo detallado de los vínculos entre la teoría psiquiátrica y la economía política, con su análisis de las tasas de recuperación de la «esquizofrenia». Argumenta que «la ideología psiquiátrica puede estar influenciada por los cambios económicos —una noción que supone un rechazo del concepto convencional de progreso científico inherente a la historia médica predominante… La ideología y la práctica en Psiquiatría, en gran medida, se encuentran a merced de las condiciones materiales» (p.134, 146). En concreto, demuestra que en las épocas de tasas de empleo altas, predominan las teorías de causalidad social y se asocian a tasas de recuperación más altas, mientras que cuando el trabajo resulta más escaso, predominan las teorías biológicas y genéticas y «el énfasis principal se coloca sobre el control social» (p.145).

Entones, podemos ver que los intereses económicos y políticos particulares se pueden encontrar favorecidos y reforzados por los modelos de conducta y sufrimiento humano que se centran en la individualidad de las mentes y cerebros, y que ubican la responsabilidad del problema o colapso personal y la recuperación sobre las personas, que son consideradas disfuncionales a nivel biológico, cognitivo y/o emocional. Tal y como lo ha expresado Derek Summerfield, «el orden político y económico se beneficia cuando el sufrimiento o la disfunción, que podría relacionarse con las políticas y prácticas de este orden, se reubican desde el espacio sociopolítico, un problema público y colectivo, al espacio mental, un problema privado e individual» (2012, p.3). De hecho, estos intereses han conformado la misma noción tan arraigada de lo que es ser persona. A su vez, como se discutirá más adelante en el próximo capítulo, esto ha tenido implicaciones para nuestro bienestar mental, tanto en términos de lo que definimos como «normal» como en términos de cómo se experimenta y se expresa la llamada «anormalidad». Las declaraciones de la Psicología y la Psiquiatría sobre su estatus científico son fundamentales en estos procesos. Y podría decirse que la aceptación social de estas declaraciones se encuentra reforzada por similitudes identificables, como la cuantificación y la experimentación, con los métodos de las ciencias naturales.

No existen indicios de que el proceso se implemente de forma deliberada o consciente por médicos, investigadores, los que formulan las políticas o cualquier otra persona, sino que, más bien a menudo, puede estar motivado por un deseo genuino de aliviar el sufrimiento. Sin embargo, a un nivel, más allá de la motivación personal, otra limitación de la perspectiva de las ciencias naturales sobre el sufrimiento mental y la conducta problemática es que puede facilitar el funcionamiento de la injusticia social y ocultar su impacto sobre la vida de las personas.

Resumen y conclusiones

Hasta ahora la discusión se ha centrado sobre todo en cuestiones planteadas por la influencia global del positivismo sobre el estudio de la conducta y la experiencia humana. Pero, tal como hemos resaltado, en la clasificación y el

diagnóstico psiquiátrico, los problemas se agravan con la medicalización: los postulados y los métodos de las ciencias naturales y, más en concreto, debido a que el estudio de los problemas somáticos se ha trasladado al estudio del sufrimiento emocional y el comportamiento problemático. Esto sería un problema más pequeño si el marco teórico y los métodos subyacentes a la clasificación y el diagnóstico psiquiátricos hubieran conseguido resultados positivos, adecuadamente replicados, pero, tal como vimos en el Capítulo 1, esto está lejos de ser así: como muchos críticos han desvelado, la perspectiva ha fracasado ampliamente en sus propios términos.

Es la combinación entre este fracaso y la evidencia del desajuste entre el marco teórico y metodológico y su objeto de estudio lo que justifica la búsqueda de conceptualizaciones alternativas del sufrimiento emocional y la conducta problemática. La búsqueda también se justifica por los problemas éticos que plantean, incluidos el daño potencial del diagnóstico y las intervenciones somáticas, tal y como se describen en el Capítulo 1, la marginación de muchos grupos al generar teorías sobre ellos mismos, la necesidad de una base de evidencia sólida sobre lo que se les dice a las personas acerca de sí mismas y sus problemas, el impacto de la política pública al centrarse en las mentes y cerebros individuales en vez de en el contexto social y, como resultado de todo ello, las implicaciones de exportar estas teorías y prácticas a todo el mundo (véase más adelante). Tal como hemos intentado mostrar, las posiciones teóricas que sustentan la medicalización y el diagnóstico psiquiátrico tienen profundas implicaciones sobre las políticas y prácticas en la vida real, tanto si estas posturas se mantienen o se promueven intencionadamente o (más frecuentemente) como cuando surgen de supuestos y discursos incuestionados, que rara vez se ponen a prueba, o que ni siquiera se identifican conscientemente.

La «revolución cualitativa» en las ciencias sociales ha abierto toda una gama de nuevos métodos y prácticas de investigación que cuestionan muchos de esos postulados y tienen el compromiso «de comprender el mundo desde el punto de vista del sujeto que actúa» (Harper y Thompson, 2011; Wertz, 2011, p.84). Sin embargo, no defendemos que la investigación propia de la tradición positivista o cuantitativa no tenga cabida. Por el contrario, cierta evidencia robusta en contra de la medicalización y a favor de la importancia del contexto social surge de esta misma tradición. De hecho, como apuntamos antes, algunas investigaciones sobre las alternativas, como por ejemplo, el estudio de las experiencias «individuales», como la escucha de voces, los estados de ánimo extremos o las creencias inusuales, también proceden de la tradición positivista. Por lo tanto, nos basaremos en esta investigación, especialmente en los Capítulos 4 y 6, pero entendiéndola como una más entre una gama de tradiciones de investigación potencialmente útiles y teniendo en cuenta los problemas que hemos explicado. Argumentaremos que las alternativas a la clasificación y el diagnóstico psiquiátrico no solo necesitan alejarse del marco médico, sino que se basan en una gama de tradiciones filosóficas, puntos de vista, y marcos teóricos y de investigación, que reconocen aspectos del funcionamiento humano que hasta ahora se han soslayado.

La siguiente parte de esta sección se centrará en un debate general sobre los marcos teóricos, postulados filosóficos y modos de pensar que podrían

conformar los enfoques no médicos o basados en el diagnóstico, para comprender el sufrimiento psíquico. El debate tiene por objeto abordar la primera pregunta que nos planteamos al inicio del capítulo:

- ¿Desde qué premisas diferentes necesitamos partir o de qué marcos teóricos alternativos podemos valernos para comprender *la conducta y las experiencias de las personas en su entorno social y relacional*, en vez de un (mal)funcionamiento somático?

Los enfoques y perspectivas que discutiremos no tienen una única voz, esto no es necesariamente una desventaja a la hora de abordar un campo tan complejo y cuestionado. También tienen diferentes estatus: algunos incluyen modelos teóricos basados en un cuerpo de trabajo y práctica empírica, otros se tratan de posiciones filosóficas más generales. Los enfoques difieren en la forma en cómo reconocen la importancia de determinados aspectos humanos del mundo, tales como el funcionamiento del poder o la justicia social, y además su «distancia» del positivismo es diferente, e incluso también su posición respecto al diagnóstico. Pero además encontramos un gran solapamiento, tal vez mayor de lo que se podría deducir de sus diferentes denominaciones. Un aspecto que tienen en común estos enfoques es una visión de los humanos como agentes activos y creadores de significado, y un respeto por los significados personales que surgen en nuestra interdependencia con nuestros mundos sociales.

No es nuestro objetivo proporcionar una descripción detallada ni una evaluación crítica de estos marcos alternativos, sino describir brevemente algunos enfoques con el fin de comprender el comportamiento y la experiencia humana, poniendo el énfasis en aquellos aspectos más relevantes para entender y dar respuesta al sufrimiento psíquico y a algunas de las conductas (aparentemente) inteligibles. A partir de ellos, propondremos una serie de postulados alternativos de trabajo esbozados para evitar los problemas asociados a los enfoques medicalizados, que podrían orientar el desarrollo de alternativas a la clasificación y al diagnóstico psiquiátrico.

Hacia alternativas a la medicalización: considerando ideas que proceden de diferentes tradiciones

1. Los enfoques cognitivos

Aquí nos ocuparemos principalmente de las perspectivas cognitivas del sufrimiento, en vez de tratar el cognitivismo dentro de la psicología en su conjunto. El significado personal es fundamental en estos enfoques, ya que se centran en cómo las personas evalúan e interpretan sus experiencias, y los supuestos que realizan sobre ellas, sobre sí mismas y sobre el mundo (social) en general. Generalmente estas teorías proponen que nuestras valoraciones e interpretaciones de los sucesos son factores determinantes de nuestras respuestas emocionales a los mismos. De forma más específica, proponen que las creencias y supuestos «disfuncionales» sobre uno mismo, los demás y el mundo, se desarrollan como resultado de (en general) de las experiencias infantiles, que se activan más adelante debido a «incidentes críticos», que van

desde lo aparentemente menor, como el comentario de un colega en nuestro trabajo, a lo más grave, como por ejemplo la ruptura de una relación o un duelo. Estos sucesos se evalúan a través de las lentes de de un marco de supuestos disfuncionales («esquema») que tienen como resultado un complejo de «pensamientos automáticos negativos», respuestas emocionales de sufrimiento, como ansiedad, pánico o estado de ánimo muy bajo, y comportamientos defensivos o de afrontamiento. A su vez, estas respuestas pueden generar valoraciones que pueden intensificarlas. Parte de esto puede ocurrir de un modo no consciente, por lo que puede que nos encontremos confusos o angustiados por pensamientos, sentimientos o conductas que no entendemos. Los enfoques cognitivos también se han aplicado ampliamente en las experiencias «psicóticas», a menudo centrándose en las «creencias sobre las creencias», en el caso de los «delirios», y las creencias sobre las voces en el caso de escuchar voces (Beck, 1976, 2016; Bentall, 2003; Birchwood et al., 2000; Chadwick et al., 1996; Leahy, 2004; Thomas, et al. 2014).

Sin embargo, los enfoques cognitivos, especialmente cuando se aplican en terapia, están lejos de ser unitarios en referencia a sus propios supuestos subyacentes, y a menudo se definen a sí mismos como «pragmáticos» o como «una familia de enfoques teóricamente afines» (Strong et al., 2008, p.156) o, de forma más crítica, como «(una) amalgama multifacética (y) probablemente incompatible» (Moloney y Kelly, 2008, p.279). Ciertamente son diversos. Por un lado, hay enfoques que parecen compartir de forma amplia los postulados epistemológicos de la ciencia positivista y como tal se aplican al estudio de la cognición, integrando una mezcla de empirismo y racionalismo (Bracken y Thomas, 2008; Slife, 2004). Aquí, la cognición se presenta con componentes y mecanismos diferenciados, vinculando el sufrimiento a mecanismos mentales internos defectuosos. Otras características de estas perspectivas realistas incluyen la focalización en el funcionamiento de las mentes individuales; separando y privilegiando el pensamiento sobre la emoción; la creencia en el poder de la razón para lograr un cambio positivo; adoptando la teoría de la «*verdad como correspondencia*», y las interpretaciones de las personas que sufren debido a su experiencia pueden contrastarse con una realidad conocida de forma objetiva (Boyle, 2002a; Hemmings, 2008; Nelson, 1997; Strong et al., 2008). Esta posición tiende a asociarse a los enfoques de terapia que reflejan los valores de la racionalidad y la objetividad, por ejemplo, usando procedimientos que han sido «probados» mediante ensayos controlados y aleatorizados; definiendo y evaluando las variables relevantes; dividiendo la terapia en las tareas que la componen; y la medición de resultados específicos.

De forma opuesta, hay enfoques, a veces llamados «dialógicos», que se encuentran más cerca del constructivismo social (véase más adelante). Estos se centran en el carácter relacional y social del procesamiento y el contenido cognitivo, que no solo reflejan los diálogos y las relaciones con otros, sino que solo pueden «ocurrir» s través de discursos y marcos de pensamiento culturalmente disponibles (Safran y Muran, 2000; Strong et al., 2008). Por lo tanto, los «estilos cognitivos» o los «sesgos» o los «pensamientos automáticos negativos» no se consideran propiedades estables de las mentes de los individuos, sino construcciones en proceso del self y del mundo que surgen de las relaciones sociales en contextos culturales particulares. Entre estos polos hay muchos matices en la teoría y práctica. La terapia de esquemas, por

ejemplo, se basa en la teoría y la práctica de la terapia cognitiva conductual convencional, la teoría de las relaciones objetales psicoanalítica y la terapia gestalt (Farrell et al., 2009; Kellogg y Young, 2008); la terapia cognitiva analítica (TCA) y la terapia cognitiva basada en el mindfulness también combinan ideas de algunos de los enfoques que discutiremos aquí. Pero, en general, los enfoques cognitivos tienden a adoptar una posición positivista y realista. Quizás como reflejo de ello se vinculan estrechamente al diagnóstico psiquiátrico (Shafran et al., 2009). Los «trastornos mentales» o los «síntomas» concretos se consideran como resultados de ciertos procesos cognitivos, y las personas a menudo son divididas según el diagnóstico para los grupos de terapia o para evaluar las técnicas terapéuticas. Teniendo en cuenta los problemas de validez de las categorías diagnósticas, esto puede obstaculizar la investigación, provocar dificultades conceptuales y, potencialmente, problemas en la relación terapéutica (Boyle, 2002a; Hallam, 2015; Hemmings, 2008; Proctor, 2008). Desde luego nada hay en los enfoques cognitivos acerca de la creación de significados y su vinculación con el sufrimiento que suponga que el uso del diagnóstico psiquiátrico sea necesario, como algo distinto o alternativo al uso de la noción de las formulaciones no diagnósticas (Clarke, 2015; Hallam, 2013, 2015; Harvey et al., 2004; Mansell, 2008). Desafortunadamente, esto a veces se conoce como la perspectiva «transdiagnóstica» que da a entender una reticencia a distanciarse del diagnóstico, incluso cuando no parece especialmente útil.

El papel del contexto social en relación a los enfoques cognitivos es una polémica persistente y de larga data. Esta controversia surge al centrarse (de forma más patente en unas versiones que en otras) en las mentes individuales y debido a su lenguaje, como las «distorsiones cognitivas» o las «creencias desadaptativas», que implican que los problemas de las personas surgen de su interpretación de la «realidad» presente y no de los aspectos más objetivos de la propia realidad, como la pobreza, el racismo, la vivienda precaria o la violencia doméstica. Teresa Hagan y Jenny Donnison (1999), por ejemplo, resaltan la distinción problemática que se hace sobre el «significado personal o privado» de los sucesos y su «significado objetivo o público» (Alford y Beck, 1997, y véase Capítulo 3), una distinción que puede hacer que sea más fácil etiquetar los significados de los individuos como «distorsionados» o «desadaptativos». Dado que estas creencias «privadas» y «desadaptativas» pueden ser también altamente funcionales, incluso para preservar la vida, la distinción también crea un riesgo al «asumir que *la [persona] puede actuar o pensar de otra forma en [su] situación*, es decir, atribuye [a la persona] poderes que simplemente no tiene» (Hagan y Donnison, 1999, p.129, cursiva en el original). Estos y otros analistas (por ejemplo, Hughes, 1997; Moloney y Kelly, 2008) también han resaltado los problemas que tiene aplicar enfoques cognitivos en áreas de discriminación o discapacidad, aunque, por supuesto, esta crítica también se podría aplicar a otras formas de terapia individual. Sin embargo, aunque a veces la adversidad social es reconocida en los enfoques cognitivos, todavía no se ha traducido en un análisis comprensivo de la relación entre el sufrimiento y el mundo social, el poder social, y los procesos cognitivos, que son tan centrales para esta perspectiva.

2. Conductismo radical

En psicología existen varias versiones del conductismo y a veces se confunden entre sí. Para el conductismo radical, asociado a B.F. Skinner, la «conducta» consiste en todo lo que los humanos hacen, incluidos los actos y las experiencias privadas como pensar o sentir. Ahora bien, el conductismo radical rechaza la idea de que las «cogniciones» sean representaciones internas y privadas de los objetos y sucesos del mundo exterior, y también el uso de entidades hipotéticas o estructuras mentales, como actitudes, esquemas, pensamientos, errores cognitivos o trastornos mentales como explicaciones de la conducta de las personas. También rechaza el postulado positivista de que podemos conocer o descubrir el mundo de forma objetiva, aunque ahí fuera puede haber un mundo real. En este sentido, es ontológicamente neutral. Y, aunque Skinner abogó por usar la metodología de las ciencias naturales para estudiar la conducta humana, el conductismo radical percibe la ciencia como un proceso de invención o construcción social, incluso aunque sea altamente especializada, expuesta a un tipo de análisis contextual similar al de cualquier otra actividad humana. Es una manera de concebir o formular modos de hablar sobre el mundo que resultan útiles para ciertos fines (Barnes-Holmes, 2000; Brown y Gillard, 2015; Hayes et al., 2011; Hayes y Follette, 1992; Skinner, 1974).

Como una modalidad de la teoría del aprendizaje, el conductismo radical se ocupa de cómo se desarrolla, persiste y cambia nuestra conducta a través de las interacciones con nuestro entorno. Aquí, de forma principal, el aprendizaje es un proceso de adaptación al medio ambiente mediante nuestro desarrollo de la sensibilidad a las consecuencias. Estas, de forma general, se agrupan en: (i) consecuencias aversivas: que tienden a suprimir la conducta antecedente; (ii) refuerzo positivo: consecuencias que aumentan la probabilidad de la conducta antecedente al proporcionar experiencias agradables y gratificantes; y (iii) refuerzo negativo: consecuencias que también aumentan la probabilidad de las acciones antecedentes, pero debido a que estas acciones disminuyen o detienen experiencias aversivas. Las personas no responden de forma automática a estas consecuencias, sino que activamente se comportan de forma intencional, funcional y orientada a la búsqueda de objetivos. El término «aprendizaje operante» se refiere a este tipo de acciones, distintas a las reacciones automáticas, más involuntarias, o las «respuestas condicionadas». Sin embargo, la distinción no resulta clara, en el caso último, por ejemplo, una experiencia inicial de pánico o escucha de voces puede haber sido influenciada por consecuencias ambientales. En el conductismo radical, el significado surge de nuestras interacciones con el medio ambiente, de nuestra «historia de aprendizaje». Aunque tiene elementos comunes de nuestra cultura y biología compartidas, el significado también es personal y subjetivo, ya que ninguno de nosotros tiene la misma historia. Esto puede hacer que algunas acciones resulten difíciles de entender para otros. Pero lo que parece ininteligible para un observador, se vuelve comprensible cuanto más se sabe del entorno y las consecuencias que han moldeado el comportamiento de alguien. Las acciones de alguien cuya vida ha estado conformada por castigos y refuerzos negativos o por cambios entre recompensa y castigo (por ejemplo, mediante una relación abusiva) son especialmente susceptibles de resultar incomprensibles para otros, que pueden considerar a la persona como inconsistente o

autodestructiva, o poco dispuesta a hacer cambios positivos. Todo esto también puede resultar desconcertante o angustioso para la propia persona, ya que el conductismo radical, al igual que las perspectivas cognitivas, asume que la creación de significado puede darse al margen de la percepción consciente.

El papel de lo cognitivo en el conductismo radical es complejo. Los registros verbales (pienso, siento, creo...) pueden ser una fuente de información de los eventos privados, pero estos nunca se deben entender como representaciones directas de procesos o estructuras internas. Las relaciones causales entre pensamientos, sentimientos y comportamientos se consideran dependientes del contexto y cambiantes; por ejemplo, los pensamientos negativos pueden ocurrir antes, después o al mismo tiempo que las acciones o los sentimientos, y alinearse, en mayor o menor medida, con nuestra conducta en distintas situaciones. Los eventos privados y sus correlatos verbales se consideran inseparables de los contextos sociales y están sujetos a «reglas» similares a nuestras acciones públicas (Blackman, 1991). Por ejemplo, las creencias, incluidas las creencias altamente inusuales llamadas «delirios», cumplen funciones importantes en la vida de las personas y, como cualquier acción, y pueden verse como adaptaciones a entornos concretos (Roberts, 1991). Subrayando de nuevo la naturaleza social de la cognición, Robert Kohlenberg y sus colegas (1993) han argumentado que algunos aspectos de nuestras interacciones cotidianas y el aprendizaje social pueden fomentar patrones inútiles o de sufrimiento en la interacción entre pensamientos, sentimientos y conductas. Estos incluyen: (i) la literalidad, cuando alguien puede tener el pensamiento «Esto es horroroso»... y luego actuar como si estuviera en una situación horrorosa, y no en una situación en la que se tiene el pensamiento «esto es horroroso» (585); (ii) racionalización: a menudo se espera que justifiquemos nuestras acciones y la cultura occidental acepta fácilmente los pensamientos y los sentimientos como razones satisfactorias para las mismas, reforzando a las personas para que den, crean y actúen en base a este tipo de racionalizaciones; y (iii) aprendiendo, por nuestra cultura, que el control cognitivo y emocional se puede y se debe conseguir y que hacerlo es un medio para tener una vida de éxito.

Todo ello significa que el conductismo radical tiene puntos en común con el constructivismo social, aunque presta una atención menos explícita al poder (véase más adelante), y con los enfoques dialógicos de la teoría cognitiva. Tiene menos similitud con las versiones más positivistas y realistas de la teoría cognitiva (Blackman, 1991). Las ideas del conductismo radical conforman una serie de enfoques de intervención, que incluyen la terapia de aceptación y compromiso (Hayes et al., 2011), la terapia dialéctico-conductual (Robins y Chapman, 2004) y el apoyo conductual positivo (Gore et al., 2013; Johnston et al., 2006).

3. La perspectiva interpretativa o hermenéutica

La perspectiva interpretativa o hermenéutica asume que la experiencia y la conducta humana se deben entender de un modo radicalmente diferente a las reglas y procesos que rigen el movimiento de los objetos físicos o, en referencia a la clasificación y el diagnóstico psiquiátrico, el funcionamiento de

las partes del cuerpo. En definitiva, a excepción de las conductas que sean el resultado de una disfunción biológica identificada, como un traumatismo craneal o una sífilis avanzada (y ni siquiera en todos estos casos), la actividad humana tiene propósito, significado y agencia. De forma opuesta, «la actividad con significado de los agentes ("praxis") suele calificarse como si tan solo fuera la consecuencia de una combinación de fuerzas causales ("proceso")» (Ingleby, 98, p.41). Los seres humanos no responden de manera inevitable al «mismo» evento del mismo modo, su respuesta se encuentra influenciada por el sentido que le dan al suceso, y el significado que para ellos tenga está modelado por sus historias personales y por su contexto social y cultural. Desde esta perspectiva, transformar la conducta y la experiencia en variables universales, diferenciadas y medibles y, especialmente, en categorías diagnósticas, supone limitar considerablemente la comprensión.

Cuando algunos de los que fueron llamados «antipsiquiatras» (término que la mayor parte de ellos rechazaba) intentaron reformular los «síntomas» de la «esquizofrenia» como comprensibles y con significado, estaban adoptando una posición más hermenéutica que diagnóstica. Así, Laing no declaró que «las familias causan esquizofrenia» como se suele decir, sino que se preguntó si *«la experiencia y el comportamiento que los psiquiatras entienden como señales y síntomas de la esquizofrenia son socialmente más comprensibles de lo que se supone»* (Laing y Esterson, 964, p.12).

Dentro de la tradición hermenéutica, dos enfoques teóricos extensos han intentado centrarse sobre los significados de la experiencia subjetiva del individuo en el mundo: el psicoanálisis y la fenomenología.

Según explica Stephen Frosh (2012), debido a que los psicoanalistas comparten la creencia de que hay una dimensión inconsciente en la vida psíquica, defienden que no se puede tomar lo que las personas dicen o hacen al pie de la letra. Más bien consideran que, además del significado manifiesto de un suceso, es probable que existan otros significados latentes que sólo se pueden entender mediante el examen de la vida emocional «interna», las esperanzas, los miedos, los sueños y las pesadillas de la persona. La interpretación psicoanalítica en psicoterapia tiene como objetivo revelar estos significados más latentes. Mientras que tanto el cognitivismo como el conductismo radical comparten la idea de que los significados de las acciones y los sucesos de la vida de una persona no son siempre transparentes o inmediatamente obvios para ellos, el psicoanálisis ofrece teorías sobre la estructura y el funcionamiento de los procesos inconscientes y las formas en que las actos «superficiales» pueden estar distorsionados por, y asociarse con, las necesidades, deseos, miedos u otros contenidos inconscientes. Algunos de estos procesos se describen como mecanismos de defensa, como la negación, la represión o la proyección, cuya función es proteger a la persona de tomar conciencia de contenidos o emociones que pueden resultarle inaceptables o intolerables.

La relación entre el psicoanálisis y las categorías diagnósticas psiquiátricas es compleja. Habiendo estado las primeras ediciones del DSM claramente influenciadas por conceptos psicoanalíticos, muchos psicoanalistas las usaron de forma relativamente acrítica (por ejemplo respecto al debate sobre los

trastornos de personalidad «límite» o «esquizoide»). Sin embargo, el *DMS-III*, publicado en 1980, se diseñó con el objetivo de liberarse de los postulados psicoanalíticos, y afirmaba que ofrecía, en su lugar, unas categorías descriptivas ateóricas (aunque, como hemos argumentado, en la práctica no son realmente ateóricas). Como resultado, los psicoanalistas se han vuelto más críticos con el DSM, aunque tienden a argumentar que las categorías no están basadas suficientemente en conceptos psicoanalíticos en vez de cuestionar la categorización en sí misma. A pesar de estas limitaciones, el psicoanálisis y los enfoques asociados han generado una extensa tradición de perspectivas terapéuticas en las que el significado resulta central para comprender el sufrimiento. La lista es demasiado larga como para exponerla aquí, pero incluye las ideas de Carl Jung, Melanie Klein, Karen Horney, Harry Stack Sullivan, Jacques Lacan, Alfred Adler, Erich Fromm and David Malan (para una visión general, véase Frosh, 2012).

La *fenomenología* se interesa por el significado subjetivo de la experiencia personal. Tiene como propósito desarrollar una perspectiva «desde el interior», una teoría personal que habla de la verdad de la persona en lugar de intentar juzgar cuál es la verdad en un sentido más objetivo. Aquí no hay espacio para una descripción detallada de esta tradición, tan rica e influyente, que se remonta a filósofos existencialistas como Kierkegaard y Nietzsche, y su énfasis característico en la libertad, la elección y la responsabilidad. Posteriormente a estos autores, Edmund Husserl desarrolló la fenomenología como un método más apropiado para describir y entender la experiencia humana que el dualismo sujeto/objeto propio de las ciencias naturales, mientras que Martin Heidegger defendió la hermenéutica como una manera de entender la experiencia directa no mediada del «ser-en-el-mundo», frente a los métodos típicos de las ciencias naturales o ante las (a veces patologizantes) interpretaciones del psicoanálisis. Estas ideas continuaron evolucionando de la mano de autores como Merleau-Ponty y Sartre, entre muchos otros (para una revisión más completa, véase Aho, 2014, y Wertz, 2015).

Estos filósofos han sido especialmente influyentes en las tradiciones terapéuticas humanistas y existencialistas, que abarcan la teoría del desarrollo de Abraham Maslow, la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers, el análisis transaccional de Eric Berne, la terapia Gestalt de Fritz Perls y el cocounselling de Harvey Jackins. La logoterapia de Viktor Frankl y el trabajo de Rollo May, Irvin Yalom y Emmy van Deurzen corresponden más a la tradición existencialista (véase van Deurzen, 2002, para una revisión más completa de todas estas terapias). El psiquiatra R. D. Laing se basó en estas perspectivas filosóficas para desarrollar sus teorías sobre la experiencia subjetiva de las personas diagnosticadas de «esquizofrenia» en *«El Yo Dividido»* (1960/2010) y en *«Cordura, Locura y Familia»* (Laing y Esterson, 1964). En vez de basarse en el diagnóstico, estos enfoques, relacionados y que se solapan entre sí, hacen hincapié en las relaciones, las elecciones y el crecimiento personal. Las terapias existencialistas se ocupan de manera central en encontrar el significado dentro de la existencia y la condición humana. El énfasis de la terapia está en «estar con» en lugar de «hacer» o, en palabras del filósofo Martin Buber (1923/1996), el potencial transformador de una relación «yo-tú» antes que una relación «yo-ello». Esto subraya las limitaciones del positivismo

y coloca la relación, el significado y la agencia en el centro de nuestros intereses.

A pesar de ello, la fenomenología se vio limitada por su postura, generalmente acrítica, hacia las categorías diagnósticas y, de este modo, muchas investigaciones fenomenológicas recogen una categoría concreta como un apriorismo para luego describir las experiencias asociadas a la misma. Karl Jaspers, un influyente psiquiatra de orientación fenomenológica, reconoció la importancia de centrarse en las biografías de los pacientes, pero también consideró que la forma de un «síntoma» era más importante que su contenido a la hora de diagnosticar: «La forma debe diferenciarse del contenido, que puede variar cada cierto tiempo… lo que realmente nos interesa es la forma» (1913/1963, pp.58-59), lo que Germán Berrios (1988) denomina una «visión anatomo-clínica». Jaspers, por ejemplo, veía los «delirios» ininteligibles en sí mismos, con la consecuencia de que el contenido de las creencias inusuales se quedara en segundo plano.

4. Las perspectivas constructivistas

El constructivismo en psicología se centra en la forma en que el individuo dota de significado al mundo, y remonta sus orígenes a Piaget (1978), siendo por tanto muy influyente en educación y otros campos. La Teoría de los Constructos Personales de George Kelly (Kelly 1955/1991) es la base de una aproximación teórica que pertenece a esta tradición, y entiende que las personas permanecen en continuo desarrollo y que ponen a prueba las hipótesis sobre el mundo mediante el descubrimiento y la experimentación, y de este modo redefinen sus constructos o los modos de dar sentido a su vida. Dicho de otro modo, crean sistemas de significado (Winter y Proctor, 2013). Desde la óptica de la terapia de los constructos personales, no hay lugar para las perspectivas diagnósticas en las dificultades de salud mental; más bien se las considera como una consecuencia del bloqueo de los constructos habituales de la persona, y que dejan de ser útiles. Cuando esto sucede, las personas pueden realizar cambios rápidos desde un extremo del constructo al otro o, lo opuesto, puede que sus sistemas de constructos se vuelvan demasiado laxos o excesivamente rígidos e inflexibles. El postulado central, que indica, que sobre todo, los seres humanos se involucran en dar significado, tiene mucho en común con las perspectivas humanistas y existenciales. Los enfoques constructivistas y fenomenológicos se encuentran relacionados por el método de investigación cualitativa, conocido como análisis interpretativo fenomenológico (Smith et al., 2009).

5. Constructivismo social

El constructivismo social es el nombre que recibe un corpus de trabajos en ciencias sociales que recoge las implicaciones del trabajo de autores postestructuralistas como Michel Foucault y Jacques Derrida (Burr, 2015). El término constructivismo social se usa sobre todo en el campo de la psicología, el resto de ciencias sociales suelen emplear el término «postestructuralismo». La perspectiva interpretativa, hermenéutica y constructivista se centran en las construcciones que el individuo hace del mundo, pero para los constructivistas

sociales, estas construcciones derivan de una variedad más amplia de opciones culturales disponibles. Además, algunas construcciones tienen más poder por el hecho de asociarse a un alto estatus o a grupos o instituciones poderosas; tienen mayor probabilidad que se las consideren como hechos más que como opiniones, que sean más personas las que las asuman, que induzcan aquello que comúnmente se consideren actos «razonables», y que se impongan mediante formas como la formulación de las preguntas de las investigaciones, los estatus jurídicos o las políticas públicas.

El psicólogo americano Ken Gergen (1985) identifica cuatro postulados clave del constructivismo social, cada uno de ellos se puede usar para realizar una crítica al diagnóstico psiquiátrico. En primer lugar, el constructivismo social cuestiona numerosos conceptos «dados por hecho» que usamos en la vida diaria y adopta una perspectiva que cuestiona el realismo. Desde esta perspectiva, el diagnóstico y la clasificación psiquiátrica se perciben como realismo ingenuo, ya que asumen que estas categorías, y la investigación que las sustenta, son un reflejo directo del mundo. Por tanto, las categorías diagnósticas se consideran construcciones lingüísticas desarrolladas por grupos sociales más que ejemplos de una naturaleza que se ha «revelado tal como es». Los constructivistas sociales prestan atención a los supuestos implícitos de las construcciones lingüísticas y, de ese modo, resaltan el esencialismo implícito y el estructuralismo de las categorías psiquiátricas diagnósticas tradicionales. El esencialismo se refiere al modo en que las categorías diagnósticas son consideradas como un reflejo de esencias coherentes, estables y universales, como por ejemplo, la idea de que la categoría diagnóstica «esquizofrenia» alude a un trastorno cerebral o del neurodesarrollo. El estructuralismo se refiere al modo en el que los fenómenos se describen en términos estructurales, a menudo de naturaleza jerárquica, y en este caso dentro de una perspectiva médica, que presenta los problemas conceptualizados como síntomas, que a su vez se consideran como la representación superficial de un proceso patológico que opera a un nivel más profundo dentro del individuo. El dualismo cartesiano, la forma mediante la que la mente y cuerpo se han considerado como entidades separadas en el pensamiento filosófico occidental, es otro ejemplo de estructuralismo.

Un segundo postulado del constructivismo social es que el conocimiento en las ciencias humanas es histórico, social y culturalmente específico. Tradicionalmente, las categorías diagnósticas de la psiquiatría se han considerado ahistóricas y las revisiones periódicas de los manuales diagnósticos, en las que se modifican las categorías, se consideran como aproximaciones sucesivas hacia una representación verdadera y objetiva de la realidad; de hecho, a veces encontramos ejemplos de diagnósticos retrospectivos para figuras históricas como Juana de Arco. De forma opuesta, los constructivistas sociales defienden que las categorías diagnósticas se encuentran muy enraizadas a un periodo histórico particular y sujeto a los cambios de las normas sociales. Así, la escucha de voces puede haber sido conceptualizada primeramente en términos religiosos en occidente, hace unos siglos, mientras que en la actualidad su concepción médica es dominante, pero igualmente sujeta a normas sociales. La histeria era un diagnóstico frecuente en el siglo XIX pero raramente se ve en la actualidad. Los cambios en las normas sociales sobre la sexualidad y el surgimiento de campañas que

promovían los derechos sexuales llevaron a retirar la homosexualidad del DSM en 1973. Por supuesto, las normas sociales no sólo varían de un periodo histórico a otro sino también entre las culturas, tal como explicaremos con más detalle posteriormente.

Una tercera asunción es que el conocimiento no depende de forma fundamental de la validez empírica sino que se sustenta sobre procesos sociales. Como hemos visto, el conductismo radical y las teorías del punto de vista que discutimos antes comparten la visión de la ciencia como un proceso social, pero, junto a los constructivistas sociales menos relativistas (véase más abajo), no ven esto como incompatible con la idea de que algunas teorías y conceptos sean más empíricamente válidos que otros. No obstante, en el caso del diagnóstico psiquiátrico los procesos sociales parecen ser los dominantes. Por ejemplo, los grupos de trabajo del DSM de la Sociedad Americana de Psiquiatría (APA) votan si se deben cambiar o no las categorías diagnósticas, y, durante el debate en torno a retirar la homosexualidad del DSM, la APA realizó una encuesta a nivel nacional entre sus miembros (Kirk y Kutchins, 1997). Como hemos señalado antes, esta dependencia de los procesos sociales en vez de la evidencia empírica resulta patente en las categorías diagnósticas. Es más, los constructivistas sociales podrían señalar la manera en la que las categorías diagnósticas ganan un imagen de credibilidad y validez mediante procesos sociales. Por ejemplo, las Guías NICE usan categorías diagnósticas a pesar de que a menudo en la introducción de estas guías se refieren los problemas de fiabilidad y validez de las mismas. Esto, como se dice después, se justifica porque los investigadores usan estas categorías (Cromby et al., 1203). Por otro lado, los investigadores usan muchas veces esas categorías porque las revistas psiquiátricas de mayor impacto lo requieren. Se completa de este modo un círculo donde las categorías diagnósticas se mantienen por procesos sociales.

Un cuarto y último postulado, en consonancia con nuestro debate anterior sobre epistemología y ética, es que las descripciones y explicaciones de los fenómenos no son socialmente neutras. Es más, como subrayamos antes, existe también una relación entre la construcción social del sufrimiento y el funcionamiento del poder, algunas construcciones son más dominantes en la sociedad y abren ciertas formas de ver el mundo, haciéndolas parecer razonables y obvias, mientras que otras se cierran. Como argumentan Ethan Watters (2011) e Ian Hacking (2002), una vez que estas categorías se producen crean nuevas formas de estar en el mundo que tienden a producir las mismas formas de conducta que establecen. Esto puede ayudar a explicar la rápida propagación de algunas formas de expresión del sufrimiento que antes eran poco frecuentes como la auto-inanición. Estas formas concretas de describir las cosas tienen efectos sociales. Por ejemplo, si el sufrimiento y las conductas problemáticas se construyen como la consecuencia de una disfunción dentro del individuo, las soluciones se ofrecerán a nivel individual, como con medicación psiquiátrica si el problema se concibe en términos biomédicos, o con terapia psicológica si se hace en términos psicológicos. Esta individualización lleva a oscurecer otras posibles descripciones y explicaciones, por ejemplo, la noción de que el sufrimiento podría entenderse a un nivel social. Pero, como hemos visto en la discusión previa sobre el neoliberalismo, uno de las consecuencias sociales puede consistir en «redefinir los problemas

sociales como médicos» (Moncrieff, 200, p.381) y alentar a quienes diseñan las políticas a centrarse en soluciones a nivel individual.

El constructivismo social también se ha ocupado de la relación entre el mundo social (construido) y la experiencia individual, por ejemplo, la identidad, el sentimiento y el deseo, y de cómo todo esto se puede experimentar subjetivamente como atributos personales independientes del mundo social (Burr, 2015; Davies y Harré, 1990; Lafrance, 2009; O´Grady, 2005). Los investigadores han ampliado el campo para que tenga cabida el cuerpo, especialmente el femenino, y sus funciones y disfunciones (Stoppard, 2000; Ussher, 1997, 2001; Yardley, 997), junto a otros aspectos de género en los problemas emocionales y de comportamiento.

Carla Willig señala que la investigación desde el constructivismo social varía en su grado de relativismo. La investigación constructivista radical (más relativista) se centra sobre todo en cómo se usa el lenguaje en contextos locales concretos, mientras que la investigación constructivista más moderada (menos relativista) busca fundamentar el estudio del discurso «en las estructuras sociales, culturales, económicas y materiales» apelando a «una realidad preexistente que modela las formas en las que los individuos construyen los significados en contextos concretos» (2012, p.12). Así, desde un punto de vista constructivista moderado, podríamos esperar similitudes y regularidades en nuestra experiencia y expresión del sufrimiento, ya que todos vivimos en un mismo planeta y pertenecemos a la misma especie. Compartimos capacidades corporalizadas de aprender, recordar, usar el lenguaje y los símbolos, nos sentimos tristes cuando nos abandonan, enfadados cuando nos insultan, etc. (Cromby y Harper, 2009). En otras palabras, hay rasgos biológicos reales y circunstancias sociales que modelan la experiencia del sufrimiento, al margen del lenguaje. Esto evita el peligro de que el impacto de la realidad material sobre la vida de las personas (pobreza, malas condiciones de vivienda, etc.) se vea simplemente como otro discurso que necesita deconstruirse, en vez de abordarlo como factores que por derecho propio suponen una contribución significativa al sufrimiento. Como señala Willig (2012), hay un grado considerable de solapamiento entre el constructivismo social moderado y la perspectiva teórica del realismo crítico que comentaremos a continuación.

6. Realismo crítico

El realismo crítico es una forma suave de constructivismo social. El realismo crítico prioriza el realismo ontológico, en otras palabras, acepta que hay un «mundo real» ahí fuera, pero también que hay visiones diferentes del mundo a través del tiempo y el espacio (relativismo epistemológico). Asume que los humanos toman las dos en consideración y, entonces, emplean la «racionalidad del juicio» para decidir lo que es justo y real sobre el mundo en el que habitan (Bhaskar, 1986).

El realismo crítico traza así un camino filosófico intermedio entre el positivismo por un lado y el constructivismo radical por otro. Acepta la visión positivista de una realidad externa independiente de la mente pero rechaza la idea de que las ciencias humanas puedan descubrir leyes universales, dado que la vida

humana es un sistema abierto, no cerrado. Mientras que las raíces del positivismo se pueden remontar al filósofo griego Parménides (véase previamente), el realismo crítico refleja una tradición bastante diferente iniciada por Heráclito, que argumentaba que el mundo y todo lo que contiene es real, pero que «nadie se baña dos veces en el mismo río porque las aguas son diferentes cada vez» (*Stanford Encyclopaedia of Philosophy,* 2015, np). Desde este punto de vista, la realidad se caracteriza por el cambio, por fluir, pero el río tiene un cauce que le da forma. Esto implica que es necesario explorar la realidad con cautela, preguntándose qué ocurre de forma contingente en vez de universalmente; qué estructuras subyacentes pueden explicar la razón por la que ocurre esto y no lo otro; y qué hizo que la persona del ejemplo de Heráclito se bañara en el río en ese momento y no en otro. Esto supone que la agencia humana también forma parte de la realidad. El realismo crítico también rechaza los intentos del positivismo de separar los hechos de los valores, argumentando que toda actividad humana, incluyendo la actividad científica, está impulsada por intereses, sin que haya una visión neutra o «sin intereses» en psicología o en cualquier otra ciencia humana.

Los términos como «esquizofrenia» o «depresión» son rechazados por los realistas críticos por carecer de fundamento ontológico y empírico. No obstante, aceptan que algunas personas escuchan voces, tienen ideas que no tienen sentido para los demás o que se encuentran profundamente tristes. En otras palabras, la «realidad» que tratamos de entender no es un «trastorno mental» llamado «esquizofrenia» o «depresión», sino las experiencias específicas que otros consideran extrañas o que acarrean un sufrimiento para sí mismo (Boyle, 2002a; Pilgrim, 2015b; Pilgrim y Bentall, 1999). Sin embargo, esto no supone que estas experiencias se acepten directamente como muestra de «anormalidad» porque, en referencia a lo que es o no problemático, el realismo crítico coincide con muchos constructivistas radicales. En el ejemplo de los escuchadores de voces, una alternativa a considerar ese fenómeno como síntoma de un «trastorno mental» sería el concebir a los humanos con una capacidad ampliamente variable de experimentar eventos imaginarios como reales; considerar la expresión de esta capacidad como configurada por experiencias, en especial aquellas que son extremas o traumáticas, y también por un contexto social o cultural; ver si es una experiencia angustiosa, en términos de significado subjetivo para el escuchador de voces moldeado por un contexto social determinado y ver si resulta perturbador para otros y qué hacen ellos al respecto, de nuevo en términos de significado y contexto social. Todo esto pone de manifiesto la complejidad de los procesos que interactúan, universales, contextuales y personales, de nuestros intentos de entender causas y significados.

El realismo crítico tiene mucho en común con la perspectiva conocida como material-discursiva (Ladrance, 2009; Stoppard, 2000; Ussher, 201; Yardley, 1997) que subraya la indisolubilidad de los aspectos sociales, políticos, materiales y discursivos en nuestras vidas. Ambas aproximaciones asumen que, a través del uso de varios métodos de investigación, podemos construir una imagen del mundo real y su impacto sobre nosotros, si bien de forma tentativa y siempre dando la debida importancia a las causas contingentes y los significados producidos discursivamente (Pilgrim, 2015b).

7. La filosofía de proceso

Las ideas de la filosofía de proceso brindan una perspectiva acerca de cómo las influencias causales, reconocidas desde la perspectiva del realismo crítico (entre otras), pueden contribuir al sufrimiento emocional y a los significados asociados. Filosofía de proceso es un término general para una variedad de perspectivas que enfatizan que en realidad nuestro mundo está constituido por cambio e inestabilidad constante. Los filósofos de proceso como Alfred North Whitehead (1929/1978), Suzanne Langer (1967) y Gilles Deleuze (Deleuze y Guattari, 1984) resaltan el carácter dinámico, en evolución constante, del ser. Defienden que deberíamos ocuparnos más de aquello que está ocurriendo que de las entidades estables en apariencia con las que nos topamos. Al fin y al cabo, incluso las cosas más grandes y sólidas, por ejemplo las montañas, cambian lentamente y se erosionan, y en unos cuantos milenios ya no existirán. En referencia a cuestiones más prácticas, el carácter de proceso de las montañas se puede considerar bastante irrelevante, pero una perspectiva de proceso es claramente relevante en psicología. Los humanos somos criaturas intrínsecamente en desarrollo: a lo largo del tiempo vivimos, cambiamos, crecemos y morimos, y nuestras experiencias están constantemente moldeadas por nuestras capacidades psicológicas que también cambian y por el constante despliegue de las posibilidades que nos encontramos y creamos. Los debates han subrayado a menudo las diferencias entre el realismo crítico y la filosofía de proceso, por ejemplo en referencia a su capacidad para incluir las emociones y los sentimientos o su posible dependencia de «leyes» matemáticas (Lawson, 2003; Nelson, 2003). A su vez, ambas filosofías se pueden considerar formas útiles que complementan algunas perspectivas del constructivismo social, porque ambas van más allá del lenguaje y el discurso a fin de incluir las influencias materiales y físicas.

Ambas filosofías se apoyan en nociones de emergencia al intentar entender las relaciones entre los fenómenos materiales y los psicológicos. La emergencia explica que las propiedades de un sistema de nivel superior no se pueden derivar directamente de las de un sistema de nivel inferior (Chalmers, 2006), o, en otras palabras, que el todo es más que la suma de sus partes. Las culturas, por ejemplo, contienen propiedades, como el lenguaje o las normas de comportamiento, que no son propiedades de los individuos sin más, y que no se pueden entender adecuadamente tan sólo en términos individuales. De ahí que se las denominen propiedades emergentes: emergen cuando los individuos que conforman una cultura confluyen en la convivencia de la vida cotidiana.

Desde la perspectiva del realismo crítico, Margaret Archer (2000) propone que mente, conciencia, individualidad, identidad y agencialidad son todas ellas propiedades emergentes. Argumenta que estos fenómenos psicológicos emergen de procesos neurológicos, interpersonales y sociales entrelazados. De forma similar a la perspectiva de la filosofía de proceso, Suzanne Langer (1967) propone que todo el ámbito psicológico es una «fase» de materia orgánica que emerge cuando sus múltiples procesos (fisiológicos, comportamentales…) superan un cierto umbral de intensidad. Usa el ejemplo

de una barra de hierro que al ser calentada se volverá roja. La rojez del hierro no es una cualidad extra que haya venido de otro lugar: es simplemente una faceta del hierro que emerge cuando se calienta lo suficiente. De la misma manera, argumenta Langer, los fenómenos psicológicos emergen cuando los múltiples procesos del cuerpo humano se activan lo suficiente. Más recientemente, la relevancia de la filosofía de proceso para explicar los fenómenos psicológicos ha sido reconocida por la neurociencia (Brown, 1998; Weber y Weekes, 2009).

El realismo crítico también describe cómo los individuos reproducen estructuras sociales y recursos culturales disponibles en sus actos cotidianos y, que en el proceso, a veces las transforman más o menos sutilmente. Margaret Archer (1995) pone como ejemplo las actividades bancarias: la mayoría de las personas que entran a un banco hacen cola para ingresar o sacar dinero, y esto reproduce el «ir al banco» como un fenómeno cultural. Sin embargo, una pequeña minoría comete atracos en los bancos y, en lugar de simplemente reproducir «ir al banco», modifican y desestabilizan esta actividad. Con todo, es prácticamente imposible para los bancos conocer con antelación qué clientes intentarán cometer un atraco y quiénes tan solo usarán sus servicios. Esto se debe a que los muchos procesos relevantes involucrados (materiales, culturales, sociales, económicos, morales, éticos, psicológicos, biológicos etc.) confluyen en formas que, debido a su enorme complejidad y variabilidad dinámica, simplemente no se pueden predecir por completo con anticipación. Esta complejidad es la razón de que haya patrones epidemiológicos amplios de causalidad respecto a las dificultades emocionales y conductuales, pero también es la razón por la qué es totalmente imposible predecir las consecuencias futuras de estos patrones causales en individuos concretos.

La comprensión de que los humanos son criaturas cuyas experiencias y características psicológicas están de forma continua en proceso supone un reto a los modelos relativamente estáticos y las categorías usadas en muchos análisis del sufrimiento. Las distinciones taxativas, frecuentemente establecidas, por ejemplo, entre las influencias sociales, psicológicas y biológicas, se revelan simplistas en exceso. Esto se debe a que —a lo largo del tiempo, estos procesos se entrelazan y se entrecruzan los unos con otros— lo psicológico, lo biológico y lo social se vuelven indisolubles. Desde una perspectiva de proceso, lo que importa no es un cómputo retrospectivo de sus supuestas contribuciones separadas. En cambio, más bien deberíamos ocuparnos más acerca de cómo sus constantes entrelazamientos siempre se combinan, de maneras diferentes, para generar las variadas posibilidades y limitaciones que modelan nuestra experiencia y conducta en todas sus formas.

Así, un énfasis en el proceso reconoce que combinaciones múltiples y cambiantes de influencias generan de forma dinámica distintos patrones de significado y, por tanto, diferentes respuestas. Pero estas respuestas a su vez contribuyen de forma inmediata a la emergencia de un nuevo patrón de significado que moldeará la siguiente respuesta. En otras palabras, lo que nosotros y los demás hacemos ahora moldeará lo que tanto nosotros, al igual que ellos, haremos a continuación. Los significados del sufrimiento y las conductas perturbadoras emergen de procesos múltiples y complejos donde las amenazas se experimentan dentro de relaciones de poder. Al mismo

tiempo, estos significados están también modelados por significados previos. Como mostraremos más adelante, esta orientación basada en el proceso nos permite incluir lo que sabemos sobre los posibles efectos de la adversidad en etapas tempranas. Al mismo tiempo, también permite incluir las posibles consecuencias de los factores actuales (incluyendo las respuestas de la propia persona) que pueden tener la consecuencia de mantener las circunstancias que generan su sufrimiento y las dificultades conductuales.

Aunque hay importantes diferencias entre el realismo crítico y la filosofía de proceso, también tienen similitudes. Respecto a lo que nos ocupa, ambos comparten la insistencia en las conexiones entre la realidad material y la psicológica y el enfoque sobre las propiedades emergentes. En la práctica, coinciden en una noción similar sobre los seres humanos, como sujetos insertos de forma continua en la dinámica de las estructuras sociales y las relaciones. Los principios de la filosofía de proceso se han comparado frecuentemente con los del Budismo, Hinduismo y otras tradiciones no occidentales (Abe, 1975; Brown, 1998; Mesle, 2008), sugiriendo que también tienen el potencial de incorporar influencias transculturales al pensamiento psicológico sobre el sufrimiento. Debido al énfasis en el «devenir en vez de lo que es», y en el proceso en vez de en la sustancia, se afirma que esta perspectiva permite reintroducir los significados, valores y la subjetividad en la actividad filosófica y científica.

8. Perspectivas sistémicas

Las perspectivas sistémicas o familiares ensanchan el foco, desde el individuo a la familia o al grupo social, partiendo sobre la base de que los problemas se localizan en la interacción entre las personas y pueden cumplir una función para todo el sistema. Los trastornos o dificultades pueden ser más frecuentes en los periodos de transición, por ejemplo, cuando los hijos se emancipan. También pueden asociarse a patrones transgeneracionales en las relaciones. La teoría y práctica contemporáneas están influenciadas por el constructivismo social y las formas en las que el lenguaje y los discursos sociales dominantes modelan la naturaleza y la comprensión de las dificultades. Así, los terapeutas pueden interesarse en explorar qué significa ser una «buena madre» o tener un «matrimonio feliz», y cómo estas ideas culturales dominantes se reproducen en una familia o en un sistema particular. También tienen en cuenta el impacto y el significado de otros factores contextuales, como la pobreza y la discriminación, y las maneras en las que las intervenciones de los servicios pueden aliviar o agravar las dificultades. Explicitar más estas influencias ofrece una oportunidad de abrir otros significados, narrativas o formas de relación. De este modo, se puede construir un puente entre las familias y sus contextos sociales y culturales más amplios, aunque la medida de lo que es posible resolver, en referencia a la presión y el estrés de las demandas externas sobre el sistema familiar, sigue debatiéndose. Los terapeutas y los teóricos sistémicos no suelen usar diagnósticos psiquiátricos, aunque se interesan y exploran el impacto y la función de esta categorización en los problemas de las personas. El énfasis se sitúa en explorar los significados de forma abierta y compartida, en vez de expresar juicios o teorías como «expertos» (Dallos y Stedmon, 2014). Algunas

versiones de la teoría y la práctica sistémica han sido influidas por perspectivas feministas y multiculturales (McGoldrick y Vardy, 2008).

9. Las perspectivas espirituales

Las perspectivas espirituales o religiosas de las experiencias inusuales son frecuentes en los países no industrializados y también se dan en occidente, especialmente en la tradición de la psicología transpersonal que integra la teoría psicológica contemporánea con una visión espiritual. Desde esta perspectiva, una crisis de salud mental se puede ver como una «emergencia espiritual» (Grof y Grof, 1991) que, con el apoyo adecuado, constituye una oportunidad de crecimiento y sanación. La consecuencia puede consistir en una transformación de los significados, valores, metas y creencias de la persona, como lo ilustra la vida de Carl Jung entre otras (Jung, 1963). Algunas personas expresan que la dimensión espiritual de la experiencia brinda más espacio y control, una sensación de conexión con el todo y de trascender más allá de la individualidad, que pueden brindar un camino a seguir (Brett, 2010; Jackson, 2010).

La preocupación sobre la espiritualidad y la religión de algunas personas con diagnóstico de psicosis ha llevado a trazar un paralelismo con las experiencias narradas por místicos y líderes espirituales. La investigación sugiere que la capacidad de acceder a estas dimensiones conlleva tanto beneficios, por ejemplo, creatividad, como dificultades (Claridge, 2010). Visto de este modo, estas experiencias son un tránsito potencialmente más positivo por el sendero de la vida que verlas como una enfermedad (Clarke, 2010, 2013; PANUPS, 2011). La campaña «*Emerging Proud*»[16], con origen en el Reino Unido, activa en varios países, es un movimiento social comunitario que lucha por reformular el sufrimiento mental y los estados extremos para que se perciban como un catalizador para el descubrimiento más que para el desmoronamiento. La campaña tiene como objetivo el que se pueda hablar de estas experiencias con seguridad, que podrían tener una significación espiritual profunda para el individuo, sin ser patologizado. Sin embargo, el acceso a esta dimensión más amplia puede acarrear peligros, ya que los límites habituales entre las personas y dentro de ellas, se desvanecen, la sensación de seguridad y certidumbre se pierden y las experiencias anómalas se hacen accesibles. Las organizaciones, como la *Spiritual Crisis Network*[17] (www.spiritualcrisisnetwork.uk), brindan su apoyo a las personas que no están totalmente en contacto con una realidad consensuada para ayudarles a encontrar su camino, de forma segura, a través de esas experiencias. Otras culturas en su propia tradición pueden brindar la ayuda de chamanes y guías

[16] «Emerging proud» se podría traducir como el orgullo de emerger. Es un movimiento social sin ánimo de lucro, que se orienta a «redescribir la locura como un catalizador para la transformación positiva». Su campaña expresa la metáfora de la «oruga que se desvanece totalmente antes de que emerja como mariposa de la crisálida», en referencia a la salida de la crisis y la quiebra personal mediante un proceso de «emergencia» humana, con nuevos significados. Apoya la creación, junto a otras voces, de una sociedad en la que resulte más seguro «hablar de nuestras experiencias extremas sin miedo a que nos digan que hay algo malo en nosotros, o que estamos locos». Véase https://emergingproud.com/. (*N. de los T.*)
[17] Red de crisis espirituales.

espirituales para las personas con sufrimiento extremo, ya que según la visión chamánica estas crisis pueden ser la señal del nacimiento de un sanador (Kakar, 1984).

Investigaciones recientes sugieren que el respeto y el apoyo a la comprensión espiritual puede marcar la diferencia entre un episodio por el que la persona puede transitar o incluso aprender y otro del que es mucho más difícil salir (p.ej., Brett et al., 2014; Heriot-Maitland et al., 2012). Las creencias religiosas pueden ayudar a la recuperación al fomentar sentimientos de esperanza, propósito, de creer en uno mismo y de significado (Heffernan et al., 2016).

10. Perspectivas de liberación y justicia social

Además de estas tradiciones más filosóficas acerca de cómo entendemos la realidad, hay otros enfoques más orientados a la práctica (por ejemplo la «psicología comunitaria») cuyo punto de partida es un reconocimiento explícito del papel de las estructuras sociales, los intereses y el poder a la hora de producir el saber y las prácticas que los apoyan. Se basan en una diversidad de posiciones teóricas, que enfatizan en que el perfil social de los que contactan con los servicios de salud mental o a los que se les imponen estos servicios no es aleatorio. La información pública, o los informes de los medios de comunicación, que indica que los problemas de salud mental afectan a una de cada cuatro personas puede resultar engañosa ya que no es cualquier persona entre cuatro: este porcentaje se encuentra influido, por ejemplo, por el género, la «raza» y, de forma especial, la pobreza. (Se discutirá esta evidencia en detalle en el Capítulo 4).

Los psicólogos y psicólogas comunitarios, los terapeutas interculturales, las terapeutas feministas y otros, que adoptan explícitamente una perspectiva psicológica de justicia social o de liberación, resaltan mucho el impacto de las condiciones materiales (Afuape y Hughes, 2016; Holland, 1995; Kagan et al., 2011; Kareem y Littlewood, 2000; McClelland, 2013; Midlands Psychology Group, 2013; Orford, 2008; Prilleltensky y Fox, 2007; Smail, 2001; Watson y Williams, 1992). También defienden que medicalizar e individualizar el sufrimiento conlleva problemas éticos relevantes. Uno de sus postulados centrales es que debido a que algunos grupos sociales se hallan más favorecidos y, por ello, con más poder que otros, es más probable que intenten mantener ese poder y privilegio mediante una serie de procesos y prácticas que son más o menos injustos. En línea con los enfoques del constructivismo social, defienden que estos conflictos de intereses se oscurecen mediante usos concretos del lenguaje, como cuando se describe a los miembros de grupos desfavorecidos como personas con mayor riesgo de tener «enfermedades mentales» en vez de como personas que padecen más injusticias sociales. Entienden que este tipo de lenguaje o «discurso» médico entrampa aún más a las personas al confundirlas o desconcertarlas sobre las causas reales de su sufrimiento. Por esta razón, la psicología de la liberación hace hincapié de forma especial en la importancia del diálogo entre grupos distintos que refleje de forma crítica su experiencia personal y, mediante este proceso abrir nuevas formas de vernos a nosotros mismos y al mundo que puedan proporcionar nuevas posibilidades de acción. Una figura clave de la psicología de la

liberación y de los enfoques de justicia social en general es el pedagogo brasileño Paulo Friere. Sus ideas fueron recogidas por Ignacio Martín Baro, el psicólogo latinoamericano que argumentó que la psicología debía ser una fuerza transformadora, no una conformista. Para estos influyentes pioneros, y otros inspirados en las mismas tradiciones, la relación entre el sufrimiento personal y la opresión social debe hacerse explícita, y los psicólogos y otros se deben comprometer a permanecer al lado de las personas de los grupos marginalizados y a la acción social (Afuape y Hughes, 2016).

Esta perspectiva comparte con algunas otras perspectivas la premisa de que aquello que puede llamarse «síntomas» son respuestas comprensibles a las situaciones y a experiencias concretas. El énfasis aquí, sin embargo, al igual que en muchos enfoques feministas e interculturales, se sitúa en los «síntomas» como respuestas comprensibles a las desigualdades de recursos y poder, como formas de intentar reducir el sufrimiento que generan o de sobrevivir a la adversidad. Por ejemplo, escuchar voces puede conllevar aliento y apoyo, las creencias inusuales pueden proporcionar significado a una vida que de otra manera no la tendría, la ansiedad y la sensibilidad a las amenazas pueden mantenerle a salvo en una barriada peligrosa, el uso de drogas legales e ilegales puede mitigar el dolor emocional y hacer la vida soportable.

Una implicación obvia es que se debe trabajar mucho más a un nivel de actividad preventiva, política y comunitaria, no sólo en la terapia de uno-a-uno, y que la terapia tiene que incorporar una conciencia «desmitificadora» acerca de cómo los asuntos de poder juegan un papel en las vidas de las personas, a nivel material, relacional y mediante los discursos sociales. En palabras de dos psicólogos comunitarios: «la psicología comunitaria se ocupa, de forma esencial, de la prevención del sufrimiento psicológico. Esto requiere reconocer las injusticias sociales arraigadas y el impacto adverso que tienen en el bienestar y la salud de las personas, y la necesidad de un cambio social y organizacional. Los medios con los que la psicología comunitaria puede contribuir a este cambio tienen que ver con el desarrollo de alianzas con los grupos marginalizados y los intereses comunitarios, de modo que el trabajo colaborativo pueda reparar las desequilibrios y los abusos de poder… En la base de este propósito están los valores principales de la psicología comunitaria que consisten en centrarse en las fortalezas de las personas, tomar una perspectiva global de sus experiencias, trabajar inclusivamente y delegar el poder profesional» (Bostock y Diamond, 2005, p.22).

11. La experiencia y la experticia

Esta perspectiva ha surgido como resultado de varias luchas de los *New Social Movements* (NSM),[18] incluyendo las campañas contra la esclavitud, el colonialismo o los movimientos civiles por los derechos de las personas negras, mujeres, gays y lesbianas y personas con discapacidad. La teoría del punto de vista y estos movimientos sociales se han influido mutuamente al preguntarse sobre quién posee la titularidad de la realidad que se intenta comprender y quién tiene el derecho de hablar y teorizar sobre las experiencias de otros en

[18] Nuevos Movimientos Sociales.

un contexto de desigualdad de poder. Por supuesto, no todos los que pertenecen a estos grupos tienen la misma visión, nos referimos a aquellos que son críticos acerca de cómo otros han entendido sus experiencias. En el caso de la psiquiatría, el NSM pertinente se ha llamado «movimiento de usuarios» o «movimiento de supervivientes», haciendo referencia al haber sobrevivido al sistema psiquiátrico (Beresford, 2010; Campbell et al., 2013; Chamberlin, 1988; Wallcraft, 2013; Wallcraft, et al., 2003). Estos grupos, por supuesto, no están aislados de otros NSM, porque los que son socialmente desfavorecidos están sobrerrepresentados entre los usuarios de servicios.

Como ya se ha señalado, muchas de las críticas del movimiento de usuarios y supervivientes de los servicios se asocian a la naturaleza jerárquica, de-arriba-a-abajo, en la producción del saber en Psiquiatría y Psicología que enfatiza la objetividad, margina la subjetividad y el significado, y que a menudo establece limitaciones estrictas a lo que pueden decir las personas, por ejemplo, mediante escalas de evaluaciones de «síntomas» o cuestionarios con respuestas preestablecidas. Tradicionalmente la perspectiva médica también se ha interesado más por la forma (p. ej., si alguien escucha voces o se siente desdichado de forma continuada) que por el contenido (p. ej., qué dicen las voces exactamente o en qué se siente desgraciado) (Boyle, 1996). Estos problemas se agravan, no sólo por transformar las experiencias y las conductas de las personas en síntomas de un trastorno mental, sino también por la vinculación histórica entre locura e irracionalidad (Foucault, 1967), que hace que aquello que los usuarios de servicios dicen sobre su experiencia pueda considerarse como poco fiable o como una prueba de su falta de conciencia de enfermedad. Por supuesto, los problemas se agravan con el posible diagnóstico y el tratamiento involuntario.

Por lo tanto, una cuestión clave en los movimientos de usuarios y supervivientes de los servicios es quién puede hablar sobre la experiencia de una persona y quién tiene el derecho a decidir, y en base a qué, qué es lo relevante de su experiencia y cómo se debe pensar acerca de ella. Algunos usuarios y exusuarios de servicios de salud mental han argumentado que deberían ser consideradas como personas con experiencia y saber, ya que han tenido experiencias de sufrimiento («expertos en primera persona, al haberlo experimentado»), y que esto debería considerarse como complementario al saber de los profesionales, que lo adquieren mediante una formación académica («expertos por profesión»). Un concepto relevante es el de «injusticia hermenéutica» de Miranda Fricker (Fricker, 2006, 2007) que da cuenta de la injusticia experimentada por los grupos que carecen de los recursos sociales comunes para dar sentido a sus experiencias debido a las relaciones desiguales de poder. Esto puede aplicarse tanto a las mismas expresiones (por ejemplo, la «injusticia testimonial» puede significar que sus teorías son automáticamente objeto de invalidación), como a la capacidad global de la persona para poder confiar en su propio saber y «discrepar de la comprensión distorsionada de su experiencia social» (Fricker, 2006, p.96). Esto puede denominarse «violencia epistémica», una situación en la que un discurso es impuesto a un grupo subordinado y silenciado, facilitando así otras formas de violencia y opresión mayores y más amplias (Spivak, 1988). Fricker muestra que esto puede conllevar gran cantidad de daño secundario, creando

también barreras para la protesta y para cambiar la posición social y epistémica de un grupo marginado.

Aunque muchos de los ejemplos de Fricker se recogen del feminismo, el concepto de injusticia epistémica también se ha debatido en relación a la psiquiatría (Sanati y Kyratsous, 2015) donde se puede aplicar igualmente a las personas que son diagnosticadas como «enfermas mentales» y que, en consecuencia, experimentan una «desigualdad epistémica» o una discriminación estructural en relación con su propio saber, de manera que «todo el mecanismo del significado social colectivo» les silencia de forma eficaz (Fricker, 2006, p.99). El movimiento relativamente reciente «*Mad Studies*» surgió de la necesidad de nombrar, analizar y revertir este proceso (Russo y Sweeney, 2016), ya que, en palabras de Jasna Russo, «Durante siglos han funcionado mecanismos poderosos que no sólo devalúan nuestras historias personales sino también nuestra misma capacidad de entender y dar significado a nuestras propias experiencias» (Russo, 2016, p.61-62).

Cada vez más frecuentemente, los usuarios de servicios hablan, investigan y organizan servicios en nombre propio o también se involucran en la estructura de los servicios profesionales, pero esto no ha sido fácil de conseguir y mantener (Campbell et al., 2013; Hornstein, 2012; Morgan y Felton, 2013; Venner y Noad, 2013; Wallcraft, 2013). Por ejemplo, la *Hearing Voices Network*[19] forma a personas que oyen voces para que sean facilitadores en los grupos de Escuchadores de Voces. Para evitar que se privilegie un tipo de explicación, estos grupos suelen dar información de muchas teorías sobre el sufrimiento, como las biológicas, cognitivas, centradas en el trauma, espirituales etc. También suelen centrarse más en cómo los usuarios de servicios pueden integrar la teoría que elijen dentro de una vida con sentido que en ofrecer una explicación.

12. Las perspectivas feministas

Las perspectivas feministas sobre el sufrimiento de las mujeres se han desarrollado de forma paralela al movimiento de liberación de las mujeres de 1970 y después, y tiene por tanto aspectos en común con los dos enfoques descritos antes. Las perspectivas feministas también han influido para que el realismo crítico y el constructivismo social se apliquen en Psicología. En las cuatro últimas décadas, la teoría feminista ha criticado firmemente el sistema diagnóstico psiquiátrico por patologizar sistemáticamente lo que se consideran respuestas legítimas y razonables de las mujeres ante sucesos no razonables que se dan en contextos sociales represivos, peligrosos y dañinos. Las psicólogas feministas cuestionan la anormalidad como constructo y los sesgos de género del diagnóstico psiquiátrico, defendiendo que son las «patologías» del patriarcado, racismo, clasismo, heterosexismo y el capacitismo[20], la causa de los «trastornos» que las mujeres sufren, no «la enfermedad mental» (Brown, 2000; Caplan, 1987; Chesler, 1972). La psicología de las mujeres y del género

[19] Red de Escuchadores de Voces.
[20] *Ableism* en inglés, hace referencia a la discriminación de las personas en base a sus capacidades reales o atribuidas, o sobre las personas con discapacidad. (*N. de los T.*)

han puesto de manifiesto la larga historia de patologización de las mujeres en la Psiquiatría y la Psicología, considerándolas como menos racionales, menos estables, menos inteligentes, menos maduras y marginalizando las conductas y las experiencias no dominantes. En la práctica, histórica y actual, ello se ha asociado a las funciones reproductivas de las mujeres, incluyendo las «enfermedades femeninas» actuales, como el «trastorno disfórico premenstrual» (Boyle, 1997; Caplan, 1987; Showalter, 1987; Ussher, 1991, 2013). En general, la psicología feminista, influida por la filosofía política feminista, ha defendido que las desigualdades e injusticias de género siguen ocultándose mediante el sistema diagnóstico de la psiquiatría que ubica la patología en el individuo y no en la injusticia social y la opresión, o en las jerarquías poder en base al género y los valores que configuran la vida y la experiencia de las mujeres e impregnan la vida interior (Brown, 2000; Johnstone, 2000; Miller, 1976; Williams y Watson, 2016).

El desarrollo de una epistemología feminista del poder brindó un lenguaje para describir procesos de poder entre grupos dominantes y subordinados que trajo a la luz las maneras en las que las chicas y las mujeres son formadas en la subordinación y la diferencia. También hizo visibles las formas en las que la falta de un marco de conocimiento y comprensión compartido puede dificultar el que las mujeres desafíen estos procesos de poder o incluso enunciar su existencia (Fricker, 2007; Miller, 1976; Smith y Siegal, 1985). Miller esbozó las formas en las que la desigualdad se interioriza, se incorpora lo externo, el modo en que la injusticia y la opresión se pueden llegar a experimentar como fracasos personales, impotencia, sensación de inadecuación o incompetencia, maldad o locura. Estos desarrollos conceptuales y empíricos ayudaron a conformar la base para una mayor comprensión del trauma como resultado de abusos de poder y para revisar los «síntomas», tales como la disociación, el oír voces, las autolesiones o los problemas alimentarios, como estrategias de supervivencia ante situaciones prolongadas de indefensión, estar atrapada y sentimientos abrumadores de vergüenza, terror, tristeza, rabia y pérdida (Courtois y Ford, 2013; Dillon 2011; Herman, 2001). La psicología feminista ha desarrollado también nuevos lenguajes para la experiencia de las mujeres (Gilligan, 1981) y epistemologías que ponen en valor las fortalezas subordinadas de la conexión, la colaboración y la cooperación (Jordan, 2008a, 2008b), y promueven la fortaleza relacional y la resiliencia por encima del individualismo radical y la «resistencia» interior (Hartling, 2008). Las herramientas conceptuales de la psicología feminista, que incluyen la atención tanto a lo material como a lo discursivo, a los procesos de poder y a los sesgos de género en la Psicología y la Psiquiatría, también han ayudado a aclarar cómo las construcciones de la masculinidad son centrales, no sólo para explicar la dominación de los hombres sobre la mujeres, sino también para entender el sufrimiento de los hombres en los sistemas patriarcales.

La crítica feminista a la práctica psiquiátrica condujo al desarrollo de la terapia feminista, que pretendía ser pública y democrática, una terapia radical de iguales (Brown, 2000; Rosewater y Walker 1985); que se considera una parte liberadora dentro un proceso de cambio social más amplio. Una cuestión central de la terapia feminista fue la desmitificación del proceso de terapia y el desarrollo de un modelo de coexpertas, con la misma valía y utilidad, poniendo especial atención a los procesos de poder en la relación. Tanto el significado

personal como las realidades públicas y políticas que conforman este significado se privilegiaron al objeto de abordar la interiorización de la opresión y para validar los actos individuales de valentía y supervivencia. Se consideraba que nombrar los abusos de poder e incrementar el acceso a las bases del poder personal e interpersonal alentaba la fortaleza relacional y la resiliencia (Brown, 2000; Miller, 2008; Watson y Williams, 1992). El desarrollo de la terapia feminista no estuvo exento de críticas. Dorothy Tennov describió la terapia como una «tiranía costosa y no comprobada de una persona sobre otra» (Tennov, 1973, p.107) y la visión de las primeras feministas eurocéntricas fue criticada como heterosexista y centrada en las blancas (Adams, 2015; hooks, 1981; Kitzinger y Perkins, 1993). Esto ha llevado a prestar cada vez más atención a las epistemologías de la diferencia y a las interacciones entre los múltiples sistemas de desigualdad en relación, por ejemplo, a la clase, raza y sexualidad (Addison y Coolhart 2015; Brown, 2009; Crenshaw, 1991). Las relaciones entre la terapia y la acción colectiva se han desarrollado a través de la terapia grupal (Mendelson et al., 2011; Watson et al., 1996), de la acción social (Holland, 1992) y de los proyectos de mujeres radicales al margen de los servicios de salud mental públicos, incluyendo las *Rape Crisis Lines* y los *Women´s Refuges*[21] o refugios para mujeres.

Las perspectivas feministas han influido de forma global al reconocer que el sufrimiento de las chicas y mujeres muchas veces procede de las injusticias y desigualdades sociales y también para el desarrollo de políticas de salud y salud mental que reconocen que la disminución de las muchas desigualdades entrelazadas es posiblemente la intervención más poderosa para reducir este sufrimiento (NICE, 2014; United Nations, 2016; WHO, 2013).

13. Psicología indígena

Aunque en este documento nos estamos ocupando de desarrollar las alternativas en el contexto occidental, hemos resaltado en varias ocasiones la importancia de reconocer la amplia variedad de enfoques sobre la salud de otras culturas. La psicología indígena fue reconocida como una disciplina de propio derecho al establecerse un grupo de trabajo de la División 32 (Sociedad por la Psicología Humanista) de la Asociación Psicológica Americana (APA) en 2010 (Dudgeon y Bray, 2016). Se la ha definido como «el estudio científico del comportamiento y de la mente de los nativos, que no se ha trasladado de otras regiones, y que es diseñado por su propio pueblo» (Kim y Berry, 1993, p.2). Forma parte de una tradición científica que propugna muchas perspectivas pero no muchas psicologías. Así, desafía la idea de principios y enfoques descontextualizados, mecanicistas y universales, y hace hincapié en comprender a las personas en su contexto (Kim et al., 2006). Como tal, resiste a la colonización de los discursos occidentales de la Psicología y la Psiquiatría. En cambio, apoya el valor de las prácticas indígenas de sanación y, con frecuencia, visiones del mundo muy diversas en las que se apoyan (Dudgeon y Bray, 2016; Kim et al., 2006). Estas se pueden basar en una identidad grupal compartida, definida por la relación de uno con la comunidad, la tierra y los antepasados y, en ocasiones, con plantas, animales y otros elementos de la

[21] Línea de Ayuda en Crisis por Violaciones y Refugios para Mujeres.

naturaleza, junto a la conciencia del legado del trauma histórico e intergeneracional (Ocampo, 2010).

14. Las perspectivas narrativas

La narrativa es un tema clave en todo este documento, y como tal se debatirá con más detalle en el Capítulo 3. Aquí, señalaremos que la narrativa y los enfoques narrativos tienen un papel fundamental para enlazar los temas conceptuales que hemos esbozado y para proporcionar alternativas a los sistemas de clasificación y categorización existentes. También subrayamos que los significados personales que creamos son mucho más que algo personal. Un concepto relacionado importante es el dialogismo, la noción de que las historias y narrativas no existen solo en nuestras cabezas, sino que surgen en nuestro diálogo con otros. Estos diálogos dan forma a nuestras identidades ubicándonos dentro de narrativas o discursos sociales más amplios (Bajtín, 1981, véase también los «enfoques cognitivos» descritos antes).

Varias tradiciones filosóficas y teóricas relacionadas han contribuido a la perspectiva narrativa, incluyendo la fenomenología y el constructivismo social. De un modo más general, Jerome Bruner (1986, 1990, 1991) distinguió formas complementarias de pensamiento en la comprensión de la conducta y la experiencia humana, la «paradigmática» y la «narrativa». La primera se ocupa de la lógica y la verdad universal mientras que la segunda explora cómo los seres humanos llegan a dotar de significado a la experiencia. Ambas resultan necesarias, pero ninguna se puede reducir a la otra. Esto enlaza con la diferenciación entre los enfoques positivistas y los interpretativos descritos antes.

Resaltamos que no estamos sugiriendo que alguna de estas perspectivas se deba adoptar de un modo completo para comprender el sufrimiento y la conducta perturbadora desde una perspectiva no médica. Hemos subrayado áreas que se superponen y se diferencian y ninguna de las perspectivas está exenta de crítica. Tomadas juntas, sin embargo, brindan una fuente de ideas, teoría, investigación y práctica extremadamente rica, especialmente al centrarse en la conducta y la experiencia humana, incorporando, unas más que otras, los contextos sociales y políticos y las relaciones de poder en las que se desarrollan.

El cruce de culturas

Un interrogante que siempre ha presentado gran dificultad es la cuestión de cómo entender las expresiones de sufrimiento en los países «en vías de desarrollo» o menos industrializados, a veces denominados en conjunto como el Sur Global. Entendemos la cultura como la serie de creencias, hábitos, costumbres y discursos compartidos por personas que viven próximas en el espacio y en el tiempo (Kenrick et al., 2010) que modelan su forma de pensar,

sentir y estar en el mundo (Jenkins y Barret, 2004). Como tales, se incluye a las subculturas y minorías étnicas dentro de las culturas blancas dominantes.

Como hemos señalado, la clasificación psiquiátrica presenta las categorías diagnósticas como si fueran prominentemente aculturales. Como tal, deberían tener presentaciones similares entre culturas, incluso aun cuando variase la incidencia. Pero no parece que este sea el caso. Incluso en las categorías centrales, como la «esquizofrenia» o el «trastorno bipolar», no sólo hay diferencias en el contenido de los «síntomas», como las voces alucinatorias o las creencias inusuales, sino también en los contextos en los que estas son evaluadas por otros como anormalidades (APA, 2013; Cromby et al., 2013; Littlewood y Lipsedge, 1997). Una forma de responder a esto es diciendo que la «sintomatología superficial» tiene una presentación distinta en distintas culturas. El problema de este argumento, como vimos en el Capítulo 1, es que la «superficie» es lo único que tenemos al trabajar con el diagnóstico psiquiátrico funcional, no hay acceso a (o prueba de) una patología subyacente establecida. Si la presentación superficial es distinta, entonces deberíamos concluir razonablemente que hablamos de un fenómeno diferente. Un problema asociado es la existencia de expresiones culturalmente específicas del sufrimiento que no encajan en las categorías diagnósticas actuales. El DSM-IV-TR (APA, 2000) encaró este dilema añadiendo un apéndice con 25 «síndromes culturales» como el «amok», que se encuentra en Malasia, Indonesia y Filipinas. La CIE-10 (OMS, 1992) tiene una sección similar para los «trastornos específicos de las culturas».

Durante tiempo estos «síndromes culturales» han sido fuente de debate y confusión (Sumathipala et al., 2004), llevando a muchas discusiones no concluyentes acerca de si estas experiencias son realmente manifestaciones de una «enfermedad» occidental como la depresión (p. ej., Okulate et al., 2004). La disciplina de la psiquiatría transcultural ha surgido de los intentos de encontrar conceptualizaciones más apropiadas fuera de las culturas euroamericanas. Pero incluso dentro de este ámbito, las concepciones occidentales normalmente dominan a las locales, incluso aunque los investigadores a menudo sean miembros de la cultura que se estudia, la versión occidental se sigue considerando, en ocasiones, como más válida o «correcta» (Summerfield, 2008; Timimi, 2010). Como dice Derek Summerfield, «la comprensión determinada socioculturalmente de que la gente aporta… algo que parece ser poco más que epifenómenos. Bajo el envoltorio cultural está la psicopatología… lo universal y el problema “real”» (2012, p.6). En esta línea, permanece normalmente implícito que las expresiones de sufrimiento, como las quejas somáticas, que se dice que son más comunes en las culturas no occidentales, son menos maduras o más «primitivas», sugiriendo que «la somatización puede constituir un proceso defensivo en el que el sufrimiento psicológico se expresa mediante quejas somáticas» (Ebigbo et al., 2015, p.312).

El DSM-5 ha intentado abordar los debates en torno a los «síndromes vinculados a la cultura» reemplazando este término por «conceptos culturales del sufrimiento», incorporando tres conceptos relacionados: (1) *síndromes culturales:* «agrupaciones de síntomas y atribuciones que tienden a darse juntos en individuos de grupos culturales específicos, comunidades o

contextos… que son localmente reconocidos como patrones coherentes de experiencia» (p.758). (2) *expresiones idiomáticas del sufrimiento:* «maneras de expresar el sufrimiento que pueden no implicar síntomas o síndromes específicos pero constituyen formas colectivas y compartidas de hablar y experimentar las preocupaciones personales o sociales» (p.758). Un ejemplo puede ser cuando se habla en el día a día de «nervios» o «depresión» para referirse a formas de experiencia diversas pero «sin referirse a una serie discreta de síntomas, a un síndrome o a un trastorno» (p.758). Por último estarían las (3) *explicaciones culturales o causas percibidas del sufrimiento*: «etiquetas, atribuciones o rasgos de un modelo explicativo que indican un significado o etiología culturalmente reconocido para los síntomas, la enfermedad o el sufrimiento» (p.758). El DSM-5 también incluye directrices para una «entrevista de formulación cultural» que pretende facilitar la identificación de estos tres aspectos del sufrimiento y dar una referencia de cuál sería el equivalente más cercano entre los diagnósticos del DSM-5. Por ejemplo el «*ataque»,* un «síndrome» caracterizado por «intensa afectación emocional, incluyendo ansiedad aguda, enfado o pena; gritar y chillar de forma incontrolada; ataques de llanto; temblor; calor en el pecho que sube hacia la cabeza; y volverse verbal y físicamente agresivo» se equipara al trastorno de pánico (p.883).

Así, aunque el *DSM-5* reconoce que «todas las formas de sufrimiento están modeladas culturalmente, incluidos los trastornos del *DSM»* (p.758) está claro que, al igual que en la psiquiatría transcultural en general, la versión medicalizada occidental sigue estando privilegiada. La medicalización implícita en la palabra «trastorno» sigue siendo el modelo predominante y se sigue considerando que los «síntomas» locales se deben traducir a los paradigmas médicos dominantes. La superioridad percibida de esta perspectiva se refleja en la afirmación de que muchos diagnósticos *DSM* pueden haber empezado como «síndromes culturales», pero haberse vuelto «ampliamente aceptados como resultado de su utilidad para la clínica y la investigación» (p.758). En esta línea, la importancia de los «conceptos culturales del sufrimiento» parece residir en dar apoyo a un diagnóstico DSM «correcto», al compromiso y la eficacia de los servicios, y para ayudar a identificar «patrones de comorbilidad y sustratos biológicos subyacentes» (p.759). En general, no se suele reconocer que los diagnósticos psiquiátricos occidentales, basados como están en juicios sociales y culturales sobre pensamientos, sentimientos y comportamientos normativos, son también «síndromes culturales», a pesar de que diagnósticos específicos como la bulimia se han propuesto en alguna ocasión como ejemplos de este tipo de problema (Littlewood, 2002; White, 2013).

El asunto no es tan solo que las premisas sobre el sufrimiento como enfermedad carecen de validez sino que, como hemos explicado antes, los sistemas de clasificación psiquiátricos «están conformados por las nociones actuales de lo que constituye un trastorno real, lo que cuenta como evidencia científica, y sobre cómo debe realizarse la investigación. Son, por excelencia, marcos de la cultura occidental» (Summerfield, 2008, p.992). El diagnóstico psiquiátrico condensa y transmite así una amplia serie de supuestos arraigados en la postilustración. Estos comprenden la separación entre mente y cuerpo, individuo, familia y grupo social, humanos y entorno, privilegiar la «racionalidad» sobre la emoción, la creencia en la objetividad, o la posibilidad

de separar nuestros intereses de los valores, la ética y el poder en la teoría y la práctica sobre los sistemas humanos, dejar al margen las concepciones espirituales o religiosas, y ocultar el rol del significado personal, social y cultural en el surgimiento y la expresión de toda experiencia humana incluyendo el sufrimiento emocional.

Estos argumentos se pueden aplicar también para construir la noción de ser persona en sí misma. Las tradiciones filosóficas y económicas nos impulsan a que nos veamos de ciertas maneras concretas, pero también aseguran que sea efectivamente así como nos experimentemos a nosotros mismos. De forma opuesta, cuando nos encontramos a nosotros mismos o a otros sintiendo, pensando o comportándonos de forma contraria a estas premisas, por ejemplo, (en occidente) expresando emociones muy intensas o hablando de un modo que aparentemente no tenga sentido o siendo conscientes de diferentes «yoes» mediante voces, tendremos mayor tendencia a considerarnos a nosotros mismos y a ser vistos por otros como «locos». En pocas palabras, el diagnóstico puede tener el efecto de «presentar como definitiva la manera actual occidental de ser persona» (Summerfield, 2008, p.336). Estas premisas son modeladas por los discursos sociales dominantes en una sociedad particular. Por ejemplo, se puede dar mucho valor a la cooperación o la armonía con el entorno o al respeto por los mayores. Por el contrario, se ha defendido que la industrialización y el neoliberalismo han llevado a promocionar los ideales del individualismo, la competencia, el materialismo, el consumismo, la racionalidad, la elección y la mercantilización, que pueden oponerse o socavar esos valores. Quienes estén mejor equipados para cumplir estas expectativas en términos de capacidades, recursos y oportunidades, tendrán un menor riesgo de experimentar sufrimiento y «locura» o de ser etiquetados de ese modo. Los que se encuentren fuera de los discursos dominantes tendrán más probabilidad de ser considerados y de experimentarse ellos mismos como «malos» o «locos».

Todo esto se refleja en la inevitable dependencia de los diagnósticos psiquiátricos respecto a los juicios sociales, como comentamos en el Capítulo 1, y muchos críticos han rastreado algunos diagnósticos hasta la norma social que desafían: el «trastorno límite de personalidad» para las mujeres que están enfadadas en exceso, la «depresión» para las mujeres que están agotadas por las exigencias domésticas, la «anorexia nerviosa» como reacción a los estándares irreales de rol e imagen que se colocan sobre las mujeres modernas, el abuso de alcohol y el suicidio para los hombres cuya socialización no les permite expresar la desesperación de otras formas, el «TDAH» para los niños que no encajan en los regímenes educativos, etc. (Bordo, 1996; Lafrance, 2009; Proctor, 2007; Timimi, 2010; y véase el capítulo 4 sobre el género). Estas transgresiones de las normas pueden incluir tanto la sobreadaptación a una imagen ideal como el fracaso en conseguirla. En este sentido Paul Verhaeghe (2012/2014) considera la «psicopatía», el «trastorno de personalidad narcisista» y la «adicción al sexo» como ejemplos extremos de la incorporación de los mensajes culturales. En esta línea, se ha sugerido que el enorme aumento de diagnósticos de «trastornos del espectro autista» y «Asperger» puede reflejar, en parte, las exigencias de las economías altamente industrializadas y orientadas a los servicios para que los empleados de éxito muestren conductas emocionales, como sociabilidad (fingida), calidez,

gratitud, pasión etc., habilidades que no son fáciles para todo el mundo (Roberts, 2015).[22] Al tener en cuenta todo esto, no resulta sorprendente que en muchas partes del Sur Global puedan no existir categorías equivalentes a las experiencias que el DSM y la CIE etiquetan como «depresión», «ansiedad», trastorno de personalidad límite, anorexia, etc. De hecho, la distinción entre pensamiento y emoción puede que ni siquiera se reconozca (Cromby, 2015) y la misma noción de individuo que, de algún modo, existe independiente de su red social puede resultar extraña.

¿Cómo deberíamos entonces entender los denominados síndromes culturales y qué luz arrojan sobre las formas de sufrimiento que nos puedan resultar más familiares? Ethan Watters ha argumentado, basándose en Edward Shorter, que en todas las culturas... «cuando en un momento determinado de la historia, las personas necesitan expresar su sufrimiento psicológico, tienen un número limitado de síntomas para elegir entre un "conjunto de síntomas"» (2011, p.34). Para expresar sus emociones perturbadoras y a veces confusas, recogen inconscientemente una forma de expresión que es una señal de sufrimiento culturalmente reconocida. Los periódicos y revistas hablan de ello, las personas empiezan a pedir ayuda por ello, y en un proceso inconsciente de negociación entre el doctor o sanador y la persona que sufre las percepciones del nuevo problema adquieren una forma. Así, las desviaciones y expresiones del malestar psicológico, se les llame o no trastornos mentales, no existen independientemente de un contexto social e histórico. Otros autores han empleado argumentaciones similares (Littlewood, 2002; Littlewood y Lipsedge, 1997). Este proceso de «negociación», en el que el DSM tiene actualmente un rol fundamental, también puede ayudar a explicar la rápida propagación de ciertas formas de sufrimiento, dentro y entre las sociedades, ya que expresan su desesperación. Lo mismo se aplica a la emergencia transitoria de fenómenos como la «histeria» en la edad Victoriana o a los «viajeros locos» que se veían impulsados a emprender largos viajes por Europa en el siglo XIX (Hacking, 1998).

Lo mismo puede aplicarse a la práctica actual en salud mental, con su conocido escenario de autolesiones, inanición autoimpuesta, cambios extremos del humor, pensamientos suspicaces sobre cámaras o televisiones ocultas, etc. Se puede esperar que estas presentaciones sigan cambiando junto a los significados y a las convulsiones culturales más amplias, así como con los contenidos de los manuales diagnósticos. Esto sugiere la necesidad de un metamarco de trabajo y comprensión que sea lo suficientemente flexible para acoger y respetar las diferencias y significados culturales, y preste atención también a la especificidad histórica y cultural de cualquier expresión del sufrimiento. Esto nos aleja aún más de la universalidad implícita del modelo médico.

[22] Aunque el autismo en sus formas más severas encaja con el perfil de un trastorno del neurodesarrollo de algún tipo, los debates sobre estos diagnósticos son particularmente complejos, véase el proyecto «*Exploring Diagnosis*» de la Universidad de Exeter en http://blogs.exeter.ac.uk/exploringdiagnosis/.

La ética de exportar los modelos occidentales del sufrimiento emocional.

Hay una larga tradición de colectivos blancos dominantes que han impuesto las categorías psiquiátricas sobre las poblaciones indígenas y sus marcos autóctonos de comprensión, incluyendo las poblaciones maoríes de Nueva Zelanda (Cohen, 2014) y las Norteafricanas de Argelia (Keller, 2007). En Europa se han documentado dinámicas similares en Letonia, tras su independencia de la Rusia Soviética en 1991 (Skultans, 2003, 2007). En esta misma línea un desarrollo más reciente es el movimiento *Global Mental Health,*[23] (http://www.globalmentalhealth.org/about/aims). Promovido por la Organización Mundial de la Salud, surge a partir de una serie de artículos en *The Lancet*, comienza en 2008 con el objetivo de extender servicios psiquiátricos en los países con bajos y medianos ingresos, donde en apariencia existe una «brecha de tratamiento» que priva de la intervenciones de salud mental occidentales a la mayoría de la población. Este programa se basa en la asunción de la «enfermedad mental» como problema universal y fundamentalmente de causa biológica (Mills y Fernando, 2014).

Este movimiento no ha escapado de las críticas. Suman Fernando (2010, 2014) y otros (Bracken et al., 2016; Bughra y Littlewoord, 2001; Mills y Fernando, 2014; Sumathipala et al., 2004; Summerfield, 2012) sostienen que la imposición de los modelos dominantes occidentales de desviación social y sufrimiento a otras culturas es caer en la presunción racista de que nuestra visión del mundo es superior, porque es más «verdadera», siendo una sutil, pero no por ello menos dañina, forma de colonialismo. Esta crítica resuena al eco de la exposición realizada mucho antes por Franz Fanon de la relación entre las disciplinas «psy» y el colonialismo en su libro «*The wretched of the earth»* (1963/2001). Del mismo modo, Derek Summerfield rechaza el «imperialismo médico» que contempla a las poblaciones locales como analfabetas en salud mental y necesitada de recibir «educación» sobre conceptos de psicología y psiquiatría occidental (2008, p.336), marginando y proscribiendo los sistemas de conocimiento indígena y las formas tradicionales de sanación (Critical Psychiatry Network, 2014; Davar, 2014). Otros también han señalado el potencial impacto lesivo de importar modelos occidentales de gestión del trauma centrados en el individuo tras el tsunami de Sri Lanka en 2004 (Fernando, 2004; Watters, 2011) así como en las poblaciones de refugiados atrapados en los conflictos bélicos (Bracken et al., 1997).

Si la medicalización oscurece las relaciones entre las adversidades sociales y el sufrimiento emocional en el Norte Global, lo hace incluso en mayor medida en el Sur Global, donde «la pobreza estructural y la injusticia, los conflictos violentos, los patrones climáticos cambiantes, la pérdida medioambiental y los postulados inadecuados para salud, educación y bienestar social promueven un contexto social difícilmente viable para millones de personas» (Summerfield, 2008, p.993). La falta de recursos también implica que la medicalización del sufrimiento en el Sur Global frecuentemente adopta una forma reduccionista y coercitiva, que recurre a elevadas dosis de psicofármacos o Terapia Electroconvulsiva (Davar, 2014; Mills, 2014; Summerfield, 2012), pese a ello,

[23] Movimiento por una salud mental global.

hay ejemplos de colaboración útil entre las culturas como el grupo de apoyo a mujeres supervivientes de genocidio y violencia sexual masiva (Hogwood y Rouf, 2016).

Todo ello no niega que determinadas prácticas locales, tales como las agresiones, los confinamientos o el encadenamiento de los considerados «locos», y que a menudo se asocian con las creencias sobre posesiones o brujería, puedan ser igualmente opresivas (Mills y Fernando, 2014). Pueden darse altos grados de abuso y discriminación contra los considerados «locos» en determinadas comunidades y centros de sanación tradicional, también con frecuencia ligados a interpretaciones culturales en torno a posesiones espirituales y brujería (Mental Disability Advocacy Centre and Mental Health Uganda, 2014). También es cierto que la presión para encuadrar el sufrimiento de un modo que no desafíe a las normas sociales dominantes puede presentarse en todas las culturas, aunque con perspectivas algo diferentes. De cualquier modo el *Global Mental Health Movement* suscita importantes cuestiones éticas en torno a la promoción de conceptos y diagnósticos occidentales y sus prácticas asociadas como una nueva forma de avanzar.

Las consideraciones transculturales también hacen surgir cuestiones epistemológicas importantes. En este documento también rebatimos la asunción de que las cosmovisiones no occidentales tienen poco que ofrecer a nuestro modo de entender el sufrimiento emocional. El hecho de que la medicalización no haya conseguido tasas de recuperación iguales a las que tienen los países no occidentales (Davidson y McGlashan, 1997; Warner, 2004) así como el aumento del sufrimiento emocional en países como el Reino Unido o Estados Unidos podrían sugerir lo contrario. En las próximas secciones se presentarán distintos ejemplos y pruebas de que nuestros cuerpos y mentes no se pueden entender al margen de los otros o de la sociedad donde se desarrollan; que el bienestar del individuo es inseparable de la cohesión y el bienestar global de su comunidad y que esta narrativa es una potente herramienta de sanación. En otras palabras y, en la línea de las asunciones de los diversos sistemas de sanación indígenas, el sufrimiento que los modos occidentales de pensamiento ubican en el interior del individuo puede entenderse mejor como una disrupción del orden social o moral (Fernando, 2004; Summerfield, 2008; Watters, 2011).

Muchas de las alternativas a la medicalización que hemos sugerido previamente son compatibles con esta perspectiva. Por ejemplo, el «constructivismo social» o el conductismo radical han sido muy críticos sobre la perspectiva centrada en las mentes individuales; desde su perspectiva, no resulta sorprendente que los constructos y expresiones del sufrimiento sean diferentes entre las culturas o que experiencias similares se puedan entender de muy diversas formas. La justicia social y los enfoques comunitarios pueden verse como formas de reintroducir algunas de las experiencias comunales compartidas que fueron despreciadas, mientras que las perspectivas dialógicas, interpretativas y fenomenológicas reconocen la centralidad de los significados compartidos de la experiencia y la conducta humana. La psicología de proceso resalta que las culturas poseen ciertas propiedades, como el lenguaje o determinadas normas éticas o de conducta que no se pueden entender solamente como propiedades del individuo, sino que estas

propiedades «emergen» cuando los individuos que conforman esa cultura se relacionan y se juntan en el desarrollo de su vida diaria. Igualmente, estas perspectivas son consistentes con los temas que frecuentemente emergen en los relatos personales y los testimonios de los usuarios de servicios. Esto incluye el desarrollo de un diálogo con otros y así ser capaces de situar las experiencias dentro de un contexto social y político más amplio que las hace válidas y significativas (Dillon, 2009; Dillon y May, 2003; Russo y Sweeney 2016).

Superando la medicalización y el diagnóstico: algunos principios desde perspectivas alternativas

Hemos descrito antes que las alternativas constructivas a las clasificaciones psiquiátricas y diagnósticas necesitan centrarse en aspectos del funcionamiento humano, que fueron marginados por los modelos teóricos procedentes del estudio de los procesos corporales y los objetos del mundo físico. Hemos delineado un número de enfoques alternativos pero sin sugerir que hubiera una respuesta universal. Pensamos que colectivamente nos suministran recursos para desarrollar una nueva comprensión del sufrimiento emocional, de las experiencias inusuales y de las conductas problemáticas y perturbadoras en base a los siguientes principios:

1. Nuestra comprensión de los pensamientos, sentimientos y conductas que se etiquetan como locura, sufrimiento o desviación debe basarse ante todo en postulados filosóficos y marcos teóricos asociados específicamente al estudio de las experiencias y la conducta humana.

2. El comportamiento y las experiencias «anormales» forman parte de un continuo con las experiencias y comportamientos «normales» y se encuentran sujetas a marcos de comprensión e interpretación similares. Esto implica que, salvo que exista una fuerte evidencia de lo contrario, nuestra conducta y experiencias se pueden considerar como respuestas comprensibles a nuestra cultura, historia, posibilidades corporales y circunstancias actuales, pese a que las vinculaciones entre ellas puedan no resultar siempre obvias o directas.

3. La causalidad en el sufrimiento humano y la conducta es probabilística, contingente, sinérgica y configurada siempre por los atributos humanos centrales de agencia y «creación de significado». Por ello, no es posible realizar predicciones precisas sobre el impacto y las consecuencias que tendrán los sucesos y los factores causales.

4. Las experiencias y las expresiones del sufrimiento emocional están posibilitadas y mediadas, aunque no causadas en un sentido simplista, por nuestros cuerpos.

5. Los humanos son fundamentalmente seres sociales y nuestras relaciones dan forma a todos los aspectos de nuestras experiencias y conducta, incluidas las de «sanación» del sufrimiento emocional.

6. Las experiencias humanas de sufrimiento o de conducta problemática o perturbadora, tanto sean descritas a nivel individual como grupal, son inseparables de su contexto material, ambiental, socio-económico y cultural. No hay un «trastorno» aislado a explicar o identificar, donde el contexto se entienda como una influencia adicional.

7. Cualquier forma indígena, autóctona o idiosincrásica de entender el sufrimiento tiene aspectos útiles, aunque no puede existir una «Psiquiatría global» o una «Psicología global». Los patrones del malestar emocional y conductual reflejan los discursos, normas y expectativas sociales y culturales dominantes, incluyendo la misma conceptualización aceptada de ser persona.

8. Las teorías y juicios que permiten detectar, explicar e intervenir en el sufrimiento emocional y la conducta problemática o perturbadora no están exentas de valores o intereses. Siempre necesitamos ser conscientes de las implicaciones éticas y de justicia social de nuestras teorías y nuestras prácticas. Esto no implica que no se pueda conseguir un conocimiento útil y fiable, pero el intento de separar los hechos de los valores resulta altamente problemático.

9. Necesitamos tomar el significado, la narrativa y la experiencia subjetiva en serio. Esto supone dar una posición central a las narrativas de los expertos por experiencia. También implica trazar una amplia gama de métodos de investigación y considerar con un estatus similar a los métodos cuantitativos y los cualitativos, incluyendo los testimonios de los usuarios y supervivientes de los servicios.

10. Se necesita reconocer completamente las implicaciones de justicia social de las comprensiones no médicas del sufrimiento.

Conclusiones

Hemos iniciado este capítulo planteando cuatro preguntas en relación a nuestro propósito de entender el sufrimiento mental y la conducta perturbadora fuera de un marco diagnóstico o medicalizado:

- ¿Desde qué premisas diferentes necesitamos partir o de qué marcos teóricos alternativos podemos valernos para comprender *la conducta y las experiencias de las personas en su entorno social y relacional*, en vez de un (mal)funcionamiento somático?
- A un nivel más amplio, ¿qué patrones han descrito los investigadores que pueden resultar útiles para comprender y aliviar el sufrimiento emocional, las experiencias inusuales y la conducta problemática desde una perspectiva no-diagnóstica?
- ¿Cómo podrían usarse esas pautas y relaciones amplias para configurar patrones más acotados, provisionales y generales que puedan contribuir a nuestra comprensión de las dificultades específicas de un individuo, familia o grupo?

- ¿Cuáles son las implicaciones terapéuticas, sociales, éticas y legales, derivadas de adoptar estas perspectivas no diagnósticas y cómo podríamos abordarlas?

Nos hemos centrado de forma principal en la primera pregunta y hemos considerado un número de marcos y perspectivas potencialmente útiles, todos ellos tienen áreas significativas en común, aunque también diferencias. A partir de ellos hemos sugerido algunos principios y premisas que podrían guiar los enfoques no diagnósticos. Hemos mostrado que necesitamos ir más allá de seleccionar un nuevo modelo a partir de las alternativas existentes. En su lugar, necesitamos revisar todo el amplio espectro de tradiciones y postulados filosóficos, teóricos, históricos y culturales, a menudo sin formular y sin cuestionar, apoyados por una gama de intereses personales, profesionales, económicos, sociales y políticos. Salir de todo esto, que puede denominarse de forma concisa como «mentalidad DSM», es muy difícil, ya que se encuentra profundamente ligada al tejido básico de nuestros pensamientos, sentimientos, identidades y visiones del mundo. Es posible que mediante este cambio se puedan revelar muchos dilemas sociales y éticos que han sido ocultados por la perspectiva actual.

Hemos argumentado que el significado y la narrativa deben jugar un papel central en cualquier nueva conceptualización del sufrimiento que fundamente las alternativas al diagnóstico psiquiátrico. Por lo tanto, antes de abordar las otras tres preguntas restantes, discutiremos estos dos aspectos con más detalle.

Capítulo 3: Significado y narrativa

En este capítulo retomaremos el tema de significado, prestando especial atención al papel central que juega en la experiencia, y también en la expresión y comprensión del sufrimiento. Tras revisar brevemente la manera de entender el significado en la teorización psiquiátrica y psicológica en relación a los problemas emocionales y del comportamiento, analizaremos cómo se crea el significado y cuáles son las limitaciones del concepto «significado personal». Seguidamente, comentaremos las fortalezas del concepto de narrativa que proporciona un lenguaje común para el desarrollo y la comunicación del significado.

Hemos defendido que los significados personales, sociales y profesionales del sufrimiento y del comportamiento problemático se modelan a partir de extensas narrativas culturales, que surgen en los contextos de las relaciones de poder, que producen algunas narrativas del sufrimiento que son culturalmente más aceptables y accesibles que otras. Podemos comprobar que, en las sociedades occidentales industrializadas, estas narrativas a menudo incluyen supuestos profundamente arraigados en torno a la separación mente y cuerpo y entre lo individual y lo social; la priorización de lo racional sobre lo emocional; y la creencia en la objetividad o la posibilidad de retirar los valores, la ética y los intereses en la teoría y la práctica dirigida a los sistemas humanos. Estas asunciones conforman nuestras creencias sobre lo que es ser persona, lo que entendemos por «self» y las relaciones entre el «self», los otros y el mundo material y natural. Estas ideas y creencias, raramente cuestionadas, se hacen patentes en las teorías psicológicas y psiquiátricas dominantes (que en sí mismas pueden considerarse como formas narrativas), y en consecuencia configuran una fuerte vinculación entre los sistemas culturales y los científicos. Así, continuaremos la exposición explorando cómo las nuevas narrativas psicológicas y psiquiátricas del sufrimiento emergen en respuesta a cambios sociales, políticos y económicos más extensos. Trataremos también acerca de la vinculación entre las narrativas individuales y las narrativas culturales más amplias.

La dominancia de ciertas narrativas indica que algunos patrones de dificultad emocional y conductual son culturalmente más aceptados frente a otros que, aunque quizás tengan una evidencia más robusta que son oscurecidos. Esta cuestión se desarrollará mediante la identificación de patrones alternativos de sufrimiento, descritos en el Capítulo 6. En el Capítulo 8 se detalla el papel de la narrativa en la terapia y la recuperación, especialmente cuando se encuentra respaldada por patrones de sufrimiento basados en la evidencia.

¿Cómo construimos el significado?

El proceso de la construcción del significado se inicia en la relación del niño o niña con sus cuidadores. Tal como John Bowlby (1958) afirmó primeramente, estas relaciones serán claves a fin de crear una «base segura» para el aprendizaje. Lev Vigotsky nos proporciona mediante su modelo de internalización una potente explicación sobre cómo aquello que percibimos como personal se construye a partir de lo social (1934/1986). Analiza cómo los niños escuchan el habla en su entorno y lo internaliza de forma gradual, y se

puede apreciar en el modo en el que el niño balbucea sus pensamientos, que, con el tiempo, este balbuceo se convierte en el habla interior (véase también Bruner, 1991). Pero los/as niños/as no solo internalizan el lenguaje, aprenden también las normas culturales: sus símbolos propios, las formas de concebir su self y las relaciones con otros, sus valores, las formas de entender, experimentar y comunicar el afecto. En este proceso de aprendizaje, lo psicológico, lo social y lo biológico son interdependientes (Schore, 2001a, 2001b; Trevarthen, 2011).

Por lo tanto, el significado personal es mucho más complejo de lo que superficialmente parece. En primer lugar, el significado personal es «personal» en el sentido de que pertenece solo a uno mismo, y es distinto al de cualquier otra persona. En cambio, tal y como muestran los trabajos de Vygotsky, a pesar de la privacidad del discurso interno, el lenguaje que utilizamos está estructurado a partir de conversaciones y relaciones sociales previas. Los niños adquieren fragmentos de conversaciones con sus padres, profesores y otros, convirtiéndolos en herramientas metacognitivas que entonces guían su propia actividad.

En segundo lugar, al usar el lenguaje para crear significado, que en su mayor parte no ha sido creado o inventado por uno mismo, sino que ha sido adquirido. El lenguaje se usa de forma personal, pero está sustentado cultural y colectivamente. Cuando usamos el lenguaje para construir un significado personal, necesariamente recurrimos a recursos previamente compartidos. El lenguaje está culturalmente compartido y se entiende como un sistema simbólico para comunicar significados. Al mismo tiempo que aprendemos el lenguaje aprendemos la cultura. Por lo tanto, en la medida en que los códigos aprendidos y las estructuras de lenguaje adquiridas ayudan a conformar los significados que somos capaces de construir, el sentido personal ha sido ya conformado por influencias que escapan a nuestro propio control. Un ejemplo de ello es el hecho de que en las culturas occidentales, los significados asignados a las ideas u «objetos» suelen construirse mediante series binarias (y jerárquicas) de opuestos: «masculino» obtiene un sentido en oposición a «femenino»; cordura se opone a locura, razón a emoción, ser homosexual a ser heterosexual, etc. Jacques Derrida (1978) argumenta que las oposiciones, como las señaladas, junto al sentido que rodea a cada uno de los «polos» y el valor de uno sobre otro, se mantienen únicamente oscureciendo las similitudes entre los dos extremos y atribuyendo solo un número limitado de significados a cada uno de ellos. Cuando aplicamos términos como estos a nosotros mismos o a otros, podemos atribuirles unos significados más rígidos y esencialistas, subestimando o sin apreciar sus peculiaridades culturales e históricas. También podemos incorporar matices indeseados de las palabras usadas.

Sin embargo, el lenguaje no es la única fuente de significados personales. Vivimos en un mundo material de objetos, lugares y situaciones, temperaturas, texturas, imágenes, sonidos y olores. Estos objetos y lugares poseen características, tanto facilitadoras como limitantes, que modelan nuestro potencial para interactuar con ellos y los significados que podemos formar (Gibson, 1979). Sólo conocemos ese mundo material mediante nuestros cuerpos, que se encuentran siempre inmersos en él (Merleau-Ponty, 1945/2002). Por lo tanto, nuestras capacidades para crear significado también dependen de nuestras posibilidades corporales: ver, escuchar, tocar, degustar,

sentir, oler, etc. Estas capacidades no se mantienen homogéneas de una persona a otra: hay una variabilidad biológica, claro está, pero también una sociológica proveniente de diversos hábitos —gustos, estilo, comportamientos, posturas, gestos, etc.— adquiridos corporalmente. Además de regular la forma en la que interactuamos con el mundo, estos hábitos también regulan la manera de percibirlo e, incluso, el sentido que podemos construir a partir de ellos (Bourdieu, 1977; Young, 1998).

Tanto el mundo material como las capacidades corporales, mediante las cuales conocemos y actuamos, nos han sido dados hace mucho tiempo. La distribución habitualmente desigual de los recursos del mundo material, por ejemplo, no es algo que la mayoría de los individuos puedan cambiar; similarmente, las capacidades biológicas, los parámetros sociológicos de nuestros cuerpos no son cuestiones de voluntad o decisión individual. Así como el lenguaje influye en nuestros significados personales en formas que no controlamos del todo, los significados conformados corporalmente al encontrarse con el mundo material no son enteramente elegidos. Tenemos también un control limitado sobre los significados que otros atribuyen a nuestras conductas. Todo esto remarca la importancia de las relaciones de poder en la creación de significados, un aspecto que desarrollaremos en el Capítulo 4.

Sin embargo, la complejidad del sentido personal es todavía mayor, ya que también depende de, al menos, dos importantes factores influyentes: la memoria (Bergson, 1908/1991) y los sentimientos (Langer, 1967). Nuestras experiencias se conforman constantemente mediante recuerdos que proporcionan capas adicionales de significado a todo lo que hacemos: el tono de voz impaciente del dependiente nos recuerda a ese profesor agresivo que tuvimos en la escuela, las fotografías de las vacaciones en la infancia con los amigos nos llevan a aquel tiempo que pasamos con ellos, una canción favorita nos recuerda el momento en que la escuchamos por primera vez. Así, los significados actuales están siempre impregnados de recuerdos y remembranzas, y las experiencias dolorosas o de vergüenza son especialmente difíciles de olvidar (Brown y Reavey, 2015). Los significados de estos acontecimientos no derivan solo de sus características lingüísticas, materiales o físicas, sino que también emergen, simultáneamente, de los recuerdos y emociones para constituir el sentido actual de la experiencia.

El significado se constituye mediante las creencias y los sentimientos, y las reacciones corporales, ya que también las creencias también pueden contener un componente sentimental. La vergüenza, por ejemplo, se constituye al mismo tiempo como un sentimiento y como una creencia acerca de uno mismo, al igual que la humillación, el fracaso, la inutilidad, etc. El miedo, la sensación de estar atrapado, y la desesperanza son emociones corporalizadas que surgen de las creencias sobre la situación en la que se encuentra uno. Esto se opone a la visión, establecida en concreto en algunas versiones de las Terapias Cognitivo-Conductuales, que acepta que podemos cosificar y separar los pensamientos, de los sentimientos y las creencias en «múltiples entidades y procesos aislables… que se activan mutuamente de un modo causal» (Gipps, 2013).

Por lo tanto, el significado personal es siempre un logro complejo de múltiples capas. Se constituye mediante elementos lingüísticos, materiales, sociales,

corporales y psicológicos combinados entre sí para generar un sentido vivido y dinámico de intencionalidad y de ser uno mismo. Sin embargo, cada uno de estos elementos constituyentes se sitúa fuera, al menos en parte, de nuestra capacidad de elección y control. El significado no es únicamente personal, en el sentido que también depende de recursos, objetos y lugares compartidos, y también por el hecho de que no podemos controlar de forma total sus contenidos y sus fluctuaciones. El significado personal, en definitiva, no es nunca una materia de elección individual: es siempre algo que «hacemos y hallamos» al mismo tiempo (Shotter, 1993).

El significado en Psicología y Psiquiatría

Tal y como vimos en el Capítulo 2, diversas escuelas de pensamiento resultan relevantes para comprender el significado del sufrimiento y de la conducta problemática o perturbadora. No obstante, tradicionalmente, la Psiquiatría ha tratado de abordar debidamente el tema del significado. Pero la relación de la Psiquiatría con el significado es también conflictiva al asumir, por definición, que los «trastornos mentales» no pueden ser respuestas con sentido y comprensibles a circunstancias o sucesos particulares (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994, 2013). Esta inherente ausencia de significado sugiere un defecto, una disfunción o una patología interna que justifica el giro hacia un marco médico y la búsqueda de una alteración biológica.

Como hemos visto, las distintas tradiciones de Psicología (clínica o terapéutica) han asumido diferentes perspectivas en torno a la relevancia de la creación de significado y el grado de atención que prestan al tema. Por ejemplo, los relatos subjetivos del significado no forman parte explícita del análisis conductual aplicado, pese a que de forma implícita el significado de una experiencia de sufrimiento y sus circunstancias se consideran el resultado de una historia particular de aprendizaje. En cambio, para la psicoterapia existencial, las cuestiones más profundas sobre el significado de la vida, son un tema central.

La historia de estas distintas tradiciones ha estado muy ligada a cómo han intentado conceptualizar el significado del sufrimiento. Por ejemplo, ¿Su significado es consciente o inconsciente? ¿El significado se ubica en la mente del individuo o en sus relaciones con los otros y en el contexto social? Estas tradiciones a menudo aportan un significado al sufrimiento mediante una metáfora central dominante, típicamente una popular y conectada al momento histórico. Por ejemplo, el psicoanálisis emplea una metáfora hidráulica con sus impulsos, presiones y fuerzas. La primera terapia familiar extrajo de la cibernética la metáfora de la familia como un sistema homeostático, mientras que la psicología humanística promovió la visión de un organismo capaz de sanarse a sí mismo orientado al crecimiento. Donald Meichenbaum (1993) discute las metáforas cambiantes que se han usado para explicar los procesos de pensamiento de las personas en la terapia cognitivo-conductual: condicionamiento (siguiendo el trabajo de los teóricos del aprendizaje); procesamiento de la información (en relación a las estructuras cognitivas como creencias); y, más recientemente, las narrativas constructivas. Para la terapia cognitiva, la metáfora computacional de procesamiento de la información tiene sentido dentro de una cultura que avanzaba hacia la «era de la información». Ya que vivimos ahora en la «era de la narrativa» (Fulford, 1999), quizás no resulte sorprendente que esta se convierta en la metáfora dominante.

¿A qué nos referimos con «narrativa»?

Corinne Squire y sus colegas (2014) definen una narrativa como un conjunto de signos (escritura, sonidos, imágenes, etc.) que transmiten significado. El significado se produce en el movimiento entre los signos, por ejemplo entre las palabras de un relato escrito o entre las imágenes sucesivas de una película. Squire et al., añaden que las narrativas no sólo exponen, sino que también explican, portando significados tanto generales como particulares. Esta es una definición amplia e inclusiva, ya que existen distintos tipos de narrativa incluyendo los «relatos de sucesos ordenados en el tiempo», y «hablar sobre el pasado, o darle un sentido a los estados mentales y a las emociones» (2014, p.6).

En el contexto de la terapia psicológica, Polkinghorne (2004) ofrece una definición útil:

> *Una narrativa es un tipo de discurso que enlaza los sucesos a lo largo de del tiempo y, así, refleja la dimensión temporal de la existencia humana. La forma narrativa captura la noción de que las vidas humanas son «devenires» o viajes en los que las acciones y sucesos ocurren antes, después, y a la vez que otras acciones y sucesos* (Polkinghorne, 2004, p.58).

Los relatos que nos contamos sobre nuestras vidas se pueden entender como la expresión o representación del significado de los sucesos de nuestras vidas, en el transcurso del tiempo. Muchas de estas narrativas hablan de uno mismo y aportan un contexto dentro del cual los acontecimientos de nuestras vidas adquieren un significado: «*El significado de los sucesos vitales se manifiesta a través de su ubicación y su importancia en la trama de la auto-narración*» (Polkinghorne, 2004, p.58). Argumentaremos ahora que el concepto de narrativa puede tender un puente entre los contextos de nivel individual y sociocultural y entre las tradiciones terapéuticas rivales.

La narrativa como un concepto potencialmente unificador

Las metáforas usadas previamente para entender la creación de significado dentro de las distintas perspectivas teóricas y terapéuticas han tendido a ser específicas de cada orientación y no se trasladan de una tradición a otra. Usada inicialmente por terapeutas de corte psicoanalítico (véase Schafer, 1980, 1994; Spence, 1982) y terapeutas familiares influidos por el pensamiento postestructuralista (véase White y Epston, 1990), la metáfora narrativa tiene el potencial de integrar distintas perspectivas de significado (Angus y McLeod, 2004a). Una perspectiva narrativa abre la posibilidad de crear un lenguaje común para entender el sufrimiento y la conducta problemática, un lenguaje que permite aprovechar las visiones de cada una de esas orientaciones distintas (Angus y McLeod, 2004b; Gonçalves y Stiles, 2011). De hecho, la metáfora narrativa ha tenido influencia en múltiples campos como la psicología clínica (Stiles et al., 1999); la psicología de la salud (Crossley, 2000); la psicología social (Sarbin, 1986); en medicina (Greenhalgh y Hurwitz, 1998); en psiquiatría (Lewis, 2014; Roberts y Holmes, 1999; Thomas y Longden, 2013); en psicoanálisis (Schafer, 198in0, 1994; Spence, 1982); y en la psicoterapia (Mair, 1988, 1989; McLeod, 1997). La metáfora también ha sido asumida por la

terapia cognitiva, especialmente en las tradiciones cognitivas influenciadas por el constructivismo norteamericano (Gonçalves y Machado, 1999; Meichenbaum, 1993; Niemeyer y Raskin, 2000) llevando, por ejemplo, al desarrollo de la Terapia de Exposición Narrativa (NET) para el trauma (Schauer et al., 2011).

Pese a que la narrativa brinda la posibilidad de un lenguaje común para comunicar los significados del sufrimiento, las experiencias inusuales y el comportamiento perturbador, una limitación potencial es que cada tradición interpreta la narrativa a través de la óptica de sus propias asunciones teóricas. Así, algunos teóricos cognitivos entienden la narrativa como una forma de representación cognitiva, es decir, relativa a algún tipo de estado interno (Russell y Van den Broek, 1992). De forma opuesta, Jerome Bruner sostiene que una aproximación narrativa se asocia a la «psicología popular», y la define como «la explicación que da la cultura de qué es lo que hace que los seres humanos funcionen» (Bruner, 1990, p.13). Para Bruner y el terapeuta narrativo Michael White (2004), este enfoque, que parte de una tradición que se remonta a William James, se centra en «estados intencionales, como creencias, deseos, intenciones, compromisos» (Bruner, 1990, p.14) antes que en conceptos relacionados con estados internos o rasgos. Estos estados intencionales reintroducen cuestiones referentes a la agencia humana en las narrativas (White, 2004), mientras que las narrativas del estado interno son más estáticas y corren el riesgo de separarse del contexto social. Además, al entender las narrativas solo como historias lingüísticas se puede correr el riesgo de perder la perspectiva de cómo se viven y se corporalizan las narrativas.

Un concepto asociado es el dialogismo. Hace referencia al modo por el cual el lenguaje y el pensamiento (ya que el «pensamiento» se puede concebir como lenguaje interno) son dialógicos más que monológicos, como discutimos en el capítulo 2. En la tradición de la modernidad occidental tendemos a considerar el lenguaje como un medio transparente y a percibir las ideas con un carácter monológico: una voz única expresa una idea que puede entenderse sin que tenga una referencia de contexto. Sin embargo, para el teórico ruso de literatura Mijaíl Bajtín (1981, 1984) el lenguaje es inherentemente dialógico. Así, por ejemplo, una idea está siempre en diálogo con otras ideas estableciendo un contexto para las ideas sucesivas. Dentro de esta tradición, la característica «infinalizable» hace referencia a la noción de que una persona nunca podrá ser completamente entendida, y el significado nunca queda definitivamente fijado, porque siempre se van a poder expresar nuevos significados. Un ejemplo de ello puede verse en el «Diálogo Abierto» donde un pequeño equipo de profesionales se reúne con las familias para debatir en las crisis de salud mental. Más que intentar desarrollar una única narrativa monológica, el equipo busca entender distintas posibles interpretaciones de los sucesos mediante la conversación:

> *Es en las singularidades de los intercambios entre las personas, y en ese momento, donde el significado se desarrolla, no dentro de cada cabeza particular, sino más bien en el espacio interpersonal entre ellas (Seikkula y Arnkil, 2006, p.108).*

Un aspecto potencialmente útil de la metáfora narrativa es el de tender puentes sobre la división entre los niveles del análisis individual y el sociocultural. Como

vimos en el capítulo 2, el constructivismo explora cómo las personas desarrollan la construcción de significado individual pero, como los constructivistas sociales nos recuerdan, surge de, y está moldeada por, construcciones sociales más amplias. A este tema nos dirigimos ahora.

Narrativas personales y narrativas culturales

Mientras que la literatura dedicada a la psicoterapia se focaliza, en un primer momento, en las narrativas aportadas por los individuos, estas están siempre situadas dentro unas narrativas culturales más amplias. En el intento de dar sentido a nuestras vidas, incluyendo las experiencias de sufrimiento, ya sean las nuestras o las de otras personas, nosotros «elegimos» las narrativas entre aquellas que se encuentran culturalmente disponibles. Como señala la escritora feminista Jill Johnston, nuestras autonarraciones son «lo que tú dices que eres, de acuerdo con lo que ellos dicen que puedes ser» (1974, p.68). Johnston señala en este punto el hecho de que no todas las narrativas son valoradas del mismo modo. Retomaremos la cuestión del poder más adelante, pero primero desarrollaremos brevemente los nexos existentes entre las narrativas personales y el contexto sociocultural.

Una narrativa puede ser construida por individuos, parejas, grupos pequeños, familias, grupos grandes y comunidades (Denborough, 2008; Freedman y Combs, 2009; White, 2003). Como se ha comentado al inicio de este capítulo, los sistemas simbólicos empleados por los individuos para construir el significado, incluyendo, por ejemplo, el lenguaje, proceden de una cultura que existente previamente (Bruner, 1990). Nuestros significados no se desarrollan en un vacío social. Cuando los constructivistas sociales hablan de la construcción social del self (p. ej. Gergen, 2011) se refieren a este proceso. Además, los individuos no solo recurren a la cultura para construir sus significados, sino que estamos influenciados por cómo nuestro entorno responde a nuestras autonarrativas emergentes, tal como se reconoce en algunas prácticas terapéuticas contemporáneas, como en la perspectiva del equipo reflexivo (Anderson, 1991), la terapia narrativa (p. ej. White, 2000) y el Diálogo Abierto (p. ej. Seikkula y Arnkil,2006), como veremos en el Capítulo 8.

En realidad, estamos inmersos en narrativas, y toda cultura posee sus mitos y tradiciones míticas. En las sociedades contemporáneas de occidente, los viejos mitos religiosos y populares coexisten con los mitos técnicos y tecnológicos más modernos; así, en nuestra era tecnológica actual hablamos de «memes» más que de mitos. Las tecnologías modernas de la comunicación permiten a las culturas difundir sus mitos a otras culturas mediante, por ejemplo, anuncios y medios populares como libros, películas y programas de televisión. Davies y Harré (1990) describen el proceso por el que los individuos se posicionan a sí mismos ante otros y ante narrativas culturales más amplias. Estas narrativas posicionan al narrador de una forma particular. Por ejemplo, las narrativas culturales de la enfermedad pueden incluir significados militaristas, morales o cuasi-religiosos (luchar valientemente en la batalla contra el cáncer; conseguir un certificado de buena salud; realizar una cura milagrosa; tener fe en tu doctor, etc.). Esto hace que ciertas posiciones, que implican identidades y acciones, estén disponibles (y otras menos disponibles) para distintos tipos de actores, como «doctor» y «paciente». Para Davies y Harré, este tipo de

posicionamientos no se hacen necesariamente de un modo intencional; más bien, fluyen a medida que vamos dando cuenta de nosotros mismos.

¿Cómo iniciamos el aprendizaje de estas narrativas culturales? Tal como hemos indicado antes, los niños y niñas no sólo aprenden acerca del lenguaje, el pensamiento y los vínculos relacionales, sino también las normas particulares de su cultura. ¿Posee esto una noción de afecto y emoción, y si es así, cómo se expresa y a quién? Tomemos el ejemplo del amor romántico. En las culturas occidentales y en muchas otras, estamos imbuidos por narrativas de amor a través de la literatura de ficción, películas, revistas y periódicos, sitios web de citas, series de televisión, telenovelas y anuncios, óperas, obras de teatro, etc. De igual modo, al hablar del género y de la «casi imposible tarea» de la educación no sexista, Cordelia Fine (2011) se pregunta «¿Cómo pueden los niños ignorar el género cuando continuamente lo ven, escuchan, se visten, duermen y comen de acuerdo a él? (p.238). Además, al aprender las normas culturales también se aprende implícitamente qué tipos de conductas se consideran que infringen esas normas.

Dado que las culturas no comparten las mismas nociones sobre la mente, el self y las emociones, es excesivamente simplista decir que todas las culturas tienen una noción de la locura. Sin embargo, todas tienen una idea de qué clase de conductas se consideran que rompen las normas y las costumbres sociales. En el siguiente apartado, mostramos un ejemplo de los procesos mediante los que estas normas se consagran en las narrativas culturales en torno a lo que se considera locura o desviación.

Narrativa, sufrimiento y poder: la consagración de las normas culturales

En el trabajo del filósofo francés e historiador del pensamiento, Michel Foucault, el poder se asocia íntimamente asociado conocimiento o saber. Nikolas Rose (1985), basándose en el trabajo de Foucault, ha descrito, por ejemplo, el desarrollo de un «complejo psicológico» que hace referencia al desarrollo de determinadas disciplinas como la Psicología o la Psiquiatría (por ejemplo, en las áreas de salud, educación y bienestar) que entienden los problemas sociales de modos específicos, que generan nuevas formas de lenguaje, y que, a su vez, legitiman el rol de estas profesiones para abordar estos problemas. Uno de los aspectos clave en este nuevo tipo de saber psicológico es que ha establecido una serie de normas sociales. Una norma puede definirse como «la que es socialmente aceptable, estadísticamente representativa, científicamente correcta y personalmente deseable» (Rose, 1999, p.76). Transgredir estas normas tiene como consecuencia la vergüenza social. Los estándares sociales y las expectativas no son, obviamente, algo nuevo, pero, en contraste con las antiguas formas más evidentes de poder, estas formas de poder modernas y menos visibles, en parte, consiguen sus efectos estableciendo nuevos modos de conocimiento —reclamando con frecuencia un estatus científico— que, a su vez, crean nuevas normas. Entonces, las personas asumen formas de autovigilancia a través de un amplio espectro de conductas, características personales, deseos y logros, comparándose a sí mismas, de forma rutinaria, con estas normas implícitas y se identifican a sí mismas como inadecuadas, deficientes o patológicas cuando

se desvían de las mismas. Este tipo de autovigilancia tiene importantes consecuencias para el sufrimiento psicológico (véase el Capítulo 4).

Podemos ver el funcionamiento de esta forma de poder cada día en las declaraciones de los anuncios publicitarios, en los artículos de los medios de comunicación, etc., que continuamente nos incitan a compararnos con los estándares ideales de la cultural, que a menudo son contradictorios. Por ejemplo, debemos comer alimentos saludables y evitar la obesidad, pero sin centrarse tanto en la comida como para desarrollar un «trastorno de la alimentación». Los padres deben estar emocionalmente presentes para sus hijos, pero sin caer en el error opuesto de sobreproteger o «entrometerse». Fracasar en el logro de estos estándares nos aboca a la vergüenza y ello se ve reforzado por una industria de la autoayuda altamente rentable que además nos sigue animando a mejorar y nos explica cómo hacerlo (LaRosa, 2013; Rimke, 2000). El desarrollo tecnológico ha incrementado las muchas maneras con las que podemos asumir la vigilancia de nosotros mismos y de los otros mediante las redes sociales, las aplicaciones de los móviles, etc. Un efecto de ello es el fenómeno cada vez más frecuente de personas que se autodiagnostican o diagnostican a familiares antes que los profesionales de salud mental se hayan implicado. Se puede decir que la globalización ha incrementado el alcance de estas formas de poder basadas en el saber.

Las narrativas diagnósticas que forman parte de este proceso pueden darse tan por sentado que las normas culturales implícitas son parcial o completamente invisibilizadas. En un fascinante estudio, Daniel Leising y sus colegas (2009) intentaron visibilizar las asunciones que apuntalan los criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad. Elaboraron una serie de enunciados que eran los opuestos a cada uno de los 79 criterios de la versión DSM-IV de esta categoría. Los estudiantes clasificaron estos enunciados en agrupaciones similares. El análisis reveló la «personalidad sin trastorno» implícita que reflejaba las asunciones normativas del DSM-IV. Las agrupaciones se etiquetaron de la siguiente manera: «ser autosuficiente e independiente»; «tener confianza en sí mismo, pero de un modo realista»; «llevarse bien con los otros»; «tolerar la incertidumbre y la imperfección»; «mirar por el bien de las personas»; «ser convencional»; «tener autocontrol»; «conectarse emocionalmente con los otros y tratarlos bien»; «disfrutar de las relaciones sociales y de las actividades»; «ser confiable»; ser «sexualmente moderado», etc. Presentados de este modo, los criterios de la personalidad «normal» implícita son muy similares a una guía moderna de urbanidad.

Por estas razones los críticos han defendido que los diagnósticos son en esencia simples juicios realizados por miembros de la comunidad que se perturban ante determinadas conductas que transgreden las normas y que, especialmente en momentos de crisis, desean que ese juicio sea certificado por un profesional (Coulter, 1973; Pilgrim y Tomasini, 2012). De este modo, las atribuciones de alteración mental emergen por razones sociales: algunos de nosotros, en algún momento, experimentamos sufrimiento, o lo provocamos en otros, y este sufrimiento frecuentemente se asocia a la capacidad de la persona para actuar de la forma en la que los demás esperan de ella o en lo que ella espera de sí misma. Desde esta perspectiva, el diagnóstico específico es menos importante que el aval profesional de «anormalidad» o «enfermedad», que puede servir a numerosas funciones, incluyendo la

evitación del dolor interpersonal, protegiendo a todas las partes de la vergüenza y la culpa (Sctorr, 1973a), y defender las normas y valores sociales.

Por lo tanto, las narrativas culturales codifican diversas normas sociales, que se aprenden ya desde la infancia y más adelante, que reflejan también los cambios de las narrativas en una cultura concreta. Estas normas están íntimamente ligadas al poder, y se ha señalado, desde hace tiempo, que las narrativas más dominantes y accesibles en una cultura reflejan las relaciones económicas y culturales presentes en cada sociedad particular (p. ej., Marx y Engels, 1845/1947). Las normas y los discursos sociales pueden ser difíciles de identificar para los individuos; como Hagan y Donnison (1999) dijeron: «pueden considerarse que forman la estructura misma de nuestra existencia… salirse de estas expectativas y "reglas" resulta extremadamente difícil. Son el escenario del mundo social en el que vivimos… y de este modo operan a un nivel *inconsciente*» (p.130; énfasis en el texto original). Paul Verhaeghe (2012) ha descrito el neoliberalismo como la nueva «gran narrativa» de nuestro tiempo, y como tal, difícil de cuestionar a causa de su dominancia. Sugiere que, como cualquier cambio mayor en la narrativa social, sus efectos se manifiestan a través de la emergencia de nuevas identidades que reflejan sus valores. En el Capítulo 2 discutimos cómo la implementación de las políticas económicas neoliberales incluía poner en valor las nociones del individualismo autónomo, el materialismo, el consumismo, la racionalidad, la elección y la responsabilización (por ejemplo, cuando se invita a la gente a asumir la responsabilidad de resolver sus propios problemas). Los que se desvían de estos requerimientos o quienes, por ejemplo, dependen de otros (o son interdependientes), los que no valoran tanto los bienes materiales y no se identifican principalmente como consumidores, aquellos que actúan «irracionalmente», los que evitan elegir y quienes «no asumen responsabilidades» debido a sus problemas pueden ser avergonzados debido a su fracaso al no alcanzar estas normas. Incluso, pueden ser públicamente criticados por su fracaso (Garthwaite, 2011).

La influencia del poder en las narrativas se puede visibilizar no solo en su incrustación en las ideas actuales dominantes de una sociedad, sino también en formas que no se encuentran accesibles o valoradas de un modo igual; solo por el hecho de que una narrativa exista no significa que esté legitimada o sea valiosa. Cuando en occidente la homosexualidad se encontraba patologizada de un modo más intenso que en la actualidad, las lesbianas y los gays a menudo sólo tenían acceso a una narrativa cultural que los identificaba como desviados/as y, hasta hace relativamente poco, como enfermos mentales que necesitaban tratamiento. La posición social de cada uno puede también determinar a qué narrativas tiene acceso, por ejemplo, como consecuencia de la educación recibida.

Es evidente que el funcionamiento negativo del poder nunca tiene un éxito completo en reprimir las narrativas alternativas. Basta con pensar en el poder de los testimonios de los expertos en primera persona, en la historia del movimiento de usuarios de servicios (Crossley y Crossley, 2001), y sus críticas a las ideas y las prácticas dominantes en salud mental. Foucault sostiene que el poder nunca es completamente represivo, sino que «donde hay poder, hay resistencia» (Foucault, 1979, p.95). Así, aunque se puedan dar narrativas dominantes sobre el sufrimiento que lo presentan como un trastorno

descontextualizado, hay narrativas alternativas que colocan las experiencias vitales en una posición central. De hecho, estos discursos siempre han estado presentes como testimonios marginales en la historia de la Psiquiatría (Scull, 1979). Sin embargo, el funcionamiento del poder limita su accesibilidad. Por ejemplo, son pocos los usuarios de los servicios que conocen la existencia de modelos no diagnósticos para entender su sufrimiento y además es improbable que vayan a encontrar estos marcos alternativos en los medios de comunicación o en los servicios de salud mental.

Además, no es una tarea fácil adoptar una narrativa diferente. David Smail (2004) ha criticado la idea de que «los constructos sociales se pueden reconstruir o deconstruir a voluntad». Hace referencia a esto mediante el ejemplo del «voluntarismo mágico» definido por Joshua Gunn y Dana Cloud (2010) como:

> *… una comprensión idealista de la agencia humana en la que un sujeto puede satisfacer sus necesidades y anhelos simplemente a través del cumplimiento de deseos y la manipulación de símbolos, sin que sean relevantes las restricciones estructurales y las limitaciones materiales* (Gunn y Cloud, 2010, p.50).

Donald Polkinghorne también señala que existe un límite a los tipos de narrativas propias que podemos desarrollar:

> *Así, aunque los pacientes pueden reescribir sus historias vitales, no pueden simplemente elegir cualquier historia para sus vidas; los pacientes se encuentran limitados a las revisiones que pueden aplicarse a los acontecimientos actuales de sus vidas* (Polkinghorne, 2004, p.59).

La ubicación de una persona en el orden social y el acceso a las fuentes intelectuales, emocionales, relacionales y económicas —fuentes que se distribuyen de forma desigual en muchas sociedades— influyen en cómo alguien puede asumir una narrativa particular. Así, como Ian Parker señala, «la gente «construye» discursos, pero no las condiciones discursivas de su propia elección» (1992, p.32)

Acerca de la vergüenza

El análisis anterior ofrece una perspectiva sobre el sentido de vergüenza que a menudo se siente al recibir un diagnóstico psiquiátrico, en contraste a la reacción ante la mayoría de diagnósticos asociados a los problemas de salud somática. Tal como dijo una persona, «Digamos únicamente que padezco una situación de vergüenza, de veras» (citado en Warnen, 2004, p.193). La vergüenza ha sido calificada como la más social de las emociones, y también la más escondida e «inconfesable» (Frost, 2016). Sentimos vergüenza cuando nos juzgamos a nosotros mismos en base a la posible desaprobación ante la mirada de otros, y funciona como un poderoso regulador social que promueve o censura determinadas creencias, experiencias y comportamientos. Teniendo en cuenta las raíces del diagnóstico psiquiátrico en las normas sociales, podemos entender que cierto grado de vergüenza resulta una respuesta prácticamente inevitable, ya que el mensaje implícito y normativo que llevan de estas etiquetas dice «Tu grupo social considera que tus pensamientos, sentimientos y acciones están fuera de lo aceptable, razonable o comprensible». El ser humano es fundamentalmente un ser social, cuya

supervivencia, tanto física como psicológica, depende de otros y, por lo tanto, ser excluido, en este caso, del grupo «normal» puede conformar una experiencia devastadora (véase el Capítulo 4). Por tanto, la atribución de un diagnóstico psiquiátrico se vive a menudo como una profunda herida en la identidad de la persona (Goffman, 1963; Scheff, 1966). Del mismo modo, el efecto autosilenciador de la vergüenza puede impedir abrirnos a la aceptación de otros que quizás encaran en secreto la misma emoción. Sin embargo, si, tal como hemos argumentado, el diagnóstico psiquiátrico se basa en realidad en juicios sociales, y no médicos, la estrategia tradicional de combatir la vergüenza con campañas antiestigma basadas en los supuestos de «una enfermedad como cualquier otra» está destinada al fracaso, tal como lo confirman las evaluaciones (véase el Capítulo 8): sabemos cuándo estamos expuestos a la vergüenza social.

Hasta ahora hemos argumentado que la metáfora narrativa tiene el potencial de proporcionar un lenguaje común para el entendimiento y la comunicación de los significados del sufrimiento y los comportamientos problemáticos o perturbadores. Hemos explorado cómo se basan y se configuran las narrativas personales a través de narrativas culturales más amplias, y cómo estas narrativas incorporan las normas culturales, que inducen a evaluarnos a nosotros mismos mediante ellas, con la posible consecuencia de sentir vergüenza social cuando no se alcanzan los ideales culturales. El ejercicio del poder influye tanto en el dominio cultural de las narrativas particulares como en la distribución de recursos que permiten a las personas acceder a relatos diferentes y representarlos. Sin embargo, las culturas no permanecen fijas, están en constante cambio, y con ellas cambian también las narrativas sobre el sufrimiento y las conductas problemáticas. De hecho, el DSM de la *American Psychiatric Association* ha realizado ya cinco extensas revisiones en 60 años. En línea con esta especificidad cultural, Corinne Squire y sus colegas, defienden que existen «limitaciones sociales e históricas acerca de dónde y cuándo se pueden entender las narrativas y por quién» (2014, p.6). En el siguiente apartado, continuaremos con la discusión acerca del poder centrándonos en alguna de las formas en las que las narrativas culturales del sufrimiento cambian con el tiempo.

El cambio cultural en el vocabulario del sufrimiento

Hemos visto que, en relación a las dificultades emocionales y conductuales, algunas de las narrativas dominantes y culturalmente más accesibles y valoradas son aquellas que transforman los problemas de la vida, que con frecuencia se asocian a alguna desviación de una normal social valorada, en problemas médicos individualizados. A menudo se las denomina narrativas individualizantes y patologizadoras, porque se basan en la teoría y la práctica de la medicina, y, de forma más general, en lo que Kenneth Gergen (1990) ha denominado «vocabularios del déficit». Algunos de los estudiosos más antiguos tendieron a ver estas narrativas como el resultado de la dominancia de la profesión psiquiátrica, pero en la actualidad esa explicación quizás resulte demasiado reduccionista, ya que pasan por alto las formas en que las narrativas culturales del sufrimiento y la conducta problemática cambian con el paso del tiempo, incluidas las narrativas médicas, a menudo en consonancia con otros cambios de mayor amplitud en la sociedad. Esta visión también pasa

por alto la realidad de que las narrativas psicológicas del sufrimiento pueden ser igualmente individualizantes y patologizadoras. (Desarrollamos este punto de forma breve en el Capítulo 2, en relación al ascenso de la política económica neoliberal.) Donald Light (1991) argumentó también que la dominancia profesional está moderada y configurada por los poderes, incluyendo la regulación gubernamental, la actividad pública y los medios de masas, los intereses corporativos, etc., lo que llamó «poderes compensatorios». También Joan Busfield (2010, 2012) utilizó este concepto.

Nikolas Rose (2006) ha realizado observaciones parecidas en relación al aparente incremento actual de la tasa de diagnósticos psiquiátricos, instando a la necesidad de reconsiderar no sólo el papel de los médicos y las compañías farmacéuticas, sino también el de las presiones y los incentivos que conducen a la implementación de estos diagnósticos y su «tratamiento» con fármacos. Por ejemplo, en relación al aumento constatado de diagnósticos de «depresión» reportado, observando el incremento de la prescripción de antidepresivos año tras año, Rose asegura que esta categoría se trata de un «complejo problema-solución», que:

> *«de manera simultánea juzga el estado de ánimo frente a los estándares deseados, encuadra los malestares de una determinada manera, los convierte en un problema que requiere asistencia, establece un marco de clasificación que permite nombrarlos y definirlos, traza un patrón de afectos, cogniciones, deseos y juicios, redacta una narrativa sobre sus orígenes y destino, le da un significado, identifica las autoridades que podrán hablar y actuar sabiamente sobre todo ello y prescribe algunas respuestas» (Rose, 2006, p.480).*

De esta manera, Rose entiende la construcción de la «depresión» como «modos de hacer para que ciertos aspectos de la existencia sean inteligibles y practicables» (2006, p.480). Afirma que resulta demasiado simple considerar a los que buscan ayuda como sujetos pasivos que responden a los mensajes patologizadores de las compañías farmacéuticas y de los profesionales. Por el contrario, propone un proceso más sutil en el que:

> *«Las compañías exploran y registran las experiencias de incomodidad de los individuos, las vinculan a promesas de solución mediante sus fármacos, e integran todo ello en unas narrativas que den a estos tratamientos un sentido y un valor» (Rose, 2006, p.480).*

Rose sostiene que «al comprometerse con estas imágenes y narrativas, con las esperanzas, ansiedades y descontentos que las configuran, los individuos tienen su propio papel en la medicalización de los problemas de la vida» (2006, p.480). Delinea un proceso de transición desde la construcción del self psicológico, habitado por creencias, deseos y conflictos, a principios de los años 60 del siglo veinte, hasta un self neuroquímico, un «individuo somático», en los últimos años del siglo XX e inicios del XXI. Paul Verhaeghe (2012) maneja una temática similar en su relato acerca del giro que se aleja del foco del progreso social hacia el proyecto del «individuo perfeccionable», que debe trabajar primero su mente (por ejemplo, a través de distintas terapias), y después ocuparse de su cuerpo a través de una amplia gama de industrias como la de la belleza, la dieta, el ejercicio y la cirugía plástica. Tal como él indica, «Mientras tanto, la sociedad ha sufrido muchos cambios sin que lo notemos: estamos todos mucho más centrados en nosotros mismos» (p.74).

Otro ejemplo de los efectos sociales de las narrativas dominantes sobre el self puede observarse en el uso cada vez mayor de un discurso sobre el riesgo cuyos efectos pueden verse, por ejemplo, en relación a las evaluaciones de peligrosidad de los individuos o en la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental, respaldando así el desarrollo de las perspectivas de «detección temprana» junto a una serie de conceptos asociados a la individualización como la «resiliencia» (Harper y Speed, 2012; Rose, 1998). Tal como Derek Summerfield indica,

> «*En un cambio trascendental, el concepto de persona en la cultura occidental ha llegado a enfatizar no la resiliencia sino la vulnerabilidad, con la «emoción» como protagonista. Esto tiene sus raíces en el modo en que la mirada médico-terapéutica ha llegado a dominar las descripciones cotidianas de las vicisitudes de la vida y el vocabulario del sufrimiento. En lo que se ha llamado "la cultura de la terapéutica", los ciudadanos son invitados a entender un amplio espectro de experiencias de la vida con un riesgo inherente y susceptible de hacerlos enfermar… Cuantos más recursos se destinan a los servicios de salud mental, más parecen necesitarse, un proceso de apariencia circular*» (Summerfield, 2012, p.3).

Resumiendo, las nuevas narrativas (medicalizadas) del sufrimiento emergen y se mantienen a causa de que crean poderosos conjuntos de significados que, como vimos en el Capítulo 1, sirven para una variedad de funciones sociales, psicológicas, políticas e ideológicas, aunque también tienen importantes limitaciones.

Los estudios sobre la emergencia de las narrativas psiquiátricas realizados por autores como Michel Foucault (1967) y Andrew Scull (1979) (véase también Sass, 1992; Warner 2004), han defendido que los grandes cambios sociales y económicos asociados a la industrialización o, en otras palabras. el cambio de una sociedad fundamentalmente agrícola y rural a una industrial y urbana, marcaron un hito importante en la evolución de los supuestos cotidianos sobre qué comportamientos se pueden tolerar y qué se define como «normal». Además de estas obras más generales, existen actualmente varios estudios sobre diagnósticos psiquiátricos específicos que llegan a conclusiones similares: que las narrativas de sufrimiento son moldeadas por fuerzas sociales más amplias. Allan Horwitz y Jerome Wakefield (2007) por ejemplo, han escrito sobre cómo las experiencias de tristeza se han convertido en la categoría «depresión» y las experiencias de miedo se han transformado en la categoría ansiedad (Horwitz y Wakefield, 2012). Por otro lado, Derek Summerfield (2009 y Ethan Watters (2011) han rastreado la emergencia del «trastorno de estrés postraumático». Estos procesos de transformación narrativa no son solo cambios en las etiquetas, son más fundamentales e integrales: hacen accesibles nuevas maneras de justificar, relatar, comunicar y, finalmente, de expresar y experimentar el sufrimiento y la conducta problemática y perturbadora.

El diagnóstico de neurastenia, desarrollado a finales del siglo XIX y principios del XX, ofrece un sorprendente ejemplo histórico de la emergencia de estas narrativas y su relación con las fuerzas sociales (Schuster, 2011; Showalter, 1987). Originalmente descrita como «nerviosismo americano», el diagnóstico

fue rápidamente adoptado por los médicos ingleses y se convirtió en una explicación popular para las frecuentes tensiones, estrés y agotamiento de la fuerza nerviosa, asociado a un período de rápido cambio social, que incluía la urbanización, la inmigración, el aumento de la educación y la independencia de las mujeres, la competitividad en los negocios y en el mundo social, la industrialización y el desarrollo de la ciencia y la tecnología. En una metáfora consonante, el cuerpo se entendía como una especie de máquina impulsada por la energía del sistema nervioso. A las personas que experimentaban diversos síntomas difíciles de describir como cefaleas, dolores musculares, ansiedad, irritabilidad, insomnio y apatía se les explicaba que su sufrimiento tenía origen en una falta de energía, que era un efecto secundario de los cambios sociales, y se les diagnosticaba de «neurastenia». La nueva enfermedad tenía matices positivos; David Schuster muestra cómo «no solo señala la presencia de malestar… sino que indicaba también la presencia de una mente activa, un carácter competitivo, un amor por la libertad, en resumen, la quintaesencia americana» (p.104). Esto en referencia a los hombres. Las mujeres neurasténicas eran favorablemente comparadas respecto a las «histéricas» y se las consideraba como «cooperadoras, distinguidas y cultas» (Showalter, 1987, p.134). Tanto en hombres como en mujeres, la neurastenia era una enfermedad de la clase media blanca, que al mismo tiempo, reforzaba los roles de género. Los hombres eran más susceptibles a la misma cuando pasaban demasiado tiempo en casa y, en Estados Unidos, frecuentemente se curaban al ser enviados al oeste a retomar actividades más tradicionales, como montar a caballo y dedicarse a la ganadería. Al contrario, a las mujeres que pasaban demasiado tiempo fuera de casa se les recomendaba tomar «curas de descanso» de cuatro a seis semanas en cama, con la prohibición de moverse, sin siquiera leer, como se describe en el clásico de Charlotte Perkins Gilman «*El tapiz amarillo».*

Este análisis muestra cómo la «neurastenia», que describe experiencias reales de agotamiento, fue un constructo cultural que reflejaba las ansiedades y las presiones de la modernidad. Fue definido en términos propiamente americanos, industrialistas y protestantes que ensalzaban como virtudes la competitividad, la energía y el trabajo duro y, de este modo, jugó un papel en reforzar estos aspectos en el carácter nacional (masculino). A la vez, reforzaba el *status quo* manteniendo los roles de género y medicalizaba la lucha por la supervivencia ante las nuevas presiones y demandas sociales.

Un siglo después, una serie de estudios observacionales de Vieda Skultans (2003, 2007) han rastreado la introducción de la narrativa medicalizadora en Letonia, en los años posteriores a su independencia de la Rusia Soviética en 1991. La vida bajo la ocupación Soviética era dura y un cierto nivel de sufrimiento era prácticamente universal. Esto típicamente se expresaba con términos como «sufrir de los nervios» o afectación nerviosa, un estado de salud que se veía como un efecto de la opresión política bajo la normativa rusa. Así «preguntar sobre los nervios de una persona era, y todavía es, una invitación a contar una historia vital… El discurso de los nervios enmarca a los pacientes en el contexto del pasado de su historia compartida y sus circunstancias sociales» (Skultans, 2003, p.2423). Las personas describían lo que sus nervios habían pasado, qué habían experimentado o sobrevivido, soportado o sufrido. «Hablar de los nervios, de forma simultánea... señala hacia el exterior, ofreciendo una manera de entender el mundo y su importancia subjetiva, y señala

reflexivamente también hacía uno mismo, revelando su naturaleza y sus valores particulares» (p.2423).

La rápida introducción de la economía de mercado creó más o distintas dificultades e inseguridades, mientras que a su vez la traducción del CIE-10 al letón introducía en el país unos conceptos diagnósticos a modo de «trastornos» previamente desconocidos. Skultans describe cómo estos nuevos discursos médicos, promovidos por las compañías farmacéuticas, redefinieron las dificultades de las personas en sus hogares y lugares de trabajo como déficits y fracasos individuales:

> «*La carga de la injusticia económica y la exclusión social se experimentan como formas personales de dolor, pero desde la clínica se categorizan como diversas formas de trastorno: depresión, trastorno de pánico, ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo, por nombrar algunos. En efecto, estos términos son signos de fracaso social… El movimiento desde lo somatoforme a los trastornos psicológicos y en particular a la depresión representa la internalización de un acrecentado sentido de responsabilidad de las circunstancias vitales de uno mismo, pese a las escasas oportunidades de cambiarlas. Así, el cambio en las subjetividades no es tan solo una respuesta a conceptos que cambian, sino el reflejo de la experiencia en un tipo distinto de mundo social» (Skultans, 2003, p.2430).*

Skultans documenta cómo las consultas psiquiátricas se alejaban rápidamente de las circunstancias vitales de las personas dirigiéndose hacia la «construcción de entidades nosológicas» y a las acciones que debían que tomarse en relación a ellas. Así, hubo una transformación «desde el proceso y el contexto hasta las categorías: de los verbos a los nombres» (2003, p.2427).

Las implicaciones psicosociales de las narrativas del sufrimiento

Hemos observado que las narrativas personales de sufrimiento se construyen y mantienen no solo en respuesta a los cambios de las condiciones sociales sino también de acuerdo con las narrativas que culturalmente se encuentran más accesibles y más privilegiadas; de forma habitual, en la cultura occidental, son las narrativas medicalizadas. Leo y Lacasse (2008) por ejemplo, han documentado el rol de influencia de los medios para garantizar el acceso a la teoría del desequilibrio químico de la «depresión», a pesar de que no tenga una evidencia que la respalde. Como hemos visto en los Capítulos 1 y 2, estas narrativas tienen potencialmente muchos efectos negativos. Generalmente, actúan para dar forma y reformar las nociones del self, lo cual es especialmente problemático en el ámbito transcultural, dado que las construcciones del self son muy distintas. El desajuste resultante puede ilustrarse con algunos ejemplos breves.

La exploración de McGruder's (2004), acerca de cómo se manifiesta la «esquizofrenia» (sic) en diferentes culturas, explica que en Zanzíbar, el sentido del self es mucho más permeable y el cuerpo, la mente y el espíritu no se ven de forma separada. Así, las personas con frecuencia experimentan que se sienten habitadas por espíritus que las visitan, pero, en oposición al pensamiento psiquiátrico ortodoxo, esto no se entiende como algo anómalo en

sí mismo. En realidad, las normas sociales locales animan a la calma y a la conducta reservada y sin confrontación, a pesar de que a veces estos espíritus son ruidosos, groseros, temperamentales y egoístas (McGruder, 2004). Las explosiones emocionales resultantes se explican habitualmente como una forma de locura debida a la posesión de un espíritu. Claramente, las nociones muy distintas de ser uno mismo o de la individualidad en Zanzíbar han supuesto un dilema para los investigadores que intentan asimilar estas experiencias al concepto occidental de «esquizofrenia».

Los Iban de Malasia no tiene equivalente para el concepto psiquiátrico de «trastorno del pensamiento» porque no hacen una distinción clara entre pensar (en el sentido internalizado de la cultura occidental) y hablar (Barret, 2004). De hecho, su comprensión se aproxima más a lo propuesto por los teóricos dialógicos mencionados en el Capítulo 2. El médico antropólogo Robert Barrett describe su esfuerzo para explicar a los Iban lo que quería decir con pensamiento, puesto que ellos «…tienen una noción más corporalizada e interaccional del pensamiento… el equivalente más cercano a la noción del pensar occidental se experimenta como surgiendo desde la región del corazón y el hígado, y está íntimamente ligada a la emoción, el deseo y la voluntad» (p.96). Concluye que sus preguntas presuponen «un concepto cultural occidental de identidad, que otorga un lugar privilegiado a la vida mental interna como un rasgo definitorio de ser persona… que se reconoce como localizado en el cerebro, y… que se experimenta como descorporalizado» (p.99). En la misma línea, Cromby (2015) remarca que no todas las culturas «hacen una distinción taxativa entre lo cognitivo y lo afectivo» (p.3) y, más aún, que hay emociones específicas de una cultura que no tienen un equivalente exacto en ninguna otra.

Como hablamos en el Capítulo 2, uno de los efectos de la globalización de las narrativas medicalizadas occidentales es que tienden a colonizar las construcciones indígenas; en otras palabras, suplantan y obscurecen las otras narrativas posibles (Mills, 2014; Watters, 2011). Es importante señalar que las narrativas psicológicas y psiquiátricas están implicadas en dicho proceso de colonización (De Vos, 2012), tal como ya vimos en el debate previo sobre los lazos entre el individualismo y la política económica. De manera similar, la mayoría de las psicoterapias occidentales parecen estar fundadas en nociones del self que, en contraste con algunas culturas no occidentales, asumen procesos de pensamiento internos e individuales, que se pueden separar de los sentimientos y los cuerpos sobre los que se dice que influyen.

Finalmente, uno de los efectos más dañinos de las narrativas medicalizadas e individualizantes es la marginalización de significados que potencialmente vinculan el sufrimiento con las experiencias vitales adversas. Para las personas que luchan para sobrevivir a las presiones ideológicas y las contradicciones de las sociedades occidentales modernas, un diagnóstico puede ofrecer lo que ha sido descrito por la socióloga Lauren Berlant como «optimismo cruel»; en otras palabras, la adscripción a una idea que promete mucho (comprensión, curación, etc.) pero que en realidad se convierte en un obstáculo para lograr satisfacer las necesidades y las aspiraciones (Berlant, 2011). En términos generales, las narrativas médicas del sufrimiento tienen implicaciones profundas en la agencia, la subjetividad, en las construcciones del self y los nexos de unión entre todas ellas y los temas de justicia social.

Sin embargo, y teniendo en mente las advertencias de David Smail, las narrativas también juegan un papel central para restaurar la agencia, el significado y la esperanza mediante un proceso de «renarración». Roy Schafer (1980), al indagar en su estudio sobre la narración en el psicoanálisis, argumenta que uno de los resultados clave de la psicoterapia es contar de nuevo una narrativa «de manera que permita entender los orígenes, significados y significantes de las adversidades actuales y hacerlo de una manera que genere un cambio viable y alcanzable» (p.42). Este proceso puede tomar distintas formas dentro y entre las culturas, incluyendo las formulaciones, las terapias y los documentos terapéuticos, los debates en los grupos de apoyo mutuo, trabajos de arte y literatura, rituales comunitarios y ceremonias de definición[24], y otras (Harper y Spellman, 2013; Hughes y Afuape, 2016). Como ejemplo de esto último, Michael White (1995) menciona el estudio de la antropóloga Barbara Myerhoff (1982) sobre la comunidad de ancianos judíos americanos, en la que a la narración comunal de historias se da respuesta mediante las reflexiones de otras personas acerca de esas historias, llevando así a múltiples interpretaciones de la narrativa original. Ella describió estas narrativas comunales como «ceremonias de definición», un proceso en el cual las identidades de los ancianos eran transformadas continuamente. Así, la construcción de una identidad se convierte en un logro público y social en lugar de uno privado e individual.

Muchos de los relatos de las personas usuarias de servicios o supervivientes, que pueden o no incluir a la terapia formal, son ejemplos de este proceso en acción (p. ej., Dillon, 2010; Geekie et al., 2011; Grant et al., 2011; Hornstein, 2011; Johnstone, 2014; Longden, 2013; Romme et al., 2009; Waddingham, 2013). En palabras de la superviviente Beth Filson, «Ser capaz de contar tu propia historia, no la historia de la enfermedad, sienta las bases de un nuevo contexto social, uno en el que las personas locas se observan bajo una nueva luz… En parte, sanar es algo que ocurre cuando resignificamos nuestras vidas» (Filson, 2016, p.22). Además, como la superviviente y activista Jacqui Dillon señala, «El distintivo de una sociedad responsable y de los servicios responsivos es la voluntad de compartir la responsabilidad colectiva de estas experiencias, de honrarlas, apoyarlas y aprender de ellas a todos los niveles» (Dillon, 2010, p.79).

Esto se discutirá en más profundidad en los Capítulos 6 y 8.

Significado y narrativas, una visión general

De esta deliberación han surgido varios puntos importantes, entre los que se incluyen:

- Para los humanos el significado es ineludible, es un aspecto central de nuestra experiencia corporalizada del mundo. El «significado personal» no es nunca totalmente personal, sino que surge de elementos lingüísticos, materiales, sociales, corporales y psicológicos; y al menos parcialmente supera nuestras capacidades individuales de elección y control.

[24] Ceremonias de definición, hace referencia a una modalidad de terapia narrativa en la que un individuo comparte su historia de vida y experiencias en un foro estructurado ante un público más amplio, para que ambas partes (el individuo y el público) reflexionen en base a sus historias de vida y lo que se comparte. (*N. de los T.*)

- Las narrativas se pueden interpretar como portadoras del significado de nuestras vidas a lo largo del tiempo y de las culturas. Al igual que el «significado personal», la narrativa nunca es algo simplemente personal, sino que es una estrategia humana omnipresente a nivel individual y comunitario para dar sentido, encontrar patrones o aceptar aspectos fundamentales de nuestra experiencia, tales como el tiempo, la causalidad, el cambio y el sufrimiento.
- Las narrativas culturales, incluyendo las narrativas del sufrimiento, constituyen una manera de comunicar los valores, normas, asunciones y expectativas de cualquier sociedad dada. Esto se hace extensivo a la construcción de la noción de identidad, y por tanto a cómo nos experimentamos a nosotros mismos como personas.
- Las narrativas culturales del sufrimiento y el comportamiento problemático y perturbador reflejan, y surgen como respuesta a, los cambios en las condiciones sociales, con frecuencia actúan manteniendo aspectos del orden social existente o apoyando aspectos de un orden social emergente. Definen qué tipos de sufrimiento se consideran como locura, desviación o «anormalidad» a la vez que configuran su experiencia y su expresión.
- Algunas narrativas son socialmente más visibles y se encuentran más accesibles, dado que disfrutan de un mejor estatus social que otras, y resaltan ciertas formas de ver el mundo y obscurecen otras. Esto a menudo refleja las relaciones de poder en la sociedad y el importante rol que desempeñan algunas narrativas en sustentarlas.

¿Cuáles son las implicaciones para las alternativas al diagnóstico psiquiátrico? El diagnóstico no es una descripción sobre la que se pueda construir de forma fácil una gama de narrativas. Más bien, el diagnóstico por sí mismo incorpora una narrativa poderosa sobre la naturaleza y las causas de las experiencias problemáticas y perturbadoras, sobre los tipos de patrones que pueden encontrarse entre ellas, y sobre cómo y quién puede identificar y aliviar estas experiencias. La narrativa diagnóstica se fundamenta en analogías con la enfermedad somática pero, más allá de esto, se basa en supuestos sobre la naturaleza objetiva y la universalidad de los «trastornos mentales», y sobre la culpa y la responsabilidad, la racionalidad y el significado (o la ausencia del mismo). Asigna un rol secundario a la esfera social, como origen de los «desencadenantes» o los «estresores», y ofrece una particular construcción de la persona, a menudo como biológicamente distinta y vulnerable, como alguien que se ha convertido en… «sin intención o actividad propia… en un escenario donde operan procesos de causa-efecto impersonales y dañinos» (Jacobs y Cohen, 2010, p.312).

Versiones de esta narrativa son las predominantes en la cultura de las sociedades occidentales y cada vez más en todo el mundo. Esto se ve facilitado por el acoplamiento entre la narrativa diagnóstica y la narrativa de la cultura occidental del self. Pero, la presentación de estas narrativas como si estuvieran basadas en el saber científico y la experiencia profesional tiene un poderoso efecto que marginaliza las alternativas. Dado que las afirmaciones científicas juegan un rol tan importante en estos procesos de marginalización, es necesario llevar a cabo un escrutinio cuidadoso de sus evidencias. Como hemos visto, ello trae a la luz serios problemas en relación a las narrativas diagnósticas del sufrimiento. Tenemos que preguntarnos entonces acerca de la

evidencia de las alternativas, especialmente la de aquellas que conciernen a los aspectos de las dificultades emocionales y sus orígenes, y que se han hecho menos visibles por las narrativas diagnósticas. Y, ya que la narrativa y el significado son de una significancia fundamental en todas las experiencias humanas, podemos esperar que jueguen un rol central en las formas alternativas de conceptualizar y aliviar la locura y el sufrimiento.

Los tres próximos capítulos unificarán lo expuesto hasta ahora sobre los problemas del diagnóstico y la medicalización, los fundamentos conceptuales de las alternativas, y la importancia del significado, al objeto de analizar la evidencia empírica relevante para desarrollar alternativas a la medicalización y el diagnóstico. Como hemos resaltado, esto requiere recurrir a postulados y marcos teóricos apropiados para entender el comportamiento y la experiencia de las personas en sus ambientes sociales y relacionales, en lugar del (mal) funcionamiento de sus cuerpos.

Comenzamos volviendo a uno de los propósitos principales del diagnóstico médico, como una forma de entender cómo han surgido los problemas y quejas de alguien mediante su «cotejo» o comparación con patrones basados en la investigación. Hemos visto que el diagnóstico psiquiátrico no puede hacer esto. Por lo que, recurriendo a teorías e investigaciones más apropiadas, mencionamos ahora la segunda pregunta expuesta en el Capítulo 2:

- Al nivel más amplio, ¿qué patrones han descrito los investigadores que pudieran ser útiles para entender y aliviar el sufrimiento emocional, las experiencias inusuales y el comportamiento problemático y perturbador desde una perspectiva no diagnóstica?

Comenzamos (en los Capítulos 4 y 5) debatiendo patrones amplios en relación al contexto social y la biología, antes de usarlos (en el Capítulo 6) para elaborar un marco conceptual basado en patrones probabilísticos, basados en la evidencia y patrones influenciados culturalmente que puedan apoyar la construcción de narrativas, tanto en los escenarios de autoayuda como en los servicios. Tras una presentación de las respuestas de los usuarios de servicios a este marco conceptual, discutiremos su potencial para otros propósitos atribuidos al diagnóstico psiquiátrico, incluyendo la indicación de intervenciones, la toma de decisiones sobre el acceso a prestaciones y servicios, como guía para la puesta en marcha y el diseño de servicios, para los juicios legales, como base para la investigación, y para orientar las políticas de salud pública y social.

Capítulo 4: El contexto social

Las siguientes secciones se centran en la segunda de las cuatro preguntas que necesitamos considerar al alejarnos de los postulados que subyacen en las perspectivas médicas:

- A un nivel más amplio, ¿qué patrones han descrito los investigadores que pueden resultar útiles para comprender y aliviar el sufrimiento emocional, las experiencias inusuales y la conducta problemática desde una perspectiva no-diagnóstica?

En este capítulo, debatimos la investigación que relaciona el contexto social y los problemas emocionales y de conducta antes de centrarnos en el rol de la biología en el Capítulo 5.

Introducción

Hay abundante evidencia, que debatiremos en detalle en las secciones siguientes, acerca de que las circunstancias vitales de las personas juegan un papel fundamental en el desarrollo y el mantenimiento de los problemas psicológicos, emocionales y conductuales (se muestra más evidencia en el Apéndice). Entre los factores más importantes se encuentran: la clase social y la pobreza, la desigualdad de recursos, el paro; el abandono y el abuso sexual, físico o emocional en la infancia; la violencia sexual y la doméstica; la pertenencia a grupos sociales desfavorecidos; la guerra y otras situaciones que amenazan la vida; el *bullying*, el acoso y la discriminación; y las pérdidas significativas, como la de un padre en la infancia.

Hay evidencias de larga data, estables, y que incluye a distintos países (p. ej., Friedli, 2009; Wilkinson y Pickett, 2010; OMS, 2000, 2013). Recientemente, los investigadores han tratado de describir «vías» que conectan las experiencias negativas con los efectos emocionales o conductuales, en parte al objeto de explicar por qué no todo aquel que experimenta una adversidad tiene problemas más adelante. Algunas de estas investigaciones se han centrado en los elementos cognitivos, como por ejemplo el papel mediador de los esquemas cognitivos o los estilos de respuesta negativos. Estos comprenden la hipervigilancia, la disociación, la autocrítica y la culpa, la insatisfacción corporal, la vergüenza, la desesperanza, los vínculos inseguros, el ánimo bajo, el locus de control externo, y los estilos de afrontamiento como la rumiación o la supresión del pensamiento. Indicadores como estos median entre una gama de adversidades, como el maltrato y el abuso en la infancia, la violación y el aislamiento social, y una gama de efectos, que incluyen sentimientos de depresión y ansiedad, problemas alimentarios, escucha de voces y expresar creencias muy inusuales (Bebbington et al., 2004; Bentall et al., 2015; Gander et al., 2015; Kinderman et al., 2013; Sitko et al., 2014; Tasca et al., 2013; Wickham et al., 2014).

Esta investigación es fundamental para resaltar la importancia del contexto social y para sugerir cómo se podría «actuar» psicológicamente con las personas. Sin embargo, comparten algunas de las características que analizamos en el Capítulo 2, en referencia a la investigación dentro de un

marco positivista, que pueden limitar su utilidad para entender las dificultades emocionales y conductuales.

- Gran parte de la investigación se basa en el diagnóstico psiquiátrico, con todos los problemas de fiabilidad y validez que hemos tratado antes. Se incluye a las personas en el estudio solo si reúnen los criterios establecidos para una categoría particular. Así, las personas cuyos problemas no logran cumplir los criterios o que experimentan problemas «mixtos» son excluidas, mientras que a su vez las personas asignadas a una categoría pueden presentar muchos «síntomas» de otra categoría. Esto puede llevar a declaraciones engañosas sobre las relaciones entre los factores sociales y los diagnósticos específicos, y a perder información importante.
- En esta investigación, también la naturaleza del «contexto» puede resultar problemática. Puede que se la considere como eventos vitales negativos o estresores, traumas o adversidades, pero a menudo se define de modos restrictivos y cuantificables según criterio de los investigadores, que pueden excluir factores sociales, culturales o simbólicos más amplios. Con frecuencia, la investigación adopta de un modo explícito o implícito un marco de vulnerabilidad-estrés, cuyos problemas ya se expusieron en el Capítulo 1. En algunas versiones de esta perspectiva, se considera que las vulnerabilidades subyacentes son genéticas o biológicas, y que el contexto juega un papel secundario, el de precipitador de un trastorno mental de base biológica. Una versión que entiende las adversidades en la infancia como influencias en el desarrollo cerebral, que crean una hipersensibilidad a los estresores ambientales (Fowler et al., 2006; Goodman et al., 1997; Sedeli et al., 2012; Warner, 2000). En otras versiones, que incluye a muchas de las «líneas» de investigación, las «vulnerabilidades» se consideran como características psicológicas individuales, tales como percepciones, creencias, disposiciones o déficits, que pueden descubrirse y medirse objetivamente. Estas características surgirían de las adversidades previas e influenciarían la respuesta a las experiencias posteriores.
- Gran parte de estos estudios confían en la cuantificación y la medición de las relaciones estadísticas entre variables discretas. Esto puede tener un gran valor para determinar relaciones entre aspectos como recibir un diagnóstico psiquiátrico y, por ejemplo, la situación laboral, los ingresos, o determinados sucesos vitales; pero como vimos en el Capítulo 2, resulta menos adecuado a la hora de entender las complejidades del comportamiento y las experiencias en la esfera social.
- Irónicamente, estos marcos destinados al estudio del contexto social han contribuido a soslayarlo. En las versiones biologicistas de la vulnerabilidad-estrés esto sucede de manera obvia, cuando retira nuestra atención de las vidas de las personas y la dirige a sus cerebros. Pero también la idea de las vulnerabilidades psicológicas es limitante, especialmente si consideramos que los esquemas, las disposiciones, las estrategias y los déficits de afrontamiento son características personales independientes y estables, y son la causa de que una persona responda de una forma particular a un ambiente social que permanece «ahí fuera». Estos problemas se agravan debido a que no se presta atención, no sólo a los aspectos sociales y económicos de un contexto más amplio, sino tampoco al significado personal y las formas en que está moldeado socialmente.

- También resulta irónico que la investigación que podría haber tenido como objetivo una mayor especificidad (que *este* elemento del contexto se vincula a *ese* diagnóstico o que *esta* trayectoria desemboca en *ese* trastorno mental) ha enfatizado justo lo contrario (véase más adelante). Ya expusimos antes un problema principal del diagnóstico psiquiátrico: que contiene una gran heterogeneidad dentro de las categorías y que se solapan entre ellas. Algo que podría categorizarse como «todos sufren de todo». La investigación centrada en el contexto social ha añadido otra dimensión que se puede caracterizar como «todo causa todo»; cada tipo de adversidad parece incrementar el riesgo para una amplia gama de problemas y, de manera similar, cada tipo de factor mediador se asocia a una gama amplia de consecuencias. Aunque esto pone de manifiesto la complejidad para esbozar cualquier patrón cuando se quiere entender el sufrimiento emocional y psicológico y la conducta problemática, no supone un problema para las perspectivas no diagnósticas. En cambio, resalta la necesidad de una perspectiva distinta para pensar sobre el contexto social y la respuesta de las personas al mismo.

Una perspectiva alternativa en cuanto al contexto

Algunas de las relaciones más sólidas entre el contexto social, el sufrimiento mental y la conducta problemática se asocian a los elementos que, en términos generales, reflejan la desigualdad social. Esto no resulta sorprendente ya que además de las consecuencias materiales de la desigualdad, hay una fuerte evidencia que respalda que los humanos, como cualquier otro animal, son extremadamente sensibles y responden a las jerarquías sociales y a su posición en ellas.

El término «desigualdad social» a menudo se usa, de forma popular, para referirse a las desigualdades en los ingresos o en la riqueza, pero tiene un significado mucho más amplio que abarca las diferencias de poder y privilegios. Como señalan Jennie Williams y Gilli Watson (1988), las dimensiones de la desigualdad social son también jerarquías de dominancia que limitan y restringen a algunas personas al mismo tiempo que privilegian a otras. Las desigualdades sociales no están simplemente «ahí fuera» sino que son elementos que impregnan e invisten nuestra identidad. Este impacto psicosocial de la desigualdad está mediado por prácticas e instituciones sociales en las que los «marcadores» de desigualdad suelen incrustarse profundamente. Estos dos elementos de contexto social, su identificación con las desigualdades de poder y derechos, y la interacción dinámica y constante entre la psicología individual y las prácticas y las instituciones sociales, tienden a estar ausentes en la investigación principal del impacto de los factores sociales sobre los problemas de salud mental.

Hemos analizado la importancia del poder en relación a la dominancia de ciertas teorías y narrativas culturales del sufrimiento en los Capítulos 2 y 3, y hemos señalado que éstas pueden influenciar la experiencia y la expresión del sufrimiento. La estrecha vinculación entre las desigualdades sociales y el desarrollo y mantenimiento del sufrimiento y la conducta problemática, y entre sus formas y la prevalencia en determinados grupos, resalta de nuevo el papel central que debe ocupar la noción del poder a la hora de entenderlas. El

«poder» se ha conceptualizado históricamente y en las ciencias sociales de varias maneras (p. ej., Clegg, 1989; Lukes, 1974). David Smail lo definió en términos generales como «los medios para obtener seguridad y ventaja» (2005, p.28), que pueden consistir en influir sobre las personas, sucesos y consecuencias para que se acomoden a los intereses y necesidades propios. Hay controversia sobre los «tipos» de poder, pero se acepta que en cualquier sociedad el poder se ejerce o manifiesta de varias formas. Es obvio que el poder puede funcionar de manera positiva o negativa, pero, debido a que aquí nos ocupamos principalmente de las consecuencias negativas, nos centraremos más en el impacto negativo del poder. Los «tipos» de poder incluyen:

- El **poder biológico o corporalizado** funciona a través de la posesión de atributos corporales y su significado cultural, por ejemplo, la fuerza, la apariencia física, la fertilidad, el color y el tono de la piel, los talentos y habilidades físicas, o la salud física.
- El **poder coercitivo o poder por la fuerza** que forma parte siempre de la guerra y el conflicto, pero también comprende cualquier uso de violencia, agresión, amenaza o tener más fuerza física para atemorizar, intimidar o asegurar la obediencia. Aunque a menudo es negativo, el poder coercitivo se puede usar positivamente, por ejemplo en el caso de los padres que apartan a sus hijos del peligro.
- El **poder legal** también puede incluir la coerción, mediante el poder de detener, de encarcelar o de ingresar. También hace referencia a un amplio rango de normas y sanciones que regulan y controlan distintas áreas de nuestra vida y nuestra conducta, que apoyan o limitan otros aspectos del poder, que ofrecen o restringen la elección, etc.
- El **poder económico y material** incluye el disponer de medios para obtener propiedades y servicios valiosos, para controlar el acceso de otros a los mismos, y para realizar actividades valiosas. Esto incluye la vivienda, el empleo, el transporte, la educación, el tratamiento médico, el ocio, los servicios legales, la seguridad y protección, y la privacidad.
- El **poder ideológico** hace referencia al control del significado, el lenguaje y las «agendas», de forma que determinados temas o grupos puedan ser ocultados de la mirada pública, o hacer que las personas vean sus intereses y deseos de determinadas maneras. El poder ideológico también incluye el poder para conformar creencias o estereotipos sobre determinados grupos, interpretar las experiencias, conductas y sentimientos propios o ajenos, y conseguir que otros validen esos significados, y el poder de silenciar y desvirtuar.
- El **poder interpersonal**, aunque todas las formas de poder puede funcionar a través de las relaciones, este se refiere de forma más específica al poder de cuidar o no cuidar o proteger a alguien, a abandonarlo o quererlo, a dar, retirar, o rechazar el amor.

El funcionamiento del poder se relaciona con el concepto de capital cultural de Pierre Bourdieu, que hace referencia a una mezcla de condiciones, actividades de disfrute, conocimientos, habilidades y conexiones sociales valiosas, que se pueden transmitir indirectamente a la siguiente generación, como un proceso de herencia simbólica, que aporta una contribución vital a la capacidad de

permanencia de algunos grupos y mejorar su propia situación (Bourdieu, 2010; Savage et al., 2015).

Estas formas de poder están estrechamente interrelacionadas, y su funcionamiento refuerza y perpetúa los beneficios y las desigualdades. Operan a través de estructuras sociales, instituciones y organizaciones de nuestro entorno físico, de los medios de comunicación, de la educación y de las relaciones sociales y familiares. Como señala David Smail, el poder es la dinámica fundamental de la estructura social. Podemos ir más allá y señalar que el funcionamiento del poder constituye también el funcionamiento de nuestras mentes, que como fenómeno social «entra en el cerebro» y «se convierte en parte de nuestra biología cerebral» (Fausto-Sterling, 2000; Kaiser et al., 2009, p.9). Todo esto nos hace presente que el funcionamiento del poder no necesita de actos intencionales individuales o grupales, aunque a veces los puede incluir.

Todas las formas de poder son potencialmente importantes, pero algunas son más visibles que otras y, como veremos, esto es especialmente relevante para entender el sufrimiento emocional. El sociólogo francés Michel Foucault, cuyo trabajo también mencionamos en el Capítulo 3, ha proporcionado lo que quizás sea el análisis más completo de algunos aspectos menos visibles del poder y uno de los más útiles para vincular el contexto social con los procesos psicológicos. Foucault (1979, 1980) fue crítico con algunas de las descripciones tradicionales del poder, como una entidad que podía pertenecer a individuos particulares o grupos y que se localizaba en una fuente centralizada. Este poder existe y es importante, y a menudo es represivo, una amalgama de leyes, tabúes, prohibiciones y sanciones, que a menudo se respaldan con el uso de la fuerza. Foucault lo llamó «poder por sustracción» y las amenazas que incluye son bastante obvias, como el castigo físico, la pérdida de libertad, de las posesiones o incluso de la vida. El interés de Foucault se sitúa en el poder como algo que se ejerce, en vez de algo que se posee, como una relación, en vez de algo que va de arriba a abajo, como inherente a cada interacción social y que llega «a lo más profundo de la sociedad», a los cuerpos, deseos, pensamientos, conductas, y a la vida diaria de todos nosotros (O'Grady, 2005, p.14). Consideraba que el lenguaje y la producción de saber eran inseparables de los sistemas de poder y, sobre todo, consideraba que estos sistemas creaban y producían en vez ser represivos, con su capacidad para crear normas, estándares, identidades y deseos. Esto se solapa de manera obvia con la noción de poder ideológico mencionado antes, ambos son cruciales para moldear el *significado* de los sucesos y las experiencias. Aquí las amenazas son más sutiles, como la invalidación mediante la imposición del significado de otros, la vergüenza y humillación, la pérdida de identidades valiosas o la imposición de identidades depreciadas. La idea de la conducta y la experiencia como «enfermedad», la codificación de estándares en el DSM y su rol en producir nuevas identidades mediante los tipos de trastorno mental, podrían considerarse como ejemplos de este proceso.

Foucault acuñó los términos «biopoder» y «poder disciplinario» para expresar la forma en que estas formas de poder relacionales y creativas actúan para disciplinar cuerpos y mentes (1979). Como ya señalamos el Capítulo 3, el autoexamen y la autovigilancia son centrales en este proceso disciplinario, en

el que los individuos «incorporan la “mirada” de las estructuras sociales externas, incluidas las ideas y las prácticas culturales dominantes que encarnan ciertas prescripciones, sobre el pensar y el vivir» (O’Grady, 2005, p.18). Nuestra cultura altamente individualista, donde a menudo los cerebros o las mentes individuales son consideradas como los responsables de la conducta y las emociones de las personas, promueve la autovigilancia y enmascara el papel del contexto social respecto a cómo actuamos, pensamos y sentimos. En consecuencia las personas tienen una mayor propensión a culparse a sí mismas y a ser culpadas por otros, respecto a aspectos de su vida sobre los cuales apenas tienen control o al fracasar en lograr ciertos estándares, por ejemplo ser un «hombre de verdad», una «buena madre», o por «no tener un cuerpo perfecto» o «haber sido violada». El enfoque de Foucault sobre la creación de identidades también es importante aquí, particularmente en cómo nuestra cultura reafirma ciertas identidades de forma constante, por ejemplo ser blanco, heterosexual, o madre, hasta el punto que el proceso parece invisible excepto para aquellos cuyas identidades y percepciones de sí mismos tienen mucho menor apoyo social.

Foucault ha sido criticado por resaltar en exceso el poder social a nivel micro, en las relaciones entre personas; por infraestimar el impacto de los poderes coercitivos, económicos y legales; y por suministrar tan sólo un esbozo de las relaciones entre estos procesos (MacCanell y MacCanell, 1993; Ramazanoğlu y Holland, 1993; Smart, 1989). No obstante, estos y otros autores, han ampliado su trabajo dirigiéndolo a estos temas en ámbitos como la reproducción, la ley, las relaciones de género, la locura y la «depresión» (Boyle, 1997; Lafrance, 2009; Parker et al., 1995; Ussher, 2011). Sus análisis han desvelado no sólo los estrechos vínculos entre las distintas formas de poder, sino también cómo los procesos (menos visibles) del poder «disciplinario», descritos por Foucault, y de manera más amplia el poder ideológico, pueden enmascarar la actividad del poder legal, económico y estructural, que de otro modo sería más visible. Ciertamente se puede ver cómo en algunos contextos sociales vinculados al sufrimiento emocional, tales como convivir con una pareja maltratadora, actúan varias modalidades de poder: el coercitivo, el legal, el económico, el ideológico y el disciplinario. David Smail ha defendido que la relativa invisibilidad de tantas formas de poder aumenta debido a adjudicar mayor predominancia a nuestros cuerpos y sentimientos, y por las acciones de nuestro entorno inmediato sobre en nuestras vidas cotidianas, de modo que tendemos a sobreestimar la influencia de los poderes próximos e infraestimar la influencia de los más distantes. Confrontados a las dificultades emocionales o conductuales, la consecuencia puede ser no solo la autocrítica y la culpa sino también un sentimiento de incertidumbre o incluso desconcierto acerca de las causas de tal sufrimiento.

La visibilidad o invisibilidad del poder es también importante en referencia a las diferentes experiencias de los grupos privilegiados y de los más marginalizados. Estos últimos pueden ser conscientes de una forma más acusada del funcionamiento del poder. En parte se debe a que más a menudo funciona contra sus intereses, pero también porque los grupos subordinados han de estar más interesados en conocer las vidas y las preferencias del grupo privilegiado (a quien a menudo sirven) que lo contrario (Fiske, 1993). De un modo similar, y en referencia al ejercicio «inconsciente» del poder, el terapeuta familiar afroamericano Ken Hardy tiene una interesante perspectiva: «En mi

experiencia, los privilegiados casi siempre actúan en el ámbito de las intenciones, mientras que los oprimidos casi siempre se mueven en el terreno de las consecuencias. A menudo esto significa que no puede haber un diálogo entre el privilegiado y el subordinado porque sus puntos de referencia son muy distintos. Es importante ser consciente de que con buenas intenciones se pueden conseguir efectos muy dañinos. Para poder hablar, los privilegiados deben dejar de usar de forma sistemática su posición, al objeto de esclarecer sus intereses, que soslaya los efectos reales de sus acciones» (2001, p.47).

Aunque nos hemos centrado en los aspectos negativos del poder que podrían ser relevantes para entender el sufrimiento, es importante tener en mente que el poder también puede ser beneficioso o positivo, por ejemplo el poder de los padres o los amigos para crear vínculos y conexiones positivas y cercanas, el de los profesores para transmitir conocimientos y habilidades, el de la ley para proteger los derechos humanos y el acceso a los juzgados y tribunales, el de los gobiernos para proporcionar una vivienda, educación y asistencia sanitaria, y el de los profesionales para proporcionar servicios capaces y humanos. La experiencia del poder benigno es un factor protector muy importante ante la adversidad.

Para tratar de entender los vínculos existentes entre el contexto social de las personas y sus experiencias en los problemas conductuales y emocionales se necesita una perspectiva de contexto social que reconozca las redes de poder e intereses —materiales y discursivos, más o menos visibles— en las que se hallan las personas. Asimismo, se precisa una perspectiva de las *respuestas* de las personas ante la adversidad que reconozca también la importancia del poder.

Un enfoque alternativo a las respuestas a la adversidad

En la exposición realizada sobre la medicalización y el diagnóstico en el Capítulo 1, analizamos algunos de los problemas de etiquetar las dificultades emocionales y conductuales como síntomas de trastorno mental. En cambio argumentamos que sería más preciso considerar estos «síntomas» como respuestas inteligibles a distintos tipos de adversidades sociales y relacionales, como intentos de cambiar o mitigar una situación, de protegerse o incluso de sobrevivir. Algunos aspectos de estas respuestas parecen surgir de nuestra herencia común, de la evolución humana, por ejemplo el intento de mantener vínculos cercanos o el miedo y la evitación ante el peligro; otras son el reflejo de estrategias influenciadas culturalmente para gestionar y disminuir la adversidad, como la limpieza repetitiva, los atracones o el abuso de alcohol. Las redes de poder en las que están inmersas las personas y su acceso a los recursos físicos, sociales, económicos y psicológicos desempeñan un papel principal en cómo las personas responden, por ejemplo, en si pueden, y cómo, huir, evitar o cambiar de manera constructiva su situación; en los significados que pueden dar a su situación y en si sus respuestas agravan o alivian los problemas, o en si consiguen ayuda, preocupación o desaprobación de otros. En las siguientes secciones analizaremos muchos ejemplos de estos procesos en relación a varios grupos sociales y a las situaciones sobre las que la investigación sugiere que están asociadas a las dificultades emocionales y conductuales: adversidades en la infancia, sexo y género, etnia y «raza», la

clase social y la pobreza. Por supuesto, estos no son los únicos grupos y situaciones relevantes, pero los procesos que parecen vincular los problemas psicológicos y conductuales a los contextos sociales, y especialmente a las desigualdades de poder y privilegio, con frecuencia se comparten entre los distintos grupos, de modo que la investigación que examinaremos tiene un alcance más general.

Obviamente, los grupos y situaciones que analizaremos no son independientes, y las relaciones de las personas con el poder y la desigualdad pueden ser complejas. Nadie pertenece a un único grupo social o tiene una única identidad, y nuestras múltiples identidades pueden albergar significados conflictivos en términos de poder y privilegio, por ejemplo, hombre y negro o clase alta y mujer, además se pueden sumar y así reforzar o disminuir el privilegio, como por ejemplo hombre blanco, heterosexual y rico, o negro, discapacitado y de clase baja. Hay un importante debate sobre cómo habría que conceptualizar estas interrelaciones (Walby, et al., 2012; Weber et al., 1998); intentaremos transmitir algunas de estas interacciones sin perder de vista las características y experiencias de los distintos grupos. También es importante tener en cuenta que al igual que los grupos sociales y las identidades no son independientes tampoco lo son las adversidades. No se trata tan solo que los contextos sociales dañinos a menudo integran múltiples adversidades, sino que cuando alguien ha experimentado una adversidad grave, por ejemplo, abuso sexual en la infancia o la pérdida temprana de un padre, es más probable que enfrente más adversidades a lo largo de su vida, y que tenga menos recursos para lidiar con ellas (Aglan et al., 2008; Korkeila et al., 2010). Así que, aunque comenzamos los siguientes apartados con las adversidades en la infancia, esto no significa que las circunstancias personales o familiares sean la causa primaria del sufrimiento; la naturaleza y el impacto de las mismas solo se pueden entender en relación a contextos sociales, políticos y económicos más amplios. Asimismo, las dificultades emocionales y conductuales pueden tener muchas causas que no implican necesariamente el haber padecido adversidades en la infancia, aunque el hecho de haberlas experimentado o no probablemente influirá en cómo responderán ante ellas. El hecho de que finalicemos el capítulo con la clase social y la pobreza de ninguna manera supone que sean menos importantes, sino que refleja el hecho de que otras formas de desventaja, como la adversidad en la infancia, el género, la «raza» y la etnia están sobrerrepresentados en los grupos de personas con pocos ingresos y estatus socioeconómico bajo, de manera que los efectos nocivos de cada una de ellas pueden confluir a menudo de un modo sinérgico. En línea con la pregunta que planteamos antes, sobre qué patrones *amplios* han descrito los investigadores, también nos ocuparemos aquí, de forma principal, de los procesos y consecuencias sobre los *grupos* o poblaciones. Hay una gran variabilidad individual y volveremos a ese punto más adelante. Finalmente, hemos adoptado una estructura ligeramente distinta en cada uno de los apartados. Se debe en parte a que, por ejemplo, ser hombre o mujer no es «lo mismo» que pertenecer a una clase social particular. La estructura también está parcialmente condicionada por los distintos tipos de literatura teórica y de investigación desarrollada en torno a estos temas.

El contexto social: 1. La adversidad en la infancia

Algunas de las experiencias más negativas que vamos a tratar se suelen denominar a menudo como «trauma», para denotar así su gravedad y sus efectos lesivos. Para reflejar esto, usamos el término en este informe. Sin embargo, en este apartado usaremos el término «adversidad» en la mayoría de las ocasiones y también en la exposición sobre el contexto social, en parte para evitar los matices médicos del término «trauma», pero también para evitar la impresión potencialmente confusa de que se tratan de sucesos, discretos y diferenciados, posibles pero muy infrecuentes, extremos o que amenazan la vida, y que vienen del exterior, en vez de, como suele ocurrir, experiencias continuadas, repetidas, muy negativas, e insertas en la vida de las personas, sus relaciones, y en los discursos, estructuras y prácticas de nuestro mundo social. Defendemos que estas características de adversidad pueden ser cruciales para entender las mismas experiencias y las respuestas de los menores y los adultos.

La naturaleza y alcance de la adversidad en la infancia

Lo que sigue no es un recuento completo de las adversidades en la infancia, sino que recoge las que han recibido más atención de los profesionales y los investigadores. Inevitablemente, las cifras que muestran el alcance de estos problemas varían entre los estudios debido a las diferencias en las definiciones, métodos, muestras, etc. Sin embargo hay una evidencia robusta (véase más adelante) de que la magnitud del problema es tal que representa una amenaza considerable para el desarrollo y bienestar de muchos niños.

Acoso escolar, *bullying*: Se refiere a un tipo de victimización específica —una amenaza o violencia deliberadamente cometida por otra persona— que en general es intencional, reiterada, invasiva y ejecutada en un contexto de poder social o físico desigual. Abarca la violencia física y relacional o las agresiones sociales, como la exclusión, el insulto, las burlas y amenazas o la difusión de chismes. El término ciberacoso se ha acuñado recientemente para referirse al uso de Internet y otras tecnologías relacionadas para perseguir, humillar y acosar a las víctima, por ejemplo, en fórums, páginas web, imágenes y mensajería instantánea (Hinduja y Patchin, 2009). El ciberacoso puede extender la amenaza física y temporal, reduciendo gravemente el tiempo y los lugares en los que la víctima se sienta segura. En una encuesta realizada por la Organización Mundial de Salud en 35 países la tasa media de incidencia del acoso fue del 11 por ciento en los niños en edad escolar (Craig y Harel, 2004), aunque se ha informado de cifras de incidencia y prevalencia mayores, con un 15 y 32 por ciento en varios países, y cifras aún mayores de ciberacoso (Bowen y Holtom, 2010; Ditch the Label, 2013, 2015; Kshiragar et al., 2007; Nansel et al., 2001). No hay un perfil «típico» de víctima de acoso escolar, pero las víctimas pertenecen de forma más habitual a grupos sin poder y también discriminados de otros modos, por ejemplo por orientación sexual, etnia, enfermedad crónica o discapacidad intelectual y física (Englander, 2007; Minton, 2017; Sentenac et al., 2011; Stonewall, 2012).

Abandono: A diferencia del abuso sexual físico o emocional, donde se cometen actos dañinos deliberados contra un niño, el abandono hace referencia a una forma de maltrato más pasiva, cuando los adultos no

proporcionan los cuidados adecuados a los niños o niñas que tienen a su cargo. Esto comprende no dar o mantener la educación o el estímulo intelectual necesario; la alimentación, la calidez, la atención, la higiene o el cuidado sanitario insuficiente; y denegar el cuidado emocional y afectivo. El abandono supone una de las formas más comunes de maltrato infantil en la sociedad occidental (Hildyard y Wolfe, 2002). Por ejemplo, se estima que uno de cada siete niños en el Reino Unido, con edades comprendidas entre los 11 y 17 años, ha sufrido situaciones de abandono, y 1 de cada 10 ha experimentando un abandono grave (Radford et al., 2011). Es la causa más frecuente para iniciar acciones de protección infantil en el Reino Unido (Bentley et al., 2016); en Norteamérica aporta la incidencia más alta de casos de maltrato infantil (Public Health Agency of Canada, 2001; Sedlak et al., 2010) y está implicada en la mayoría de fallecimientos por maltrato infantil (US Department of Health and Human Services, 2016). Nuestra percepción del abandono también puede estar influenciada por la clase social. Los niños pueden experimentar abandono emocional de padres ausentes, preocupados o indiferentes incluso si sus necesidades físicas, materiales y educativas las satisfacen otros (personas contratadas). Es improbable que estos niños llamen la atención de las autoridades o de los investigadores que estudian los aspectos más visibles del abandono (Duffell y Basset, 2016).

Abuso físico y sexual: El abuso sexual infantil se refiere a la actividad sexual indeseada de un adulto (o un adolescente) con un niño (o adolescente), habitualmente usando amenazas o fuerza. Abarca la violación y otras formas de agresión sexual, como obligar a ver pornografía y otros actos sexuales, filmar, o usar lenguaje sexual. Los estudios sugieren que muchos niños sexualmente abusados no dicen lo que les sucede, tanto en ese momento o después, un silencio que a menudo se consigue mediante amenazas o violencia. Un informe reciente (Office for National Statistics, 2016) ha encontrado que en torno a tres de cada cuatro víctimas no dijeron a nadie que sufrieron una agresión sexual en la infancia con violación o penetración, cuando sucedió. Es poco probable que se pregunte acerca de estas experiencias a las personas usuarias de los servicios de salud mental; estas y las que son entrevistadas por los investigadores pueden mostrarse reticentes a desvelar lo sucedido y muchas pueden no recordarlo claramente (Radford et al., 2011; Read et al., 2005; Ussher, 2011; van Dam et al., 2012). Por lo tanto, muchos investigadores reconocen que es posible que las cifras recogidas subestimen el fenómeno considerablemente. Dependiendo de los métodos y las definiciones, oscilan entre el 11 y el 46 por ciento de las chicas y entre el 3 y el 10 por ciento de los chicos (Bolen et al., 2000; Finkelhor, 1994; Kendler et al., 2000; Nelson et al., 2002; ONS, 2016; Ussher, 2011). Los datos recogidos por la *National Society for Prevention of Cruelty to Children* (NSPCC)[25], en base a una petición de información, a través de *Freedom of Information*[26], desde 43 cuerpos de policía en Inglaterra y Gales, mostraron una media de 64 delitos sexuales en la infancia denunciados cada día, entre 2009-2010, el equivalente a un acto cada 20 minutos. Una de cada cuatro víctimas tenía 11 años o menos y más de 1000 tenían 4 años o menos. El 86 por ciento de las

[25] Sociedad nacional para la prevención de crueldad hacia los niños.

[26] Portal de información al amparo de la Ley de Información del Reino Unido, https://www.gov.uk/make-a-freedom-of-information-request (*N. de los T.*)

víctimas que denunciaron eran mujeres (http://www.bbc.co.uk/news/education-13542007). Los niños y niñas con dificultades de aprendizaje son especialmente vulnerables, dependen más que otros para su cuidado, tienen menos capacidad para entender y comunicar cuando ocurre el abuso, y se les puede considerar que son más fáciles de silenciar (Sequeira y Hollins, 2003). Los niños que tienen hospitalizaciones frecuentes también podrían ser más vulnerables al abuso sexual (y físico) porque se han socializado con adultos desconocidos que participan en su cuidado íntimo o les causan dolor «por su propio bien». En la mayoría de los casos de abuso sexual notificados, los autores son hombres, y son niñas las que sufren más a menudo el abuso dentro de la familia y niños fuera de ese entorno (Ussher, 2011). Otros patrones de abuso sexual incluyen la manipulación, explotación y agresión por parte de bandas organizadas; en un periodo de 14 meses en 2010 y 2011, se identificó a más de 2.400 niños en Inglaterra como víctimas de este tipo de abuso (Berelowitz et al., 2012). Obviamente, el abuso sexual a menudo supone daño físico, pero muchos niños y niñas sufren maltrato físico no sexual, incluyendo palizas, como recibir golpes con cinturones u otros objetos, agresión verbal y amenazas. En EE.UU., el abuso físico está implicado en casi la mitad de las muertes por maltrato de menores (US Department of Health and Human Services, 2016). En el Reino Unido, el maltrato físico se notificó como causa importante en casi el 20 por ciento de los niños en los que se detectó la necesidad de protección por abuso y maltrato (Bentley et al., 2016). El abuso físico también incluye la ablación genital femenina (MGF) y la creación o la inducción de una enfermedad en el niño o niña por un cuidador. Se ha estimado que más de 20.000 chicas menores de 15 años se encuentran en riesgo alto de MGF en el Reino Unido cada año y que 66.000 mujeres en el Reino Unido viven con sus consecuencias, aunque su verdadero alcance se desconoce debido a la naturaleza del delito (HM Government, 2011). La estimación de la creación o la inducción de enfermedades es difícil de hacer, ya que estos niños o niñas, en concreto, también podrían experimentar otras formas de abuso o abandono, y puede que hayan estado muy enfermos previamente, por ejemplo al haber sido prematuros o haber sufrido problemas más pequeños al nacer o en los primeros meses de vida. Se ha estimado que la incidencia anual en el Reino Unido de esta clase de abuso en menores de 16 años era de al menos el 5 por 100.000 y en niños menores de un año de al menos 2,8 por cada 100.000, pero se piensa que estas cifras posiblemente lo subestimen (McClure et al., 1996).

Ser testigo de violencia en el hogar: Aunque los niños y niñas no sean en sí mismas las víctimas, a menudo son testigos de violencia (pueden darse las dos circunstancias), estimándose que en más de dos tercios de las agresiones en el seno familiar están presentes los menores (Moffitt y Caspi, 1998); alrededor del 8 por ciento de los adultos entrevistados en un extenso estudio en Inglaterra y Gales declaró que habían presenciado violencia doméstica o abuso en el hogar cuando eran niños (ONS, 2016), e incluía violaciones y agresiones sexuales además de agresiones físicas. En estos hogares, también es probable que los niños sean testigos de agresiones «de baja intensidad» como gritos y amenazas. Incluso aun cuando los niños y niñas no estén realmente presentes en las agresiones es probable que las hayan escuchado. A menudo son los menores quienes piden ayuda durante estas agresiones, asumen la responsabilidad de los hermanos más pequeños, o cuidan de la víctima (a

menudo su madre) tras la agresión. Como señala Arlene Vetere, los niños y niñas en este contexto con frecuencia desarrollan competencias sociales, morales e interpersonales impropias de su edad, aunque también consecuencias emocionales y conductuales muy negativas y no muy diferentes de las que muestran los menores que han sido agredidos (van der Kolk, 2005; Vetere, 2011; Vetere y Cooper, 2005).

Maltrato emocional: Algunas de esas experiencias también conllevan un maltrato emocional, en el que el menor es criticado, humillado, gritado, amenazado o rechazado por sus cuidadores de forma continuada, por lo que puede resultar difícil determinar su magnitud y las consecuencias por separado. Sin embargo, se ha estimado que alrededor del 7 por ciento de los niños han experimentado (separadamente) maltrato emocional cometido por un padre o tutor (Radford et al., 2011) y, en 2016, la NSPCC constató que casi 19.000 niños y niñas del Reino Unido necesitaron la asistencia de los servicios de protección del menor por esta razón (Bentley, et al., 2016). También se ha argumentado que a pesar de su prevalencia y el hecho de que puede ser tan dañino psicológicamente como el maltrato físico o sexual, con frecuencia el maltrato emocional no se aborda suficientemente, tanto en prevención como en intervención (Spinazzolla et al., 2014).

Adversidades «del día a día»: Aquí se incluyen las amenazas o los retos que surgen de las prácticas culturales «normales», con frecuencia en las redes, en los medios y la publicidad, pero también en los colegios (Thomas, 2014), que crean presión social y fomentan la comparación con otros niños y niñas o con un ideal, en especial asociados a la imagen o los logros. Por ejemplo, más de un tercio de los chicos adolescentes y casi la mitad de las chicas, según varias encuestas, dijeron haberse puesto a dieta para cambiar su imagen corporal o perder peso (All Party Parliamentary Group on Body Image, 2012), y un estudio señalaba que, en su muestra, una de cada cuatro chicas de 7 años había intentado perder peso al menos una vez (Westerberg-Jacobson et al., 2012). Las adolescentes están, de forma rutinaria, sujetas al acoso sexual de los hombres en los espacios públicos, incluyendo el flirteo indeseado, los insultos sexualizados y ser seguidas (Bates, 2014). Este tipo de acoso y violencia sexual son endémicos en los colegios de Reino Unido (House of Commons Women and Equalities Committee, 2016). Una encuesta de la Organización Mundial de la Salud (2016) mostró que los adolescentes de Inglaterra y Gales estaban entre los grupos que menos manifestaban tener un nivel de satisfacción alto de sus vidas, entre los de 42 países solo había 2 menos satisfechos. Mientras que en algunos casos se podría atribuir a adversidades más graves, estos menores señalaban altos niveles de estrés asociado a las tareas escolares y a las preocupaciones de salud.

A esas se pueden añadir otras adversidades en la infancia, como el tratamiento del dolor, las limitaciones para algunas actividades, los métodos aversivos y punitivos, el absentismo escolar y la separación de su familia a menudo asociada a una enfermedad crónica o a una discapacidad; pérdida de un padre por separación o fallecimiento; tener un padre con problemas físicos o emocionales graves, incluyendo problemas con drogas o alcohol; tener cuidadores cuya comunicación es inconsistente, fragmentaria o contradictoria;

haber sido acogido en una institución; y vivir en, o huir de, zonas en conflicto o en guerra.

Por supuesto, algunas de estas adversidades pueden sucederles a los adultos, pero hay varias razones para suponer que experimentarlas siendo niño o niña es particularmente importante, como estas que siguen:

- El poder de los adultos y el de los niños o niñas es muy diferente, estos pueden depender completamente de sus cuidadores y otros adultos para satisfacer sus necesidades físicas, materiales, educacionales y psicológicas.
- En parte debido a ello, y según su edad y sus capacidades, los niños y niñas pueden tener menos recursos, o no tenerlos, de los necesarios para escapar o evitar a los adultos o las circunstancias dañinas.
- A los niños y niñas que buscan ayuda o protección ante el abuso o el maltrato es posible que no se les crea; los adultos tienen la capacidad de recurrir a discursos culturales sobre la imaginación desbordante de los menores, de su tendencia a inventar historias o, en el caso de las niñas que han sufrido abusos sexuales, sobre la sexualidad y la seducción propias de ellas.
- Dependiendo de su edad, los niños y niñas puede que no dispongan de los recursos cognitivos para dar sentido a la situación de una forma que no sea culpándose a sí mismos/as (o, en el caso de bebés o niños muy pequeños, para darle cualquier sentido). Lo que puede hacer muy difícil a un niño o niña el explicar su situación a otros, lo que les hace muy vulnerables ante las construcciones que puede hacer un adulto de esa situación. Esta desventaja puede ser mucho mayor para los niños con dificultades de aprendizaje.
- Los tipos de experiencia que hemos descrito no son solo muy aversivas sino que además pueden limitar seriamente la apertura de los niños y niñas a las experiencias tempranas, que son fundamentales para realizar el aprendizaje emocional, social e intelectual, además de generar una visión extremadamente negativa de sí mismos. Esto puede complicar aún más el que estos niños logren un cierto rendimiento educativo, desarrollar relaciones de apoyo y gestionar las dificultades posteriores en su vida, lo que a menudo puede crearles múltiples adversidades en su vida adulta.
- Relacionado con ello, los niños y niñas que han sido maltratados a menudo les será más difícil dar una buena crianza a sus propios hijos, posiblemente repitiendo la violencia y el abandono que ellos mismos sufrieron o presenciaron. La adversidad y sus efectos pueden por tanto llegar a ser intergeneracionales.
- Las adversidades en la infancia ocurren en un momento en que el desarrollo cerebral es muy activo e incompleto. Ya que uno de los papeles más importantes del cerebro es adaptarse al medio, no es sorprendente que haya una fuerte evidencia que respalde que las adversidades en la infancia pueden tener consecuencias negativas significativas en el desarrollo cerebral (véase el Capítulo 5 sobre Biología). Todo esto puede sentar las bases para dificultades cognitivas, emocionales y sociales posteriores.

El impacto y las consecuencias de las adversidades en la infancia

Aunque la separación es artificial, nos centraremos ahora en los aspectos sociales y psicológicos y trataremos el papel de la biología en el Capítulo 5.

La investigación del impacto de las adversidades en la infancia ha usado diversas muestras, métodos, mediciones, análisis estadísticos, y definiciones, tanto de la adversidad como de las consecuencias. Por razones obvias, los investigadores a menudo han confiado en la información retrospectiva de los adultos, y aunque hay pocas pruebas sobre falsos positivos hay un temor mayor de que no informen (Bebbington et al., 2004; Keyes et al., 2012; Nelson et al., 2002). Esta diversidad puede hacer que las comparaciones entre los estudios sea difícil, pero también es una fortaleza, ya que se ha generado un conjunto de evidencia extremadamente robusta y consistente, que vincula fuertemente la adversidad en la infancia con las consecuencias negativas a lo largo de la vida, que incluye: ansiedad y ánimo muy bajo, problemas de alcohol y drogas, conducta antisocial, bajo rendimiento escolar; problemas relacionales; autolesiones y suicidio. Las adversidades en la infancia también se vinculan a casi todas las categorías del diagnóstico funcional incluyendo «ansiedad y alteraciones del ánimo», «trastornos alimentarios», «trastornos de personalidad», «trastornos de conducta» y «psicosis», autolesiones y suicidio, a estados relacionados al «bienestar mental» en general, a conductas dañinas para la salud, como fumar o una mala dieta, además de a una gama de problemas de salud, como enfermedad cardiovascular, hepática, cáncer de pulmón, obesidad y diabetes (Bebbington et al., 2011; Bellis et al., 2014; British Psychological Society, 2014; Couper y Mackie, 2016; Cutajar et al., 2010; de Sousa et al., 2014; Dong et al., 2004; Edwards et al., 2007; Ford y Gomez, 2015; Gander et al., 2015; Green et al., 2010; Johnson et al., 1999; Kendler et al., 2000; McLaughlin et al., 2010; Matheson et al., 2013; Phillips et al., 2005; Public Health Wales NHS Trust, 2016; Varese et al., 2012; Williamson et al., 2002).

Los estudios sobre el impacto de las adversidades en la infancia abarcan a la población general a gran escala, sobre la comunidad, algunas de las cuales, como el proyecto *US Adverse Childhood Experiences* (ACE)[27], siguen a sus participantes durante años, y también estudios que reclutan a personas que recibieron un diagnóstico psiquiátrico o que tienen antecedentes conocidos de adversidad. Entre otras cosas, los estudios sobre la población han cuantificado algunos riesgos de tipos distintos de adversidad comparando a los adultos que informan de ellos frente a los que no lo hacen. Por ejemplo, las personas que sufrieron abuso, ya sea físico, sexual, psicológico o emocional, antes de los 16 años, que no habían mostrado experiencias psicóticas al inicio del estudio, tenían 13 veces más posibilidades de cumplir los criterios de «patología psicótica» en el seguimiento de dos años que las personas que no sufrieron abuso en la infancia (Janssen et al., 2004). Del mismo modo, Paul Bebbington y sus colegas (2004) informaron que las personas que tuvieron abuso sexual eran casi cuatro veces más propensas de cumplir con los criterios de «posible psicosis» en el momento del estudio, y tenían el doble de probabilidades si habían estado expuestas a otra clase de violencia en el hogar. Los adultos que fueron violados siendo niños o niñas tenían casi 15 veces más probabilidades

[27] Experiencias adversas en la infancia, EE.UU.

de cumplir con los criterios de «posible psicosis» (Bebbington et al., 2011). En un estudio con gemelos, quienes sufrieron violación en la infancia tenían 14 veces más probabilidades de cumplir con los criterios de trastorno de conducta o de intento de suicidio que los niños y niñas que no sufrieron abuso sexual, y eran 10 veces más propensos a sufrir una violación siendo ya adultos o adultas (Nelson et al., 2002). Del mismo modo, los y las adolescentes que estuvieron expuestos a adversidades múltiples y graves, incluyendo violencia, tenían casi 14 veces más probabilidades de realizar intentos de suicidio (Borges et al., 2008). Las mujeres que experimentaron cualquier tipo de abuso sexual en la infancia tenían tres veces más probabilidades de recibir un diagnóstico de depresión mayor (Cong et al., 2012). Sara Scott y sus colegas (2013) mostraron que los adultos que experimentaron violencia física y sexual extensa, que se remontaba a la infancia, tenían 15 veces más probabilidades de cumplir con los criterios de tres o más «trastornos mentales», eran 15 veces más propensos a realizar intentos de suicidio, tenían 12 veces más probabilidades de ingresar en una unidad de hospitalización, y tenían una probabilidad cuatro veces mayor de escuchar voces o tener alucinaciones visuales.

El proyecto ACE de EE.UU. consistió en una colaboración entre el *Centre for Disease Control*[28] y la clínica *Kaiser Permanente* de California, una de las clínicas más grandes de este tipo de EE.UU., que ofrece evaluaciones médicas a los miembros del plan de asistencia médica de *Kaiser*. Se basó en autoinformes de más de 17.000 participantes que tuvieron un seguimiento de 15 años, el proyecto analizó el impacto de una amplia gama de maltrato, abandono y disfunción familiar, con un total de 10 «tipos» de experiencia adversa. El hecho de informar de una experiencia adversa en la infancia, en cualquier categoría, implicaba un riesgo de intento de suicidio de dos a cinco veces mayor, comparado con los que no informaron de experiencias adversas, quienes manifestaron siete o más ACEs[29] tenían un riesgo 31 veces mayor de intento de suicidio (Dube et al., 2001). Los que informaron de cuatro o más ACEs tenían un riesgo de 4 a 12 veces mayor de depresión en el año previo, uso ilícito de drogas y de drogas callejeras inyectables, abuso de alcohol e intentos de suicidio (Feletti et al., 1998), también se encontró que el maltrato emocional en la infancia aumenta el riesgo de recibir un diagnóstico de «trastorno depresivo» alrededor de 2,5 veces, con una relación gradual significativa entre la puntuación global de ACE y la probabilidad de un diagnóstico reciente de «trastorno depresivo», incluyendo depresión en la maternidad (Chapman et al., 2004). En otro de los estudios del proyecto, el experimentar cinco o más ACEs se asociaba al aumento de 10 veces en la probabilidad de recibir la prescripción de fármacos neurolépticos («antipsicóticos») y un aumento de 17 veces en la probabilidad de recibir fármacos «estabilizadores del estado de ánimo» (Anda et al., 2007). Del mismo modo, Richard Bentall y sus colegas (2012) informaron que los niños y niñas que experimentaron cuatro o más tipos de adversidad tenían alrededor de 17 veces más probabilidades de ser evaluados como «paranoicos» y eran casi 14 veces más propensos a experimentar «alucinaciones auditivas verbales». Y, además de las vinculaciones a muchos problemas de salud física (véase

[28] Centro para el Control de Enfermedades.
[29] ACE, acrónimo de *Adverse Childhood Experiences* (experiencias adversas en la infancia).

antes), las adversidades múltiples en la infancia también incrementan la probabilidad de consecuencias a largo plazo, como la falta de vivienda, prostitución, desempleo, conducta penal y muerte prematura.

Los estudios que comienzan con personas que ya recibieron un diagnóstico psiquiátrico sugieren que la mayoría ha experimentado algún tipo de adversidad y maltrato infantil. Incluso estas cifras pueden ser subestimaciones, ya que las personas parecen particularmente reticentes a desvelar el maltrato en la infancia cuando son pacientes psiquiátricos, aunque es más probable que lo hagan en las encuestas mediante autoinformes anónimos que en las entrevistas de rutina con los profesionales (Dill et al., 1991; Read et al., 2005). Una revisión de 15 estudios con mujeres hospitalizadas encontró que el 64 por ciento habían sufrido abuso sexual o físico cuando eran niñas (Read, 1997). Una revisión posterior de 39 estudios de pacientes ingresadas de sexo femenino mostró una cifra similar, el 69 por ciento, mientras que una revisión de 31 estudios de pacientes varones mostró una cifra del 59 por ciento (Read et al., 2005). Estos estudios no incluían el maltrato emocional o abandono y las cifras posiblemente habrían sido más altas si se hubieran incluido. Un estudio de 214 ingresos consecutivos de mujeres con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad encontró que el 75 por ciento de ellas habían manifestado antes que tenían antecedentes de abuso sexual en la infancia (McFetridge et al., 2015). Un metaanálisis de estudios poblacionales y de pacientes, que incluyó una amplia gama de adversidades, mostró que las personas que estuvieron expuestas a cualquiera de ellas en la infancia tenían una propensión casi tres veces mayor de comunicar experiencias psicóticas (incluidas las experiencias «subclínicas») o de recibir un diagnóstico de «trastorno psicótico» (Varese et al., 2012).

Hay buenas razones para creer que las asociaciones entre la adversidad infantil y estas consecuencias negativas son causales, cuando se usan varios criterios (Bentall y Varese, 2012; Read et al., 2005). Hay pruebas sólidas de que cuanto más grave es la adversidad o se experimentan más tipos de ellas, más grave es el resultado: el «efecto dosis dependiente» (Bebbington et al., 2011; Bentall et al., 2015; Chapman et al., 2004; Cong et al., 2012; Dube, 2001; Longden et al., 2016; Read et al., 2005). Los estudios prospectivos muestran que la adversidad y el maltrato preceden a los resultados negativos (de Sousa et al., 2014; Janssen et al., 2004), aunque esto también es obvio en muchos estudios retrospectivos. Varios estudios han controlado posibles factores de confusión, pero aún así encuentran efectos muy significativos (Bebbington et al., 2004; Bentall y Varese, 2012; Borges et al., 2008; Nelson et al., 2002; Shevlin et al., 2009). También se conocen los mecanismos psicológicos, sociales y biológicos que podrían explicar la vinculación entre la adversidad y las consecuencias negativas (véase más adelante y el Capítulo 5). A pesar de esto, se ha sugerido que los vínculos entre la adversidad en la infancia y, especialmente, los diagnósticos de esquizofrenia pueden explicarse de otras maneras, por ejemplo, que los niños y niñas que más adelante «desarrollan esquizofrenia» pueden tener características que hacen que sean más propensos/as a recibir maltrato o abusos de otros adultos, o que los padres que portan «genes de esquizofrenia» sean más propensos a maltratar a sus hijos, creando una relación posiblemente espuria entre la adversidad y los diagnósticos; también se ha sugerido, recogiendo el eco de la hipótesis de la vulnerabilidad-estrés, que el abuso en la infancia puede «despertar» un

«trastorno» grave siendo adulto en los niños predispuestos genética o biológicamente (Bebbington et al., 2004; Fowler et al., 2006; Goodwin et al., 1990; Sedeli, et al., 2012; Trotta, et al., 2016). Estas sugerencias alternativas no están respaldadas por a evidencia, especialmente si consideramos las dificultades que encara la investigación genética para conseguir evidencia fiable que vincule los genes con los diagnósticos psiquiátricos (véase Capítulo 5). Algunos de los argumentos simplemente suponen que las relaciones genéticas de los familiares implican ya una propensión genética compartida a un «trastorno» particular, pero los estudios que utilizan gemelos sugieren que los efectos de la adversidad no pueden explicarse fácilmente mediante las relaciones genéticas (Alemany et al., 2013; Arsenault et al., 2011). Del mismo modo, los estudios de niños adoptados, cuyas madres biológicas habían recibido diagnósticos, incluyendo la esquizofrenia, han encontrado escasa evidencia sobre la importancia de las relaciones genéticas, en vez de los entornos adversos, para el aumento del riesgo en una variedad de diagnósticos (Boyle, 2002a; Tienari et al., 2003). Un estudio piloto reciente que utilizó puntaciones de riesgo poligénico, a partir del análisis de material genético, no encontró interrelación entre esas puntaciones y la adversidad infantil a la hora de incrementar el riesgo de un diagnóstico de psicosis en la edad adulta (Trotta et al., 2016).

¿Causan efectos específicos las adversidades específicas?

Como hemos visto, la adversidad en la infancia se asocia de forma general a muchas categorías diagnósticas. Esto puede dar la impresión engañosa de que la adversidad produce resultados categoriales específicos y alentar la búsqueda de vínculos entre tipos particulares de adversidad y diagnósticos particulares. En esto hay al menos tres problemas. En primer lugar, los investigadores establecen o imponen las categorías diagnósticas, usando escalas o cuestionarios que tienen preguntas y posibilidades de respuesta preestablecidas, que a menudo limitan lo que se puede expresar. Segundo, tal como ya resaltamos en nuestra exposición sobre el diagnóstico, que los tipos de experiencias que las personas informan, y que pueden considerarse síntomas, como pánico y ansiedad, estado de ánimo muy bajo, oír voces, disociación y flashbacks, son comunes a muchas categorías diagnósticas (Bebbington et al., 2004; British Psychological Society, 2010; Dorahy et al., 2009; Read et al., 2005). Y tercero, que las categorías diagnósticas, con sus supuestos de patología subyacente, suponen que la adversidad da lugar a enfermedades específicas, en vez de a respuestas significativas y funcionales, en contextos sociales complejos Por lo tanto, es poco probable que las categorías diagnósticas puedan mostrar una descripción precisa de patrones de respuestas, de los niños y niñas, a la adversidad.

Sin embargo, teniendo en cuenta estas limitaciones, los investigadores han manifestado algunos patrones más específicos. Se suele comunicar que el maltrato a una edad más temprana y la adversidad intencional, por ejemplo el acoso escolar o sexual, en comparación con la muerte de alguno de los padres, o los accidentes, tiene efectos más nocivos, incluyendo a intentos de suicidio, mientras que el maltrato físico y los abusos sexuales parecen vincularse con más fuerza a la «psicosis» que al abandono (Arseneault et al., 2011; Ford y Gómez, 2015; Heins et al., 2011; Ussher, 2011; van Nierop et al.,

2014). El abuso sexual que incluye violación u otro contacto genital tiene más probabilidad que desemboque en diagnósticos psiquiátricos, autolesiones e intentos de suicidio, que otros tipos de abuso sexual infantil, como las conversaciones sexuales no deseadas o el contacto no genital (Bebbington et al., 2011; Ford y Gomez, 2015; Nelson et al., 2002 Ussher y Dewberry, 1995). Algunas investigaciones sugieren que el abuso sexual, en comparación con otros tipos de adversidades en la infancia, se asocia con más fuerza a la «psicosis» y también se asocia más fuertemente a la psicosis que a otros diagnósticos (Bebbington et al., 2004). Sin embargo, Eleanor Longden y sus colegas (2016) comunicaron que las adversidades en la infancia que mostraban el mayor número de asociaciones con experiencias «psicóticas», en un grupo de usuarios de servicios adultos, eran la pobreza y el vivir en instituciones de acogida o el ser adoptado/a. Katherine Keyes y sus colegas (2012) encontraron un conjunto complejo de relaciones entre las adversidades en la infancia y una serie de resultados representados en las «dimensiones de responsabilidad internalizadora o externalizadora», inferidas de las categorías diagnósticas: la dimensión internalizadora incluye los «trastornos» del estado de ánimo, el «trastorno de ansiedad generalizada», el «trastorno de pánico» y la «fobia social». La dimensión externalizadora incluye el «trastorno por uso de sustancias», el «trastorno de conducta» y el «trastorno de personalidad antisocial». Estos investigadores informaron que, aunque el abuso sexual en la infancia se asociaba con diagnósticos que reflejaban ambas dimensiones, de internalización y externalización, se asociaba con más fuerza a la dimensión internalizadora, tanto en mujeres como en varones. En relación a esto, se hallaron diferencias entre los sexos en los resultados relacionados con el maltrato físico, que se asociaba solo con la dimensión internalizadora en las mujeres y con la externalizadora en los hombres. Algunos de estos resultados contrastan con un estudio similar previo (Kendler et al., 2000), que comunicaba que el abuso sexual se asociaba más fuertemente a los problemas de alcohol y drogas en las mujeres. Ninguno de estos dos estudios incluyó una evaluación de experiencias «psicóticas».

Otra perspectiva para buscar patrones más específicos incluyó la evaluación de experiencias concretas que se pueden etiquetar como psicóticas en respuesta a la adversidad en la infancia, más que como categorías diagnósticas. Algunos estudios han mostrado asociaciones entre una forma de comunicación parental que es vaga, fragmentada y contradictoria y el «trastorno del pensamiento» (de Sousa et al., 2014). Richard Bentall y sus colegas (2015) han defendido que el abuso sexual, en particular, se puede asociar con las experiencias alucinatorias, especialmente con oír voces, y que cuando la persona fue criada en instituciones, el abuso físico y la intimidación se pueden asociar con más fuerza a la «paranoia». Hay cierta evidencia a favor de este patrón (Bentall et al., 2012; Shakoor et al., 2015), así como de los mecanismos psicológicos que podrían explicarlo (véase más adelante).

Pero hay también evidencia contradictoria. Un estudio con usuarios de servicios (Read et al., 2003) encontró que entre quienes experimentaron abuso sexual en la infancia, pero no maltrato físico, el 52% informó que oían voces y el 40% que tenían pensamientos y creencias de suspicacia; mientras que los que experimentaron maltrato físico, pero no sexual, el 41% informó oír voces, y el 26% tener creencias «paranoides». Los investigadores no evaluaron la importancia de estas diferencias, de modo que no hay mucha evidencia sobre

esta especificidad. Del mismo modo, Eleanor Longden y sus colegas (2016) no encontraron evidencia de la especificidad entre el abuso sexual infantil y las experiencias alucinatorias. También en este estudio, aunque los pensamientos y las creencias de suspicacia se relacionaban de forma significativa con el hecho de haber estado institucionalizado o ser adoptado, también ocurría con las experiencias alucinatorias. Martine van Nierop y sus colegas (2014) han defendido que los análisis de las posibles consecuencias específicas necesitan usar modelos estadísticos que permitan una adecuada evaluación de las diferencias mediante la intensidad de las asociaciones entre los diferentes tipos de adversidad y los diferentes resultados, y que en general estos modelos no se han utilizado en la investigación. En un estudio sobre la población general, se encontró una fuerte vinculación entre una gama de adversidades en la infancia y las experiencias psicóticas, pero ninguna prueba sobre la especificidad entre las adversidades particulares y las experiencias concretas de oír voces o tener creencias de suspicacia.

Este tipo de investigación, y la que hemos analizado antes, son sumamente valiosas a la hora de establecer vinculaciones entre las adversidades en la infancia y los resultados sociales y psicológicos negativos. Sin embargo, hay algunas razones por las que su énfasis en las relaciones estadísticas complejas, con las variables definidas por el investigador, y su búsqueda de una mayor especificidad mediante un control estadístico, limitan su capacidad para suministrar una imagen más completa de las relaciones entre la adversidad en la infancia y sus efectos.

Primero, las adversidades en la infancia no son independientes entre sí, y muchos niños y niñas experimentan más de un «tipo» de ellas (Bentall et al., 2015; Keyes et al., 2012). Como Eleanor Longden y sus colegas (2016) señalan, algunas adversidades, como la acogida o la adopción, se pueden considerar como la representación de una serie de desventajas más generales y acumulativas. En un estudio con gemelos, los niños y niñas que no tuvieron abuso sexual, pero sí su hermano o hermana, mostraron consecuencias significativamente más grandes cuando se hicieron adultos, que cuando ninguno de los dos fue objeto de abusos, lo que sugiere información errónea de algunos gemelos y/o la influencia de adversidades asociadas (Nelsonet al., 2002). Y, como hemos señalado, los resultados de la adversidad, como ansiedad, ánimo bajo, problemas alimentarios, oír voces, «paranoia», disociación y problemas con alcohol y drogas, también están correlacionados; la gama amplia de problemas que pueden ser resultado de la adversidad en la infancia puede que no se detecte en las investigaciones que se centran en una o dos categorías diagnósticas o en experiencias concretas, y crear así una impresión engañosa de especificidad. En la investigación que evalúa una variedad de problemas, las diversas técnicas estadísticas usadas para controlar estas correlaciones, a fin de intentar que resalten los efectos específicos de las adversidades específicas, también pueden ser engañosas, ya que los resultados no reflejan la experiencia vivida de muchos niños, que tienen que vivir con múltiples adversidades y sus múltiples consecuencias.

Segundo, el impacto de la adversidad en la infancia parece ser no solo acumulativo, sino también sinérgico, ya que tener una experiencia de adversidad aumenta la posibilidad de tener después otras experiencias de adversidad más, mientras que sufrir múltiples adversidades pueden tener

consecuencias distintas y más grandes que la suma de los sucesos «únicos» o particulares (Bebbington et al., 2011; Finkelhor et al., 2007; Longden et al., 2016; Morgan et al., 2014; Nelson et al., 2002). Tercero, las adversidades en la infancia, incluyendo el abuso sexual y la violencia, a menudo prosiguen en la edad adulta, con frecuencia se agravan con la pobreza (Scottet al., 2013). Ello puede hacer difícil separar el impacto específico de cada adversidad concreta sufrida en la infancia. Finalmente, a veces los efectos de las adversidades en la infancia se describen en términos más bien mecanicistas, por ejemplo, se dice que «actúan sobre» varios sistemas biológicos, emocionales y cognitivos hipotéticos. Ello puede trasmitir la impresión de que los niños son receptores pasivos de los sucesos, en lugar de agentes sociales activos cuyas respuestas pueden ser intentos funcionales para sobrevivir en ambientes negativos o peligrosos. En referencia a esto último, el tipo de investigación que hemos analizado ha prestado poca o ninguna atención a los significados personales y sociales de las adversidades y tampoco a cómo éstos configuran las respuestas de las personas.

Todo esto recuerda nuestra exposición en el Capítulo 2 sobre la necesidad de contar con modelos de causalidad que reflejen el hecho de que los patrones de comportamiento y experiencia humana, y su relación con el entorno, son altamente probabilísticos y contingentes, y están fuertemente conformados por los significados sociales y culturales. La evidencia variable y, a veces contradictoria, acerca de la vinculación entre adversidades concretas con consecuencias concretas, no significa que no existan relaciones de causa y efecto, o que no podamos dar cuenta de la «vía» particular que sigue un individuo. Pero a la hora de describir detalladamente los patrones de las relaciones entre la adversidad en la infancia y las consecuencias o resultados psicosociales debemos centrarnos en los procesos psicosociales y los contextos implicados en las adversidades de la infancia y las respuestas posibles a ellas, y también en la especificidad de las asociaciones estadísticas.

Los procesos y los contextos de la adversidad en la infancia

La calidad de los apegos: La creación de vínculos o apegos sociales y emocionales con otras personas es uno de los procesos más básicos y necesarios del desarrollo humano. La teoría del apego (Bowlby, 1988) sugiere que nuestras experiencias tempranas en este proceso, en las relaciones con los cuidadores, tienen profundas consecuencias. Se piensa que estas relaciones formativas configuran y sostienen las creencias básicas sobre nosotros mismos, las otras personas y el mundo, y crean un «modelo interpersonal» que influye fuertemente sobre cómo nos relacionamos con los demás, cómo regulamos las emociones, cómo inferimos el estado mental de los otros, y cómo gestionamos la activación del sistema autónomo, al afrontar los sentimientos y las situaciones amenazantes. Las perturbaciones en la formación de los vínculos sociales y emocionales tempranos parecen implicarse prácticamente en todo tipo de adversidades en la infancia, y también en las respuestas a las mismas, tanto cuando se es niño como siendo adulto. Por muchas razones, entre ellas los contextos sociales adversos y sus propias experiencias infantiles, los cuidadores pueden estar ausentes, ser negligentes o no ser responsivos; pueden comunicar de forma confusa o contradictora; pueden ser hostiles, amenazantes, controladores o sobreprotectores. O,

pueden ser muy incongruentes, cuidando o rechazando de un modo impredecible. Es muy probable que los niños y niñas en situación de acogida experimenten perturbaciones en los apegos, pero también los niños pequeños que son enviados a un internado o los que tienen que vivir en una institución. Se cree que las relaciones tempranas en las que no que hay respuestas coherentes y ajustadas, a las necesidades de los bebés y los niños y niñas, producen estilos de apego inseguros, como el *ansioso/preocupado*, en el que uno trata de obtener la aprobación y aceptación de los otros, mientras se siente indigno de sí mismo; el *evitativo/rechazante*, en el que la persona se puede considerar a sí misma como digna de amor, pero evita a los otros, a quienes percibe como no confiables y rechazantes; y el *temeroso*, que refleja una visión negativa de sí mismo y de los demás, y evita las relaciones para protegerse contra el rechazo (Bartholomew y Horowitz, 1991; Hesse, 2008). Hay pruebas consistentes acerca de la vinculación entre diversas clases de estilos de apego inseguro, la adversidad en la infancia y una amplia gama de diagnósticos, pero la evidencia sobre la vinculación entre un estilo de apego específico, adversidades específicas y diagnósticos concretos es más limitada (Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2009; Gander et al., 2015). Katarzyna Sitko y sus colegas (2014) manifestaron que la relación entre el abandono en la infancia y las creencias «paranoides» en los adultos, en una muestra de población general, estaba totalmente mediada por el apego ansioso y evitativo, pero los resultados respecto a las otras adversidades y los tipos de sufrimiento eran menos claros. Esta falta de especificidad quizás no sea sorprendente dado que ambas, las adversidades y las expresiones del sufrimiento, tienden a correlacionarse, y las categorías diagnósticas se solapan en buena medida. Lo mismo ocurre con los «estilos» de apego, que también se superponen y no forman categorías discretas y separadas. Estos se evalúan con diferentes métodos y no hay consenso sobre su número, habiéndose sugerido hasta veinte tipos, incluido el «no se puede clasificar». Quizás sea mejor considerarlos como presentaciones provisionales de patrones psicosociales complejos, que pueden cambiar a lo largo del tiempo y que pueden resultar afectados por el contexto social (Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2009). Todo esto sugiere que aunque podemos estar seguros de un patrón general de la relación entre la adversidad en la infancia, las perturbaciones del apego y los problemas emocionales y conductuales, es posible que las relaciones muy específicas solo se manifiesten en el nivel de las narrativas individuales.

Amenaza, vigilancia y suspicacia: Las adversidades en la infancia comprenden múltiples amenazas, que abarcan la humillación, el rechazo, el abandono, el malestar físico y el daño, y también el daño a otros, como a la madre o a los hermanos. Esto se da en contextos en los que los adultos y los compañeros, en el caso de *bullying*, pueden comportarse de forma inconsistente o impredecible, y en los que el niño y la niña tienen poco control y pocos medios de escape. Mitigar estas amenazas y conseguir los recursos adecuados para tener seguridad, o algún grado de confort y tranquilidad, exige una vigilancia constante y es posible que suponga unos niveles muy altos de ansiedad. Negarse a ir a la escuela puede ser un modo de escapar de los acosadores o un intento de garantizar que uno de los padres esté seguro; los «trastornos de conducta», como el «trastorno por déficit de atención e hiperactividad» pueden ser el reflejo de «conductas de distracción intensas, de

manera que [los niños] nunca se queden quietos el tiempo suficiente como para contemplar el terrible hecho de que las personas que deberían dar apoyo y protección quieren hacerles daño» (Vetere, 2012, p.114). Como hemos visto, los pensamientos y creencias de suspicacia se vinculan a muchas formas de adversidad en la infancia, que comprende el abandono, el abuso físico y sexual, la intimidación, el *bullying* y la acogida en instituciones. La «paranoia», que abarca creencias sobre la vulnerabilidad y el peligro que procede de otros, sobre las fuerzas externas que controlan la vida de uno, y que estar vigilante es útil y necesario, puede ser una respuesta razonable y ajustada a esas experiencias, que se generaliza fácilmente a cualquier situación o persona que recuerde a las personas o las situaciones amenazantes (Bentall et al., 2015; Freeman et al., 2002; Read et al., 2005). Estas creencias se pueden etiquetar como delirantes, cuando más adelante predominan en situaciones que a los demás no les parecen amenazantes, o cuando se expresan de un modo indirecto o simbólico. Sin embargo este etiquetado es problemático, no solo por las dificultades que tiene el concepto delirio, sino también debido a los fuertes vínculos entre las adversidades en la infancia y en la edad adulta, de modo que la suspicacia, la vigilancia o las creencias acerca de protegerse de los que tienen poder, pueden ser respuestas significativas y útiles una vez pasada la infancia (Harper, 2004, 2011). Por ello no es sorprendente que exista una correspondencia entre los temas de las creencias «delirantes» de una persona y las circunstancias de su vida cotidiana y las de su pasado (Rhodes y Jakes, 2000).

Disociación: La disociación se da en un continuo, y en torno al 60-65% de la población general manifiesta algún tipo de experiencia disociativa «no clínica» (Walleret al., 1996). El extremo final de este espectro hace referencia a un proceso de distanciamiento mental de la realidad presente ante experiencias que resultan excesivamente abrumadoras como para que la mente las procese, tales como las amenazas inminentes e inevitables (van der Hart et al., 2006). Por definición, este mecanismo es central en la categoría diagnóstica de los «trastornos disociativos», pero, resaltando el solapamiento de las categorías, forma parte de una serie de diagnósticos como la depresión, el trastorno de estrés postraumático y el trastorno límite de la personalidad. También parece ser un importante factor mediador que vincula el abuso sexual con la autolesión y los intentos de suicidio (Ford y Gómez, 2015). La disociación puede ser una respuesta involuntaria a experiencias de una intensidad devastadora, pero también, como una capacidad humana de protección, se puede usar de forma activa para disminuir el reconocimiento consciente de la información y las emociones insoportables; y se halla biológicamente posibilitada y es impulsada y regulada mediante la experiencia. Por ejemplo, una mujer, recordando su abuso sexual en la infancia, manifestó que «simplemente mi cabeza se iba a otro sitio hasta que se acababa»; otra dijo que « [pensaba en] otras cosas ajenas a lo que él estaba haciendo... como, oh, ¿qué tengo hacer cuando vaya a casa? y... Tengo que ponerme a hacer mis deberes y me pregunto si podré salir en bicicleta esta noche, o cosas como esas»; mientras que otra habló de su intento de «salir» de su cuerpo, y mientras esperaba la agresión de su padre escogía algo de su habitación y se concentraba en ello mientras ocurría el abuso (Ussher, 2011, pp.130–131). Entonces, la disociación resulta ser un mecanismo altamente funcional, pero, debido a la intensidad de los sucesos que la provocan, significa que las representaciones cognitivas, afectivas y

somáticas de los mismos pueden memorizarse de forma fragmentaria y no asimilarse (Brewinet al., 1996). Esta fragmentación disociativa puede causar angustia considerable, especialmente cuando se convierte en una forma habitual de respuesta ante la ansiedad o la amenaza psicológica (Dell, 2009). También se asocia con las experiencias alucinatorias y las dificultades para regular las emociones (véase más adelante). Aunque la disociación puede darse o realizarse en las personas, pero en los niños es también una característica que resalta las situaciones en las que se encuentran algunos de ellos. A menudo se espera que «olviden» el abuso, ya que los adultos a su alrededor se comportan como si nada sucediera. Una mujer manifestó cómo tras agredirla, su padre la llevaba junto a sus hermanos a tomar un helado y a jugar con ellos en el parque. Se esperaba que ella participara en los juegos a pesar de que tenía dificultades para moverse después de la agresión. Otra mujer habló de sentarse en las comidas familiares con el responsable del abuso: «Sabes... veinte minutos después de ser violada, podíamos estar haciendo cosas bastante amigables y normales. Es algo realmente extraño» (Ussher, 2011, pp.131–132). Los niños pueden ver o escuchar la agresión a su madre y luego ver que todo continúa «normalmente», sin que se haga referencia alguna a lo sucedido. Esta sensación de irrealidad se puede agravar cuando un niño le habla a un adulto acerca de su situación y este no le cree o no se toman medidas, algo que refleja el hecho de que la disociación también funciona a nivel social (Herman, 1997). La disociación, por lo tanto, no solo actúa como protección ante el conocimiento o la emoción intolerable, sino también para garantizar la atención y el apoyo continuado de los adultos que no reconocen la experiencia del niño.

Experiencias alucinatorias: Este término hace referencia a experiencias que parecen necesitar un estímulo exterior, una fuente ajena a uno mismo, pero en las que, obviamente, este estímulo no existe. Muchos tipos de adversidad en la infancia se asocian a ellas, incluido el maltrato sexual y físico, el acoso escolar y la acogida en una institución (Bentall et al., 2012; Sitko et al., 2014; van Nierop et al., 2014). Varios procesos estrechamente relacionados podrían explicar esta vinculación. Todos nosotros, en un proceso de instante a instante, nos encargamos de «revisar la fuente» de nuestros procesos cognitivos (Bentall, 1990), y emitimos juicios sobre lo que es real y lo que es imaginario, y sobre lo que es interno o externo a nosotros. Todo lo que haga que estos juicios resulten más difíciles o ambiguos acrecentará las posibilidades de experimentar lo imaginado como real (Sarbin, 1967). Es más probable que esto ocurra cuando estamos en estados de alta activación o de conciencia alterada, provocados, por ejemplo, por miedo, dolor, pena, crisis personales o falta de sueño. La revisión o supervisión precisa de la fuente también es más difícil cuando los contenidos de la conciencia se experimentan como involuntarios, amenazantes o cargados de emociones, como a menudo sucede cuando los recuerdos fragmentarios del abuso y la adversidad reaparecen como experiencias cognitivas, emocionales o somáticas intrusivas. Entones, algunas experiencias alucinatorias se pueden entender como un contenido emocional y/o experiencial disociado, como la voz de un antiguo abusador que se inmiscuye en la conciencia, y la persona lo percibe como un fenómeno «extranjero» desconocido, como algo a lo que él no está vinculado y es ajeno a la experiencia autobiográfica (Longden et al., 2012). En línea con esto, las manifestaciones de disociación a menudo preceden al comienzo de la escucha

de voces (Varese et al., 2011). Muchos tipos de adversidades en la infancia, como el acoso o *bullying*, el maltrato sexual y físico, la hostilidad y el rechazo, implican la imposición por la fuerza y persistente de las creencias y sentimientos de los demás sobre el niño, y de lo que está sucediendo. Esto también puede difuminar los límites entre lo que es real y lo que es imaginario, así como qué contenidos mentales le «pertenecen» a la persona y lo qué ella puede controlar, y lo qué es involuntario y ajeno. Las experiencias alucinatorias, especialmente la escucha de voces, se vinculan también al aislamiento social (Bentall, 1990; Nayani y David, 1996), que puede incrementar la atención hacia nuestras propias esperanzas, deseos y miedos, y conducir a «percepciones poco restrictivas» o a un estilo cognitivo «autorreflexivo» (Behrendt, 1998; Morrison et al., 2000). El aislamiento, la soledad y la ansiedad social pueden ser efectos de los estilos de apego negativos de los que hablamos antes; estos se asocian a las alucinaciones y especialmente a la crítica, el rechazo y la amenaza en la escucha de voces (Berry et al., 2012; MacBeth et al., 2008). Muchas personas que escuchan voces o tienen otras experiencias alucinatorias no se sienten angustiadas por ellas, de hecho les pueden aportar consuelo, tranquilidad y orientación (Beavan et al., 2011; Boyle, 2002a). Sin embargo, quienes experimentaron adversidades en la infancia, como maltrato físico o sexual, tienen mucha mayor probabilidad de experimentarlas con sufrimiento (Bak et al., 2005). En línea con esto, para los usuarios de los servicios comunitarios, el contenido de las voces alucinatorias es a menudo muy negativo, son imperativas, ofensivas y criticonas. Las voces pueden parecerse a las de los perpetradores en su tono y contenido y, a menudo, reflejan la forma en que las personas fueron o son tratadas en sus relaciones (Hardy et al., 2005; Nayani y David, 1996; Romme et al., 2009). Las creencias de los que oyen voces sobre las mismas, por ejemplo respecto a lo poderosas e imperativas que parecen, también se asocian a la percepción de su propio poder o su falta de poder en las relaciones (Birchwood et al. 2000). Como sucede con la disociación, las experiencias alucinatorias pueden ser un proceso activo. Puede resultar protector el experimentar los recuerdos de forma fragmentada como algo que no pertenece a uno mismo, o desarrollar explicaciones «delirantes» sobre ellos, en vez de tener que recordar o revivir los sucesos reales. También puede ser protector el no hacer una distinción clara entre realidad y lo imaginado, cuando la realidad es tan amenazante y otros la pueden negar. Y por último, el contenido de las voces se puede mezclar con voces reconfortantes y benévolas activamente buscadas (Chadwick y Birchwood, 1994; Ensink, 1993; McCarthy-Jones et al., 2015; Read et al., 2005).

Visiones negativas sobre sí mismo: A menudo, la adversidad en la infancia lleva a tener creencias muy negativas sobre uno mismo, como sentimientos de inferioridad e inutilidad, vergüenza, culpa y desesperanza. Debido a que estas visiones coinciden con lo que se suele entender como síntomas de depresión, no es sorprendente que quienes experimentaron adversidades en la infancia tengan mucha mayor probabilidad de cumplir los criterios de un diagnóstico de este tipo. Paul Bebbington y sus colegas encontraron también que el estado de ánimo muy bajo era un mediador de la relación entre la adversidad y la «psicosis» (Bebbington et al., 2004; Bebbington et al., 2011). No es difícil ver cómo la adversidad en la infancia puede producir estas percepciones negativas. La conducta de los cuidadores, de otros adultos o compañeros,

puede enseñar a los niños que son indignos y no merecen la atención o la preocupación de los demás, que sus deseos no importan y que los otros les rechazan, no responden y no pueden confiar en ellos para satisfacer sus necesidades. Son muchas las formas de maltrato que pueden transmitir este mensaje, pero Sheree Toth y sus colegas (1997) han sugerido que la indiferencia crónica en el abandono grave en la infancia puede tener un impacto especialmente devastador en el sentido del self comparado, por ejemplo, con el maltrato físico, donde podría haber algunos períodos en los que los padres o cuidadores responden positivamente a los niños. Además, los niños pueden recibir mensajes negativos sobre sí mismos de forma más directa, por ejemplo, cuando se les dice que son inferiores o tienen defectos, o que merecen ser tratados mal. En los casos de abuso sexual, los agresores a menudo acallan a sus víctimas diciéndoles que desearon y disfrutaron del abuso, o que ellas lo incitaron. El secreto que rodea a esta y a otras formas de adversidad en la infancia significa que es poco probable que se encuentren disponibles unas visiones alternativas y más positivas. Todo ello puede tener serias consecuencias para las relaciones futuras. Es poco probable que, debido a los modelos internalizantes negativos que operan en las relaciones, la falta de confianza y, posiblemente, el miedo a revelar las experiencias tempranas y a ser culpado, puedan mantener relaciones constructivas siendo adultos (Vetere, 2012). Siendo adultos, algunos pueden buscar el afecto de cualquiera que parezca darlo, lo que posiblemente conduzca a la «revictimización», aunque también la soledad persistente es una consecuencia frecuente y se puede asociar a la «psicosis» (Murphy et al., 2014, 2015; Tritt, 1997).

Dificultad en la «regulación» de las emociones: Una función importante de las relaciones de apego tempranas es reconfortar y calmar al bebé ante las sensaciones desagradables; entonces el niño o niña puede aprender a hacer esto de forma independiente y «auto-calmarse». Este proceso no tan solo se interrumpe en el caso de la adversidad en la infancia, sino que la exposición repetida al miedo o a la amenaza puede sobrepasar la capacidad del niño para aprender a calmarse. Las respuestas disociativas y la exposición posterior a señales o situaciones que rememoran las adversidades tempranas, pueden dar como resultado una activación emocional desligada del recuerdo verbal consciente, creando una sensación corporal de amenaza o «terror sin palabras» (Ogden et al., 2006; Vetere, 2012). Sin embargo, para algunas personas la experiencia de la adversidad no es un recuerdo lejano o suprimido, sino que se recuerda con claridad y, por ejemplo, en el caso de abuso sexual, puede provocar sentimientos de ira y de traición intensos, que se experimentan como «furia» que se puede etiquetar como síntoma de un «trastorno límite de personalidad» (Ussher, 2011).

Comportamiento «desafiante» o «autolesivo»: Todos los niños pueden responder a la adversidad de modos que desafían a otros, incluyendo las autolesiones y los intentos de suicidio. Sin embargo, quizás sean los niños con discapacidad intelectual los más propensos a expresar el sufrimiento relacionado al abuso sexual o físico, o el abandono, mediante «conductas autodestructivas», como golpearse la cabeza, pellizcarse o con desgarros oculares. Y esta conducta se podría considerar como si fuera «parte de la condición» (de la discapacidad intelectual) o como la consecuencia de

necesidades sensoriales particulares, más que como una respuesta al abuso (Sequeira y Hollins, 2003).

Limitaciones en el aprendizaje cognitivo, social y emocional: La atención compartida, o el «ajuste diádico», entre el adulto y el niño juega un papel crucial en el desarrollo de las habilidades sociales y cognitivas más complejas (Carpenter et al., 1998; Hobson et al., 2004). Es probable que esta y otras formas de estimulación mental falten cuando, por cualquier razón, los cuidadores abandonan, no responden o no están disponibles. En los casos de abandono, desnutrición y falta de atención a las necesidades físicas de un niño, también se puede limitar gravemente el desarrollo cognitiva y social. De hecho, los niños desatendidos tienen más probabilidades de mostrar retraso en el lenguaje y una dificultad social e intelectual más global, hasta el punto de poder situarles en el espectro de la discapacidad intelectual (Hatton, 2012; Hildyard y Wolfe, 2002; Weinstein y Weinstein, 2000). Como hemos señalado, la exposición repetida al miedo o a la amenaza, en los padres, o sus preocupaciones sobre su propia seguridad, pueden inducir desatención, ansiedad e hipervigilancia, lo que imposibilita un estado de «atención tranquila» a los niños y niñas, fundamental para el aprendizaje y el desarrollo (DePanfilis, 2006). Esto, a su vez, puede tener como efecto un bajo rendimiento escolar y futuros problemas laborales. Al mismo tiempo, los niños y niñas que sufren abandono, maltrato, o son testigos de violencia en sus hogares, tienen muchas menos oportunidades de aprender comportamientos prosociales en las relaciones, lo que nuevamente prepara el escenario para problemas posteriores.

Las adversidades en la infancia tienen muchas características en común y provocan una gama de respuestas protectoras y adaptativas. Además de aumentar considerablemente las posibilidades de experimentar más adversidades en la edad adulta, la adversidad en la infancia también limita los recursos sociales, psicológicos y biológicos de las personas para lidiar no solo con las adversidades más graves, sino también con los contratiempos más comunes. No obstante, tal como señalamos en la introducción, las adversidades en la infancia ocurren en un contexto más amplio de relaciones de poder y prácticas sociales, que impactan fuertemente en la conducta y en los recursos de los cuidadores. Por ejemplo, la pobreza, en sí misma una adversidad, aumenta el riesgo de varios tipos de maltrato infantil, como el maltrato sexual y físico, el abandono y el ser testigo de violencia en el hogar (Drake y Pandey, 1996; Gillham et al., 1998; Turner et al., 2006). También el género tiene importancia. Las chicas son más propensas a sufrir abuso sexual que los chicos, aunque Katherine Keyes y sus colegas (2012) también hallaron que las mujeres eran significativamente más propensas que los varones a manifestar en dieciocho de diecinueve ejemplos específicos de maltrato físico, sexual y emocional, y abandono, como «a menudo» o «muy a menudo» en su infancia. La excepción se dio en un ejemplo de maltrato físico, en el que ambos sexos se manifestaron por igual. Un patrón similar fue desvelado por una encuesta inglesa sobre delincuencia (ONS, 2016). Los discursos sociales en torno a la masculinidad y feminidad, y los muy distintos contextos que se han creado al respecto, pueden conformar fuertemente tanto la naturaleza de la adversidad en la infancia, como las respuestas a ella de los niños y los adultos.

Por tanto, los patrones amplios basados en la investigación a los que podemos recurrir en el intento de comprender los problemas de un individuo deben incluir este contexto más amplio. Centrarnos en ello también nos alienta a no interpretar los resultados de la adversidad en la infancia en términos de síntomas, déficits, discapacidades o disfunciones individuales, sino a considerarlos como respuestas inteligibles a contextos sociales e interpersonales complejos. Y nos aleja del discurso de «culpar a la familia», que con tanta frecuencia se instala en los debates sobre el papel de la adversidad en la infancia y en los problemas emocionales y de conducta. Por lo tanto, en las siguientes secciones revisaremos algunos aspectos de la adversidad en la infancia, al analizar las cuestiones de género, etnia, pobreza y clase social.

El contexto social: 2. Sexo y género

La investigación tradicional, que compara la experiencia del sufrimiento de los hombres y las mujeres y varios tipos dificultades conductuales, se encuentra sujeta a todos los problemas descritos en la introducción. No obstante, esta investigación aún puede proporcionar un punto inicial para pensar sobre el papel del sexo y el género en los problemas emocionales y de comportamiento. Algunos de los estudios más útiles son las encuestas epidemiológicas centradas en la población general. No todos estos estudios aportan resultados distintos para mujeres y hombres, pero Daniel y Jason Freeman (2013) encontraron doce que sí lo hacían y además cumplían ciertos criterios metodológicos básicos. Algunos de estos, y también otros estudios similares, son analizados por Jane Ussher (2011). Teniendo en cuenta que los resultados no deben considerarse como si fueran hechos acerca de «trastornos mentales» específicos que los hombres y las mujeres «tienen» o «desarrollan», sino como posibles indicadores de amplias diferencias en las conductas y en las experiencias manifestadas, surgen varios patrones bastante consistentes. Primero, las mujeres son dos o tres veces más propensas que los hombres a cumplir con los criterios diagnósticos de «trastornos» de ansiedad o depresivos. Además son más propensas a ser diagnosticadas de «trastorno límite de la personalidad», «trastorno de pánico», «trastorno de estrés postraumático», algunos problemas sexuales, y de «trastornos de la alimentación», mientras que los hombres tienen más probabilidad de satisfacer los criterios para los «trastornos de conducta y personalidad antisocial» y los «trastornos por uso de sustancias». Los hombres tienen mayor probabilidad de suicidarse, pero las mujeres comunican más los pensamientos suicidas y hacen más intentos autolíticos (Bebbington et al., 2009; ONS, 2016a). Segundo, que la mayoría de las encuestas sugieren que hay más mujeres (alrededor de una de cada tres) que hombres (alrededor de uno de cada cuatro) que cumplen los criterios para al menos una categoría diagnóstica. La reciente *Adult Psychiatric Morbidity Survey*[30] (McManus et al., 2016) mostró que las mujeres de 16 a 24 años eran más de tres veces propensas que sus pares varones para cumplir los criterios de «trastorno de estrés postraumático» (TEPT), y que las tasas de autolesiones comunicadas por las mujeres jóvenes se triplicaron entre 2007 y 2014, mientras que las de los varones jóvenes se

[30] Encuesta de morbilidad psiquiátrica adulta.

habían duplicado. Los niños y adolescentes también muestran diferencias de sexo, con un predominio de niños en el «trastorno por déficit de atención e hiperactividad» y los «trastornos de conducta». En relación con la «depresión», hay un cambio interesante en la adolescencia, donde los niños y niñas más jóvenes comparten la misma probabilidad de mostrar un estado de ánimo depresivo (o en algunos estudios, la probabilidad para los niños es mayor) y las niñas mayores tienen más probabilidad que sus pares varones de manifestar que están deprimidas, como un eco del patrón mostrado entre hombres y mujeres (Rutter et al. 2003; Wichstrøm, 1999).

Como hemos dicho, esta investigación no nos habla de que los hombres y las mujeres «sufren de distintos trastornos mentales». Lo que sí parece decirnos es que las mujeres y los hombres experimentan tasas bastante altas de varios tipos de sufrimiento, que las mujeres posiblemente experimentan tasas más altas, y que puede haber diferencias importantes en cómo se comunica o se expresa este sufrimiento. Por supuesto, los hombres y mujeres, también se diferencian en otros aspectos muy relevantes a la hora de comprender los problemas emocionales y de comportamiento, como son la clase social y el origen étnico. Esta sección, sin embargo, se centrará en la importancia del sexo y el género para comprender tanto la naturaleza como el alcance de los problemas emocionales y conductuales, entre mujeres y hombres.

Sexo y género, ¿por qué son tan influyentes?

La importancia social de las categorías masculino y femenino se puede apreciar por el hecho de que la primera pregunta que solemos hacer al saber del nacimiento de un bebé no es «¿Está sano?» o «¿Está bien la madre?», sino «¿Es niño o niña?». A menudo los términos sexo y género se usan para hablar de ambas categorías, «sexo» para referirse a las características biológicas y «género» para referirse a los roles sociales, las normas y las expectativas asociadas a los cuerpos (el masculino y el femenino). Más recientemente, esta importante distinción se ha desdibujado al usar «género» para referirse a ambas categorías. Pero a pesar de que el «sexo» a menudo se toma como un elemento dicotómico biológicamente asignado y «género» como algo más contingente, histórica y socialmente, tanto el sexo como el género están en un continuo, y ambos se pueden considerar como construcciones sociales (Fausto-Sterling, 2000). A pesar de que hay variaciones históricas y culturales, quienes no encajan perfectamente en las dicotomías sociales hombre/mujer o masculino/femenino, como las personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, transgénero o las que tienen trastornos del desarrollo sexual, pueden enfrentar enormes desafíos (Boyle, et al., 2005; Carr et al., 2016; Institute of Medicine, 2011; Liao y Boyle, 2004; McDermott y Luyt, 2016; Semlyen et al., 2016). No obstante, el contexto social creado por las ideas binarias de hombre y mujer, masculino y femenino influencia profundamente la experiencia de todos nosotros.

Podría decirse que nuestra preocupación sobre si alguien es hombre o mujer tiene menos que ver con la necesidad de distinguir dos tipos de cuerpo, aunque esto puede ser importante para algunos propósitos, que distinguir dos tipos de personas, con características sociales y psicológicas (asumidas) muy distintas, y con un acceso al poder y a una serie de beneficios muy diferentes. Históricamente, y en muchas de las sociedades conocidas, estas diferencias se

han institucionalizado en el sistema social conocido como patriarcado. La historiadora Gerda Lerner ha definido el patriarcado como «la manifestación e institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y los niños en la familia y la extensión del dominio masculino sobre las mujeres en la sociedad en general» (1986, p.239). La heterosexualidad es importante para el patriarcado, ya que el matrimonio tradicional y la familia son lugares clave en la dominación masculina. Los hombres y mujeres homosexuales y cualquier grupo que no se ajuste a las dicotomías tradicionales masculino-femenino también pueden ser percibidos como una amenaza para la diferenciación entre hombres y mujeres, que es una característica importante de los sistemas patriarcales (véase más abajo).

El patriarcado, sin embargo, es un sistema complejo y cambiante. A diferencia de otras jerarquías de poder, como la de ricos y pobres, las relaciones hombre-mujer se enmarcan de forma muy estricta en condiciones biológicas y familiares. Lerner señala que el patriarcado siempre ha contemplado la posibilidad de que las mujeres acepten un estatus subordinado a cambio de protección y beneficios. Esta autora usa el término «dominancia paternalista» para esta relación y defiende que la misma caracteriza gran parte de la experiencia de las mujeres a lo largo de la historia. El sociólogo Bryan Turner ha argumentado que un sistema integral de patriarcado institucionalizado apoyado por normas legales, ya no existe en las sociedades occidentales, pero que en su lugar existe un *patrismo* generalizado, «una cultura de creencias discriminatorias, prejuiciadas y paternalistas sobre la inferioridad de la mujer» (1995, p.157). También defiende que esta cultura se está expandiendo, precisamente debido a que el patriarcado institucionalizado está en recesión, y los hombres se quedan cada vez con menos poder sobre las mujeres, que ya no puede recurrir a la ley para sustentar su dominio en público y en privado. Recoge el eco de los argumentos de Foucault sobre la creciente importancia del poder disciplinario, a medida que varios tipos de poder legal se reducen en las sociedades democráticas; se parece a la caracterización de Lerner del sexismo como la «ideología de la supremacía masculina, de la superioridad masculina, y de las creencias que lo apoyan y sostienen» (p. 240). Una ideología que puede existir en sociedades donde se ha abolido el patriarcado institucionalizado.

Los sistemas sociales que los hombres dominan dependen de una forma u otra de la *separación* entre lo masculino y lo femenino, física, social y psicológicamente. En las sociedades fuertemente patriarcales, la separación física se puede hacer cumplir, pero incluso en sociedades débilmente patriarcales o patristas, la separación juega un papel fundamental en la experiencia femenina y masculina en cuestiones como los roles laborales o domésticos o la vestimenta y la apariencia (por ejemplo, en relación con los adornos aceptables o la cantidad de vello facial o corporal). En general, esta separación se ha caracterizado con la asignación de las mujeres a la esfera privada o doméstica y de los hombres a la esfera pública del gobierno, la ley y el mercado económico. También ha entrañado la asignación de la mujer al ámbito de la naturaleza y del cuerpo, y del hombre al campo de la cultura y la mente (Ortner, 1974).

Las leyes, las costumbres y las prácticas que apoyan la separación de lo masculino de lo femenino, así como el poder de los hombres sobre las mujeres,

siempre han estado acompañadas de lo que podrían llamarse narrativas de justificación en torno a los atributos y el carácter, muy diferentes de las mujeres y los hombres. Esta separación psicológica, a menudo fundamentada en diferencias físicas reales, en especial acerca de la capacidad reproductiva de las mujeres, siempre ha sido importante, pero se podría afirmar que se ha vuelto más importante aún, a medida que las estructuras legales y normativas que dan apoyo al dominio masculino se reducen. Aunque los detalles de esas narrativas han podido cambiar —ahora ya no se habla mucho del útero errante— algunos de sus mensajes básicos se mantienen notoriamente intactos, incluida la conjunción mujer y «sexo», la mayor emotividad de las mujeres, su interés y habilidad en las relaciones, y su vulnerabilidad por la fragilidad psíquica asociada a la reproducción, en contraste con la mayor racionalidad de los hombres, su necesidad de autonomía y su interés y destreza en el mundo exterior. Desde finales del siglo XIX lo que ha ido cambiando son las fuentes que sustentan estas afirmaciones, como la religión y la filosofía y la «ciencia», y principalmente la Medicina, la Psiquiatría y la Psicología. El contenido de estas narrativas también han cambiado según las circunstancias de la época, por ejemplo, la separación entre el hogar y el trabajo, tal como lo requería la industrialización, fortaleció en buena medida las declaraciones sobre la capacidad de las mujeres para el cuidado y la crianza, y su falta de energía y de motivación intelectual, así como la capacidad de los hombres para la independencia, el autocontrol y el éxito en la esfera pública (Tavris, 1992). También el contenido variaba, y aún lo hace, según la «raza» y la clase, dando apoyo a la dominancia blanca y teniendo en cuenta el hecho de que las mujeres pobres siempre tuvieron que trabajar fuera del hogar. También hay diferencias interculturales, pero como señala Deborah Cameron (2007) al analizar el lenguaje de género en una variedad de culturas, eso que se dice que es típico del discurso de las mujeres, también contribuye que las mujeres sean menos aptas que los hombres para ocupar puestos de poder y autoridad.

Debido a los fuerte vinculación entre estas narrativas y las jerarquías de poder, no nos debería sorprender de que haya poca evidencia de que los hombres y las mujeres sean intrínsecamente distintos en las formas que se proclaman (Cameron, 2007; Fine, 2011; Jordan-Young, 2011). Pero las narrativas sobre las diferencias entre lo masculino y lo femenino, y las prácticas sociales y económicas que las reflejan y mantienen, están generalizadas; ello y los altos niveles de interacción entre hombres y mujeres significa que el sexo y el género son «omnirrelevantes» para todos, incluyendo a los menores, que aprenden enseguida los estereotipos de género (Campbell, 2013; Fine, 2011). Inevitablemente, el desequilibrio de poder entre hombres y mujeres y la construcción social de lo masculino y lo femenino, afectan a la experiencia que los hombres y mujeres tienen de los problemas emocionales y conductuales, hasta el punto de que es difícil ver cómo podemos entender estos problemas sin reconocer que los experimentan seres con género. Las siguientes secciones analizarán más detalladamente los contextos interrelacionados, económico, social, interpersonal y psicológico, creados mediante las nociones de sexo y género, y cómo pueden ayudar a dar sentido a las dificultades emocionales y conductuales, primero para las mujeres y luego para los hombres. En cuanto a las relaciones personales, nos centraremos principalmente en las relaciones heterosexuales. Esto se debe en parte a razones de espacio, pero también a que las creencias y prácticas que rodean a

la heterosexualidad y la dicotomía masculino-femenino, pueden influir fuertemente en la experiencia de cualquiera que esté fuera de estas.

Sexo, género y problemas emocionales y conductuales. Niñas y mujeres

Los contextos sociales creados por la desigualdad entre lo masculino y lo femenino

- En línea con la separación de lo masculino y lo femenino, sea en las relaciones heterosexuales, o en la sociedad en general, se espera que las mujeres asuman mayor responsabilidad en el ámbito doméstico —para cocinar, limpiar y cuidar los niños— y en relación con la calidad de las relaciones (Jack y Ali, 2010; Lafrance, 2009; O'Grady, 2005). Incluso cuando las parejas, masculina y femenina, tienen un trabajo remunerado a tiempo completo, las mujeres realizan aproximadamente el doble del trabajo en el cuidado de los niños y en el hogar que los hombres (Campbell, 2013; Fine, 2011), el «segundo turno» (Hoschild, 1990), y este patrón cambia de un modo extremadamente lento (Campbell, 2013). En algunas parejas, el equilibrio puede cambiar a medida que los ingresos de la mujer se acercan a los del hombre, pero cuando la mujer gana más que su compañero puede revertir hacia una división del trabajo muy desequilibrada (Tichenor, 2005), para no parecer demasiado poderosa o castradora. Los reajustes tras el nacimiento de los niños, de forma especial, hacen que muchas mujeres se vuelvan económicamente dependientes de sus compañeros varones. Las expectativas sobre las responsabilidades domésticas y las de cuidado vienen acompañadas por las construcciones sociales de la feminidad idealizada, como sinónimo de idoneidad para estos roles: expresar emociones cálidas, mostrar preocupación desinteresada por los sentimientos y necesidades de los demás, y ausencia de esfuerzo competitivo o agresividad (Jack y Ali, 2010; Stoppard, 2000). A pesar de que son históricamente contingentes (Grimshaw 1986; Weber et al., 1998), estas construcciones también son naturalizadas por la religión y cada vez más, en las sociedades occidentales, por la psicología y la neurociencia, por ejemplo, en base a la idea del cerebro masculino y femenino (Baron-Cohen, 2003). De modo parecido, se pone mucho más énfasis en la importancia de las relaciones para las niñas y las mujeres (Stoppard, 2000). Pero a pesar de las construcciones en apariencia positivas sobre la feminidad y la centralidad del rol social en la crianza de la mujer, ambas son construcciones devaluadas. Por ejemplo, el trabajo doméstico y el cuidado no remunerado siguen sin contabilizarse en los índices económicos como el Producto Interior Bruto (PIB), aunque sí lo hace el trabajo sexual remunerado (Campbell 2013), mientras que el trabajo que implica el cuidado u otras «habilidades femeninas» recibe salarios más bajos que el trabajo asociado a las «habilidades masculinas», como la informática, la ciencia y la ingeniería. Y la dependencia de las mujeres en las relaciones heterosexuales y familiares, a menudo está asegurada por la desigualdad económica, mientras que las mismas relaciones constituyen un escenario importante para representar y reforzar las desigualdades de género (véase más adelante).

- En el puesto de trabajo, las mujeres, en la mayoría de los niveles de empleo, ganan menos que los hombres por las mismas tareas y se agrupan en empleos con salarios más bajos, a menudo a tiempo parcial y más precarios. Lo que combinado con las interrupciones en la trayectoria profesional para cuidar a los niños u otros cuidados da como resultado una importante diferencia en términos de patrimonio entre mujeres y hombres, que se mantiene de por vida (Campbell, 2013; ONS, 2016b). En los trabajos con predominio masculino, de forma especial trabajos de mayor estatus donde hay oportunidades para la promoción y el liderazgo, las mujeres tienen problemas adicionales (Islam y Schlösser, 2016). Por ejemplo, un rendimiento más bajo, real o percibido, puede estar influido por frecuentes recordatorios ambientales de la dominancia del hombre en un área concreta (Fine, 2011; Noseket al., 2009). A las mujeres también se las percibe a menudo con menos experiencia de la que en realidad tienen, a veces mucho menos, y pueden recibir menos colaboración de sus colegas que sus pares varones (Bates, 2014; Cameron, 2007; Jefferson et al., 2015), de modo que una y otra vez tienen que restablecer su autoridad y competencia. Además, con frecuencia se espera que asuman roles de acompañamiento o de cuidado menos visibles (Parker, 2014; Walsh, 2002), que se añaden a su carga laboral, pero no a sus posibilidades de progreso. Las construcciones de lo femenino que subyacen a todo ello, y que expusimos antes, junto al hecho de que para los trabajos «superiores» casi siempre se considera que necesitan rasgos masculinos, como agresividad orientada al logro y dureza emocional (Heilman, 2001), pueden dejar a las mujeres caminando, tal como la socióloga Janet Holmes (2006) dice, sobre la cuerda floja de la «gestión de la imagen»[31]: entre ser considerada como competente pero fría o incompetente pero agradable (Davies, 2003; Rudman y Glick, 1999; 2008). Algunas mujeres resuelven este conflicto al «deshacerse de los atributos femeninos que perciben como una carga», incluido el apoyo a otras mujeres (Fine, 2011; Hewlett et al., 2008). Estos tan solo son algunos de los muchos cambios que hacen las mujeres para evitar sentirse excluidas o para manejar las conductas excluyentes sutiles o no tan sutiles (Cameron, 2007; Fine, 2011; Murphy, et al., 2014; Shaw, 2005). El acoso sexual que muchas mujeres experimentan en el trabajo, que va desde las «bromas» y proposiciones hasta la agresión física (Bates, 2014; Hinze, 2004), también les recuerda que no son colegas iguales y que su aceptación, promoción o mantener el empleo fijo pueden depender de ser agradables con los hombres.
- Las mujeres son juzgadas más por su apariencia que por su actividad y sus logros en mayor medida que a los hombres (Gill, 2007; Ussher, 2011). A las que desafían esto en base a sus altos logros puede que se les recuerde enseguida su escasa importancia en relación a la imagen. Ejemplo de este

[31] *Impression Management* en inglés. Hemos elegido traducirlo con la expresión gestión de la imagen. También se ha traducido como gestión de la apariencia y administración o gestión de las impresiones, en otras publicaciones. Aunque a menudo en los textos se deja el término en ingles, sin traducirlo. Se trata de un concepto, y también una teoría, de la Psicología Social y del campo de la gestión en las empresas e instituciones. Se refiere al proceso mediante el cual una persona u organización incide o controla las impresiones que otros se forman de ella, incluyendo las estrategias que activa para lograr que otros, incluso el mercado, la consideren como ella desea. (*N. de los T.*)

tipo de acciones son el rápido etiquetado que los medios de comunicación suelen hacer de las nuevas diputadas como «las chicas de Blair» o «las bellezas de Cameron», o la presentación de las mujeres recién nombradas ministras del Gabinete como «la pasarela de Downing Street», centradas en su ropa y en su físico (*Daily Mail*, 16 de julio de 2014). Las mujeres asertivas o las que tienen un alto rendimiento son consideradas poco atractivas y pueden recibir insultos o amenazas sexualizadas refiriéndose a su falta de atractivo, mientras que cualquier mujer que se encuentre bajo el escrutinio público puede esperar que su imagen se examine con lupa. Esto forma parte de un proceso social generalizado, intensificado en buena medida por las redes sociales, que asocia a la mujer al sexo, que presenta a las mujeres de formas mucho más sexualizadas que a los hombres, que representa a las mujeres como objetos pasivos más que como sujetos activos, o como «cosas» en vez de «personas». Este proceso se inicia pronto, representando a menudo a las chicas jóvenes como objetos sexuales (American Psychological Asociación, 2007; Bates, 2014; Ussher, 2011). En esta línea, se espera que las mujeres, o incluso algunos empleadores así lo requieren, dediquen cantidades considerables de tiempo y esfuerzo para mantener una apariencia «agradable», incluso cuando suponga molestias, dolor o daño físico (Jeffreys, 2005). Para las mujeres negras de las sociedades dominadas por blancos, esta apariencia «agradable» puede implicar parecerse a una mujer blanca: un estudio de las principales revistas de mujeres, y en particular de las revistas destinadas a mujeres negras, encontró que la mayoría de las mujeres representadas en las mismas eran jóvenes, delgadas, de piel clara y cabello lacio, y que esa imagen era más evidente en la pequeña minoría de mujeres negras que se muestran en este tipo de revistas (Jankowski et al., 2017).

- Tradicionalmente, el cuerpo reproductivo de las mujeres, con la menstruación, el embarazo, el parto y la menopausia, se ha asociado fuertemente a la debilidad psicológica, especialmente a un aumento de la emotividad y la irracionalidad, pasando del «útero errante» de Hipócrates, como causa de histeria hasta la única categoría del DSM (además de los problemas sexuales específicos) que solo se puede aplicar a un sexo: el trastorno disfórico premenstrual. De modo similar, la mayor parte de las interrupciones del embarazo en Inglaterra y Gales se llevan a cabo con el argumento de que la mujer tiene o es probable que pueda tener un trastorno mental (ONS, 2016c). Más aún, se cita a menudo que el efecto de las hormonas femeninas y masculinas en el cerebro como el origen de importante de diferencias en base al sexo en las características y en la conducta, pero en formas que a menudo parecen justificar las desventajas laborales y económicas de las mujeres (Boyle, 1997; Fine, 2011; Jordan-Young, 2011; Olff et al., 2007; Ussher, 2013).
- Las chicas y las mujeres de todo el mundo, en público y en privado, experimentan altos niveles de acoso, abuso y violencia de los hombres. Estas acciones van desde el intento de coqueteo no deseado, motes, insultos y amenazas sexualizadas, pasando por varios tipos de control y coacción, hasta agresiones físicas y sexuales, violaciones y asesinatos. Esto no se limita a las relaciones interpersonales, sino que también las pueden realizar agentes del estado, como la policía y el ejército, o recibir la aprobación del estado como en el caso del matrimonio en la infancia. En

algunos casos, como el de la ablación genital femenina (MGF)[32] se puede realizar en niñas, y de la mano de mujeres mayores, con la aprobación del grupo social más amplio. También el alcance del acoso y el abuso a niñas y mujeres ha aumentado con la tecnología y las redes sociales (Bates, 2014; Campbell, 2013; Gavey, 2005; House of Commons Women and Equalities Committee, 2016; Millilo 2006; Nicolson, 2010; ONS, 2015; Salter, 2012; Ussher, 2011; OMS, 2005, 2013). Lo que ha llegado a llamarse violencia de género se reconoce como una de las principales causas de daño psicológico, lesiones y muerte en chicas y mujeres, y su impacto en la salud mental y física se ha comparado con el de la enfermedad cardíaca o el cáncer, el consumo de tabaco o la obesidad (Heise et al., 1994; Nakray, 2013; Stöckl et al., 2013; Trevillion et al., 2012; OMS, 2013). También hay un amplio acuerdo de que las cifras oficiales probablemente subestiman en buena medida la magnitud real del problema. La violencia de género se puede considerar como algo que funciona a través de varios continuos: primero, el de gravedad y peligro (Johnson, 2008; Salter, 2012); segundo, el temporal, ya que a menudo el maltrato se repite, lo sufren mujeres de cualquier edad y cuando ocurre en la infancia puede aumentar la probabilidad que vuelva a suceder en la edad adulta (véase el apartado sobre la adversidad en la infancia); y tercero, la violencia de género se encuentra en un continuo relativo de lo que se considera una conducta masculina normal o incluso deseable (Gavey, 2005; Jukes, 1999; Nicolson, 2010). El acoso y la violencia por razón de género también son funcionales, para obtener respeto, obligar a la sumisión, y para establecer y mantener una relación de dominio sobre la víctima (Jukes, 1999; Salter, 2012; Schrock y Shwalbe, 2009). Con frecuencia este proceso implica culpabilizar a la chica o a la mujer por el acoso o la violencia, e imponer el significado del hombre acerca de lo que sucede. La combinación de todo ello y el continuo que va de la conducta «normal» hasta el maltrato, puede hacer que sea difícil a las niñas y a las mujeres dar nombre a lo que sucede (Bostock et al., 2009; Nicolson, 2010; Ussher, 2011, y véase más adelante). La magnitud que alcanzan el acoso y la violencia de género significa que prácticamente todas las chicas y mujeres lo experimentan como una amenaza general e impersonal, por ejemplo al observar la experiencia de otras mujeres, al escuchar conversaciones y ver imágenes que respaldan el acoso y la violencia, y cuando a menudo se les recuerda que tengan «cuidado» en ciertos lugares y especialmente «por la noche». No obstante, para muchas chicas y mujeres, la amenaza es muy personalizada e intencional, incluidos los actos realizados por extraños contra una mujer particular. Y esto resulta relevante pues, como señalamos en la exposición sobre la adversidad en la infancia, es mucho más probable que la amenaza personalizada acarree un daño psicológico grave (Grossman, 2009; van Nierop et al., 2014).

- Los hombres tienen un control mucho mayor sobre las fuentes de construcción de significados, como los archivos históricos, el poder judicial, el Parlamento, la ciencia y la investigación, los medios de comunicación y los negocios. Por lo tanto, las mujeres tienen muchas menos oportunidades de nombrar e interpretar tanto los hechos públicos como su propia

[32] MGF: acrónimo de mutilación genital femenina.

experiencia. También a menudo son testigos, o experimentan, de cómo la perspectiva de las mujeres se desestima, trivializa o acalla. La experiencia de invalidación de los grupos subordinados es habitual, pero Marsha Linehan (1993) argumenta que es especialmente frecuente en las chicas y las mujeres, y destaca su papel fundamental en los efectos dañinos del abuso sexual infantil. Michael Salter (2012) argumenta de manera similar que el poder de rechazar, trivializar o silenciar la perspectiva de otro, no se distribuye de forma igualitaria en toda la sociedad. Y como él y otros han señalado, la construcción de significados y la invalidación no son solo dimensiones específicas del privilegio masculino, sino que además desempeñan un papel fundamental en su mantenimiento. La invalidación se puede ver como un continuo, que incluye, por ejemplo, los relatos de los sucesos históricos o recientes centrados sobre los hombres, que no se invite a las mujeres a participar en las reuniones o que sus puntos de vista se ignoren, los insultos sexuales o el acoso que se califican como «simples bromas», y la imposición violenta de los deseos y los puntos de vista masculinos en la agresión sexual, la violencia doméstica y la violación. Obviamente estas últimas experiencias son intrínsecamente invalidantes porque implican la fuerza, pero como señalamos en la exposición sobre la adversidad en la infancia, el proceso de invalidación va más allá, y se extiende a la imposición repetida de una construcción particular del suceso en la víctima, por ejemplo que «lo pidió», lo disfrutó, o incluso que eso no sucedió. Además, con frecuencia la invalidación también se usa para garantizar la obediencia o el silencio (Gavey, 2005; Henning y Holdford, 2006; Linehan, 1993; Nicolson, 2010; Ussher,2011). Sin embargo, el continuo de la invalidación no termina aquí, sino que puede continuar en las respuestas de la familia, la comunidad y los sistemas legales y médicos, donde los intentos de las chicas y las mujeres de manifestar lo que les ha sucedido y dar su versión, puede toparse no solo con la incredulidad, sino también con una versión de los hechos que las culpa o las denigra en términos parecidos a los del perpetrador. Y cuando esto incluye la caracterización del hombre como víctima inocente o ingenua mediante acusaciones falsas, tal explicación puede llegar a respaldarse mediante conceptos psicológicos como las dificultades de comunicación o el síndrome de los falsos recuerdos (Bostock et al., 2009; Cameron, 2007; Coates y Wade, 2007; Lisak, 2010; Nicolson, 2010; Salter, 2012; Stanko et al., 2007). Varios aspectos de la construcción de la feminidad son importantes a la hora de apoyar el acceso restringido de las mujeres a la creación de significados. Estos incluyen la construcción de la mujer como generalmente inferior al hombre, cuyas opiniones son menos importantes o menos valiosas; la idea de que las hormonas de las mujeres, sus emociones o su implicación personal pueden obstaculizar la producción de un punto de vista objetivo; así como la no poco frecuente afirmación de que las mujeres hacen acusaciones falsas contra los hombres. Si las chicas y mujeres responden a la invalidación con cualquier muestra de emoción, como con ira o con lágrimas, entonces simplemente eso mismo puede reforzar su falta de «aptitud» para proporcionar significados válidos relativos a sus experiencias o a las de otros. Además, para las mujeres que también son devaluadas de otras maneras, por ejemplo, a causa de dificultades de aprendizaje o problemas de salud mental, la experiencia de invalidación es

aún más probable (Boyle, 1997; Campbell, 2003; Stanko et al., 2007; Ussher, 2011).

- El comportamiento masculino y femenino se juzga con estándares diferentes, a menudo, aunque no siempre (véase la sección sobre hombres y masculinidad), con desventaja para las chicas y las mujeres. Sucede en la escuela y en el trabajo (Cameron, 2007; Fine, 2011; Lavy y Sand, 2015) pero el doble rasero de juicio es quizás más evidente en el comportamiento sexual y en la paternidad. Por ejemplo, las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de que se las considere responsables de los embarazos no planificados (Boyle, 2000). También es difícil encontrar equivalentes peyorativos masculinos para términos como fulana, golfa, ninfómana, mojigata, frígida, zorra o puta, que se aplican ampliamente a las chicas y a las mujeres consideradas que tienen excesiva o muy poca actividad sexual (Bates, 2014; House of Commons Women and Equalities Committee, 2016). Como hemos visto, los juicios negativos pueden ir más allá de los insultos verbales, y llegar a culpar a las chicas y mujeres por las violaciones o la violencia sexual. Las mujeres también pueden ser culpabilizadas por la violencia física ejercida por sus parejas, y del mismo modo, cuando son víctimas de la violencia de sus parejas, pueden recibir menos apoyo social que los hombres, y ser juzgadas más negativamente por familiares y amigos (Andrews et al., 2003). La responsabilidad percibida de las mujeres respecto al mantenimiento de las relaciones se refleja en la atención mucho mayor que tanto los medios de comunicación como los planteamientos teóricos prestan al rol de las madres en el funcionamiento familiar. Por otra parte, la conducta de las mujeres individuales también se suele tomar como un indicador de la naturaleza de las mujeres en general. Por ejemplo, el mal rendimiento de una mujer en un rol de alto estatus se puede tomar como prueba de que las mujeres en general no son adecuadas para ese tipo de trabajo, en vez de reflejar simplemente el desempeño de un individuo. Esto se asocia al posicionamiento de la mujer como en «otro» colectivo juzgado por un estándar «neutral», pero que a menudo es masculino (Tavris, 1992; Weberet al., 1998). La aplicación de estándares distintos al comportamiento masculino y femenino se encuentra respaldado por una gama de creencias y discursos culturales. Por ejemplo, no hay un equivalente femenino de expresiones como «son cosas de chicos» o «echar una cana al aire»[33], ideas que se pueden invocar para «excusar» el comportamiento masculino potencialmente dañino. Del mismo modo, las construcciones relativas a «una buena mujer» o «una buena esposa», que puede incluir «permanecer junto a» un hombre que se comporta mal, pueden afectar seriamente a lo que cuenta como comportamiento femenino aceptable. A eso hay que añadir que al tomar en conjunto esas construcciones, la aplicación de un estándar «neutral» (masculino), la naturalización e incluso la glamourización de la agresión masculina, y la declaración de que «el cerebro del hombre» tiene menor capacidad de empatía, también pueden respaldar las llamadas frecuentes destinadas a las mujeres, en vez de a los hombres, para que cambien ante la desigualdad. Pidiendo, por ejemplo, que tengan más

[33] En inglés «*sowing wild oats*». Entre las propuestas para traducir esta expresión está la que hemos recogido, por parecer más ajustada al contexto, pero también están «aventuras extramatrimoniales», «siembra que algo recogerás» o «hacer de la suyas». La traducción literal sería «plantando avena silvestre». (*N. de los T.*)

confianza en sí mismas o sean más asertivas en el trabajo, que se vistan de manera diferente, o que controlen su consumo de alcohol para evitar que las violen (Anderson y Doherty, 2008; Cameron, 2007; Nicolson, 2010).

- Las mujeres que se sienten infelices, o incluso más que insatisfechas, en las relaciones de desigualdad con los hombres, ya sea en el hogar o en el trabajo, pueden comprobar que negociar la igualdad es muy difícil. Primero, porque las relaciones son complejas y a menudo incluyen no solo lazos biológicos y familiares, sino también intimidad sexual, amor, gustarse, amistad y respeto. Estos elementos pueden ser un apoyo para más igualdad, pero también pueden hacer que encarar las desigualdades sea más difícil, especialmente si los desafíos parecen amenazar la relación. En su estudio sobre las relaciones maritales, Caroline Dryden señaló que las mujeres eran más propensas que los hombres a presentar la situación recogiendo también el punto de vista de su pareja, lo que en teoría podría ayudar a la comunicación, pero que en la práctica hacía que el cambio fuera menos probable (Dryden, 1999). Esta autora también descubrió que a menudo muchos hombres, no estaban disponibles para sus parejas bien porque salían o trabajaban muchas horas, o se quedaban dormidos ante el televisor, o simplemente no conversaban, lo que hacía muy difícil hablar del cambio. Segundo, el poder del empresario o del empleador para contratar y despedir, el miedo de una mujer a ser condenada al ostracismo o a los costes económicos de presentar una demanda, o por la dependencia económica de una pareja masculina, o el miedo al enfado o incluso a la violencia, pueden resultar serios obstáculos materiales en el camino de negociar la igualdad. Tercero, los sentimientos de aislamiento, la falta de confianza, la inseguridad y el miedo al abandono, a veces aparentemente fomentado por los hombres en una dinámica compleja (véase la sección sobre hombres y masculinidad), puede evitar que las mujeres desafíen el *statu quo*. Cuarto, las construcciones culturales de las mujeres, los hombres, el trabajo y las relaciones pueden naturalizar la desigualdad y hacer que sea muy difícil desafiarla. Entre ellas se incluyen las ideas sobre las buenas mujeres y las buenas madres como sacrificadas y biológicamente aptas para desempeñar los roles domésticos y de crianza; de las mujeres como vulnerables a los cambios hormonales, con tendencia a quejarse sin motivo en algunos momentos del mes; de los hombres como vulnerables tras su máscara de «dureza» y que por ello necesitan apoyo y no cuestionamiento; y de las mujeres como hipersensibles, carentes de humor, y que no son lo suficientemente fuertes como para soportar las exigencias propias del trabajo, incluyendo el acoso sexual (Cameron, 2007; Dryden, 1999; Fine, 2011; Lafrance, 2009; Ussher, 2011).

Algunos resultados de la desigualdad masculina-femenina

Fatiga / agotamiento: Pueden ser el resultado del coste físico y mental que implican las labores domésticas junto al de mantener la relación y desempeñar el rol de cuidador en el hogar por un lado, así como del cansancio que supone el trabajo remunerado por otro, junto al esfuerzo por mantener una imagen aceptable. Esto se agrava por el hecho de que el desempeño de una mujer en estas áreas, incluyendo su aspecto, se puede considerar como expresión de su feminidad o de su adecuación como esposa o madre (Stoppard, 2000). Así

pues, es posible que se requiera más esfuerzo mental para negociar los conflictos potenciales entre las diferentes áreas de la vida de las mujeres. Por ejemplo entre el trabajo remunerado y el hogar, entre el autocuidado y el cuidado de los otros, entre parecer «agradable pero incompetente» o «fría pero competente» en el trabajo, y entre quejarse de discriminación y acoso o ignorarlo, tratar de evitarlo o incluso intentar reformularlo con otro significado más benévolo (Hinze 2004;Lafrance, 2009; Shaw, 2005). Quizás por ello no sea sorprendente que las sociólogas Elizabeth Gormany y Julie Kmec (2007), al trabajar con grandes grupos de datos procedentes de Gran Bretaña y los Estados Unidos, encontraran que, a través de diferentes empleos y niveles de responsabilidades domésticas, las mujeres manifestaban que sus trabajos les exigían más esfuerzo que a los hombres. Todo esto puede conllevar problemas sexuales y de sueño (Freeman y Freeman, 2014; Kaschak y Tiefer, 2002), y también sentimientos de estar sobrepasada y de derrota, posibles precursores de problemas más graves de ánimo bajo, ansiedad y mala salud física (Gilbert y Allan, 1998; Lafrance, 2009; Stoppard, 2000).

Autocosificación / autovigilancia: La exposición frecuente de las chicas y las mujeres a imágenes que las retratan como objetos sexuales o meros pedazos del cuerpo, así como los recordatorios frecuentes de que su deseabilidad para los hombres es su atributo más importante, les alienta, especialmente a las mujeres heterosexuales, a adoptar el punto de vista de quien observa su cuerpo y a sí misma, y a verse a sí misma como objeto para ser juzgada (Fredrickson y Roberts, 1997). Esto se refleja en una preocupación generalizada por su apariencia externa, a lo largo de la vida de las mujeres, así como en la creencia (realista) de que el aspecto de una mujer se considera una prueba de su valía, y puede determinar el acceso a recursos valiosos (Stoppard, 2000). De acuerdo con el análisis del poder disciplinario de Foucault, las mujeres y las niñas cooperan en este proceso (O'Grady, 2005), por ejemplo, cuando las novias, las madres y las hijas vigilan el peso, la ropa y la imagen de otras. Todo esto es intensificado enormemente por las redes y los medios de comunicación social, que amplían y personalizan los juicios sobre la imagen y el atractivo más allá del círculo social inmediato de una mujer. La autocosificación resultante o el acto de tomar constantemente la perspectiva de observador, se relaciona con juicios severos sobre una misma, vergüenza y ansiedad por la propia imagen (Fredrickson et al., 1998; Tiggemann y Lynch, 2001), con los problemas alimentarios (Grabe et al., 2008), y con muy bajo estado de ánimo (Tiggemann y Kuring, 2004). Las niñas y mujeres cuyos cuerpos son sometido mediante la fuerza y literalmente como objetos, en el abuso sexual, la violación y la agresión física y sexual, pueden sentir vergüenza y odio corporal profundo, y también pueden culparse a sí mismas y sentir remordimientos, lo que refleja los significados que les imponen los perpetradores, pero también la sociedad (Ussher, 2011).

Autosilenciamiento / dudas sobre sí mismas / inseguridad: Hay una fuerte evidencia de que, ante las relaciones desiguales y frente al imperativo de anteponer las necesidades de los demás a las propias, las mujeres pueden regular o silenciar ampliamente sus pensamientos, sentimientos, palabras o acciones para ajustarse a la imagen de una «buena» mujer, esposa o madre, evitar la desaprobación o el conflicto con la pareja, mantener las relaciones o garantizar la seguridad física (Gilligan y Brown, 1992; Jack y Ali, 2010; Thompson et al., 2001). En términos más generales, el autosilenciamiento se

encuentra reforzado por el acceso limitado de las mujeres a la creación de significados, como explicamos antes, y por el hecho de que a menudo sus puntos de vista son menos solicitados o escuchados que los de los hombres (Salter, 2012). Estos y también otros factores pueden contribuir a que las mujeres duden de sí mismas. Por ejemplo, a menudo cuestionan sus interpretaciones de la discriminación hostil, el acoso o la violencia, y se preguntan si es culpa de ellas (Andrews y Brewin, 1990; Gavey, 2005; Hinze, 2004); se cuestionan su idoneidad como madres, especialmente las primerizas (Mauthner, 2010), o ven que sus decisiones claras en aspectos importantes de sus vidas reproductivas son cuestionadas de forma repetida por otros (Boyle,1997). Sandra Lee Bartky y Caroline Dryden resaltan también el potencial para dudar de sí mismas en base a las contradicciones entre el compromiso con la igualdad de género en las instituciones y en las relaciones personales, proclamado socialmente, que incluso se afirma que ya se ha logrado, y su ausencia real, aunque encubierta y no reconocida. En su estudio de parejas casadas, Dryden también encontró pruebas sobre hombres que socavan sistemáticamente a sus esposas o fomentan sentimientos de inseguridad, un resultado que también puso de relieve Adam Jukes (1999) en un contexto más extremo de hombres violentos con sus parejas. El autosilenciamiento, dudar de sí misma y la inseguridad se asocian a una relación en la que una se juzga a sí misma, lo que Paul Gilbert llama «acoso interno», a un sentimiento de derrota y agotamiento, y ánimo bajo, intensificado por sentimientos de aislamiento (Bartky, 1990; Dryden, 1999; Gilbert, 2010; Jack y Ali, 2010; Lafrance, 2009; Thompson et al., 2001).

Sentirse atrapada[34] / impotencia: Encontrarse en una situación negativa de la que parece imposible escapar, o que no puede cambiar, es una causa importante de sufrimiento emocional, en especial de sentimientos de ansiedad, desesperanza y depresión (Brown et al., 1995; Kendler et al., 2003). Para los los/as niños/as pequeños/as que se encuentran en situaciones negativas, el estar atrapados/as es casi inevitable; para las mujeres puede ser la consecuencia de la pobreza o de la dependencia económica de una pareja, de la falta de guarderías o incluso por amenazas a la seguridad física. Pero el sentirse atrapada e impotente también puede deberse a algunos de los procesos expuestos antes. Por ejemplo, la vergüenza, la autoculpabilización, el miedo a estar sola y sentirse responsable de la calidad de las relaciones pueden retener a las mujeres, incluso en relaciones violentas y abusivas (Andrews y Brewin, 1990; Bostock et al., 2009; Nicolson, 2010). De modo similar, supeditarse a las necesidades de otros y «silenciarse a sí misma» puede suponer estar inhibida para actuar a favor de una misma, por lo que puede ser más difícil elaborar planes coherentes para el futuro.

Ansiedad y miedo: Las situaciones que hemos descrito suponen amenazas de varios tipos, de manera que la ansiedad y el miedo son elementos comunes de las respuestas a las mismas, y se pueden expresar de formas diversas (véase más adelante). Las amenazas pueden referirse, por ejemplo, a las exigencias para cumplir con altos estándares de feminidad, de maternidad o de «mujer profesional», o en relación con las dificultades para gestionar los

[34] *Entrapment*, en este contexto hace referencia a estar atrapada o sentirse atrapada, en una situación negativa, se traducirá también como entrampada o atrapada indistintamente. (*N. de los T.*)

conflictos entre estas exigencias, o al miedo al abandono de una pareja (aparentemente) menos comprometida. La ansiedad y el miedo grave, que tal vez podrían provocar un diagnóstico de «trastorno de estrés postraumático», es habitual cuando hay experiencias de agresión física y sexual, y por ello las mujeres tienen entre dos o tres veces más probabilidades de recibir este diagnóstico que los hombres, y de seguir sufriendo ansiedad severa años después de los hechos (Kessler et al., 1995; Koss et al., 2003; McManus et al., 2016).

Contenido de la voz de género: Como vimos en la sección sobre las adversidades en la infancia, la violencia sexual y otras formas de maltrato en la infancia, y en la edad adulta (BPS, 2017), pueden conducir a oír voces como experiencia de sufrimiento. El contenido de estas voces muy a menudo incluye mensajes depreciativos sobre la mujer, que reflejan tanto la cultura en un sentido amplio, como lo que los perpetradores dijeron a las niñas y a las mujeres. En las mujeres negras y de otras minorías étnicas del Reino Unido, los mensajes de las voces a suelen incluir insultos raciales y sexuales (Haarmans et al., 2016; Nayani y David, 1996).

Estallidos de ira, con culpa y ansiedad al perder el control: En el DSM-5 la «ira inapropiada, o intensa, la dificultad para controlar la furia» se encuentran en la lista de los posibles síntomas del «trastorno límite de la personalidad». Pero los sentimientos fuertes de ira y traición, tal vez experimentados como «furia» o rabia, son respuestas a largo plazo, frecuentes y comprensibles, asociadas al abuso sexual en la infancia. El diagnóstico de trastorno límite de la personalidad se asocia a este tipo de abuso (Newnham y Janca, 2014; Waller, 1994).

Las mujeres pueden sentir, aunque puede que no la expresen directamente, una ira intensa contra el perpetrador, o contra otros a los que consideran que no las protegieron cuando eran niñas, o contra ellas mismas por «permitir» o «incitar» el abuso. Las situaciones que activan los recuerdos del abuso, o que parecen reflejar algunos aspectos del mismo, como la invalidación o la impotencia, pueden generar también una ira intensa, que a menudo se etiqueta como «inapropiada». La «ira persistente y pronunciada, o el mayor número de conflictos interpersonales» también están en la lista de posibles síntomas del «trastorno disfórico premenstrual». Sin embargo, Jane Ussher y Janette Perz (2010, 2013) han defendido, partiendo de los relatos de mujeres acerca de su situación, que tanto la ira como tener más conflictos reflejan de forma más precisa una quiebra del autosilenciamiento, con el que estas mujeres se comprometen en otros momentos del mes, afrontando un alto nivel de responsabilidad doméstica y, a menudo, también laboral. Del mismo modo, Danna Jack y Alisha Ali (2010) sugieren que muchas mujeres están enfadadas en su interior debido a las desigualdades en sus relaciones, y que «dedican un enorme esfuerzo contra sí mismas, para mostrar al exterior [con agrado] que se sienten conformes» (p.11). Este proceso quizás se muestre reflejado en la en la metáfora de «Jekyll y Hyde», que a menudo expresan las mujeres que experimentan un malestar premenstrual severo, al describir la diferencia entre su forma de ser calmada y responsable y su forma de ser en la situación premenstrual, irritable, enojada y sobrepasada ante las demandas de otros (Ussher y Perz, 2010). Las mujeres parecen más capaces de mantener el control en el trabajo, posiblemente debido a las exigencias de la «gestión de la

imagen» que explicamos antes, pero también experimentan altos niveles de culpa y autocrítica después de «perder el control» dentro de la familia, a menudo seguidos de esfuerzos renovados para cumplir con los estándares sociales de «buena mujer» (Ussher, 2004). Además, en los momentos en que ocurren estos cambios, pueden recibir la invalidación de otros, lo que a menudo aumenta la irritación de las mujeres, aunque también las mujeres pueden invalidarse a sí mismas, para evitar más conflictos con su pareja, con la familia o con los compañeros de trabajo «culpando al cuerpo» (Ussher y Perz, 2010, 2013).

Adoptar estrategias problemáticas: Muchas de las respuestas que hemos examinado sirven, de forma clara, a funciones importantes de las mujeres en la gestión de las relaciones desiguales, mientras que posiblemente, al mismo tiempo, crean más dificultades o algunas nuevas. Por ejemplo, centrase en agradar y complacer a otros a expensas de «silenciarse a una misma» puede llevar a un estado de ánimo bajo severo y a sentimientos de derrota. Pero también puede evitar o disminuir el conflicto. Esta mayor vigilancia centrada en las necesidades y el poder de otros también puede dar protección, al dirigir la atención a las situaciones potencialmente dañinas o peligrosas, y se puede experimentar como empoderante (Gilbert, 2007; Jack y Al, 2010; O'Grady, 2005). De forma similar, ignorar o negarse a identificar el acoso o la discriminación hostil pueden preservar la autoestima al retirar la atención de la desigualdad (Fine, 2011). El retirarse al hogar ante la ansiedad o el pánico puede acarrear un diagnóstico de agorafobia, que se otorga principalmente a las mujeres. Sin embargo, varios análisis sugieren que tanto el pánico como la ansiedad y el retirarse al hogar, con el consiguiente «miedo al miedo», pueden vincularse estrechamente con los conflictos en las relaciones, con las tensiones entre las demandas domésticas y el deseo de más independencia, o con las dificultades de una mujer para hacer valer sus propias necesidades o preferencias. Y «quedarse en casa» es una respuesta obviamente más accesible para las mujeres que para los hombres (Capp y Ochs, 1995; Gelfond, 1991). También hay abundante evidencia de que los problemas alimentarios, como la autoinanición, los atracones y los vómitos, cumplen funciones complejas, entre ellas comunicar, gestionar y prevenir la expresión directa de las emociones, especialmente la ira, la tristeza y la soledad. También se ligan a la cosificación y a alcanzar un «ideal de delgadez», mientras que los comportamientos rituales, como el cálculo de calorías o el ejercicio excesivo, pueden dar una sensación de control a las mujeres que se sienten abrumadas por las exigencias de los demás (Cockell et al., 2002; Gale et al., 2006; Milligan y Waller, 2000; Serpell y Treasure, 2002; Serpell et al., 2004). Las mujeres que sufrieron abuso sexual, violación o acoso sexual en la infancia de modo reiterado, también pueden usar la auto-inanición de alimentos para «desexualizar» sus cuerpos y protegerlos de nueva atención, así como el uso del ayuno, y otras formas de alimentación «desordenada», para manejar las consecuencias emocionales del abuso (Geller et al., 2010). En estas situaciones, las mujeres también pueden expresar odio hacia sus cuerpos, a menudo reflejando directamente lo que les dijeron los perpetradores, mediante la autolesión y, de forma extrema, el suicidio (Ussher, 2011).

Hombres, masculinidad, y problemas emocionales y conductuales

El hecho de que los hombres ocupen una posición dominante como grupo social podría hacernos pensar que tienen pocos problemas asociados a las situaciones de desigualdad. No obstante, los hombres no tienen todos el mismo acceso al poder y al privilegio, y viven dentro de jerarquías; como por ejemplo, las de clase, las étnicas, las asociadas a la sexualidad y la (dis)capacidad. Asimismo, los hombres en posiciones privilegiadas también pueden sufrir daño psicológico debido a los sistemas convencionales de las relaciones de género. Tal y como señalan Jennie Williams y sus colegas, pueden encontrar una dificultad especial para descifrar sus experiencias debido a la ausencia de comprensión compartida, apoyo y solidaridad, que podría darse al pertenecer a un grupo desfavorecido. En esta sección abordaremos algunos de los problemas que afrontan los hombres en el contexto de una sociedad semipatriarcal o patrista y el modo en que esto se relaciona con sus problemas emocionales y conductuales; los problemas específicos que pueden experimentar en relación a la clase, la etnia y las experiencias de adversidad en la infancia se examinan otras secciones.

- Las construcciones sociales de la masculinidad (heterosexual) han variado a lo largo de la historia, y varían según la clase social y la cultura, pero los temas comunes son la dominancia sobre las mujeres y la evitación de la feminidad. Las características masculinas valoradas suelen ser congruentes con el ejercicio del poder, la autoridad y el control, no solo hacia las mujeres, sino también sobre los espacios feminizados como la naturaleza y el cuerpo; estas características incluyen la fuerza, el coraje físico y moral, la independencia, el vigor, el ejercicio de la razón y la agresión controlada. El estatus subordinado de la mujer significa que las «transgresiones» masculinas a la feminidad son peor toleradas que las «transgresiones» de las mujeres a la masculinidad, por ejemplo al elegir la ropa y el trabajo. La construcción de la masculinidad no es abstracta, y se encuentra profundamente institucionalizada, por ejemplo en ámbitos como el deporte, el mundo de los negocios, el ejército y la ley. Estas construcciones se encuentran ampliamente accesibles en los medios, el cine, la literatura, la música y los juegos en línea, y asimismo actúan como guía para el desarrollo de las identidades valiosas para los chicos y los adolescentes e indican cómo pueden mostrar su valor y ganarse el respeto de los demás. Como veremos, el destacado estatus otorgado a los atributos masculinos y su asociación a la autoestima masculina prepara el escenario para una gama de dificultades emocionales y conductuales (Branney y White, 2008; Connell, 2005, 2011; Frosch et al., 2002; Sjoberg y Via, 2010; Weber et al., 1998; Williams et al., 2014).
- La posición dominante en la esfera pública de los hombres confiere muchas ventajas, psicológicas, materiales y sociales, pero también les exponen a una cultura del trabajo potencialmente nociva, basada en jerarquías de dominación, competición intensa entre colegas, entrega muy intensa al trabajo como fuente de identidad y autoconfianza, y también a jornadas prolongadas incompatibles con la familia y otras relaciones. Y como reflejo de la fuerte vinculación de los hombres con el trabajo, prácticamente no reciben orientación acerca de cómo equilibrar las demandas que contraponen el trabajo con la familia o cómo conseguir un «equilibrio entre

el trabajo y la vida» (Fine, 2011). Quizás, no sea una sorpresa, que un estudio del Reino Unido de 2016 sobre el uso de los permisos de paternidad mostrará que muy pocos hombres los solicitaban por miedo a represalias en sus trabajos (Osborne, 2016). Los cambios en los patrones de trabajo de las últimas décadas han traído consigo un mayor énfasis en los roles de los estereotipos femeninos, incluyendo formas comunicativas dirigidas a que el cliente se sienta bien mediante la escucha activa, la empatía y la expresión de sentimientos positivos. Existe poca evidencia de que los hombres tengan menos habilidades en todo esto, pero los empleadores pueden pensar de modo distinto, lo que deja a los hombres en desventaja en los cambiantes mercados laborales (Cameron, 2007). Sin embargo, hay amplia evidencia que respalda la idea de que el desempleo es psicológicamente dañino tanto para hombres como para mujeres (Classen y Dunn, 2012; Fryer y Stambe, 2014; Jefferis et al., 2011). No obstante, para los hombres la pérdida de su identidad principal y la potencial pérdida de poder en el entorno familiar puede ser especialmente perniciosa. Este hecho está respaldado por las tasas de suicidio, existiendo una clara relación entre la recesión económica, la tasa de desempleo y suicidio (Stuckler y Basu, 2014), siendo, según un estudio de 2012, en el momento álgido de la recesión, la ratio hombre/mujer la más alta de los últimos 30 años en Inglaterra y Gales. A su vez, la tasa de suicidio en hombres de mediana edad, que podrían tener más que perder debido al desempleo o con menos posibilidades de contratación, fue la más alta para este grupo de edad desde principios de la década de 1980 (ONS, 2014). En términos más generales, el suicidio masculino está fuertemente relacionado con la situación socioeconómica, interactuando a su vez con muchos otros factores mostrados aquí (Wyllie et al., 2017).

- La aprobación de las manifestaciones afectivas y de los sentimientos de los hombres ha variado a lo largo de la historia. A menudo suelen aceptarse más allí donde las mujeres están más subordinadas. En cambio, en occidente, la combinación de la industrialización, el imperialismo y el movimiento de emancipación de la mujer, ha creado, en el mejor de los casos, una relación ambivalente entre la masculinidad y las emociones (Haggett, 2014). Los chicos y los hombres habitualmente tienen presión para mostrarse competentes e invulnerables, y se equipara la masculinidad con ser «fuerte y callado» en cuanto a la emoción; las expresiones emocionales con frecuencia se asocian a la feminidad y la homosexualidad y pueden ser objeto de críticas sociales tanto de parte de otros hombres como de las mujeres (Frosh et al., 2002; Levan, et al., 2007; O'Brien et al., 2005). Pero no hablamos aquí de toda la gama emocional sino solamente de los sentimientos feminizados, como la ternura, la tristeza o la vergüenza. La vinculación entre la masculinidad y la inhibición emocional solo tiene sentido si no pensamos en el enfado, la agresividad y la violencia como manifestaciones emocionales. El problema de la masculinidad y los sentimientos feminizados se hace patente en los discursos sobre la «depresión», una de los categorías diagnósticas más feminizadas con sus «síntomas» de llanto, desesperanza, culpa y pasividad. Como hemos visto, los hombres son mucho menos propensos a recibir un diagnóstico de «depresión» que las mujeres, pero se ha sugerido que ellos experimentan la «depresión» de forma distinta, con «síntomas» de irritabilidad, ira,

agresión y hostilidad (Addis, 2008; Branney y White, 2008). Esto es problemático dado que no hay modo objetivo de decidir si alguien está o no «deprimido» o qué se puede considerar como síntoma. A pesar de la reticencia a hablar sobre sí mismos, los hombres también experimentan sentimientos feminizados que puedan dar lugar a un diagnóstico de depresión. Lo que llama la atención es el interés profesional en proteger la masculinidad convencional. Esto abarca desde la campaña del Instituto Nacional de Salud Mental de los EEUU (NIMH) «*Real Men, Real Depression*»[35] (Rochlen et al., 2005) hasta las afirmaciones de que la depresión en los hombres no es un signo de debilidad emocional o de una masculinidad fallida, sino una enfermedad tratable, que puede darse incluso en hombres con personalidades fuertes. Asimismo se les asegura a los hombres que una vez que la asuman no hay motivo para sentirse avergonzado, pueden «enfrentarse al desafío directamente»[36]. Estos mensajes colocan al hombre en la difícil posición de intentar preservar un ideal masculino de fortaleza y poder y al mismo tiempo experimentar el sufrimiento causado por ello. También contribuye a las dificultades de los hombres para reconocer, entender y reflexionar sobre las experiencias emocionales asociadas a la falta de poder (Emslie et al., 2005).

- La relación de los hombres con sus cuerpos se vuelve cada vez más compleja a medida que están sufriendo una mayor presión para adecuarse a una apariencia idealizada y para controlar su salud al mismo tiempo que se les exige plegarse a los imperativos masculinos de trascender estas preocupaciones tradicionalmente femeninas. De manera similar a los consejos antes citados sobre la «depresión», los mensajes dirigidos a los hombres sobre la salud física suelen centrarse en cualidades masculinizadas como estar en forma, la resistencia y el aguante más que en la potencial fragilidad del cuerpo. Quizás no sea sorprendente, que los hombres estén empezando a expresar cada vez más su sufrimiento emocional a través de sus cuerpos, con el aumento de la incidencia de problemas de alimentación y autolesiones (Michison y Mond, 2015; van Camp et al., 2011).
- Las construcciones sociales de la masculinidad, su institucionalización y la accesibilidad a modelos de referencia poderosos e influyentes incitan a los chicos y a los hombres no tan solo a inhibir las emociones feminizadas sino a construir un sentido de identidad al margen de las relaciones, como una forma de sacrificar las relaciones por el estatus, y a demostrar que se puede prosperar sin intimidad emocional y física (Gilligan, 2010; Williams et al., 2014). Es poco probable que esto fomente las relaciones cercanas y positivas. También puede ayudarnos a explicar el motivo por el qué los adolescentes y los jóvenes varones son más propensos a recibir diagnósticos como «psicosis» en comparación con las mujeres de su grupo etario, en un momento en el que se encuentran sometidos a una gran presión para desarrollar una identidad fuerte e independiente (Harrop y Trower, 2003). Esta situación tampoco contribuye a crear relaciones

[35] Hombres de verdad, depresión de verdad.
[36] www.helpguide.org/articles/depression/depression-in-men.htm
www.nimh.nih.gov/healthpublications/men-and-depression/n
www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemdisorders/depressionmen.aspx

constructivas entre hombres y mujeres, una situación que tiene pocos visos de facilitarse mediante la creciente dependencia de la pornografía como fuente de información de las relaciones sexuales (Bates, 2014; Levy, 2005). El detallado estudio de Caroline Dryden sobre las parejas casadas ilustra el conflicto entre intimidad, autonomía y dominación. La autora señala que la intimidad emocional y la necesidad de sentirse amado eran particularmente importantes para los hombres que estudió. Sin embargo, esto se hacía patente principalmente en las entrevistas privadas; en las entrevistas conjuntas con sus esposas y en la vida cotidiana del matrimonio, estos hombres parecían identificarse con la imagen de ser fuertes y capaces, y marcaban diferencias de poder entre ellos y sus esposas. Usaban tácticas de estar lejos para controlar o impedir las conversaciones sobre las tareas del hogar o el cuidado de los hijos, e inhibir la expresión de los sentimientos, y de este modo fomentaban inseguridad en sus esposas. A pesar de que estas desigualdades pueden preservar la relación a corto plazo (véase la sección previa sobre la mujer), a largo plazo pueden contribuir a la ruptura de la relación (la mayor parte de los divorcios son impulsados por las esposas: Brinig y Allen, 2000; Hewitt, 2009; Kalmijin y Poortman, 2006), con potenciales consecuencias psicológicamente importantes para los hombres (Rotermann, 2007).

- Las prácticas relacionales centradas en marcar las diferencias de estatus se encuentran en un continuo con las formas más extremas de ejercer el dominio y el poder. Aquellos hombres que adoptan valores «hipermasculinos» son más propensos a usar la violencia con sus parejas si perciben que estas desafían su autoridad o su estatus. Estas amenazan pueden proceder de la propia mujer, por ejemplo, por no «tener la mesa puesta», querer trabajar fuera de casa, negarse a tener relaciones sexuales, o cuestionar y desobedecer al hombre, o pueden surgir en otras situaciones como, por ejemplo, la derrota del equipo deportivo o las situaciones difíciles en el trabajo (Archer, 2000; Jukes, 1999; Nicolson, 2010; WHO, 2002). Las investigaciones realizadas a nivel mundial sugieren que la violencia de los hombres hacia sus parejas se asocia tanto a un estatus social y económico relativamente bajo como a uno relativamente alto para las mujeres y al apoyo cultural a la autoridad masculina (Levinson, 1989; Yllo y Straus, 1984; WHO, 2002). La violencia en el ámbito «privado» está por tanto, estrechamente asociada a las estructuras sociales y a la ideología, e incluye la creencia en la inferioridad natural de la mujer y, en su versión extrema, a la creencia de que las mujeres no tienen derecho a tener una opinión independiente o deseos. Los hombres que comparten estas creencias se pueden sentir bajo la constante amenaza de que sus parejas les menoscaben o les controlen, de modo que la violencia restituye la ilusión de control y reduce la ansiedad. No es infrecuente que los hombres estuvieran expuestos a situaciones de violencia cuando fueron niños, como víctimas de agresiones físicas o sexuales o como testigos de violencia (habitualmente) hacia a sus madres. Además de muchas otras consecuencias nocivas (véase la sección de adversidad en la infancia) estas experiencias pueden enseñar a los chicos y a los hombres que la violencia es una manera efectiva de afirmar el control y la autoridad. Para los hombres, pero no para las mujeres, este mensaje puede tener un respaldo importante en los medios de comunicación y en la cultura de

masas. Ante la conducta atemorizante de los hombres adultos de su entorno, los niños pueden encontrar una ilusión de seguridad identificándose con el agresor y de ese modo considerar la conducta agresiva como una forma de sentir poder (Vetere, 2012). De nuevo, esta posición puede recibir un gran apoyo de parte de la cultura de masas. Katherine Keyes y sus colegas (2012) señalan que para los hombres, pero no para las mujeres, las experiencias de maltrato físico en la infancia se asociaban a consecuencias externalizantes, como el «trastorno de conducta» y el «trastorno de personalidad antisocial». Los hombres también pueden ser víctimas de violencia de sus parejas femeninas (y masculinas), aunque en el caso de la violencia de las mujeres, algunas pueden ser de naturaleza defensiva (Dasgupta, 2002; Nicolson, 2010; Swan y Sullivan, 2009). Los hombres víctimas de violencia femenina pueden ser bastante reticentes a denunciarla por miedo a ser tildados de débiles o incapaces de evitarlo. A su vez, las relaciones entre hombres pueden estar marcadas por la competencia y por la inhibición de cualquier signo de «debilidad». Esto puede ocurrir en contextos como el trabajo o el deporte; los hombres pueden también crear lazos y conexiones muy estrechas en ambientes altamente masculinizados como los deportes y el ejército. No obstante, les puede resultar difícil expresar la importancia y el significado de estos vínculos, y algunos contextos que los fomentan pueden conllevar fuertes costes psicológicos, por ejemplo, el servicio militar se asocia a una amplia gama de problemas emocionales y de conducta (Castro y McGurk, 2007; Goodwin et al., 2015; Thomas et al., 2010). En otros contextos, en los que los hombres no tienen acceso a fuentes de respeto y validación socialmente aceptadas y cuando además los controles sociales son escasos —contextos de este tipo son especialmente posibles en las poblaciones de jóvenes negros y de hombres de clase trabajadora—, es más probable que haya violencia «ilegítima» y amenazas de violencia entre hombres (Archer, 1994; Campbell y Muncer, 1994; Connell, 2005).

- Jennie Willians y sus colegas (2014) se refieren a la ira y la agresividad como «formas masculinas de supervivencia» tanto ante las expectativas irracionales de la masculinidad como ante otras experiencias humanas ordinarias, como la pérdida y el rechazo. Estas «formas masculinas» también incluyen la dependencia al alcohol y otras sustancias, las conductas de riesgo, el trabajo excesivo y la evasión a un mundo de fantasía de poder y control que la tecnología ofrece. De manera similar, Brownhill et al. (2005) hacen referencia a la «gran construcción», una trayectoria extenuante de conductas destructivas con las que los hombres afrontan el sufrimiento emocional, que varían desde los comportamientos evitativos como el exceso de trabajo, el sopor mediante la automedicación, las conductas de escape como las relaciones amorosas o el sexo ocasional, las autolesiones, las conductas heteroagresivas y el suicidio. Ninguna de estas estrategias contempla hablar directamente del sufrimiento a otros o buscar ayuda. El problema para los hombres es que estos estilos de afrontamiento pueden agravar seriamente el problema, por ejemplo, el alcohol se asocia a la violencia de los hombres contra sus parejas (Abramsky et al., 2011), que pueden tener consecuencias legales. Todo eso puede contribuir a que los hombres tengan una presencia mayor en el sistema de justicia penal. También están mucho más representados entre

las personas solteras sin hogar y en los servicios de atención a las drogodependencias, donde no siempre se reconoce la vinculación de sus conductas con el sufrimiento emocional (Crisis, 2011; Department of Health, 2012).

El contexto social: 3. «Raza» y etnia

A pesar de que los términos *raza* y *etnia* se utilizan frecuentemente como si hicieran referencia a categorías fijas, estos son, y siempre han sido, construcciones sociales cuyos significados han variado a lo largo del tiempo y el lugar. Como señala Suman Fernando (2010), en occidente la «raza» se ve como algo físico, cultural y social mientras que la «etnia» como algo psicosocial; son conceptos cuyos significados se solapan, y que hablan de un sentimiento de identificación entre las personas que comparten ascendencia, lenguaje, y experiencias sociales, culturales y religiosas. Los significados adscritos a cualquiera de estos aspectos y la importancia de los mismos a la hora de definir grupos concretos pueden variar ampliamente, y dependen de quien esté definiendo dichos parámetros y con qué propósito; pero los grupos dominantes suelen imponer significados socialmente poderosos de formas que sirven a sus intereses y que ponen de relieve diferencias cargadas de valor entre el grupo étnico dominante o mayoritario y los grupos minoritarios o subordinados; estos últimos, con frecuencia, suelen presentarse como si fueran más homogéneos física, social y psicológicamente.

En esta sección, que se centra predominantemente en el contexto del Reino Unido, analizaremos las experiencias de los grupos étnicos minoritarios que han recibido más atención de los investigadores del ámbito de la Psiquiatría. En el Reino Unido se trata fundamentalmente de personas originarias o con ascendencia de países de África, Caribe, Asia, sobre todo de India, Pakistán y Bangladesh; en los EE.UU. a menudo son descendientes de esclavos africanos y afrocaribeños, pero también las poblaciones indígenas que habitaban América del Norte y Australasia. Se han dado distintos términos para designar estas poblaciones, incluyendo Minoría Étnica Negra (*Black and Minority Ethnic, BME)* en el Reino Unido, personas de color o afroamericanos en Norteamérica, aborígenes o naciones nativas para referirse a las poblaciones colonizadas. Nuestro objetivo es entender los posibles vínculos entre pertenecer a una minoría visible —en este caso, que refleja la importancia del color de piel a la hora de definir la raza y la etnia, de ser negro o asiático en una cultura dominada por blancos— y el sufrimiento y las conductas problemáticas (véase Apéndice 1 para consultar la evidencia asociada con la amplia gama de grupos étnicos presentes en el Reino Unido).

Investigación demográfica

Más de 50 años de investigación demuestran que hay una mayor prevalencia de diagnósticos de esquizofrenia y otras psicosis entre las personas que proceden, o descienden, de inmigrantes que llegaron a los países occidentales, especialmente de África y el Caribe. Un estudio a gran escala realizado recientemente en el Reino Unido encontró que los adultos con ascendencia africana y caribeña, incluidos los inmigrantes y los nacidos en el Reino Unido, de forma global, eran entre 5,8 y 9,1 veces más propensos que los blancos a

recibir un diagnóstico de «esquizofrenia», y para un diagnóstico de «psicosis maníaca» entre 6,2 y 8 veces (Fearon et al., 2006). Estudios anteriores realizados en el Reino Unido sobre poblaciones migrantes del Caribe y sus descendientes nacidos en el Reino Unido encontraron también tasas de «esquizofrenia» anormalmente elevadas en adultos en comparación con la población blanca (Harrison et al., 1988; Thomas et al., 1993). Un estudio realizado en Holanda halló que entre las personas que vivían en los Países Bajos y que nacieron, ellos o sus madres, en Marruecos tenían 5,8 veces más probabilidades de recibir un diagnóstico de «esquizofrenia» en comparación a los que, ellos o sus madres, habían nacido en los Países Bajos (Veling et al., 2006). Los metaanálisis de los estudios realizados, que recogen varias décadas, sobre esta cuestión muestran globalmente tasas más bajas, pero siguen siendo sorprendentemente elevadas, de «esquizofrenia» y otros diagnósticos asociados a la población migrante general, y las más altas en las poblaciones negras y sus hijos nacidos en los países «anfitriones» dominados por blancos (Bourque et al., 2011; Cantor-Graae y Selton, 2005). Las tasas en las poblaciones de origen asiático y sus familias nacidas en el país de acogida son consistentemente más bajas que en las poblaciones equivalentes de emigrantes africanos o afrocaribeños, pero de manera global siguen siendo más altas que entre las poblaciones blancas. Algunos estudios han tratado de tomar en consideración otros factores estrechamente relacionados con el diagnóstico de «esquizofrenia», como el estatus socioeconómico bajo. Esto disminuye las diferencias observadas, pero está lejos de eliminarlas (Bresnahan et al., 2007). Otros diagnósticos como la depresión han recibido menos atención en la literatura, no obstante un estudio centrado en la comunidad realizado en Estados Unidos encontró que las poblaciones afroamericanas y caribeñas tenían menos probabilidades que los estadounidenses blancos no hispanos de cumplir los criterios del «trastorno depresivo grave», pero cuando lo hacían era más probable que sus problemas se calificaran como graves o muy graves y más incapacitantes (Williams et al., 2007).

Aunque el estrés asociado a la migración pudiera explicar por sí solo alguno de los aspectos de estos patrones, no puede ser la explicación completa. Por ejemplo, Michaeline Bresnahan y sus colegas (2007) señalan que los afroamericanos tenían tres veces más probabilidades de ser diagnosticados de «esquizofrenia» que los estadounidenses blancos, y a su vez los estudios con personas colonizadas en Nueva Zelanda y Canadá han encontrado tasas significativamente más altas de diagnósticos de «esquizofrenia» que entre las personas blancas (Read et al., 2013). Del mismo modo, las tasas de diagnósticos de «esquizofrenia» entre niños inmigrantes que nacieron o se criaron principalmente en el país «anfitrión» no fueron ni más bajas (Bourque et al., 2011) ni más altas (Cantor-Graae y Selton, 2005) que entre los mismos inmigrantes. Tampoco hay pruebas que apoyen las teorías de la «migración selectiva»: la idea de que los que tienen una predisposición al «trastorno mental», y que quizás tuvieran ya dificultades en su país de origen, tendrían más tendencia a migrar (Cooper, 2005; McKenzie y Murray, 1999). Las afirmaciones de que algunos de los trastornos mentales en los grupos étnicos minoritarios son «diagnósticos erróneos» y que de ello se derivan tasas más altas o bajas no carecen tanto de pruebas como de sentido, dada la naturaleza subjetiva de los juicios diagnósticos y la falta de validez de las categorías

diagnósticas. Por supuesto, no se puede descartar la posibilidad de que los clínicos apliquen los criterios diagnósticos de un modo diferente entre los grupos étnicos minoritarios y los mayoritarios, aunque algunos estudios han tratado de garantizar que esto no ocurriera. Volveremos sobre este punto más adelante, pero también es importante reseñar que las diferencias en las tasas de diagnóstico, cualesquiera que sean los motivos, se corresponden con diferencias en las intervenciones: la evidencia a lo largo de varias décadas muestra que las poblaciones negras, procedentes de África y el Caribe y, en menor medida, las asiáticas, tienen mayor probabilidad que las blancas a tener ingresos involuntarios y tratamientos involuntarios, con dosis de medicamentos más elevadas, y mediante las presentaciones de acción prolongada, y tienen menos probabilidades de recibir terapias psicológicas u otras terapias alternativas (Care Quality Commission, 2014; Fernando, 2010; Littlewood y Lipsedge, 1997; Mind et al., 2013; NIMHE, 2003; Williams et al., 2007).

A pesar de que algunas propuestas para explicar estos hallazgos son problemáticas, las diferencias en las tasas de diagnóstico y en las formas de tratamiento están bien establecidas. Sin embargo, es difícil interpretar estos patrones y sus implicaciones al buscar alternativas al diagnóstico sin tener en cuenta el contexto ideológico y social que rodea las experiencias de sufrimiento o las conductas problemáticas de los grupos étnicos minoritarios *y* la respuesta de los profesionales a ello.

El contexto ideológico

Hay similitudes relevantes entre los procesos que colocan a las mujeres en una relación subordinada, que explicamos en la sección sobre sexo y género, y las formas de subordinación de las personas de los grupos étnicos minoritarios. En buena medida, se debe a las formas en las que se crean y se mantienen las relaciones desiguales de poder, pero también debido a la imagen colectiva de la persona ideal (neutral) o estándar sugerida por los filósofos de la Ilustración europea, y que luego adoptó de forma implícita la teoría psicológica y psiquiátrica, que no solo era masculina sino también blanca. Junto a un proceso histórico de esclavitud y colonización, este «estándar» ha dado forma a las experiencias de los no blancos en todo el mundo, pero especialmente en las sociedades dominadas por los blancos. Por ejemplo:

- Las clasificaciones europeas de las «razas» en los siglos XVIII y XIX se basaron principalmente en el color y el tono de la piel, pero en un contexto donde los términos blanco y negro ya tenían fuertes connotaciones sociales y psicológicas asociadas a bueno y malo, y a deseable e indeseable (Fernando, 2010; Littlewood y Lipsedge, 1997). Similarmente, los apreciados atributos europeos de razón y civilización se ubicaron principalmente sobre los blancos, especialmente sobre los varones blancos, lo que ayudó a crear un sentido incuestionado de superioridad cultural y racial y la idea de que solo «las personas de piel blanca eran capaces de pensar y gobernar» (Eze, 1997; Fryer 1984, p.169).
- A finales del siglo XIX y principios del XX, las teorías biológica de la evolución que traza el origen de los organismos complejos desde las formas de vida más simples y arcaicas se trasladaron a las teorías sobre la civilización, con las sociedades «primitivas» (y sus pueblos) ocupando las posiciones menos avanzadas en la escala evolutiva cultural, pero con la

capacidad de moverse hacia un ideal más próximo al occidental. Mientras que algunas de las creencias involucradas se asociaban a la capacidad cognitiva y la racionalidad, gran parte se referían a la conducta sexual (Macleod, 2011).

- Estas ideas produjeron relatos occidentales diversos, y a veces contradictorios, sobre el «trastorno mental», desde la afirmación de que la ausencia de las responsabilidades propias de la libertad en la civilización occidental acarreaba la liberación de los trastornos mentales a la afirmación de que los no-europeos eran degenerados mentales porque carecían de la cultura occidental o que su proximidad con la naturaleza los asemejaba a los locos. En concreto, la depresión y la melancolía se consideraban inexistentes en esos contextos donde se suponía una conducta más infantil y sin una mente individual altamente desarrollada, capaz de introspección y autorreflexión. Por el contrario, se decía que las reacciones explosivas violentas o las «psicosis transitorias» que podrían conllevar ataques contra otros eran comunes en los pueblos no-europeos (Fernando, 2010; Littlewood y Lipsedge, 1997).
- Las premisas de la diferencia y la inferioridad de las razas siempre ocuparon el centro de la colonización y de la esclavitud, pero el papel que han desempeñado después en las teorías «científicas» sobre la raza en Medicina, Psicología y Psiquiatría son menos evidentes. Roland Littlewood y Maurice Lipsedge (1997) han defendido que la arraigada creencia de la superioridad cultural, técnica y administrativa europea jugó un papel importante en el colonialismo británico en África y Asia; y que solo cuando los pueblos dominados empezaron a amenazar con conseguir algún tipo de igualdad las tipologías sistemáticas y «científicas» de inferioridad y de patología psicobiológica se hicieron visibles. Esto fue especialmente relevante en los EE. UU., donde estas ideas fueron ampliamente utilizadas en los siglos XIX y XX para oponerse a la abolición de la esclavitud y para justificar la continuación de la dominación de los negros y los nativos americanos. Independientemente de la función de las teorías «científicas» de la raza, no hay duda que hasta bien entrado el siglo XX gran parte del canon teórico de la psicología y la psiquiatría era explícitamente racista o pro-eugenesia. Por ejemplo, en el trabajo de Kraepelin, Freud, Galton y Spearman, y en los estudios de los gemelos y las familias respecto a la delincuencia y el coeficiente intelectual de los «trastornos mentales»; las afirmaciones sobre la inferioridad mental de los negros se siguieron haciendo durante todo el siglo XX y hasta en el XXI (Fernando, 2010; Richards, 1997).
- Los orígenes del concepto occidental de adolescencia, en gran medida oscurecidos en la actualidad, proporcionan un ejemplo sorprendente de este tipo de discursos. La idea de la adolescencia como una etapa de desarrollo distinta y natural, una transición desde lo simple (infancia) a las formas complejas (adultez) de funcionamiento biológico, emocional, cognitivo y social se pueden encontrar trazadas en el texto emblemático de G. Stanley Hall de 1904. Diversas tendencias sociales, como el aumento de la segregación por edad, la difusión de la escolarización masiva y la prohibición del trabajo infantil, respaldaban la declaración de Hall de que había que permitir que los jóvenes se desarrollaran de acuerdo con su

verdadera naturaleza, sin esperar que asumieran responsabilidades del adulto a una edad temprana (Macleod, 2011; Moran, 2000). Sin embargo, la popularidad de la construcción de la adolescencia de Hall como una transición del desarrollo del niño al adulto también se debió a que se basaba en una analogía sobre las culturas «primitivas» y civilizadas. Como señala Catriona Macleod (2011), este autor creía que «la etapa de transición que atravesó la humanidad para ir de lo primitivo a la civilización se desarrolla de forma similar a la transición del desarrollo de los humanos desde la infancia hasta la edad adulta» (p.18). La castidad prolongada y la sublimación del deseo sexual (afirmando que no son unas características de las «razas primitivas») se consideraban esenciales en la evolución hacia una raza civilizada y en la transición del individuo a un ideal cultural de adulto racional. Se asumía que el «adulto» era blanco y masculino, y por lo tanto a las mujeres y a los no blancos implícitamente se les consideraba como adolescentes perpetuos (Deluzio, 2007; Macleod, 2011). Aunque la analogía de Hall del desarrollo individual y cultural no fue aceptada de forma explícita por los psicólogos posteriores, Catriona MacLeod ha defendido que «el miedo a una amenaza de degeneración que acompañó a las interacciones coloniales con las llamadas personas primitivas sigue rondando en nuestra forma de hablar sobre los adolescentes» (p.16) y, parece más probable, sobre los adolescentes negros en particular.

Se podría pensar que lo anteriormente expuesto hace referencia a un momento histórico pasado, pero, lo mismo que el desmantelamiento de muchas de las estructuras legales y económicas del patriarcado no ha terminado con la subordinación de las mujeres o tampoco su impacto psicológico, el final de la dominación racial o física legalmente sancionada puede significar que el racismo ahora «funciona, con frecuencia… sin apelar abiertamente a la misma "raza" o a las ideas biológicas de diferencia, pero recogiendo todavía el sentido habitual del término» (Gilroy, 1993, p.23). Esto podría abarcar comentarios despectivos hacia los «migrantes», el solapamiento entre «raza» y «cultura», y asociar a menudo el «progreso» a lo «occidental»; la discriminación sutil y racionalizada de las personas que respaldan la igualdad (Dovidio y Gaertner, 2000; Fernando, 2010); también es evidente en la infrarrepresentación de las personas negras y de los grupos étnicos minoritarios en posiciones de poder e influencia en el Reino Unido (Equality and Human Rights Commission, 2016), y en la creciente exportación de las teorías y las prácticas occidentales sobre los problemas emocionales y conductuales a los países no occidentales, donde se pueden presentar como si fueran más científicas o avanzadas (véanse los Capítulos 2 y 3).

Sería por tanto sorprendente que algunos aspectos de esta ideología no estuvieran influyendo en los servicios de salud mental occidentales, ya que quienes desarrollan y aplican las teorías sobre los problemas emocionales y conductuales (que son principalmente blancos) son parte de una sociedad donde opera dicha ideología. La gran permeabilidad de las fronteras entre estas teorías y las prácticas, y la sociedad en general a través de esta interacción, de los medios de comunicación, y a partir de la experiencia con los usuarios de los servicios, hace que tanto las hipótesis como la práctica de los

profesionales se reflejen y lleguen a formar parte de un contexto social más amplio que modela la experiencia de los negros y de otras minorías étnicas.

Ejemplos de esto son:

Las explicaciones individualizadas o basadas en el déficit: Muchas de las explicaciones para la sobrerrepresentación de las personas negras en los servicios y en algunas categorías diagnósticas se han centrado sobre la diferencia o el déficit, como la vulnerabilidad genética de los migrantes, la baja inmunidad a las infecciones virales, las dificultades para asimilar la vitamina D debido a su piel oscura y a una presentación diferente, más florida y antisocial (Cooper, 2005; Littlewood y Lipsedge, 1997; McGorry, 2000). Ello se asocia al uso persistente de la «raza» como un constructo biológico, antes que social, por ejemplo, cuando se investigan las diferencias «raciales» en la respuesta a los neurolépticos o en las declaraciones sobre las diferencias de la «raza» en la morfología cerebral y en el funcionamiento neuropsicológico en la esquizofrenia (Boyle, 2002a). Esto no solo fomenta la percepción de que las personas negras, y algunos grupos étnicos minoritarios, en las sociedades dominadas por blancos son esencialmente distintas, sino también como un «problema», una visión que se acentúa al no prestar atención a las tasas más bajas de algunos problemas como el suicido o el abuso del alcohol entre algunos grupos minoritarios.

«Síndromes culturales»: El DSM-5 define los síndrome culturales como «...grupos de síntomas y atributos que tienden a darse juntos, entre los individuos de grupos culturales, comunidades o contextos específicos, que son reconocidos localmente como patrones coherentes de experiencia» (APA, 2013, p.758). Suman Fernando (2010) lo expresa de una forma bastante diferente al sugerir que «lo que sucede en el desarrollo del conocimiento psiquiátrico es que cuando las constelaciones de síntomas identificados en entornos no occidentales no se pueden incluir en una categoría de enfermedad psiquiátrica, entonces se identifica un síndrome ligado a la cultura. La psicopatología en Occidente se considera culturalmente neutra» (p.39). Como vimos en el Capítulo 2, el DSM-5 ha hecho algún esfuerzo para alejarse de esto, pero todavía privilegia la versión occidental medicalizadora, sobre todo cuando afirma que muchos diagnósticos del DSM podrían haberse iniciado como síndromes culturales, pero que llegan a ser «ampliamente aceptados debido a su utilidad en la clínica y en la investigación» (p.758), lo que implica que ya no son «síndromes culturales» sino algo más científico. Todo esto crea la impresión de que las comunidades occidentales desarrollan enfermedades biológicas estándar, mientras que las no occidentales muestran «conductas aberrantes y experiencias perturbadoras» acordes a las formas locales. La evidencia, en cambio y como cabría esperar, muestra que las personas en todo el mundo expresan el sufrimiento y la desviación usando los símbolos y las expresiones verbales y no verbales que les resultan familiares en su contexto cultural (Littlewood, 2002; Watters, 2010), y que ninguno de ellos parece un síndrome médico. La impresión de diferencia y de alteridad creada con los «síndromes vinculados a la cultura» o los «síndromes culturales» se puede reforzar mediante la perspectiva de la conciencia o sensibilidad cultural, dirigida a animar a los profesionales para que tengan en cuenta los antecedentes culturales de las personas y, en especial, así evitar el diagnóstico erróneo de las reacciones normativas culturales, como escuchar voces o las creencias

aparentemente extrañas, como enfermedad mental. Pero, como han señalado los escritores negros durante mucho tiempo, la «conciencia cultural» a menudo parece aplicarse tan solo a las culturas no occidentales, de modo que la «cultura» se cosifica como algo peculiar en los negros (Black Health Workers and Patients Group, 1983; Mercer, 1986), que es capaz de generar las conductas y experiencias más extremas, que en las comunidades occidentales se atribuyen a patología cerebral. En cambio, las costumbres y prácticas occidentales se presentan implícitamente como un estándar neutro (o posiblemente más avanzado), menos relevante para el sufrimiento y la desviación.

Somatización: Se ha sugerido que algunas personas de algunos grupos étnicos minoritarios son más propensas a presentar y, posiblemente, a experimentar el sufrimiento mediante manifestaciones corporales (Littlewood y Lipsedge, 1997; Wilson y MacCarthy, 1994). La idea de la somatización recuerda las afirmaciones previas referidas a la ausencia de la melancolía en las comunidades «primitivas» y a la «histeria de conversión» como una forma más primitiva de gestionar las dificultades emocionales (Littlewood y Lipsedge, 1997). De manera similar, como un reflejo de la jerarquía implícita en la noción de la somatización, el DSM-IV (APA, 1994) declaraba que el «trastorno por somatización» era raro entre los hombres estadounidenses, excepto en los griegos y los portorriqueños. El DSM-5 no menciona a ningún grupo étnico cuando expone el «trastorno de síntomas somáticos» e indica que hay gran cantidad de dolencias somáticas en los estudios poblacionales y en los de atención primaria en todo el mundo. Sin embargo, también afirma que «los síntomas somáticos son predominantes en varios de los "síndromes ligados a la cultura"» (2013, p.313). Dado que los listados del DSM-IV y del DSM-5 de los «síndromes culturales» o «vinculados a la cultura» solo incluyen ejemplos no occidentales, se podría tener la impresión de que la somatización es más común en las comunidades no occidentales.

Percepción de peligrosidad: Tal como señalamos antes, en el Reino Unido, y en referencia a las personas negras, principalmente hombres, es más probable que intervengan las fuerzas de orden público para su traslado a los servicios psiquiátricos, que estén en tratamiento involuntario al amparo de la legislación de salud mental, que ingresen en unidades de «seguridad» o forenses, y que se les prescriban dosis de psicofármacos más altas y también los de acción prolongada. Esto concuerda con lo que Maurice Lipsedge (1994) llama el estereotipo occidental prevalente que considera a los pacientes psiquiátricos negros como coléricos y peligrosos. Este estereotipo trasciende los servicios psiquiátricos, en especial en referencia a los varones jóvenes negros que tienen más probabilidad que sus pares blancos de ser «parados y cacheados» en los controles policiales de las calles (Bowling y Phillips, 2007; EHRC, 2010). Varios estudios confirman la existencia de este estereotipo de peligrosidad en los servicios psiquiátricos, aunque no se ha demostrado que haya una base de evidencia objetiva (Spector, 2001). No obstante, podría convertirse en una profecía autocumplida, ya que tanto el ingreso como el tratamiento involuntario pueden provocar más rabia y resistencia (Littlewood y Lipsedge, 1997; Lloyd y Moodley, 1992; Noble y Rodger, 1989). Es difícil no vincular la percepción global de peligrosidad, al menos entre los blancos, con el sorprendente alza de diagnósticos de «esquizofrenia» entre las personas negras que ya manifestamos antes, debido a que la esquizofrenia es el diagnóstico asociado

con más fuerza, en la percepción colectiva, a la violencia y la peligrosidad. También es difícil no vincular esta percepción de peligrosidad potencial de las personas negras con la «amenaza de degeneración» que se mostraba en los escritos del colonialismo y entre los académicos de los siglos XIX y XX (MacLeod, 2011).

No defendemos que la sobrerrepresentación de las personas negras y otros grupos étnicos minoritarios en los servicios psiquiátricos del Reino Unido, o en las categoría diagnósticas, se deba por completo a los estereotipos blancos y tampoco a un diagnóstico erróneo; como dijimos antes, la cuestión del diagnóstico erróneo es irrelevante debido a la falta de validez de las categorías diagnósticas de la psiquiatría. Argumentamos que la larga trayectoria de relaciones desiguales de poder entre las personas blancas y negras ha incluido un contexto ideológico que construye de forma enérgica la imagen de las personas de raza negra como diferentes e inferiores, y que en formas más o menos explícitas sigue conformando sus vidas cotidianas. En las siguientes secciones se hablará de este proceso con más detalle y sobre cómo se podría asociar a una gama de dificultades emocionales y conductuales.

El impacto del racismo y la discriminación

El racismo y la discriminación pueden adoptar muchas formas, algunas más visibles que otras. Incluyen humillaciones sutiles, insultos y rechazos («microagresiones»), así como insultos racistas directos, hostilidad y violencia. La discriminación también se puede encontrar profundamente arraigada en los procedimientos, políticas, leyes y prácticas laborales de las organizaciones y los servicios (también llamado racismo institucional) de un modo más o menos invisible, excepto para los discriminados. Todo esto está respaldado por el contexto ideológico descrito antes, y hay pruebas sólidas de que estas formas de racismo y discriminación pueden tener efectos muy negativos en la salud mental y física de las personas.

Estudios de correlación en varios países occidentales han encontrado una relación «dosis-respuesta» entre la experiencia percibida de racismo y discriminación y la probabilidad de cumplir los criterios para una serie de diagnósticos psiquiátricos como la esquizofrenia y otras psicosis, ansiedad y depresión. Por ejemplo, Wim Velling y sus colegas (2007) hallaron tasas de incidencia de «trastornos esquizofrénicos» de 4, 1,9, 1,58 y 1,2 en los niveles altos, medios, bajos y muy bajos de discriminación percibida, mientras que Saffron Karlsen y James Nazroo (2002) encontraron un aumento del 150% en las tasas estimadas de «depresión» y «psicosis» entre los que experimentaron maltrato verbal comparados con los que no tuvieron experiencias de racismo, y tasas de tres a cinco veces más altas para quienes sufrieron ataques por motivos raciales o vandalismo contra sus propiedades. Se hallaron resultados similares en un estudio posterior (Karlsen et al., 2005). Un estudio longitudinal (Janssen et al., 2003) encontró una relación significativa entre las experiencias de discriminación, manifestadas por personas sin antecedentes psiquiátricos, con «síntomas» e «ideación paranoide», y con las mediciones de «ideación delirante» tres años después.

Estos estudios incluían las denuncias de racismo y discriminación de las mismas personas, pero los resultados son consistentes con las investigaciones

que usan otros indicadores. Por ejemplo, las tasas de ingreso por «esquizofrenia» entre algunos grupos étnicos minoritarios en Londres fueron más bajas en las zonas donde se agrupaban grupos étnicos concretos (Boydell et al., 2001). Se hallaron resultados similares en un estudio holandés: las tasas de «psicosis» aumentaban solo en aquellos grupos étnicos minoritarios que vivían en vecindarios en el que su propio grupo étnico era una minoría muy pequeña (Veling et al., 2008). Bruce Kennedy y sus colegas (1997) usaron indicadores de «falta de respeto colectivo» o racismo como una «característica ecológica», en base a respuestas de sí o no a las preguntas de una encuesta nacional en EE.UU.: «Como media, los negros tienen peores empleos, ingresos y acceso a la vivienda que los blancos. ¿Cree que las diferencias son: (a) debidas principalmente a la discriminación; (b) porque la mayoría de las personas negras tienen de forma innata una menor capacidad para aprender; (c) porque la mayoría de las personas negras no tienen acceso a la educación necesaria para salir de la pobreza; o (d) porque la mayoría de los negros simplemente no tienen la motivación o voluntad para salir de la pobreza». Se calcularon las puntuaciones para cada uno de los estados. En 39 de los estados, los investigadores encontraron que ambas medidas de «falta de respeto colectivo» se correlacionaban fuertemente con una menor esperanza de vida en las comunidades negras y en menor medida en las de los blancos. También encontraron un aumento significativo en la tasa de mortalidad de las personas negras con un aumento de apenas del 1 por ciento en la prevalencia de quienes creían que las personas negras carecían de capacidad innata.

Estos resultados ponen de relieve que el impacto del racismo va más allá del daño psicológico, y afecta a la salud física e incluso a la esperanza de vida. En consonancia con esto, estudios realizados en EE. UU. han mostrado una asociación entre la experiencia de racismo percibida, el aumento de la presión arterial y un mayor número de días en cama por enfermedad (Kreiger, 2000; Kreiger y Sidney, 1996), mientras que Saffron Karlsen y James Nazroo (2002) observaron que quienes sufrieron maltrato verbal por motivos de raza tenían un 50% más probabilidades para calificar su salud física de regular o mala, mientras que quienes denunciaron agresiones físicas o vandalismo sobre sus propiedades tenían un 100% más probabilidades.

Los grupos étnicos minoritarios difieren en la forma de experimentar el estigma social (Levin y van Laar, 2006; Veling et al., 2007); también señalamos antes que las personas de origen afrocaribeño y africano, en el Reino Unido y en otros países occidentales, tienen mayor probabilidad de recibir diagnósticos de «psicosis» que quienes pertenecen a otros grupos étnicos minoritarios. En esta línea, los estudios europeos y estadounidenses que vinculan el racismo y los diagnósticos psiquiátricos han encontrado, de forma reiterada, una relación sistemática con el color de la piel, y que las personas de piel más oscura informan de niveles más altos de acoso y discriminación (Karlsen et al., 2005; Veling et al., 2007; Williams, 1999).

El impacto del estatus socioeconómico

Como veremos en la sección sobre la clase social y la pobreza, un bajo estatus socioeconómico se asocia a una amplia gama de problemas psicológicos, incluyendo la «psicosis». En las sociedades dominadas por blancos, las personas negras y algunas minorías étnicas se encuentran, en general,

sobrerrepresentadas en los grupos de personas con ingresos bajos, y también entre las personas en paro. En el Reino Unido y los Estados Unidos, por citar un ejemplo, las personas de origen afrocaribeño que recibieron un diagnóstico de psicosis, ya sean migrantes o establecidas en el país, tienen más probabilidades que los blancos de encontrarse en paro y de experimentar otras formas de desventaja (Bhugra et al., 1997; Cooper, 2005; Mallett et al., 2002; Morgan y Hutchinson, 2010; Morgan et al., 2008; Williams y Earl, 2007). Algunas de las investigaciones que analizamos sobre la discriminación tuvieron en cuenta estas variables y, a pesar de ello, hallaron importantes asociaciones independientes entre las denuncias de acoso y discriminación y los problemas de salud mental (Janssen et al., 2003; Karlsen y Nazroo, 2002; Veling et al., 2007). No cabe duda de que el hecho de tener un nivel socioeconómico bajo y experimentar discriminación racial no son situaciones que se den por separado, por ello los procesos de los que hablaremos en relación a la clase social y la pobreza son muy relevantes en la vida de muchas personas que pertenecen a grupos étnicos minoritarios. Por ejemplo, la creencia de que «los pobres» son responsables de su situación puede intensificarse con los discursos sobre la inferioridad social e intelectual de las personas negras. Los complejos vínculos existentes entre el racismo y el estatus socioeconómico se pueden observar en el hecho de que hay una mayor heterogeneidad en cuanto a ingresos, educación y cualificaciones entre los grupos étnicos minoritarios y en los vecindarios de clase social baja que la que hay para las poblaciones blancas en vecindarios similares; lo que parece reflejar una historia de discriminación laboral y de segregación social basada en la «raza» (Karlsen y Nazroo 2002; Littlewood y Lipsedge, 1997; Williams y Earl, 2007). Las desventajas estructurales que experimentan muchas personas negras en las sociedades dominadas por blancos también parecen interactuar de manera compleja con las adversidades «personales», como el *bullying* o el abuso sexual, así como con otras influencias sociopolíticas que pueden afectar al desarrollo y la fenomenología de las experiencias «psicóticas» (Rosen et al., 2017).

Las personas que llegan a un país como refugiados o solicitantes de asilo se enfrentan a problemas aún mayores. Han podido perder su hogar y también muchas, o la mayor parte, de sus propiedades, y probablemente no pudieron hacer muchos preparativos a la hora de partir, e incluso no habrán tenido muchas opciones a la hora de elegir destino. A su llegada se les puede prohibir trabajar o pueden ver que no pueden hacer valer su formación y sus títulos, y pueden experimentar hostilidad en vez de percibir su destino como un lugar seguro. Pueden estar extremadamente aislados socialmente, con incapacidad o miedo para comunicarse con otros o con los parientes de su país de origen. Casi por definición, es posible que hayan experimentado extremas situaciones de adversidad y trauma en su país de origen, y también en su viaje. Varios autores han criticado la práctica de entender las reacciones a estas experiencias como una patología objetivamente diagnosticable en categorías como «trastorno de estrés postraumático». Esto puede soslayar no solo los complejos significados culturales y personales de estos sucesos, sino también la extraordinaria resistencia de los refugiados y los solicitantes de asilo (Fernando, 2010; Miller y Rasco, 2004; Mueke, 1992; Patel, 2008). Incluso, en el caso de que puedan establecer nuevas relaciones y encontrar un trabajo significativo, las personas que han tenido que abandonar sus hogares de forma obligada pueden experimentar un sentido permanente de pérdida, que se

puede trasmitir a sus descendientes y, quizás, también una sensación de miedo e impotencia (Fernando, 2010; Moorehead, 2006).

La investigación sobre la discriminación racial, el estatus social y los diagnósticos psiquiátricos ha sido muy valiosa para resaltar el impacto potencial que tienen en el bienestar físico y psicológico. Pero, de manera inevitable, la investigación presenta limitaciones, entre ellas el uso de preguntas estandarizadas con varias respuestas acotadas y la dependencia de las categorías psiquiátricas. Todo ello puede haber producido un registro a la baja de las experiencias de racismo y con ello posiblemente sus consecuencias psicológicas (un aspecto reconocido por los investigadores): en los estudios que nos dan cifras, la mayoría de los encuestados afirmaban no haber tenido experiencias de discriminación. Sin embargo, los estudios que usan entrevistas en profundidad muestran un panorama muy distinto, ya que numerosas personas pertenecientes a las comunidades negras y a los grupos étnicos minoritarios consideran que el racismo interpersonal e institucional forma parte de la vida cotidiana y que les hace sentir diferentes de forma habitual y predecible (Allan, et al., 2004; Chahal y Julienne, 1999; Connolly y Keenan, 2002). Del mismo modo, las personas que al principio respondieron en un cuestionario que no habían experimentado discriminación, después en una entrevista en profundidad afirmaban haberla sufrido, pero que les resultaba muy complicado hablar de ello (Parker et al., 1994). Nuestra comprensión del impacto de varios otros aspectos de la discriminación racial también se beneficiaría del uso de una gama más amplia de métodos de investigación, que incluyen:

La intersección de género y racismo: Saffron Karlsen y sus colegas (2005) hallaron que, en varios grupos étnicos distintos, una proporción de mujeres mayor que la de hombres, alcanzaba el umbral del «trastorno mental común», un patrón que también halló la *Adult Psychiatric Morbidity Survey*[37] del Reino Unido (McManus et al., 2016); no obstante es complicado determinar si esto se debe a las diferencias en la voluntad de comunicar. Las subjetividades de los hombres negros y las mujeres negras han sido históricamente construidas (por los hombres blancos) como más próximas a la naturaleza y, por lo tanto, más sexualizadas que los hombres blancos, mientras que a menudo hay un fuerte componente racial en los insultos sexuales denunciados por las mujeres negras como parte del «sexismo cotidiano» (Bates, 2014). También se pueden encontrar ejemplos en las expresiones directas e indirectas de preocupación por las altas tasas de natalidad de los grupos étnicos minoritarios, que posiblemente tengan más efecto sobre las mujeres, dado que es el grupo que se queda embarazada y da a luz. Y Catriona MacLeod (2011) argumenta que «el fantasma de un discurso de degeneración» procedente de las raíces colonialistas sobre las teorías de la adolescencia persiste en nuestra comprensión de las mujeres jóvenes y la reproducción, y que puede aplicarse a los «embarazos adolescentes» en general, pero podría decirse que se aplica sobre todo a los embarazos de las mujeres negras. También se ha sugerido que las mujeres son más propensas que los hombres a internalizar sus experiencias de acoso y discriminación, y aceptar su condición subordinada y el trato injusto, también en base a su sexo, como «algo merecido» (Karlsen y Nazroo, 2002).

[37] Encuesta de Morbilidad Psiquiátrica del Adulto.

Efectos acumulativos de las desventajas múltiples: Hemos señalado que algunos grupos de personas negras y de etnias minoritarias están sobrerrepresentadas entre las peores viviendas, entre los trabajadores de las categorías más bajas y entre los parados. Esta segregación puede reforzar los estereotipos de la diferencia y la inferioridad con la consiguiente exclusión social y económica, produciendo experiencias negativas generalizadas y acumulativas a lo largo de la vida.

Diferentes relaciones con la cultura dominante: Los distintos grupos étnicos minoritarios tienen obviamente relaciones diferentes con la cultura blanca dominante en lo que atañe a su historia, idioma y tradiciones culturales. Roland Littlewood y Maurice Lipsedge (1997) sugieren que la atribución de una identidad inferior junto a los obstáculos para lograr metas compartidas, en un contexto de similitud en el lenguaje y la tradición, puede crear dificultades particulares para las personas de origen afro-caribeño, lo que puede ser un factor de la sobrerrepresentación de estos grupos en los diagnósticos de «psicosis». Al margen de que esto sea cierto o no, es probable que el impacto del racismo esté mediado por discrepancias entre las relaciones esperadas y reales con la cultura dominante. Esto se relaciona de manera más general con los aspectos de pertenencia a grupos y las identidades sociales asociadas a ellos. Como han demostrado Alex Haslam y sus colegas, estas juegan un papel central en nuestra salud y bienestar (Haslam et al., 2009; Jetten et al., 2012b). Aunque una identidad étnica afianzada puede proteger de los efectos del racismo, incluyendo la psicosis, el racismo también puede hacer que sea inseguro el sentirse fuertemente conectado al grupo étnico propio (Read et al., 2013), mientras que también puede ser inseguro sentirse vinculado al grupo dominante.

Wim Veling y sus colegas (2007) han descrito el racismo y la discriminación como una influencia adversa generalizada para la salud en muchos grupos étnicos minoritarios. Como hemos señalado, es probable que procesos similares intervengan en los resultados adversos de los distintos grupos subordinados, y que se intensifiquen entre quienes tengan varias identidades subordinadas, aunque el contenido concreto y el significado de las experiencias puedan ser diferentes. En el caso de las personas de raza negra y de los grupos étnicos minoritarios en sociedades dominadas por blancos, estos procesos y resultados probablemente incluyan:

- Ansiedad, suspicacia o «paranoia» ante la hostilidad persistente y la amenaza, incertidumbre ante el idioma o el significado de la conducta de otros (Cromby y Harper, 2013; Harper, 2011; Littlewood y Lipsedge, 1997).
- Las representaciones colectivas o el conocimiento compartido del estatus depreciado y los estereotipos culturales negativos (Levin y van Laar, 2006; Veling et al., 2007), pueden dañar la autoestima y limitar las expectativas ante las metas (Karlsen y Nazroo, 2002). Esto también puede producir una «identificación negativa» con el grupo étnico al que uno pertenece, lo que según Wim Veling y sus colegas (2008) puede aumentar las posibilidades de recibir el diagnóstico de «esquizofrenia» en un contexto de adversidad social.
- Restricciones autoimpuestas para actividades y viajes al objeto de evitar el acoso racial, lo que lleva al aislamiento social, a tener sentimientos de estar atrapado y tener poco control (Karlsen y Nazroo, 2002; Virdee, 1995).

- Ira, que puede ser patologizada.
- Alcanzar estatus y reconocimiento mediante formas socialmente problemáticas como, por ejemplo, pertenecer a una pandilla cuando las características (especialmente las masculinas) valoradas por la cultura dominante no son accesibles (Weber et al., 1998).

Sin embargo, estas respuestas negativas, comprensibles y a menudo protectoras, pueden ser modeladas o transformadas por varias «contraestrategias» que tienen como objeto desafiar las desigualdades de poder y hacer más visibles sus efectos individuales y sociales. Las estrategias incluyen la afirmación de la identidad, el patrimonio cultural, y su inclusión en la educación habitual; campañas de derechos civiles; proyectos artísticos y literarios, y el aumento de la influencia en los medios, el derecho y la política. Estas y otras estrategias las pueden usar los grupos subordinados, algo particularmente importante cuando consideramos la naturaleza a menudo múltiple de las identidades subordinadas.

El contexto social: 4. La pobreza y el estatus socioeconómico bajo

Introducción

Los vínculos entre la pobreza, el bajo estatus socioeconómico y una amplia gama de diagnósticos psiquiátricos, que van desde los «trastornos» depresivos y de ansiedad hasta el «trastorno de estrés postraumático», el «trastorno de la personalidad», el «trastorno por consumo de sustancias» y la «esquizofrenia», están bien comprobados en muchos países (Cromby et al., 2013; Fell y Hewstone, 2015; Lorant et al., 2003; Melzer y et al., 2004; Murphy et al., 1991; Read, 2010). Por ejemplo, el tener un padre o una madre con un estatus socioeconómico bajo puede triplicar con creces el riesgo de recibir un diagnóstico de depresión grave (Ritsher et al., 2001), y también las tasas de suicidio pueden aumentar considerablemente en las épocas de recesión económica (Stuckler y Basu, 2014). Una de las asociaciones más fuertes parece darse con el diagnóstico de «esquizofrenia». Hace 60 años, el estudio de New Haven (Hollinshead y Redlich, 1958) halló que las personas de las clases sociales más pobres tenían tres veces más probabilidades de recibir tratamiento psiquiátrico que en las dos clases más pudientes, y que las más pobres tenían ocho veces más probabilidades de recibir el diagnóstico de «esquizofrenia». Investigaciones posteriores han confirmado esta pronunciada tendencia, incluso entre aquellos que no tenían antecedentes familiares de «psicosis» (Harrison et al., 2001).

Estas asociaciones se mantienen a través de varios indicadores de pobreza y del estatus individual, como los ingresos, las propiedades, el vecindario y las condiciones de vida, la educación y la ocupación; pero también está cada vez más claro que la distribución de recursos de un país en la población en su conjunto, el alcance y la visibilidad de las desigualdades de recursos se relaciona significativamente con la incidencia de problemas emocionales y de conducta, incluyendo la «psicosis» (Burns et al., 2014; Burns y Esterhuizen,

2008; Johnson et al., 2015; Keating y Hertzman, 1999; Wilkinson y Pickett, 2010).

Aunque la vinculación entre el estatus socioeconómico bajo, la desigualdad de ingresos y los problemas emocionales y de conducta se acepta ampliamente, la interpretación de estos vínculos como relaciones causales ha sido impugnada, a menudo en defensa de un enfoque medicalizado. Tal vez no sea sorprendente, la mayor parte de la controversia se ha centrado en el diagnóstico de la «esquizofrenia». Se ha sugerido que la pobreza y la condición social de pobreza en muchas de las personas diagnosticadas de «esquizofrenia» es el resultado de una «tendencia social» descendente o de no lograr su nivel ocupacional potencial, o por ser demasiado sensible a la adversidad, debido a una predisposición a la «enfermedad mental». Hay escasa evidencia de que estas y otras teorías similares ofrezcan una alternativa robusta al amplio apoyo que tiene la hipótesis de que la pobreza, el estatus del nivel socioeconómico de pobreza y la consecuente desigualdad son las principales causas de los problemas emocionales y de comportamiento (Read, 2010; Read et al., 2013; Wilkinson y Pickett, 2010); pero es cierto que la situación de estar gravemente angustiado o perturbar a los demás reduce las oportunidades de las personas para adaptarse bien al hogar o al trabajo y de salir de la pobreza. Los distintos tipos de adversidad en la infancia (véase la sección 1), que a menudo conducen a problemas mentales y emocionales en la edad adulta, también pueden limitar los logros educativos o laborales. Y una vez que las personas reciben un diagnóstico psiquiátrico, es más probable que se las discrimine para conseguir o mantener un trabajo (Read, 2010; Thornicroft, 2006; Warner, 2000). También hay pruebas de que los fármacos psiquiátricos, debido a sus efectos en el funcionamiento cognitivo, social y laboral, pueden dificultar que las personas abandonen las prestaciones por discapacidad y se dediquen a formarse o a un trabajo bien remunerado (Bentall, 2009; Whitaker, 2010). Lo mismo puede decirse sobre la discapacidad intelectual.

La pobreza también puede acarrear muchas otras adversidades, que a su vez se asocian intensamente con los problemas de salud mental; en palabras de de Jennifer Newton (1988), es «una situación que provoca otras situaciones». Por lo tanto, la pobreza y el bajo nivel socioeconómico pueden considerarse tanto causa como efecto de una amplia gama de dificultades mentales, emocionales y de conducta. En esta sección hablaremos de algunos contextos materiales, sociales, psicológicos y biológicos «fijados» por la pobreza y las desigualdades en los recursos, y las formas en que pueden llevar a, o exacerbar, los problemas psicológicos (y véase también *Psychologists against Austerity*, 2015). Tal como resaltamos en la introducción, lo que a menudo se nombran como «desigualdades sociales», incluida la pobreza, en realidad implica diferencias de poder, de modo que el funcionamiento negativo de las diferentes formas de poder, especialmente el material y económico, el jurídico y el ideológico forman parte de estos contextos y del sufrimiento que producen. Se pueden resaltar tres cuestiones más. En primer lugar, al igual que en otras formas de desigualdad, la investigación sobre la situación socioeconómica se hace depender de los diagnósticos psiquiátricos. Pero como indicamos en la introducción, esta investigación puede ser útil, incluso aunque se rechace la validez de los conceptos diagnósticos, ya que representan una amplia gama de experiencias de sufrimiento y problemáticas. Apartarse de las categorías

diagnósticas también nos ayuda a ver los puntos comunes entre los grupos que reciben los distintos diagnósticos y nos ayuda a comprender que un mismo contexto puede producir distintas formas de sufrimiento y que diferentes contextos pueden dar formas similares. En segundo lugar, la pobreza y el estatus de una mala situación socioeconómica interactúan fuertemente con otras formas de subordinación y desventaja social, como el tener una discapacidad física o intelectual, ser muy anciano, mujer o pertenecer a un grupo étnico minoritario, de modo que las desventajas que estos grupos ya afrontan se agravan. En tercer lugar, estamos hablando de grupos. Al igual que en otras formas de desventaja, hay muchas diferencias individuales en las experiencias y en las respuestas de las personas a la pobreza y el estatus de una situación económica de pobreza que ayudan a explicar porqué algunas personas, y en cambio no otras, pueden llegar a los servicios psiquiátricos. Volveremos este punto más adelante.

Contextos de pobreza

Entrampamiento e impotencia: Encontrarse en una situación negativa de la que parece que no hay escapatoria se asocia fuertemente con el sufrimiento emocional (Brown y Harris, 1995; Kendler et al., 2003). El estado crónico de adversidad a largo plazo que implica el estar «atrapado» o «entrampado» también parece causar más daño en el bienestar mental y emocional que los sucesos negativos agudos y repentinos (Mathiesen et al., 1999). La pobreza es muy probable que provoque el sentirse atrapado, ya que, por definición, significa la falta de algo básico que fundamenta casi todos los ámbitos de nuestras vidas. Es más difícil para las personas con muy poco dinero utilizar lo que para otros son formas habituales de «huir» o desconectar de situaciones, incluso de las levemente estresantes, como retirarse a su propio espacio en el trabajo o en el hogar; salir de noche con amigos; ir de vacaciones; acceder a varias formas de ayuda, etc. La falta de dinero puede impedir también cambios más grandes y a largo plazo: mudarse de casa, cambiarse de escuela o trabajo o romper una relación. También deja a las personas muy dependientes de los servicios públicos y las políticas gubernamentales que controlan, por ejemplo, la disponibilidad de viviendas asequibles o la asistencia legal. Por lo tanto, la pobreza puede entrampar a las personas durante largos períodos en situaciones y relaciones muy negativas y de maltrato; las personas mayores y las personas con discapacidades físicas o de aprendizaje pueden estar en mayor riesgo de abuso económico, que exacerba su entrampamiento, por ejemplo, en situaciones de explotación de parte de la familia u otras personas de las que dependen. La pobreza también crea condiciones en las que modificar su situación económica puede parecer tan difícil que resulta prácticamente imposible. Como señalan Sendhil Mullainathan y Eldar Shafir (2014), tratar de aliviar la falta de dinero es mucho más difícil que tratar de aliviar otras carencias personales, como el tiempo o las habilidades, en las que podemos usar dinero para compensar. Las personas pueden quedar entrampadas en deudas, en las que la cantidad adeudada aumenta vertiginosamente, en particular si tienen préstamos de compañías que cobran tasas de interés extremadamente altas. Intentar trabajar más puede no ser factible, teniendo en cuenta que se necesita tiempo y energía para encontrar, reclamar y realizar más trabajo adicional, o algún trabajo disponible que genere

un ingreso adicional significativo. Como veremos, la grave escasez de dinero y el bajo estatus socioeconómico también afectan al funcionamiento social, cognitivo, emocional y físico, de un modo en que el contexto de pobreza puede parecer que lo abarca todo, y del que no se puede escapar, creando un estado mental dominado por la ansiedad, la rumiación y los sentimientos de desesperanza y derrota (Moffatt et al., 2016; Tirado, 2014). En su estudio sobre las experiencias de las personas pobres, Elaine Chase y Robert Walker (2012) mostraron que varios de los participantes habían considerado o intentaron suicidarse porque no podían ver la salida a sus circunstancias actuales.

Exposición a sucesos impredecibles e incontrolables: Hay una gran cantidad de evidencia sobre que el experimentar aspectos importantes de la vida como impredecibles o incontrolables se asocia fuertemente al sufrimiento (Marmot, 2004; Mineka y Kelly, 1989; Sapolsky, 1999). Del mismo modo, los indicadores del concepto de «autoeficacia» de Albert Bandura (las creencias sobre las capacidades propias y el sentido de control de los resultados importantes) se asocian consistentemente con los recursos y la educación; las puntuaciones bajas en estos indicadores se asocian fuertemente con los sentimientos depresivos, y las puntuaciones a menudo descienden de forma brusca tras el paro o la incertidumbre ante la situación económica (Bandura, 1997; Maclejewski et al., 2000; Maddux y Meier, 1995). El escaso control sobre consecuencias importantes también puede explicar, en parte, los vínculos entre el estatus socioeconómico bajo y la paranoia (Mirowsky y Ross, 1983). Como señala David Harper, «cuando no tienes el control total de tu vida, cuando en cualquier momento puedes ser despedido de tu trabajo mal pagado, en un sentido muy literal, otros son los que tienen el control de tu vida y puede parecer que te persiguen» (2011, p.59).

Aunque todos experimentamos situaciones que no podemos predecir ni controlar, las personas con ingresos muy bajos, las que tienen trabajos de bajo estatus o los parados, experimentan incertidumbre e falta de control en muchas áreas importantes de sus vidas, incluyendo:

- **Nivel de ingresos:** Entre los que trabajan, puede surgir, por ejemplo, de la inseguridad laboral (intensamente asociada al sufrimiento, De Witte, 1999) y por los contratos que no garantizan horas de trabajo, los denominados contratos de cero horas. En el caso de las personas que reciben prestaciones, dentro o fuera del trabajo, la incertidumbre sobre los ingresos puede surgir de los cambios reales, o de las propuestas, en las normas gubernamentales sobre los niveles o las calificaciones de las prestaciones, de la discrecionalidad al aplicar las reglas o por las dificultades para comprender criterios complejos o acceder a asesoramiento.
- **Demandas financieras:** Todos experimentamos necesidades financieras inesperadas, pero las personas con bajos ingresos pueden permanecer constantemente en estado de inseguridad, acerca de si podrán cumplir con las necesidades previsibles y las inesperadas, incluyendo el pago de las deudas, mientras que deben afrontar las consecuencias extremadamente negativas si no lo hacen. La investigación sobre la experiencia de las personas en situación de pobreza sugiere que tienen dilemas diarios sobre qué facturas pagar, o si gastarán en comida o en ropa, transporte, reparaciones o calefacción, a qué reuniones familiares o salidas asistir, etc. (Chase y Walker, 2012; Moffatt et al. al., 2016; Shildrick et al., 2012). Los

resultados de estas decisiones pueden ser trascendentales. Una mujer comentó que «suena ridículo, pero a veces tres o cuatro libras pueden significar una diferencia entre el desahucio... o mantener su propiedad» (Moffatt et al., 2016, p.4), mientras que Linda Tirado, en su relato sobre la pobreza extrema a largo plazo, señaló que «es sorprendente que las cuestiones que para mí son crisis absolutas sean contratiempos mínimos para las personas con dinero» (p.132). Elaine Chase y Robert Walker señalaron que estas luchas cotidianas para controlar las demandas financieras «con frecuencia acarrearon una sensación de impotencia y un estado de desmoronamiento físico y psicológico» (p.748); Suzanne Moffatt y sus colegas hablaron de «una sensación de desesperanza rayana en la desesperación», mientras que Colleen Heflin y John Iceland hallaron que las «dificultades», especialmente los problemas para pagar facturas y gestionar las consecuencias, mediaban significativamente las correlaciones entre la pobreza y la «depresión» (2009).

- **Conducta laboral y «actitud»:** Las personas en trabajos de baja categoría pueden tener un control muy escaso de su conducta y desempeño en el trabajo, incluido el tiempo de los descansos para ir al baño, qué decirles a los clientes, la expresión emocional y la cantidad de trabajo y cuando se realizará cada turno, y bajo una vigilancia estrecha para medir el rendimiento (Mason, 2015; Tirado, 2014).
- **Áreas que son objeto de escrutinio y cambio:** A menudo las iniciativas dirigidas a los «problemas sociales», como los patrones de alimentación y bebida, la conducta de los padres, el nivel educativo y la «conducta antisocial», en la práctica, se centran más en la conducta de las personas de las clases socioeconómicas más bajas. Es posible que se exija a las personas en paro que examinen y traten de cambiar sus características psicológicas, como la autoestima, la ambición y la motivación como requisito para recibir las prestaciones de desempleo, aunque los criterios que evalúan el cambio no sean claros (Friedli y Stearn, 2015). Si bien algunas personas pueden encontrar útiles estas iniciativas, otras pueden experimentarlas como humillantes e intrusivas, especialmente si tienen pocos recursos para controlar el escrutinio y la censura (véase más adelante).

En estas y otras áreas, el hecho de no tener mucho control se puede agravar con la falta de recursos intelectuales o físicos, que ya limitan el control de las personas sobre aspectos importantes de la vida. En términos más generales, el control se encuentra limitado por la falta de «capital social», por ejemplo, conocer a personas influyentes o a quién se puede pedir ayuda, a qué instituciones o departamentos acudir y tener el conocimiento, las habilidades y la confianza para comunicarse de manera eficaz y persistir para resolver los problemas (Cromby et al., 2013).

Vergüenza y humillación: La investigación procedente de muchos países sugiere que los sentimientos de vergüenza y humillación forman parte de la vida en la pobreza absoluta o en la pobreza relativa (Walker et al., 2013). Y, aunque puede que no se mencionen como tales, estos sentimientos forman parte importante en muchos tipos de sufrimiento emocional, como el estado de ánimo muy bajo (Gilbert, 2000; Kendler et al., 2003; Perese, 2007), la ansiedad, la ansiedad social y el estrés postraumático (Gilbert, 2000; Lee et al., 2001). No es fácil hablar de la vergüenza, el sociólogo Robert Scheff (2000) ha

resaltado los tabúes que en torno a ella en los países occidentales, hasta el punto en que James Macdonald e Ian Morley (2001) hallaron que la vergüenza es la emoción que a los clientes les costaba más desvelar en terapia. La vergüenza a menudo se presenta en psicología como si fuera una propiedad del individuo, vergüenza disposicional o propensión a la vergüenza, que existe al margen de los contextos en los que se siente (Jo, 2012; Leeming y Boyle, 2004). Pero la vergüenza es una emoción fundamentalmente social, que a menudo refleja la comparación con las normas culturales o idealizadas. Yongmie Jo (2012) la describe como algo que emana del desdén y desprecio de los otros, real o imaginario, provocando sentimientos de desprecio de todo el self, impregnando una sensación de fracaso o inferioridad (p.518-519); Paul Gilbert (1998) la describe como «una experiencia interior, de uno mismo, como un agente social no atractivo» (p.22). Sentir vergüenza es, por lo tanto, inseparable de ser avergonzado; implica una sensación de impotencia, de ser juzgado por otros «que se consideran social y moralmente superiores a la persona que siente vergüenza» (Chase y Walker, 2012, p.740).

La naturaleza social de la vergüenza en la pobreza y en el estatus socioeconómico bajo tiene varias fuentes. Una obvia es la falta de poder material y recursos. Aunque el no tener propiedades de alto estatus y otros marcadores materiales de éxito es una fuente de vergüenza en muchos países (Walker et al., 2013), el efecto depende en parte del grado de diferencia o distancia percibida entre uno mismo y los demás. Parece que hay un mayor potencial de vergüenza en las sociedades donde el valor personal se aprecia en gran medida en base a los logros económicos y donde, como en el Reino Unido, hay grandes desigualdades de ingresos, posiblemente porque una mayor desigualdad aumenta la ansiedad sobre el juicio social, al aumentar la importancia de estatus social (Chase y Walker, 2012; Wilkinson y Pickett, 2010). Una segunda fuente es el hecho de que la pobreza es más común en los grupos que ya están subordinados o devaluados, por ejemplo, personas de algunos grupos étnicos minoritarios, mujeres, personas con discapacidades físicas e intelectuales, y personas con diagnósticos psiquiátricos, lo que agrava el potencial de vergüenza.

Otra fuente importante de vergüenza son las construcciones culturales (palabras, imágenes e ideas) de la pobreza, de «los pobres» y, especialmente, de los «solicitantes de prestaciones sociales». Debido a que, en general, las construcciones dominantes suelen ser configuradas por grupos relativamente poderosos, y que reflejan el funcionamiento del poder ideológico o disciplinario, pueden alcanzar una credibilidad y un estatus de verdad que los hace muy difíciles de soportar o desafiar (Foucault, 1975, 2001; Smail, 2005). En Gran Bretaña, las personas que están sin trabajo o que solicitan prestaciones de ayuda social, con frecuencia, se exponen a construcciones muy negativas sobre ellas, como responsables de su situación, como «gorrones» o «chiflados» o incluso estafadores; también se exponen a las construcciones que combinan: «solicitante de ayudas sociales», «parado» y «gandul». Y, aunque el paro se reparte entre las clases sociales, las imágenes de los medios suelen centrarse en los grupos socioeconómicos más bajos. Estas construcciones negativas se ven reforzadas por la sospecha de que una amplia gama de conductas socialmente reprobadas, como las referidas a los hábitos alimenticios, la mala crianza de los hijos, o el tabaquismo, son producto de la ignorancia o la irresponsabilidad de las personas que viven en la pobreza, en

vez de deberse a las circunstancias de sus vidas (Jo, 2012; Shildrick y MacDonald, 2013). Las construcciones realizadas sobre algunos solicitantes de ayuda social como psicológicamente incapaces también se pueden reforzar mediante los programas laborales que resaltan las características internas como la ambición, la autoestima, la actitud mental o la motivación, y se refuerzan aún más cuando los intentos de cambiar esas características no se asocian a tener éxito en la búsqueda de empleo (Friedli y Stearn, 2015). Estas representaciones se encuentran ampliamente disponibles a través de los medios de comunicación y las decisiones políticas y las normativas; se refuerzan mediante los procesos psicológicos de los estereotipos, dentro y fuera del grupo, la atribución causal y las creencias en un «mundo justo» que pueden apoyar la idea de «lo que merecen» o «lo que no merecen» los pobres (Fell y Hewstone, 2015; Lerner, 1980). En general, las representaciones también se aceptan por el gran público (Baumburg et al., 2011; NatCen Social Research, 2013;). Las personas que viven en la pobreza, y especialmente las que solicitan prestaciones de asistencia social y de desempleo, son muy conscientes de las mismas y explican cómo se desarrollan y, junto a otros marcadores de pobreza, se convierten en una potencial fuente de vergüenza en una variedad de interacciones cotidianas. Por ejemplo, con vecinos, maestros, funcionarios de bienestar social, de justicia, de vivienda y de finanzas, que suelen provocar sentimientos de desazón, degradación, inutilidad y fracaso (Chase y Walker, 2012; Moffatt et al., 2015). Elaine Chase y Robert Walker muestran el discurso de las personas sobre la vergüenza y la pobreza como una combinación compleja, y un sentido interior de ineptitud, que incluye la culpa por no poder mantener a sus hijos o «mantener las apariencias», y el enfado por los intentos, a menudo con éxito, de otros que generan sentimientos de fracaso e inutilidad.

Obviamente, estos sentimientos son muy desagradables y no sorprende que las personas hagan importantes intentos para evitar, mitigar y reparar la vergüenza (Goffman, 1967; Jo, 2012; Leeming y Boyle, 2013). Una forma es el intento de ocultar las posibles manifestaciones de vergüenza. Las personas que viven en la pobreza informan de grandes esfuerzos para hacer esto, por ejemplo controlando en las interacciones sociales, para ocultar dónde viven o que se encuentran en el paro, o que reciben prestaciones; sin pedir ayuda a los vecinos o familiares o evitar la ayuda «pública», como los bancos de alimentos; simulando que están haciendo frente a la situación, y escondiéndose de los agentes judiciales y los cobradores de deudas para evitar la exposición pública de la deuda (Chase y Walker, 2012; Jo, 2012; Moffatt et al., 2016). Estas tácticas no siempre funcionan y la vergüenza anticipada a menudo conduce a la retirada social y al aislamiento. Por supuesto, puede suceder simplemente debido a no que no tengan suficiente dinero para el transporte, la comida o la ropa adecuada para una ocasión, pero también supone una retirada más global de cualquier situación social que pueda desvelar sus dificultades o donde el esfuerzo de gestionar la situación para encubrirlas parece demasiado grande (Chase y Walker, 2012; Moffatt et al., 2016). Por supuesto, ello puede agravar el problema porque el aislamiento social y la soledad causan y exacerban una serie de problemas mentales y emocionales, que abarcan un estado de ánimo muy bajo, escuchar voces y el desarrollo de creencias inusuales, a menudo «paranoides» (Boyle, 2002a; Bhugra y Arya, 2005; Read y Bentall, 2013; Warner, 2000). Otra forma de evitar o disminuir la vergüenza es a través de la

«vergüenza proyectada». Para los pobres, a menudo esto implica construir una identidad positiva de ellos mismos evitando el discurso directo de la pobreza, usando en su lugar un discurso sobre la dificultad, la fortaleza, el ingenio, la gestión y el «salir adelante». También significa contraponer esta identidad con la de un grupo externo que parece ajustarse a las imágenes de los medios, y que piensa que es holgazán, culpable, que solicita prestaciones ilegítimamente, que consumo de un modo irresponsable y que no sabe administrarse. Pero esto parece difícil de conseguir en grupo, por lo que la vergüenza puede simplemente circular más que evitarse (Chase y Walker, 2012; Lister, 2004; MacDonald y Marsh, 2005; Shildrick y MacDonald, 2013). Algunos casos de violencia, y especialmente la violencia doméstica, también pueden incluir la vergüenza proyectada. Como señalamos en la exposición sobre sexo y género, con frecuencia la violencia de los hombres hacia sus parejas puede ser consecuencia de los desafíos percibidos sobre su autoridad o estatus. Dado que vivir en la pobreza incluye muchos de estos desafíos, algunos hombres pueden proyectar sus sentimientos de vergüenza sobre sus parejas, por ejemplo mediante la declaración de que merecen o «pidieron» la violencia. Alternativamente, John Cromby y David Harper (2009, 2013) destacan la relación entre vergüenza, miedo e ira, especialmente cuando se niega la vergüenza, en el desarrollo de la «paranoia».

Aunque las personas de los grupos socioeconómicos bajos usan muchas estrategias para evitar y reparar la vergüenza, a menudo, no suelen tener éxito, entre otras cosas porque, al igual que la propia vergüenza, la evitación y la reparación de la vergüenza son procesos sociales, que dependen de las respuestas de otros y rara vez tienen éxito en individuos solos (Leeming y Boyle, 2013). Por ejemplo, los solicitantes de ayuda social o de préstamos tienen que revelar muchos detalles de sus vidas y sus finanzas, por lo que será muy difícil ocultar la magnitud total de su pobreza y cómo la gestionan; a menudo, estas interacciones, y los modos de gestionarlas, se consideran como áreas clave de vergüenza y humillación, lo mismo que el requisito de revelar los detalles de la historia laboral (Chase y Walker, 2012). Algunas personas tienen más de una identidad potencialmente vergonzosa, por ejemplo, las que recibe ayuda social por ser madres solteras, cuando las mujeres como grupo, de forma general, son responsables del bienestar de sus hijos, incluyendo su nutrición, conducta y escolarización (Shildrick y MacDonald, 2013). La vergüenza incluye también una experiencia somática corporalizada que puede provocar una sensación de derrota o parálisis, que hace que las respuestas constructivas sean menos probables (Leeming y Boyle, 2013). John Cromby (2004) ha resaltado el hecho de que los recuerdos de los mensajes depreciativos, o de las situaciones que provocan vergüenza, siempre tienen un componente somático que se reactiva en las situaciones que traen recuerdos o en las que está en juego la competencia o la autoestima. Tomar decisiones que puedan reafirmar la competencia, como lidiar con confianza en la burocracia o en la entrevista para un trabajo, pueden parecer imposibles, lo que da lugar a sentimientos aún mayores de derrota o desesperanza. En general, ser pobre y tener un estatus socioeconómico bajo hace que sea mucho más probable sentirse avergonzado y que sea mucho más difícil usar estrategias para evitar y reparar la vergüenza, como ocultar, evitar interacciones potencialmente vergonzosas, y crear una identidad positiva y no vergonzante. Es esta combinación, entre la relativa impotencia y la naturaleza social de la

vergüenza, la que se convierte en un problema muy generalizado entre los que pertenecen a grupos socioeconómicos bajos.

Vivir en entornos aversivos: Las personas de los grupos socioeconómicos bajos tienen mayor probabilidad de vivir en entornos con niveles de delincuencia y violencia que amenazan su seguridad y que pueden requerir altos niveles de vigilancia (Belle, 1990). El miedo a la delincuencia puede obstaculizar la actividad social protectora, la participación en la comunidad y el uso de los servicios, y tener un efecto sobre el bajo estado de ánimo y la baja autoestima (Whitley y Prince, 2005). Las personas de los grupos socioeconómicos bajos también pueden vivir hacinados en los domicilios, lo que da lugar a la pérdida de privacidad, a un control escaso sobre las actividades y el uso de espacio, a la interrupción del sueño y a conflictos por el uso de las habitaciones (Office of the Deputy Prime Minister, 2004). En este tipo de entorno, muchas personas de la red social propia pueden encontrarse estresadas, lo que puede desembocar a una especie de «contagio de estrés» (Fell y Hewstone, 2015; Wilkins, 1974) y disminuir las oportunidades de apoyo social. Como señalamos antes, las personas con ingresos muy bajos también tienen más probabilidades de sufrir otras formas de desventaja y se pueden sentir particularmente inseguras. También se ha hallado que los niveles más altos de desempleo y de uso de servicios sociales en una comunidad se asocian negativamente a los indicadores individuales de autoeficacia, incluso tomando en cuenta el estado socioeconómico personal. Esto puede deberse a que los recursos limitados de la comunidad (empleo, social, ocio, educación) restringen las oportunidades para mostrar y aprender habilidades que pueden fomentar sentimientos de competencia y/o porque hay menos oportunidades para observar los logros de los demás y, por lo tanto, menos modelos positivos (Boardman y Robert, 2000; Fell y Hewstone, 2015). En general, hay niveles más bajos de confianza y empatía en las sociedades más desiguales (Wilkinson y Pickett, 2010), que se pueden intensificar en entornos amenazantes (Ross et al., 2001), y de nuevo limitan las oportunidades de apoyo social y aumentan la probabilidad de miedo, ansiedad y «paranoia», caracterizado por la suspicacia y la desconfianza (Harper, 2011). En general, estos factores pueden ayudar a explicar los hallazgos sólidos sobre la fuerte relación entre los niveles de confianza en una comunidad y una amplia gama de problemas emocionales y de comportamiento, incluida la psicosis (Araya et al., 2006; Fujiwara y Kawachi, 2008; Rogers y Pilgrim, 2010). También pueden ayudar a explicar la relación firme y en apariencia causal entre la vida urbana y los diagnósticos de «esquizofrenia» o «psicosis» (Kirkbride et al., 2014; Krabbendam y van Os, 2005; Newbury et al., 2016).

Capacidad cognitiva disminuida: Muchos aspectos de la conducta y de las decisiones de las personas en situación de pobreza, como fumar, no comer de forma sana, solicitar dinero prestado con altos intereses, alquilar bienes en vez de ahorrar o comprarlos a más bajo precio, no tomar fármacos, castigar a los niños, y así sucesivamente, pueden parecer problemáticos, autodestructivos y que pueden causar problemas en el futuro. Ciertamente suscitan la crítica social y, se ha sugerido que podría relacionarse con aspectos permanentes de la «personalidad» o de estructura cerebral (Krishnadas et al., 2013; Marteau y Hall, 2013; Packard et al., 2012). Pero Sendhil Mullainathan y Eldar Shafir (2014) argumentaron que este tipo de comportamiento se ve de forma más precisa en el contexto de la situación, vinculado al impacto de la «penuria»

sobre el funcionamiento cognitivo. Definen la penuria o la escasez, por ejemplo, de dinero, tiempo o amigos, como un conjunto de varias preocupaciones importantes, que plantean exigencias cognitivas suplementarias a las que la mayor parte de las personas deben encarar en su vida cotidiana. Tal como hemos visto, para las personas con muy poco dinero, estas exigencias pueden incluir cavilaciones constantes acerca del pago de facturas, decisiones sobre cómo gastar los recursos limitados, mantener a los niños ocupados sin coste económico, construir una identidad no vergonzante, negociar la ayuda de la familia y amigos, y las interacciones con el sistema de bienestar social y los funcionarios, que son emocionalmente agotadoras y extremadamente lentas. Mullainathan, Shafir y sus colegas se han ocupado del impacto de la escasez de recursos sobre dos componentes asociados a la función mental: la capacidad cognitiva, asociada a nuestra habilidad, en cualquier momento, para resolver problemas, retener información o usar el razonamiento lógico o abstracto, y a la función ejecutiva, asociada a la gestión de actividades cognitivas como la planificación, la atención, el inicio e interrupción de acciones, y el control de impulsos. Mediante la construcción de una serie de experimentos y otros naturales, han podido mostrar el impacto situacional de la escasez de recursos sobre tareas generales de razonamiento abstracto y sobre la función ejecutiva (Mani et al., 2013; Mullainathan y Shafir, 2014; Shah et al., 2012). Sostienen que la escasez o penuria genera un efecto «túnel», en el que las personas se centran tan intensamente en resolver los desafíos inmediatos, como reparar el automóvil para poder ir al trabajo, mantener a los niños callados, pagar la factura de la electricidad, que no hay capacidad cognitiva «sobrante» para pensar en los problemas menos inmediatos, siendo más probable olvidarse de otros compromisos, como la toma de medicación, dejar de fumar o supervisar las tareas de los niños. También puede darse una menor capacidad para adquirir nuevas habilidades, incluso cuando pudieran ser útiles a largo plazo. Aunque estos efectos se producen en todo el campo intelectual, posiblemente serán aún más graves en las personas que ya se encuentran en desventaja cognitiva, como las personas con dificultades de aprendizaje que tratan de vivir de forma independiente. Esta investigación nos ayuda a ver las decisiones y elecciones aparentemente autodestructivas o perjudiciales como respuestas comprensibles a circunstancias extremadamente difíciles, en vez de como la consecuencia de déficits personales (véase más adelante).

Adoptar estrategias de afrontamiento negativas: Aunque, en parte, el impacto cognitivo de la pobreza puede explicar las conductas aparentemente autodestructivas o perjudiciales, muchas de ellas también pueden funcionar como estrategias de protección o de afrontamiento, tal como lo hemos observado en los intentos de evitar la vergüenza. Del mismo modo, la mayor incidencia de consumo problemático de drogas y alcohol entre las personas de los grupos socioeconómicos bajos (Harkness et al., 2012; Harrison y Gardiner, 1999; Khan et al., 2002; Murali y Oyebode, 2004) puede que sea protectora al reducir la ansiedad o elevar el estado de ánimo. En su relato acerca de vivir y trabajar en la pobreza, Linda Tirado (2014) dice de su hábito de fumar: «Es caro. También es la mejor opción. Ya ves que siempre estoy agotada. Es un estimulante. Cuando estoy demasiado cansada como para caminar un paso más, puedo fumar y seguir otra hora más. Cuando estoy enfurecida y abatida e incapaz de lograr algo más, puedo fumar y me siento un poco mejor, solo por

un minuto» (p.xvii). También se podrían satisfacer unas funciones similares de protección mediante lo que parece una dieta poco saludable —las dietas altas en grasas y azúcar pueden proporcionar placer a corto plazo, mientras que los alimentos «saludables» tan solo son eso— o con la crianza negativa, mediante la cual los padres pueden transmitir sus experiencias de adversidad y enseñar a sus hijos sobre cómo encarar un ambiente hostil (Tirado, 2014; Wilkinson y Pickett, 2010).

Problemas de salud física: Hay una relación bien establecida entre el estatus socioeconómico bajo y la mala salud física, y también entre varios indicadores generales de salud física, como la esperanza de vida y la mortalidad infantil, y la magnitud de las desigualdades entre los ingresos de un país (Loopstra et al., 2016; Marmot et al., 1978; Wilkinson y Marmot, 2006). Hay varias razones posibles para explicar esto. Primero, los entornos materiales que experimentan las personas de los grupos socioeconómicos bajos a menudo son físicamente perjudiciales, por ejemplo, hogares de baja calidad, vivir hacinados, muy poco dinero para comer o para la calefacción, entornos laborales mal regulados y trabajos que requieren un gran esfuerzo físico. En segundo lugar, las circunstancias psicológicamente negativas tienen efectos somáticos, pueden disminuir las defensas ante las infecciones y para otros problemas de salud. Esto parece especialmente cierto en las circunstancias en las que las personas tienen poco control sobre los hechos importantes, como ocurre en los empleos precarios o de baja calidad, o cuando a menudo se preocupan por los juicios negativos de otros (Bosma et al., 1997; Chandola y Zhang, 2017; Dickerson y Kemeny, 2004). Como hemos visto, todo esto se aplica a muchas de las personas que viven en la pobreza. Tercero, muchos de los comportamientos que expusimos antes, que reflejan los retos cognitivos de la pobreza o cumplen funciones de protección, en este contexto, son difíciles de cambiar, a pesar de que también son potencialmente dañinos para la salud (Fell y Hewstone, 2015; Mullainathan y Shafir, 2014). En cuarto lugar, algunos de los grupos que tienen más probabilidad de situarse en la pobreza, por ejemplo, las personas mayores o con dificultades de aprendizaje, pueden estar discriminados en la asistencia médica (MENCAP, 2007), o los que tienen diagnósticos psiquiátricos que pueden recibir psicofármacos con efectos negativos para la salud (De Hert et al., 2012). Finalmente, la enfermedad también puede desembocar en mayor pobreza, mediante la pérdida de ingresos, junto a los costes en aumento de las facturas de calefacción, de los arreglos en el hogar, y de los trabajos especializados, etc. Incluso aún cuando parte de la asistencia médica es gratuita, puede ser difícil para las personas costearse el viaje y el aparcamiento de los centros de salud y hospitales, coger tiempo libre sin arriesgar su trabajo, o costear los tratamientos «adicionales» como la fisioterapia o el dentista. *Macmillan Cancer Support* (2013) mostró que las personas con un diagnóstico de cáncer tienen una media de ingresos mensuales de 570 libras esterlinas o menos y, debido a ello, tienen 25 veces más probabilidades de solicitar ayuda sobre cuestiones financieras que en situaciones relacionadas con la muerte o la agonía. El resultado de todo esto puede plasmarse en una espiral negativa de problemas físicos y emocionales: los problemas de salud física a largo plazo se asocian con ansiedad y estado de ánimo muy bajo (Naylor et al., 2012), lo que podría agravar la pobreza y aumentar la sensación de estar atrapado.

Adversidad en la infancia: Hemos abordado esta cuestión en detalle en una sección previa, pero algunos aspectos son especialmente relevantes en la

pobreza y en el estatus socioeconómico bajo. Los niños de estos grupos pueden situarse en desventaja desde el nacimiento, en referencia a los aspectos cognitivos y físicos, debido a la mala salud de la madre, problemas obstétricos, bajo peso al nacer y ser prematuros (Save the Children, 2015). Los elementos del entorno material, como el hacinamiento u otros problemas de vivienda, se asocian a problemas de conducta y accidentes de los niños, que se también se relacionan al estatus socioeconómico bajo, de un modo general (Alwash y McCarthy, 1988; Blackman et al., 1989; Evans y English 2002; Evans et al., 2001; Hunt, 1990). Y, aunque los padres se preocupen mucho por el bienestar de sus hijos, los «contextos de pobreza» que hemos descrito pueden privarles de importantes recursos cognitivos y emocionales, necesarios para dedicarse a una crianza positiva y atenta o para proteger a sus hijos de los conflictos (Harris, 2014; Mullainathan y Shafir, 2014). Inevitablemente se suele reflejar en el rendimiento de los niños y niñas en la escuela. Como señalan Ben Fell y Miles Hewstone (2015), se da una disparidad clara y persistente entre los niños y niñas de los entornos de hogares con estatus socioeconómico alto y bajo en una amplia gama de indicadores de la función cognitiva, que abarcan el lenguaje, la memoria, la función ejecutiva y el rendimiento académico general, con aspectos de su rendimiento similares a los de los adultos en precariedad o riesgo (Farah et al., 2006; Noble et al., 2005). Esto se puede agravar mediante los juicios de los profesores: en un estudio de 5.000 alumnos, Tammy Campbell (2015) halló, que en general, se percibía a los niños de los entornos socioeconómicos bajos como menos capaces, incluso cuando las puntuaciones en los exámenes fueran equivalentes a las de los niños de entornos con estatus más altos. Los niños que viven en la pobreza también tienen mayor probabilidad de tener problemas con las amistades, tener conflictos o tener pocos amigos o ninguno (Gibb et al., 2016). Todo ello puede establecer el escenario para problemas emocionales y de conducta posteriores que incluyen un menor rendimiento escolar, baja autoestima y la limitación de las perspectivas laborales.

En la introducción, calificamos a la pobreza como «una situación que provoca situaciones» (Newton, 1988) y hemos referido algunos de los «sucesos» generados por la pobreza y el nivel socioeconómico bajo. Pero la pobreza también puede ser la consecuencia, de forma gradual o repentina, de otros eventos altamente estresantes, asociados al sufrimiento emocional, como la separación, el divorcio, la enfermedad, el despido o el duelo. También señalamos que la pobreza es más frecuente entre los grupos que ya tienen un estatus más bajo: mujeres, personas mayores, personas con discapacidad, o algunos grupos étnicos minoritarios. La pobreza, entonces, se asocia con múltiples adversidades y, como a menudo se ha señalado, aunque las personas a menudo pueden gestionar las situaciones estresantes, o a corto plazo, por sí mismas, la acumulación de múltiples dificultades y las que son crónicas «pueden hacer que disminuyan rápidamente las habilidades propias para lidiar con eficacia ante cualquiera de ellas» (Albee, 1996, 2006; Fell y Hewstone, 2015, p.21). Como hemos visto, a menudo la pobreza también incluye construcciones culturales extremadamente negativas sobre «los pobres» y especialmente sobre quienes solicitan ayudas del estado. El resultado es un «entorno» material, social, psicológico y discursivo complejo, y a menudo quienes viven en situaciones de pobreza tienen poco control sobre ese contexto. Estas características ayudan a explicar las fuertes conexiones

entre la pobreza, el nivel socioeconómico bajo y una gama muy amplia de problemas emocionales y de comportamiento.

El contexto social: visión general y conclusiones

Al comienzo de la exposición sobre el contexto social, señalamos brevemente lo que se podría denominar el «problema de todo», que ha obstaculizado los intentos de diferenciar la conducta y la experiencia «anormal» en categorías diagnósticas discretas, y los de vincular causas específicas con «trastornos» específicos y desarrollar «tratamientos» específicos. De forma muy general, esto abarca cuatro puntos:

Todo causa todo: Por ejemplo, tal como hemos visto, la adversidad en la infancia y muchos tipos de desigualdades sociales aumentan la probabilidad de todo tipo de dificultades emocionales y conductuales, así como numerosos tipos de problemas sociales y mala salud física. Del mismo modo, los trastornos del apego parecen ser habituales en toda la gama de las presentaciones de salud mental. A la inversa, hemos mostrado que el riesgo de recibir un diagnóstico específico, como «depresión» o «esquizofrenia», parece incrementarse debido a una amplia gama de factores sociales y adversidades.

Todos han experimentado todo: Son pocas las personas de los entornos psiquiátricos (o de bienestar social o justicia penal) que han sufrido desventajas o adversidades sociales únicas; como hemos visto, las adversidades se interrelacionan y sufrir una aumenta la probabilidad de experimentar otras más.

Todos sufren de todo: En términos diagnósticos se conoce como comorbilidad. La mayoría de los adultos que acuden a los servicios de salud mental lidian con ansiedad, desesperanza, desconfianza, vergüenza, estado de ánimo bajo y dificultades relacionales. Muchos también tienen experiencias perceptivas y creencias inusuales (dependiendo de lo ampliamente que se definan), usan rituales de seguridad y diversas formas autodestructivas y controlan su alimentación. A menudo, se observa lo mismo en los niños. Todo esto tiene su reflejo en una investigación que muestra un gran solapamiento en los problemas de las personas que reciben diferentes categorías diagnósticas (véase Capítulo 1). Con frecuencia, las dificultades iniciales también evolucionan y con el tiempo toman nuevas formas, de este modo las personas pueden recibir varios diagnósticos diferentes.

Todo es un tratamiento para todo: Aunque no hemos hablado específicamente de las intervenciones, este «todo» se deduce de lo demás. Las indicaciones alegadas para pautas farmacológicas concretas no se corroboran en la práctica; por ejemplo, se han recomendado los «antipsicóticos» en los diagnósticos de «esquizofrenia», «trastorno bipolar», «trastornos de la personalidad» y «TDAH», y también en las quejas de ansiedad y depresión, mientras que las indicaciones de los «antidepresivos» abarcan el «trastorno límite de la personalidad», el «trastorno obsesivo-compulsivo», la «anorexia», el «trastorno de pánico» y el temor en las situaciones sociales, así como en las quejas de depresión (Moncrieff, 2009, 2013). Del mismo modo, las terapias psicológicas dirigidas, por ejemplo, a reducir los conductas de ansiedad y evitación se pueden aplicar a una amplia gama de diagnósticos (Brown y Barlow, 2009), mientras que algunas investigaciones sugieren que la relación terapéutica puede ser tanto o más

importante que los enfoques teóricos o las técnicas terapéuticas concretas (Paley y Lawton, 2001; Sparks, et al., 2008).

En nuestra exposición sobre el contexto, y recurriendo a una variedad de tradiciones de investigación, hemos tratado de mostrar cómo puede ocurrir todo esto, sin dejar de tener en cuenta los patrones y las regularidades, pero muy diferentes a los asumidos por un marco diagnóstico. Hemos analizado cómo se relacionan las diferentes adversidades, para que, por ejemplo, los niños desatendidos se conviertan en objetivos del *bullying*; la discriminación contra algunos grupos étnicos minoritarios se manifieste no solo en compartir empleos con salarios más bajos y viviendas de peor calidad, sino también con experiencias personales humillantes y atemorizantes, con insultos y maltratos racistas. Y esta es la razón por la que la pobreza a veces se conoce como «la causa de las causas», ya que a menudo abre la puerta a una amplia gama de otros problemas, cuyos impactos, como los de cualquier adversidad, no son lineales o sumatorios, sino sinérgicos. Hemos analizado el fenómeno bien establecido de la «revictimización», mediante el cual las personas que sufrieron maltrato o abandono se vuelven psicológicamente vulnerables a nuevos y posiblemente diferentes maltratos o abusos de los perpetradores. También hemos mostrado cómo las diferentes adversidades pueden presentar desafíos y amenazas similares y provocar respuestas (mal)adaptativas y protectoras similares. Por ejemplo, el abuso sexual infantil, la pobreza y la violencia doméstica se asocian a ansiedad, ánimo bajo, vergüenza, desconexión y aislamiento social. De hecho, temas como la evitación social, la culpa, la vergüenza y culpabilizarse surgen de forma reiterada como reacciones ante una gama de adversidades. Además, casi cualquier contexto negativo puede dificultar que las personas se desempeñen bien en áreas fundamentales de la vida, como en la educación, las relaciones interpersonales y comunitarias y el trabajo, generando así más problemas. Y la adversidad económica, social y psicológica tienen efectos significativos en la salud física, y a menudo empeoran los problemas originales. Sobre todo, hemos tratado de mostrar la naturaleza funcional y estratégica de muchas de las respuestas a la adversidad, su vinculación con los significados culturales y personales, que no se pueden entender al margen de las circunstancias en que surgen y que pueden cambiar con el tiempo, junto al cambio de las circunstancias o la efectividad de las respuestas.

Esta complejidad supone un grave problema para los enfoques diagnósticos, pero no para los enfoques no diagnósticos, ya que no consideran las respuestas a las amenazas y a las adversidades como síntomas de trastornos mentales, tampoco intentan ubicar estas respuestas en categorías diferenciadas, y no usan marcos destinados al estudio de los cuerpos o los objetos. Realmente, la complejidad no rechaza patrones más específicos dentro de este cuadro muy general (véase Capítulo 6). Pero, como hemos argumentado, se necesita una perspectiva muy diferente. Una forma de considerar la investigación puede ser en base a lo que podría decirnos acerca de las condiciones generales en las que crecemos o luchamos. Es compatible con la representación de los seres humanos como seres fundamentalmente sociales que se esfuerzan por lograr y mantener ciertos estados o circunstancias (Jetten et al., 2012a; Max-Neef et al., 1989; Tay y Diener, 2011; United Nations General Assembly, 1948; World Health Organisation, 2012).

Podríamos denominarlas «necesidades básicas», que, en general, parecen incluir:

- seguridad y protección;
- como bebés y niños, apego seguro a los cuidadores;
- relaciones positivas en las parejas, familias, amistades y comunidades;
- tener cierto control sobre los aspectos importantes de nuestras vidas, incluyendo nuestros cuerpos y emociones;
- satisfacer las necesidades físicas y materiales básicas para nosotros y los que dependen de nosotros;
- experimentar algún sentido de justicia o equidad sobre nuestras circunstancias;
- sentirnos valorados por los demás y tener un rol social efectivo;
- participar en actividades significativas y, en general, tener un sentido de esperanza, significado y propósito en nuestras vidas.

Se puede considerar que las adversidades que hemos analizado conllevan desafíos o amenazas a estas necesidades centrales, pero la investigación también sugiere que ciertos elementos en los contextos sociales negativos aumentan (o disminuyen) la probabilidad de daño emocional grave, lo que contribuye fuertemente a la diferencia individual de las respuestas. Éstos incluyen:

- la etapa de desarrollo;
- los desafíos y las amenazas múltiples, continuas, repetidas o severas;
- el acceso a personas que validan, apoyan, dan confianza o proporcionan protección;
- el nivel de control y previsibilidad o la capacidad para evitar, escapar o cambiar la situación;
- los desafíos y las amenazas realizadas por más de una persona;
- la adversidad intencionada en contraposición a la impersonal;
- la intrusión física de la amenaza.

Sería muy engañoso considerar todo esto simplemente como «estresores» o «eventos de la vida». Hemos mostrado que los contextos sociales negativos requieren del funcionamiento del poder, incrustado en estructuras sociales, instituciones, organizaciones y en las interacciones cotidianas, todo ello con elementos tanto materiales como discursivos o simbólicos. También hemos mostrado estrechos vínculos entre el funcionamiento del poder y el control del significado: el control de estos elementos discursivos y simbólicos; y cómo el significado constituye las experiencias de adversidad, da forma a nuestras identidades y sentido del self e influencia los resultados psicológicos.

Esto se aplica igualmente a las respuestas más extremas a la adversidad, que se suelen etiquetar como síntomas de trastorno mental, por lo que no resulta sorprendente que estas conductas y experiencias no presenten patrones similares a los de los problemas somáticos. En cambio, pueden considerarse como intentos de encontrar formas alternativas de satisfacer las necesidades básicas; intentar escapar, mitigar o cambiar la situación; comunicar el sufrimiento a los demás; establecer un significado coherente a la situación y a uno mismo en relación a ella. También pondremos significado a nuestras respuestas (p. ej., «Soy una mala persona si pienso o actúo de esta forma»), pero en un contexto de poder y significado más amplio. Este contexto más

amplio incluye el hecho de que las personas con menos poder y recursos pueden ser más propensas a responder de formas que resulten perjudiciales para sí mismas y/o problemáticas para otros o para la sociedad en general. Esto puede suponer una ayuda constructiva, pero también puede crear declaraciones opuestas respecto al significado de la situación de una persona y sus respuestas, y sobre qué medidas hay que tomar. Como explicamos en el Capítulo 3, el diagnóstico psiquiátrico ofrece un conjunto de significados y posibles medidas a implementar, con una imagen de legitimidad, pero los enfoques no diagnósticos pueden centrar la atención más en la naturaleza social de los problemas que se consideran en salud mental, y también sobre los juicios de los profesionales y del público sobre ellos.

Al recopilar nuestra exposición, aquí sobre el contexto social, en el Capítulo 2 sobre el «cruce de culturas», y en el Capítulo 3 sobre la narrativa y el significado, podemos defender que es la naturaleza fundamentalmente social de los humanos, los contextos y las dificultades lo que «genera» el sufrimiento, así como la naturaleza social de sus formas de expresión y de los juicios y evaluaciones de estas formas, que también configuran similitudes y diferencias en los patrones del sufrimiento, dentro y entre los grupos sociales y las culturas. No hay «trastornos mentales» que puedan diagnosticarse y estar al margen de todo esto. Sin embargo, no somos tan solo seres sociales sino también seres corporalizados. Entonces, antes de proponer un marco para trazar patrones más específicos, continuaremos la reflexión sobre los patrones generales descritos por los investigadores pero en relación con la biología.

Capítulo 5: El papel de la biología

Introducción

Hace ya más de un siglo que los investigadores empezaron a buscar de forma sistemática las causas biológicas del sufrimiento. Partían del supuesto de que el sufrimiento o las experiencias inusuales se podían entender como enfermedades o dolencias, y por lo tanto creyeron razonable buscar sus hipotéticas causas biológicas. Los investigadores médicos, una vez que identifican posibles agrupaciones de molestias físicas subjetivas, a menudo buscan «signos» más objetivos que podrían preceder a los «síntomas» de las personas y explicarlos. De forma muy parecida, los investigadores que estudian la biología del sufrimiento, han buscado las alteraciones biológicas (supuestas) que podrían preceder a las dificultades de las personas, y por lo tanto explicarlas.

Dado que se adoptó esta modelo de investigación médico, no resulta sorprendente que la mayor parte de esta investigación adoptara una u otra versión del enfoque médico que se explicó en los capítulos anteriores; realmente, en este caso, esto implica, en buena medida, asumir la validez del mismo modelo con el que se investiga. Las dificultades emocionales y de conducta se han conceptualizado como «síntomas» asociados a «trastornos», que en términos generales equivalen a laa enfermedades somáticas que aborda la medicina, y que se definen mediante uno o más diagnósticos psiquiátricos. En definitiva, los investigadores de forma general han supuesto que existen, o deben existir, anomalías biológicas subyacentes (genéticas, hormonales, neuroanatómicas o neuroquímicas) más o menos específicas para estos trastornos y que son sus causas principales. Estas presuntas alteraciones se suelen denominar biomarcadores.

Este trabajo de investigación continuo, y muy financiado, ha producido una enorme cantidad de datos en el intento de mostrar posibles vínculos entre las dificultades emocionales y de comportamiento y la biología. La mayor parte de esta investigación procede de la psiquiatría, la genética, la neurociencia y las biociencias asociadas. En los últimos años se encuentra facilitada cada vez más por nuevas y potentes tecnologías, como las neuroimágenes cerebrales y la exploración del genoma. Los hallazgos de esta investigación se usan en contextos en los que están en juego intereses de diferentes grupos (profesionales de salud mental, industria farmacéutica, investigadores, responsables políticos, proveedores de servicios, cuidadores, usuarios de servicios) y, a veces, compitiendo entre ellos. Dado que estos hallazgos pueden usarse como justificación de los tratamientos farmacológicos y de otro tipo, tienen repercusiones significativas sobre la vida real. En términos más generales, se han usado tanto para apoyar como para criticar la medicalización del sufrimiento mental y todas las estructuras y prácticas que dependen de ella. Esto significa que las cuestiones que parecen directas y sencillas relativas a la biología y el sufrimiento a veces resultan polémicas y controvertidas.

Debido a las profundas dificultades asociadas a la medicalización y a la práctica del diagnóstico psiquiátrico, del que depende de forma esencial, es previsible que la evidencia biológica que la justifique sea difícil de establecer. Entonces, quizás no sorprenda que no se haya encontrado evidencia sólida de

los biomarcadores, por ejemplo, en forma de «diátesis» orgánicas cuya presencia es necesaria para que las personas expuestas a los estresores sean víctimas del sufrimiento «clínico».

Esta situación se refleja en la distinción habitual realizada en los servicios de salud mental entre trastornos orgánicos y funcionales. En una pequeña minoría de casos, pero no siempre, es posible decidir si las dificultades de una persona son principalmente funcionales o principalmente orgánicas. En otros casos, puede que se soslaye uno u otro aspecto. Por ejemplo, se ha sugerido que las dificultades neurológicas debidas al maltrato doméstico pueden no ser reconocidas adecuadamente como factores de que mantienen las dificultades psicológicas y conductuales posteriores (Valera y Kucyi, 2016). Dado el papel causal de los determinantes sociales en todas las modalidades de las dificultades en la salud física y mental, también es importante darse cuenta que la mala salud física, que puede afectar también al funcionamiento cognitivo, es muy probable que vaya acompañada de mala salud mental y viceversa. La distinción entre «funcional» y «orgánico» es, por lo tanto, imprecisa, y a menudo no es fácil hacerla en la práctica y, si se realiza con demasiada rigidez, puede llevar a descuidar los aspectos psicológicos relevantes de las condiciones físicas o neurológicas y, a la inversa, a descuidar los aspectos fisiológicos o neurológicos de las presentaciones de salud mental. Sin embargo, sostenemos que hay una distinción significativa e importante entre las formas del sufrimiento y la conducta problemática, que están habilitadas e influenciadas por nuestra biología, al igual que toda experiencia humana, y aquellos casos en los que existe la evidencia de un rol causal primario de patología o daño biológico en los aspectos principales de las dificultades. Esto abarca a diagnósticos como las demencias, el síndrome de Korsakoff, la enfermedad de Huntington, la sífilis, las infecciones del tracto urinario en adultos mayores, etc. Pero, como señalamos en el Capítulo 1, al referirnos a la gran mayoría de los diagnósticos psiquiátricos, incluidas las experiencias y conductas etiquetadas como esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión o trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, trastornos de personalidad y trastornos alimentarios, no hay asociaciones consistentes con ninguna patología biológica o deterioro, y no se han identificado biomarcadores.

Sin embargo, hay cientos de estudios que afirman haber descubierto relaciones entre estos diagnósticos funcionales y una u otra característica biológica alterada. Por ejemplo, y solamente en referencia al diagnóstico de «esquizofrenia», en las últimas décadas estas declaraciones se han centrado en características anatómicas, como dilatación de los ventrículos, asimetría cerebral, alteraciones en el lóbulo temporal, engrosamiento del cuerpo calloso, cuerpo calloso más delgado, anormalidades de los ganglios basales y cerebelo, y volumen cerebral global reducido. Al mismo tiempo, también se han reseñado asociaciones entre el diagnóstico de esquizofrenia y las alteraciones o un funcionamiento diferente en los sistemas y las vías de los neurotransmisores de la dopamina, el glutamato, la serotonina, la acetilcolina, el ácido gamma-butírico, la prostaglandina y los neuropéptidos (Cromby et al., 2013). Sin embargo, toda esta investigación no cuenta con un patrón de estudios bien diseñados, con muestras grandes y controles adecuados, replicados con éxito por otros grupos, y que no se contraponga de forma significativa a otros hallazgos, que demuestre sólidamente asociaciones entre cualquiera de estas características y las diversas experiencias asociadas a un

diagnóstico de «esquizofrenia». En cualquier caso, incluso si tal patrón surgiera, aún deberíamos ser cautos para asumir que correlación significa causalidad.

La falta de evidencia de causalidad biológica no solo ocurre en referencia al diagnóstico de «esquizofrenia»: un patrón similar se puede observar respecto a los demás diagnósticos funcionales. Respecto al diagnóstico de «depresión mayor», por ejemplo, las afirmaciones muy reiteradas y publicitadas de que su causa es un «desequilibrio» de neurotransmisores, como en la serotonina, sigue sin constatarse. Algunos estudios muestran una depleción de la serotonina en personas que tienen este diagnóstico (en comparación a los controles), pero a su vez hay otros que muestran niveles equivalentes o incluso más elevados de serotonina. La imagen general es que no hay un patrón consistente que relacione la serotonina (o cualquiera de las otras monoaminas) con las experiencias asociadas a un diagnóstico de «depresión».

Los ejemplos de la «esquizofrenia» y la «depresión mayor» desvelan cómo el trabajo de la amplia investigación, generosamente financiada, en los aproximadamente últimos 100 años ha generado gran cantidad de datos referentes a las posibles causas biológicas asociadas a estos y otros supuestos trastornos. También manifiesta que no hay evidencia consistente de las influencias biológicas primarias, y que tampoco se han identificado biomarcadores. Los datos publicados, con frecuencia, suelen encontrar diferencias entre los individuos respecto a una u otra de las características biológicas estudiadas. Sin embargo, como se analiza seguidamente, estas variaciones no se corresponden con las experiencias de sufrimiento, de un modo parecido a una especificidad y regularidad, que resulta necesaria para justificar la asunción de que las influencias biológicas son sus causas principales.

Al mismo tiempo, debemos reconocer lo que se ha aprendido sobre el cerebro y el cuerpo humano en los últimos años. Este es un breve resumen.

Preparando la escena 1: Cerebro y cuerpo

Un buen punto de partida es recordarnos que ponemos el límite más inferior del cerebro en algún lugar próximo a la base del cráneo en base a una convención disciplinaria en vez de a un hecho biológico. Fisiológicamente, el sistema nervioso es una extensión perfecta del cerebro que impregna todo el cuerpo. Al mismo tiempo, las influencias «corporales» (la retroalimentación sensorial y un recambio continuo de hormonas, péptidos y otras sustancias químicas) inundan constantemente el cerebro: no solo ocurre que el cerebro está corporalizado, también el cuerpo está «cerebrado» (Damasio, 1994).

En la actualidad, se piensa que el cerebro humano adulto contiene, como promedio, alrededor de 80 mil millones de neuronas, células con axones que se extienden y se comunican a través de los pequeños espacios que las separan, mediante la liberación de sustancias químicas neurotransmisoras. Estos neurotransmisores influyen en la probabilidad de que la neurona receptora se active o «dispare» liberando sus propios neurotransmisores en la siguiente sinapsis (el espacio entre las neuronas). Algunas veces esta influencia es excitadora, es decir, que hace que sea más probable que se active, otras es inhibitoria y hace que sea menos probable que se active. La

probabilidad de que las otras neuronas se disparen también está modulada por otras sustancias químicas, especialmente las hormonas y los péptidos, y en algunos casos también por influencias «efápticas», como el intercambio de iones y los campos electromagnéticos circundantes. Por supuesto, al mismo tiempo está continuamente influenciado por eventos y estímulos externos al organismo.

Se acepta ampliamente que varios aspectos de las funciones específicas están habilitados por la actividad neuronal localizada en áreas concretas de la estructura del encéfalo, y que esta organización funcional es compartida, con ligeras variaciones, por la mayoría de los individuos. Por ejemplo, aunque se han encontrado excepciones, en la mayoría de las personas el lenguaje se ha especializado en buena medida en los sistemas del hemisferio izquierdo (Gazzaniga, 1998), mientras que la comprensión emocional está más asociada al hemisferio derecho (Borod et al., 1998).

Al mismo tiempo, el cerebro muestra una gran variación y una plasticidad significativa a nivel de su estructura más fina. Las lesiones cerebrales no siempre tienen el efecto previsto en función de su ubicación, y las regiones típicamente especializadas para un tipo de función pueden ser utilizadas para otras: por ejemplo, en los cerebros de las personas con problemas de visión, las áreas que normalmente procesan la visión pueden usarse para leer en Braille (Roder y Neville, 2003).

Si bien el número de conexiones sinápticas varía considerablemente, cada una de las 80 mil millones de neuronas del cerebro humano con frecuencia se conecta a muchos miles de otras. A un nivel encefálico, estas conexiones forman patrones ampliamente compartidas (el «conectoma»[38]), pero nuevamente estos patrones muestran variaciones cuando se examinan más de cerca (por ejemplo, Sporns et al., 2005). El número casi incontable de conexiones sinápticas del cerebro, continuamente reguladas por influencias químicas y de otro tipo, significa que funciona como un «sistema de sistemas» abierto, autorregulado, inmensamente complejo y masivamente en paralelo. Estos sistemas múltiples se distribuyen extensamente por las regiones del cerebro, contienen múltiples circuitos de retroalimentación tanto dentro como entre las áreas relevantes, y se organizan en redes neuronales: en otras palabras, en patrones relativamente estables de neuronas en diferentes regiones que con frecuencia se activan juntas.

Esto significa que, con la excepción de las funciones más simples, nuestras acciones y percepciones dependen de múltiples áreas y sistemas cerebrales que operan juntos, tanto de forma secuencial como simultánea. Nuevamente, la activación puede ser inhibitoria o excitadora, y puede incorporar simultáneamente áreas que habilitan funciones dispares. Por ejemplo, el recuerdo puede incorporar áreas emocionales en el llamado sistema límbico, al mismo tiempo que activa los sistemas declarativos en el neocortex. También se activarán otras áreas que reflejan el contenido de la memoria; por lo tanto, los recuerdos visuales pueden incorporar las áreas corticales occipitales especializadas en procesar la visión. Entonces, a menudo, incluso las funciones y tareas muy simples incorporan sistemas completos que operan concertadamente en múltiples regiones del cerebro. Por esto, no debería

[38] El conectoma es el mapa de las conexiones entre las neuronas del cerebro. (*N. de los T.*)

sorprender que no haya evidencia consistente para explicaciones simplistas del sufrimiento que impliquen características neuroanatómicas concretas aisladas, o que lo atribuyan a déficits o excesos en los sistemas de neurotransmisores únicos. Las explicaciones de este tipo simplemente no se ajustan a la realidad compleja y dinámica del funcionamiento del cerebro humano en su siempre cambiante medio ambiente.

Preparando la escena 2: Algunos principios básicos

Como sugiere este breve resumen, reconocemos explícitamente que toda experiencia humana se refleja de algún modo en la actividad del cerebro. Esto es cierto tanto para las experiencias etiquetadas como «esquizofrenia» como lo es para cualquier otro ejemplo de pensamiento, sentimiento o conducta humana, como la felicidad, tener somnolencia, planificar las vacaciones, andar en bicicleta o preparar una taza de té. Del mismo modo, como analizamos más adelante en esta sección, reconocemos explícitamente que todas las actividades y experiencias humanas son, en un sentido muy general, producto de genes y ambiente. En las páginas siguientes presentaremos y respaldaremos un modelo biológico sofisticado acerca de la relación entre los genes y los ambientes, y cómo las incesantes respuestas entre ambos configuran continuamente la actividad y la experiencia de cualquier tipo.

Pero cuando se resalta la ausencia de biomarcadores en los diagnósticos psiquiátricos funcionales *no* estamos proponiendo una división entre el cuerpo y la mente, como a veces se acusa. Simplemente cuestionamos que los tipos particulares de pensamientos, sentimientos y conductas, recogidas por estos diagnósticos, se entiendan mejor como enfermedades o dolencias de causas biológicas primarias (al modo, por ejemplo, de la diabetes o el cáncer). De hecho, no solemos comprender todos los ejemplos de emoción o conducta extrema de esta forma. El duelo, por ejemplo, es una experiencia corporalizada muy real, que a menudo es abrumadora, incapacitante y muy angustiosa, pero generalmente no la entendemos como una enfermedad, sino como una respuesta comprensible a sucesos extremos (aunque el DSM-5 propone que la «persistencia del «trastorno de duelo complicado» como una «condición» requiere un estudio adicional). Nuestra pregunta, de manera similar, es si las experiencias muy reales, corporalizadas y con mucho sufrimiento, que a menudo conducen a un diagnóstico psiquiátrico, se entienden mejor como dolencias o enfermedades, tal como se desprende de las analogías con la diabetes, etc., o si una experiencia como el duelo es un equivalente más ajustado.

Al considerar esta pregunta, debemos tener muy en cuenta algunos puntos de precaución. Primero, cualquier diferencia biológica entre los grupos con y sin etiquetas diagnósticas podría ser el resultado de muchos otros factores, que también se relacionan con el sufrimiento mental, como la mala nutrición o la medicación. En segundo lugar, las vías causales relevantes pueden ir en la dirección opuesta a la propuesta de los enfoques medicalizados: el abuso, el maltrato y el sufrimiento emocional a largo plazo pueden producir cambios duraderos en el funcionamiento somático y también en la estructura cerebral. Tercero, debido a que la biología refleja y media en todas nuestras experiencias, puede que no siempre haya vías causales directas entre las influencias sociales y psicológicas y las características biológicas. En

consecuencia, las explicaciones sociales, psicológicas y biológicas a veces se comprenden mejor como diferentes niveles de descripción de los mismos fenómenos. Cuarto, la interpretación de la evidencia con frecuencia se ve obstaculizada por cuestiones metodológicas, como el uso de mediciones defectuosas o inapropiadas, tamaños de muestra relativamente pequeños, fallas en el control adecuado de las variables de confusión, como los efectos de la medicación, el uso de grupos de control inapropiados para establecer comparaciones y, casi de forma universal, la dependencia de las categorías del diagnóstico psiquiátrico, que se sabe que tienen una validez y fiabilidad cuestionada. Quinto, mucha de la evidencia relevante es en cualquier caso correlacional. Sin duda, esto invoca al fantasma que confunde la correlación con la causalidad. Sin embargo, también resalta la ausencia de teorías establecidas acerca de lo que podrían significar realmente estas correlaciones: por ejemplo, de qué forma precisa las alteraciones en los procesos generales de señalización del canal de calcio entre las células podrían ser responsables de patrones específicos de actividad y experiencia, que podrían motivar los diagnósticos psiquiátricos (Cross Disorder Group of the Psychiatric Genetics Consortium, 2013). Sexto, hay diferencias notables entre los pensamientos y los sentimientos, por un lado, y cualquier vía neuronal o área cerebral supuestamente asociada a ellos, por otro. Existe una considerable literatura que atestigua las importantes dificultades conceptuales planteadas en los intentos de moverse entre estos dos dominios, y que además señala la ausencia de marcos generales apropiados para orientar esos intentos. Y séptimo, y como se describe en el Capítulo 2, es poco probable que los modelos que consideran la biología, la emoción, la cognición y el medio ambiente como variables separadas e independientes, suministren explicaciones adecuadas. En resumen, necesitamos ser conscientes no solo de las dificultades lógicas y metodológicas al hacer afirmaciones sobre una causa biológica del sufrimiento mental, sino que también necesitamos formas mucho más sofisticadas de conceptualizar las interacciones mente, cerebro, cuerpo y entorno.

En este sentido, un asunto particular se refiere a la manera en la que la neurociencia frecuentemente atribuye capacidades psicológicas a los cerebros y a los sistemas neuronales. Se trata de un error conceptual ya que actividades como creer, interpretar y decidir solo pueden atribuirse con propiedad a las personas, no a los cerebros. No tiene sentido lógico atribuir estas actividades a los circuitos o las redes cerebrales porque, independientemente de sus niveles de actividad, los sistemas neuronales no pueden elegir, creer o decidir por sí mismos. Estas actividades humanas solo tienen sentido cuando las realizan personas vivas, incrustadas en relaciones sociales y en entornos materiales, personas con acceso a recursos culturales apropiados y posicionadas respecto a las normas, convenciones y expectativas pertinentes:

> *No es que, de hecho, los cerebros no piensen, planteen hipótesis y decidan, vean, escuchen, hagan y respondan preguntas; más bien, no tiene sentido atribuir tales predicados o negárselos al cerebro. El cerebro ni ve ni está ciego, así como los palos y las piedras no están despiertos, pero tampoco están dormidos. El cerebro no oye, pero no es sordo, como tampoco lo son los árboles. El cerebro no toma decisiones, pero*

> *tampoco es indeciso. Solo algo que puede decidir puede ser indeciso. Así, también, el cerebro no puede ser consciente; solo una criatura viviente que tiene cerebro puede ser consciente o inconsciente. El cerebro no es un sujeto lógicamente apropiado para predicados psicológicos (Bennett y Hacker, 2003, p.72, énfasis en el original).*

Efectivamente, dicen Max Bennett y Peter Hacker, muchos neurocientíficos simplemente equiparan a la persona con el cerebro, como si ambos fueran completamente idénticos. Describen esto como una forma mutante de dualismo cartesiano (mente-cuerpo) que inevitablemente generará errores, simplemente porque las cualidades y atributos de los cerebros y las personas son muy diferentes. Si ignoramos estas diferencias vitales, haremos interpretaciones erróneas y reduccionistas de las imágenes cerebrales que ignoran u ocultan el cómo:

> *...ningún conocimiento neuronal sería suficiente para discriminar entre escribir el nombre, copiar el nombre, practicar la firma, falsificar un nombre, escribir un autógrafo, firmar un cheque, ser testigo de un testamento, firmar una sentencia de muerte, etc. Las diferencias entre todo esto dependen de las circunstancias, en función no solo de las intenciones del individuo sino también de las convenciones sociales y legales que deben obtenerse para hacer posible tener tales intenciones y realizar tales acciones (Bennett y Hacker, 2003, p.360).*

Teniendo en cuenta todos estos principios, primero examinaremos brevemente la investigación biológica actual relacionada con la medicalización del sufrimiento y la conducta perturbadora. Luego describiremos una forma de conceptualizar la biología compatible con los principios conceptuales establecidos en el Capítulo 2, y consideramos con cierto detalle el potencial de los enfoques emergentes sobre el «trauma-informado».[39]

Investigación actual

La investigación biológica contemporánea sobre el sufrimiento se encuentra en estado de cambio. Por un lado, el legado del «giro biológico» de la psiquiatría en la década de 1980 mantiene su influencia, y todavía predomina el ampliamente extendido supuesto de que el sufrimiento psicológico tiene una causa orgánica primaria. Así, algunos estudios y autores sugieren que los déficits biológicos pueden asociarse de forma causal con algún diagnóstico funcional. Por otro lado, ahora hay un mayor reconocimiento tanto de la considerable evidencia sobre la influencia del medio ambiente como de la complejidad metodológica y conceptual que su inclusión demanda.

Sin embargo, en conjunto, estamos muy lejos de un reconocimiento completo de las implicaciones de esta evidencia cuando se aplica al rol de la biología en los problemas emocionales y comportamentales. Aunque surgen nuevas

[39] En el texto también se usará la expresión «informado sobre el trauma», de forma más habitual, en ingles «*trauma-informed*». Ambas expresiones se usan el español. (*N. de los T.*)

estrategias de investigación, la mayoría de los trabajos presuponen todavía la supremacía de la biología y conceptualizan su influencia en términos de dolencias, enfermedad y patología.

Reflejando este contexto, primero describiremos la investigación actual que más o menos presupone las nociones de dolencia biológica o enfermedad como causa primaria de sufrimiento. Después revisaremos brevemente las estrategias emergentes de investigación que, al menos en potencia, están menos alineadas con esos supuestos.

Neurotransmisores

La mayoría de las hipótesis sobre el funcionamiento de los neurotransmisores fueron posteriores, más que anteriores, al uso de la medicación que se centraba sobre estos sistemas (así, la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia se formuló sólo después de descubrir de que la mayoría de tranquilizantes que se daban a las personas con este diagnóstico disminuían la actividad dopaminérgica).

En el pasado reciente, se propusieron explicaciones biológicas para el sufrimiento basadas en el desequilibrio de neurotransmisores. Sin embargo, la evidencia sugiere que los niveles de neurotransmisores y hormonas no permanecen fijos en estados de «desequilibrio», sino que responden de manera continua a las actividades, las relaciones y los sucesos vitales (Coates y Herbert, 2008). En la actualidad, no sólo está ampliamente aceptado que las hipótesis del «desequilibrio» no se han probado, sino que algunos incluso defienden que la creencia de que la psiquiatría las trasmitió alguna vez es en realidad un mero infundio promovido por los que la critican (Hickey, 2015; Pies, 2015). Este argumento se pone a prueba, en primer lugar, por la presencia de estas hipótesis en los libros de texto; un prestigioso manual de psiquiatría afirma que «la esquizofrenia procede de un incremento de los niveles de dopamina en el cerebro» (Burton, 2006, p.44) y que «la depresión se deriva del descenso de los neurotransmisores monoaminérgicos» (Burton 2006, p.64). Ese argumento también es desafiado por la evidencia de que en la opinión pública la creencia en estas hipótesis de «desequilibrios» está muy extendida (Park y Ahn, 2013), un hallazgo que estos autores atribuyen al marketing de la industria farmacéutica. Los usuarios de los servicios de psiquiatría siguen escuchando, y en consecuencia las creen, explicaciones sobre sus dificultades que nunca han contado con evidencia.

La falta de apoyo a la idea de la causación biológica por alteraciones o desequilibrios en los sistemas de neurotransmisores es analizada por Joanna Moncrieff (2008), que detalla cómo los estudios de la función serotoninérgica, en relación a los diagnósticos de depresión, no han encontrado diferencias con los grupos «normales», y que muestran tanto hipofunción como hiperfunción. Asimismo, la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia tampoco cuenta con evidencias consistentes, y parece poco probable que pueda dar cuenta de la gran variedad de experiencias asociadas a este diagnóstico. No puede explicar por qué los efectos de la medicación aparecen algunos días después de su administración, ni por qué en más del 30% de las personas diagnosticadas sirve poco o nada a la hora de disminuir el sufrimiento (Bentall, 2003; Burton, 2006).

Aún así, los neurotransmisores juegan un papel fundamental en la regulación de la actividad cerebral y en la comunicación y coordinación a través de las diferentes regiones cerebrales y sistemas, y el trabajo para establecer las relaciones entre los sistemas neurotransmisores y el sufrimiento psicológico continúan. Estudios recientes incluyen la investigación sobre los niveles de glutamato talámico (en conjunción con patrones particulares de actividad cerebral) en personas consideradas en situación de riesgo de psicosis (Allen et al, 2015); sobre los niveles de la GABA y las monoaminas en las personas diagnosticadas de depresión mayor y trastorno bipolar (Mann et al, 2014); y una versión revisada de la hipótesis dopaminérgica de la esquizofrenia que resalta el aumento en la síntesis de dopamina (Howes y Murray, 2013).

Sin embargo, igual que en las investigaciones previas de este tipo, no se han encontrado diferencias consistentes entre las personas con diagnósticos psiquiátricos y los controles. Por ejemplo, Howes y Murray (2013) reconocen que los patrones de síntesis «anormal» de dopamina encontrados entre las personas con diágnostico de «esquizofrenia» se asocian sólo con los «síntomas» en este grupo, y no con las mismas experiencias cuando se dan en la población general; que los hallazgos de «anormalidades» en la dopamina de los familiares de pacientes son inconsistentes: y que algunas personas con otros diagnósticos o a las que se consideró que tenían «síntomas psicóticos subclínicos» pueden mostrar también una función dopaminérgica distinta a los grupos «normales» de control. Además, los puntos de cautela enumerados en la introducción de esta sección (por ejemplo, sobre el confundir la causación con la correlación) podrían aplicarse incluso en el caso de que se identificaran patrones y asociaciones. No sólo eso, esta investigación casi siempre se basa en diferencias entre grupos, pero entre las personas con o sin diagnóstico hay una gran solapamiento en el funcionamiento de la dopamina o de otros neurotransmisores, incluso cuando haya una diferencia grupal significativa. No hay problema cuando intentamos entender un posible aspecto de los mecanismos complejos que pueden implicarse, por ejemplo, en la escucha de voces; pero es un problema cuando se afirma que «las personas con esquizofrenia tienen elevados niveles de dopamina».

Investigación genética

La investigación genética sobre el sufrimiento y la conducta alterada es prominente desde hace tiempo, y la investigación genética conductual que la inició tiene una historia controvertida. Aunque se han hecho afirmaciones rotundas sobre la influencia genética, a menudo, tanto la metodología de estos estudios (con diseños de gemelos, familias y adopción) como las formas de análisis (usando la concordancia de los probandos[40] o la estimación de la heredabilidad) inflaron artificialmente la estimación de la posible influencia genética (Joseph, 2003, 2014). En la actualidad estos métodos han sido sustituidos por la investigación genética molecular, sobre todo por estudios de asociación del genoma completo (GWAS). Pero cuando se usan estos nuevos métodos, es fácil que se produzcan falsos positivos, por lo que la replicación es vital antes de considerar que los hallazgos son significativos (Joseph, 2006).

[40] *Probandwise concordance,* es un índice sobre la proporción de gemelos que tienen una condición. (*N. de los T.*)

En cualquier caso, aunque se han postulado diversos grados de influencia genética, en base a los métodos de genética molecular, no se han identificado genes relevantes con un efecto significativo para ningún diagnóstico funcional (Bentall, 2009).

El fracaso en hallar genes específicos ha estimulado una nueva estrategia para la búsqueda de genes múltiples. Por ejemplo, Elliot Rees y sus colegas (2014) muestran un estudio que compara la prevalencia de 15 variaciones genéticas en casi 7.000 personas diagnosticadas de «esquizofrenia» y un número similar de controles. Seis de estas variaciones se asociaron con el diagnóstico, a un nivel de 0,05, aunque al combinar sus datos con los publicados en otros estudios, los autores elevaron esta posible cifra a once. De manera similar, el *Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium*[41] (2014) identificó 108 *loci* genéticos[42] asociados posiblemente a este diagnóstico, aunque los autores reconocen que estas asociaciones pueden que no sean específicas del diagnóstico «esquizofrenia».

La validez de esta estrategia de búsqueda de causas «poligénicas» en los trastornos psiquiátricos ha sido cuestionada incluso desde la misma psiquiatría, y Tim Crow (2008) la describe como «pensamiento mágico». En cualquier caso, a pesar del impresionante tamaño de las muestras, el grado de influencia genética que sugieren estos estudios es relativamente pequeño. Como Jonathan Leo (2016) ha señalado, en cada uno de los 108 *loci* del estudio mencionado antes, se da una diferencia muy pequeña entre el porcentaje encontrado en los diagnosticados de «esquizofrenia» y en la muestra control. De manera similar, en el estudio de Rees et al. (2014), la prevalencia estimada de variaciones pertinentes entre las personas con diagnóstico de «esquizofrenia» fue sólo del 2,5%, comparado con el 0,9% en los controles. Dicho de otro modo, la investigación genética actual sugiere que la «esquizofrenia» es como mínimo un 97,5% ambiental. Esto también sugiere que las categorías diagnósticas existentes no son válidas, dado que las supuestas contribuciones genéticas trascienden los grupos diagnósticos, como se encontró en el estudio del grupo *Cross Disorder Group of the Psychiatric Genetics Consortium* (2013) de 30.000 personas diagnosticadas de autismo, «TDAH», «depresión», «trastorno bipolar» o «esquizofrenia».

Otros estudios también han mostrado también solapamientos sustanciales de los patrones genéticos entre los grupos psiquiátricos y los controles (CNV y Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2017) y no han detectado vínculo genético alguno con diagnósticos como el trastorno depresivo mayor (Dermikan et al, 2016). Tampoco han confirmado hipótesis concretas, como las que relacionan a ciertos genes y los sucesos vitales como causas de «depresión» (Risch et al, 2009), las del riesgo poligénico en la «esquizofrenia» y el volumen cerebral (van der Auwera et al., 2015; Fanke et al., 2016); o el papel de los genes vinculados al sistema dopaminérgico en los diagnósticos de «esquizofrenia» (Edwards et al., 2016), o las diferencias sexuales en predisposición genética de la «depresión» (Hyde et al., 2016). Entonces, en general esta investigación da muy poco apoyo a la idea de que los genes estén implicados de un modo relevante en las causas de los

[41] El grupo de trabajo sobre esquizofrenia del consorcio psiquiátrico del genoma.
[42] *Loci* plural de *locus*. El *locus* es la posición que un gen ocupa en el cromosoma. (*N. de los T.*)

problemas psiquiátricos (Chaufan y Joseph, 2013). De todas formas, esto no impide que los hallazgos se maquillen de unos modos que continúen indicando fuertes influencias genéticas, por ejemplo, calificando la porción de la varianza atribuida al ambiente como «heredabilidad perdida»[43]. De hecho, esta tendencia de distorsionar los resultados de la investigación genética tiene una larga historia, ya que muchas las hipótesis fundacionales de la heredabilidad se basaron a su vez en tergiversaciones de datos en los estudios anteriores de gemelos y adopciones (Joseph, 2014, 2016).

De nuevo, nada de esto se dice para negar la importancia general de la genética: toda experiencia humana y conductual tendrá alguna contribución genética más o menos lejana. Por ejemplo, es bastante posible que los futbolistas sean más propensos a tener in influencia genética para tener piernas más rápidas, ágiles o fuertes. Pero no interpretaríamos esto para defender que jugar al fútbol se puede entender mejor como una enfermedad de predisposición genética; ni concluiríamos que estos genes «causan» de algún modo el que la persona fiche con un equipo y entonces corra campo arriba y abajo tras un balón. Sin embargo, en relación al sufrimiento, la presunción previa de que estas experiencias tan solo deben ser la expresión de una dolencia o enfermedad hace que este tipo de razonamiento defectuoso parezca superficialmente creíble.

La impresión errónea de que el sufrimiento es intensamente genético también se fomenta con los titulares de los medios de comunicación, en los que incluso las fuentes más respetables a menudo proclaman «avances» o «cambios de paradigma» que sirven para apoyar los supuestos de dolencia o enfermedad. Por ejemplo, en 2013, el blog de la Escuela médica de Harvard publicó la declaración «Genes compartidos se vinculan a la depresión, la esquizofrenia y a otros tres trastornos mentales» (LeWine, 2013), mientras que el mismo estudio en la web «*The Scientist*» indicaba «Se han encontrados genes claves para la enfermedad mental» (Grant, 2013). No obstante, a pesar de estas afirmaciones rotundas, los autores de este estudio en cuestión reconocen que los tamaños de efecto hallados son pequeños, que pueden no ser específicos de los diagnósticos estudiados, y que la identificación de un posible riesgo incrementado en relación a los cuatro *loci* genéticos identificados no podía usarse en el diagnóstico o en el tratamiento (Cross Disorder Group of the Psychiatric Genetics Consortium, 2013). Por tanto, mientras que cada «descubrimiento» suele recibirse con noticias del estilo de «Los hallazgos reflejan por primera vez que el origen de esta devastadora enfermedad psiquiátrica se vincula de un modo causal con variantes genéticas especificas» (Broad Institute del MIT and Harvard, 2016), las retractaciones de los hallazgos previos casi nunca reciben la misma atención. De esta forma, cada entusiasta declaración se suma a la impresión de que la evidencia que necesitamos está a la vuelta de la esquina, o que ya se ha conseguido, mientras que, por supuesto, también se refuerza el mensaje de que se tratan de enfermedades

[43] *Missing heritability*, hace referencia al hecho de que un solo gen puede no explicar de forma fehaciente la heredabilidad de una enfermedad. Por ejemplo, el 80% de la «heredabilidad perdida» en la enfermedad de Crohn podría deberse a interacciones genéticas. Para encontrar la «heredabilidad perdida» en enfermedades complejas, se propone continuar la investigación mediante otras formas. (*N. de los T.*)

médicas. Como documenta Joseph (2016), las exageraciones de este tipo en referencia a las pruebas genéticas se remontan a muchas décadas.

Neuroanatomía

Históricamente, esta investigación se centraba principalmente a características referidas al encéfalo, como la dilatación ventricular o la disminución del volumen cerebral total. Pese a que a veces estos estudios mostraron asociaciones entre las características neuroanatómicas y una gama de diagnósticos, no se han encontrado diferencias consistentes. Por ejemplo, la dilatación ventricular, especialmente la del tercer ventrículo, se ha asociado algunas veces con la «esquizofrenia», pero también a otros diagnósticos, incluyendo la «depresión mayor» y la dependencia alcohólica. La norma poblacional del tamaño de los ventrículos no es el eje central de estos estudios, que normalmente comparan grupos relativamente pequeños de pacientes con controles. Un factor de confusión es que el tamaño de los ventrículos fluctúa según diversas influencias, como el embarazo, la deshidratación y la toma de medicación (Bentall, 2003) y cambia con la edad. Además, nunca se han determinado los procesos específicos biológicos y cognitivos mediante los que la dilatación de los ventrículos podrían producir las experiencias asociadas al diagnóstico de «esquizofrenia», o «depresión clínica», o la dependencia alcóholica.

La investigación neuroanatómica actual suele considerar variaciones más sutiles en los cerebros de las personas que experimentan sufrimiento, que incluyen: el argumento de que una combinación de alteraciones en la sustancia gris prefrontal, perisilvana y áreas subcorticales podría ser un biomarcador de la psicosis incipiente (Koutsouleris et al., 2015); posibles anormalidades microestructurales en varias áreas de los cerebros de algunas personas jóvenes diagnosticadas con trastorno obsesivo compulsivo (Lázaro et al., 2014); y relaciones entre déficits estructurales sutiles en el circuito prefrontal-talámico-cerebelar con anomalías en la conectividad funcional en los cerebros de algunas personas diagnosticadas de esquizofrenia (Guo et al., 2015). A pesar del avance de las posibilidades tecnológicas, el tamaño de las muestras de estos estudios son relativamente pequeñas, y ninguno de ellos ha identificado déficits comunes en todas las personas diagnosticadas. Y, como resaltamos antes, el hallazgo de déficits consistentes no confirma una enfermedad médica o un modelo de enfermedad: todavía sería necesario responder a las preguntas sobre qué ha causado estos déficits, y qué mecanismos precisos se relacionan con las experiencias de sufrimiento.

Activación de áreas cerebrales

La resonancia magnético-funcional (RMf)[44] genera modelos gráficos computarizados de las diferencias regionales en la actividad del funcionamiento cerebral. Aunque estas imágenes llamativas han conseguido cautivar de forma importante la imaginación del público, es necesario ser muy cautos a la hora de interpretarlas. Deberíamos poder encontrar diferencias en los cerebros de las

[44] También se puede encontrar en la literatura el acrónimo equivalente IRMf, y también el usado en inglés fMRI. (*N. de los T.*)

personas que experimentan estados emocionales muy distintos, tengan un diagnóstico de «enfermedad mental» o no, pero por sí sola la neuroimagen cerebral no nos dice nada de las causas de estas diferencias. El hecho de que un determinado sistema neural o una determinada región del cerebro se asocie a un fenómeno particular no significa necesariamente que la asociación sea causal: tanto la activación como el fenómeno podrían estar causados por alguna otra razón.

Es también vital poner de manifiesto que los escáneres cerebrales *no* son fotografías de la actividad del funcionamiento cerebral. Son imágenes generadas por ordenador sobre lo que un cerebro promedio podría estar haciendo en condiciones experimentales estrictas, y siempre que se cumpla con ciertos requisitos. El tamaño de la muestra de muchos de estos estudios es pequeña (Button et al., 2013), los grupos control no son siempre los apropiados, y la resolución espacio-temporal de estas tecnologías tiene algunas limitaciones que dejan detalles importantes sin resolver (Rose y Abi-Rachid, 2013). Al mismo tiempo, el método de «sustracción» usado en muchos estudios puede producir unos métodos artefactados o defectuosos y omisiones (Cacioppo et al., 2003).

Mientras que estas cuestiones metodológicas se reconocen y se debaten ampliamente entre los neurocientíficos, se ha prestado menos atención a cuestiones conceptuales fundamentales que conllevan las neuroimágenes funcionales del cerebro (expresadas al inicio del capítulo). A pesar de estas enormes dificultades, algunos estudios recientes están investigando sistemas neurales como la «red neuronal por defecto» (el conjunto de regiones cerebrales interconectadas que se activan consistentemente tanto en las condiciones experimentales como en las de control) en relación al sufrimiento. Se han publicado estudios que afirman haber hallado patrones de conectividad aberrante entre el modo por defecto, las tareas y las redes de *saliencia*[45] (asignación de relevancia) en algunos pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (Wotruba et al., 2014); patrones de conectividad inusuales en reposo en algunos pacientes con diagnóstico de «esquizofrenia» o «trastorno bipolar» (Argyelan et al., 2014); conectividad reducida en algunas partes de la red por defecto en algunos pacientes con un primer diagnóstico de «esquizofrenia» (Bastos-Leite et al., 2015); actividad excesiva en subsistemas de la red por defecto en algunos pacientes con diagnóstico de «trastorno depresivo mayor» (Nixon et al., 2014); y diferencias en la actividad de varios subsistemas de la red por defecto en algunas personas con diagnóstico de «trastorno obsesivo-compulsivo» (Beucke et al., 2014).

A veces se ha pensado que la red neuronal por defecto, de forma simplista, es la base neural de la autoconciencia (Callard y Margulies, 2011); esto ayuda a explicar el considerable interés en las posibles perturbaciones de su funcionamiento. No obstante, se deben hacer algunas consideraciones críticas sobre la composición de los grupos experimental y control, y el fundamento

[45] La red de *saliencia* o prominencia es una red cerebral a gran escala que se compone principalmente por la ínsula anterior y la corteza cingulada anterior dorsal. Se supone que está involucrada en la detección y el filtrado de los estímulos salientes, así como en la activación de redes funcionales relevantes. Junto a estas, la red de *saliencia* contribuye a una variedad de funciones complejas, como la comunicación, la conducta social y la autoconciencia, mediante la integración de información sensorial, emocional y cognitiva. (*N. de los T.*)

sobre el que se afirma que la actividad es «excesiva» o «aberrante». En cualquier caso, ninguno de estos estudios ha identificado diferencias significativas sólidas entre las personas con diagnóstico psiquiátrico y las que no lo tienen. Aún más, en caso de hacerlo no nos llevaría necesariamente más lejos que al punto bastante obvio de que las experiencias extremas que sufren las personas en los servicios de atención psiquiátrica se reflejan inevitablemente en su funcionamiento biológico. Se necesitaría más investigación para establecer cómo surgen esas diferencias, y para explicar con precisión cómo se asocian al sufrimiento y a la conducta perturbadora. Adicionalmente, como ya hemos resaltado, hay necesariamente una enorme brecha entre las descripciones potenciales a un nivel biológico y una comprensión plena a niveles múltiples y el significado que dan forma a las experiencias humanas que reciben diagnósticos como «depresión» o «psicosis».

Neurociencia social

Recientemente se ha manifestado que los estudios de neurociencia social podrían traer nueva luz sobre la biología del sufrimiento psicológico. Los estudios de neurociencia social estudian los sistemas y estructuras cerebrales que habilitan la conducta social, y se ha considerado que «pondrán fin al destructivo y erróneo dilema entre lo social versus lo biológico en psiquiatría» (Craddock, 2014, p.140). Craddock formuló sus observaciones recogiendo un artículo, del que era coautor uno de los fundadores de la neurociencia social (Cacioppo et al., 2014), en el que se intentaba aclarar cómo se podría lograr esto, centrándose en los fallos de los procesos de los componentes específicos implicados en la conducta social. Cacioppo y sus colegas ilustran su sugerencia refiriéndose a los diagnósticos de «depresión mayor», «personalidad antisocial» y «trastorno del deseo sexual hipoactivo (TDSH)».

Sin embargo, aunque esta investigación se alinea de forma explícita con la neurociencia social, sigue aceptando una causa biológica. Defiende que el sufrimiento se puede entender investigando los procesos cerebrales que habilitan la conducta social, Cacioppo y sus colegas (2014, p.131) dicen: «Los déficits en cualquiera de los componentes de estos procesos pueden desembocar en dificultades personales e interpersonales que son la característica principal de varias trastornos mentales». Dicho de otro modo, primero proponen que los déficits en el comportamiento social son características importantes de las experiencias y la conducta asociadas a los diagnósticos psiquiátricos y después hipotetizan que estos «déficits» conductuales podrían ser consecuencia de déficits neurológicos de los sistemas especializados en las interacciones y en las relaciones. En resumen, Cacioppo y sus colegas sugieren que estos (hipotéticos) déficits neurológicos son la causa primaria de las experiencias y conductas de los síntomas de las «enfermedades mentales». Panksepp (2014) señala que esta sugerencia hace poco énfasis en los aspectos afectivos prominentes del sufrimiento psicológico, y que probablemente es muy difícil recoger estos elementos desde los supuestos de la neurociencia social. Además, en la medida que estos estudios se basan en investigación mediante neuroimágenes, la neurociencia social se ve empañada por las dificultades conceptuales identificadas por Bennett y Hacker (2003). Además, Cacioppo y sus colegas, simplemente no tiene en

cuenta los orígenes o las causas de estos supuestos déficits neurológicos. Si bien algunos pueden tener un marcado componente genético (aunque no citan ninguna prueba convincente al respecto), es más probable que otros sean el resultado de experiencias infantiles de adversidad. Irónicamente, al no considerar esta posibilidad, las sugerencias de la neurociencia social son, de hecho, insuficientemente sociales.

Investigación animal

Todavía una cantidad considerable de la investigación sobre las causas biológicas del sufrimiento se realiza usando animales. Incluso cuando no sea el caso, la investigación biológica depende con frecuencia, al menos parcialmente, de la interpretación de estudios realizados con animales (Marcotte et al., 2001). Muchos investigadores sostienen que el mayor nivel de control experimental posible en el trabajo con animales significa que es la única manera en la que se pueden probar empíricamente las interpretaciones contrapuestas de la contribución de las distintas estructuras y de los sistemas cerebrales, que serían difíciles o imposibles de resolver mediante el trabajo con humanos, y probarlas empíricamente.

No obstante, también significa que, a veces, la repercusión de la investigación con animales se exagera. Por ejemplo, Tremolizzo y sus colegas (2002) crearon un «modelo de esquizofrenia en ratones» basado en la alteración del gen de la «reelina»[46]. Si bien los autores afirman claramente que sus resultados no identifican procesos de enfermedad y que son simplemente un modelo farmacológico parcial, otros han ido más allá de esta interpretación y han citado su trabajo como si contribuyera a la evidencia de un proceso patogénico (por ejemplo, Maric y Svrakic, 2012; Toyokawa et al., 2012; Tsankova et al., 2007).

Las limitaciones de los modelos animales para entender el sufrimiento emocional humano son obvias. Como se dirá más adelante, todos compartimos ciertas capacidades corporales evolutivas como las reacciones de miedo, parte de ellas observadas también en los mamíferos superiores. Aún así, los animales no experimentan el paro, el divorcio, las guerras, la anomia, los conflictos de roles, las tensiones entre roles y otros estresores que son propiamente humanos. Tampoco tienen los elaborados, con cambios constantes, sistemas culturales y de significado que, como hemos mostrado, son esenciales en las experiencias de sufrimiento. Cuando se validan los resultados recogidos desde los modelos animales, significa que en realidad se ha diluido o soslayado la importancia intrínseca del significado, la cultura y las complejas relaciones sociales humanas en las experiencias de sufrimiento.

Resumen

Las investigaciones que asumen que el sufrimiento mental y muchas formas de «desviación» son el resultado de enfermedades o dolencias biológicas, en los últimos cincuenta años de investigación moderna, no han encontrado ningún

[46] La «reelina» en una proteína que existe en el cerebro y en la médula espinal, pero también en la sangre y en otros órganos y tejidos. Se cree que es muy importante en los procesos de migración neuronal, y en el desarrollo del cerebro y también en la modulación de la plasticidad sináptica. (*N. de los T.*)

resultado sólido. Los estudios sobre los neurotransmisores, la neuroanatomía, la activación regional cerebral y la genética han fracasado en identificar biomarcadores para las «enfermedades» psiquiátricas funcionales.

Esto se ha señalado enérgicamente por los críticos, pero también se ha reconocido (aunque no en la información que habitualmente se difunde en el dominio público) por los partidarios del paradigma tradicional. En las sesiones de preparación del DSM 5, Charney y sus colegas (2002, p.55) observan que «el campo de la psiquiatría no ha logrado identificar un solo marcador fenotípico neurobiológico o un gen útil para realizar el diagnóstico de cualquier trastorno psiquiátrico». Posteriormente, una reseña de «*Nature*» indicaba que: «Nuestra comprensión de los mecanismos biológicos de las enfermedades como los trastornos del estado de ánimo, la esquizofrenia y el autismo es frustrantemente limitada... Tampoco hay marcadores biológicos fiables para caracterizar estas enfermedades» (Chou y Chouard, 2008, p.889). Más recientemente, una revisión de la «neurobiología de la esquizofrenia» concluía que «el trabajo para comprender las bases neurobiológicas de la heterogeneidad clínica de la esquizofrenia, principalmente a través de la correlación entre los indicadores neurobiológicos con síntomas específicos, ha sido en buena medida infructuosa. Incluso, es justo decir que la "incoherencia" ha sido el hallazgo más consistente que ha surgido de estos esfuerzos» (Mathalon y Ford, 2012). Y David Kupfer, presidente del comité que elaboró el DSM-5 en 2013, dijo en el momento de publicarse el manual: «En el futuro, esperamos poder identificar los trastornos mediante marcadores biológicos y genéticos… Sin embargo, esta promesa, que llevamos anticipando desde la década de 1970 sigue siendo lejana, de forma decepcionante. Hemos estado diciéndoles a los pacientes durante varias décadas que estamos a la espera de los biomarcadores. Aún seguimos esperando» (Kupfer, 2013).

Quizá el aspecto más destacado de esta situación, desde el punto de vista de este documento, es que tanto los críticos como los investigadores tradicionales ahora están de acuerdo en que las agrupaciones diagnósticas actuales no están respaldadas por biomarcadores, no constituyen categorías válidas, y deben ser reemplazadas. A partir de este punto, hay división. Los críticos (tanto los profesionales como los usuarios y supervivientes de los servicios) defienden que se necesita una forma radicalmente distinta de conceptualizar el sufrimiento mental. Los tradicionalistas no renuncian a buscar biomarcadores, y en general mantienen que mientras se espera hay que mantener el sistema actual, dado que es el mejor que tenemos. A veces se defiende que un sistema de clasificación es como un mapa provisional, pero aún así útil. Por supuesto, esta analogía sólo es válida si hay razones para creer que el mapa provee realmente una guía razonablemente fiable del territorio y que no se dispone de otras mejores; de otro modo sería activamente engañoso. Mientras tanto, Mary Boyle (2007) observó que la clasificación psiquiátrica y el diagnóstico, lejos de suministrar un mapa útil, distorsiona la investigación al menos de tres maneras: prioriza los resultados de los debates de los comités sobre los patrones conductuales observables; resalta la forma en detrimento del contenido (por ejemplo, la presencia de voces alucinatorias en vez del significado de lo que dicen); y orienta los recursos hacia «el interior» de las personas, lejos de las circunstancias que están afrontando. La falta de fiabilidad y validez de estas categorías también dificulta la interpretación de la investigación biológica en la que se basan.

Estos problemas de fiabilidad y validez respaldan el giro altamente significativo del organismo más importante del mundo en cuanto a la financiación de la investigación en la salud mental, el *National Institute of Mental Health* de los Estados Unidos (NIMH)[47], que se distanció de los estudios basados en el diagnóstico psiquiátrico. Además el NIMH apoya el desarrollo de una taxonomía completamente nueva y diferente (el proyecto *Research Domains Criteria* o RDoC). Sin embargo, como señalamos en la Introducción, esto no supone un cambio fundamental de planteamiento, ya que el proyecto se basa explícitamente en el postulado de que «Los trastornos mentales son trastornos biológicos» (Insel, 2013). Thomas Insel, el entonces director del NIMH, reforzó la continuidad de este planteamiento en 2015: «los RDoC tratan de mejorar el diagnóstico, no negarlo, y la biología es fundamental en esta perspectiva». Del mismo modo, la declaración que abre la web del *Psychiatric Genomics Consortium's* (PGC) afirma que: «El propósito del PGC es llevar a cabo… un análisis de los datos genéticos de todo el genoma de los trastornos psiquiátricos» (What is the PGC?, 2016).

La inversión en los RDoC confirma los problemas de calado asociados al diagnóstico psiquiátrico. Se afirma que la RDoC aportará los puntos fuertes que necesita este campo confuso, entre ellos resaltar el continuum entre el funcionamiento diario y el perturbado, y el compromiso de estar abiertos a nuevas dimensiones explicativas. Lamentablemente, al igual que en el DSM y el CIE, hay un reconocimiento limitado de que las nociones de funcionamiento normal y anormal siempre dependen obligatoriamente del contexto. Hay también un reconocimiento insuficiente de las dificultades para moverse entre la biología y la fenomenología cuando se hacen estos juicios. Estas presuntas alteraciones se describen actualmente en relación a sistemas cerebrales poco definidos, como el «miedo» o la «pérdida», y se espera que en el futuro se identifiquen los circuitos cerebrales concretos. Sin embargo, la RDoC ignora, en gran medida, tanto las diferencias de la dinámica y la escala entre los distintos tipos de circuitos como también su necesaria inserción funcional dentro de la inmensamente más compleja red de circuitos que constituye el cerebro en su conjunto (Kirmayer y Crafa, 2014). También soslaya que es necesario realizar juicios de valor para decidir «¿Cuándo el miedo es un trastorno mental? ¿El miedo a los osos y las serpientes necesita un tratamiento? ¿Y el miedo a la enfermedad? ¿O el miedo que experimenta un soldado cuando va a la guerra? ¿Y qué hay del duelo? ¿Debo buscar tratamiento psiquiátrico si me desahucian? ¿Y si pierdo a mi esposa? ¿O pierdo mi empleo?» (Kamens, 2013). Además, el interés de la RDoC en los modelos animales oscurece la interacción entre la biología y la cultura, y niega el significado (y sus posibles consecuencias) de la fenomenología de las experiencias humanas, las relaciones sociales y los significados personales.

El proyecto RDoC ilustra lo que se ha descrito como la paradoja que surge en la investigación neurocientífica en el ámbito del sufrimiento; los estudios se basan sobre categorías diagnósticas que muchos neurocientíficos admiten que carecen de fiabilidad y validez (Cohn, 2010). Esta paradoja se refleja también a otros niveles. Las guías de práctica clínica NICE, en sus versiones completas, suelen hacer referencia a las limitaciones de las categorías diagnósticas, pero luego actúan como si ello no fuera problemático a la hora de establecer sus

[47] Instituto Nacional de Salud Mental.

recomendaciones para la práctica clínica (Midlands Psychology Group, 2010). Como hemos visto, a los usuarios de los servicios rara vez se les informa del estado provisional de los diagnósticos que les son asignados, aunque profesionales e investigadores importantes muestran cada vez más abiertamente el fracaso de los sistemas de clasificación actuales. Además, la mayor parte de estos profesionales no aceptan que la descalificación durante años de la perspectiva diagnóstica represente un reto esencial para la medicalización en sí misma. Tampoco han aprovechado las numerosas oportunidades que brindan las investigaciones relevantes en curso desde las biociencias, la psicología, las ciencias sociales y las humanidades, para comenzar a forjar alternativas sofisticadas, genuinamente interdisciplinarias y basadas en evidencias. En cambio, la mayoría sigue manteniendo o asumiendo que se necesitan categorías de enfermedad o déficits de base biológica, y que simplemente se requiere un sistema mejor, fundamentado en los mismos principios. Las diversas tensiones asociadas a esta situación proporcionan el telón de fondo inmediato para un debate sobre las estrategias emergentes, que se describen a continuación.

Estrategias emergentes de investigación

La investigación biológica actual incluye estrategias relativamente nuevas, donde las hipotéticas influencias biológicas se estudian como una más entre una serie de factores. Se ha afirmado, por ejemplo, que «casi todas las enfermedades neuropsiquiátricas conllevan perturbaciones en la conducta social» (Mendez y Manes, 2011, p.1). Los investigadores también han tenido que asumir la creciente evidencia sobre la causalidad de los factores sociales y las adversidades en la infancia sobre el sufrimiento psíquico. Consecuentemente, no es infrecuente encontrar ahora artículos con afirmaciones como «Se han establecido pruebas importantes sobre los efectos de factores sociales en la esquizofrenia» (Howes y Murray, 2014, p.1679); que el maltrato infantil «se considera cada vez más como una influencia ambiental que actúa de manera similar a una toxina» (Tyrka et al., 2013, p.1); o que «las experiencias sociales tempranas pueden afectar al desarrollo, estructura y funcionamiento del cerebro» (Maj, 2014, p.105).

Como vimos en el análisis sobre la adversidad en la infancia, resulta cierto que las experiencias negativas tempranas (y las características físicas asociadas a la penuria social, como el bajo peso al nacer, Class et al., 2014) aumentan de manera significativa la probabilidad de recibir varios diagnósticos siendo adulto, incluyendo el TDAH, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Al mismo tiempo, como las citas previas muestran, esta investigación todavía se presenta en términos medicalizados y diagnósticos. Como resultado, todavía la tendencia generalizada de estos proyectos coloca de nuevo las influencias ambientales, sociales y relacionales de un modo subordinado a las influencias biológicas. Esto ocurre al mismo tiempo en que estas influencias ambientales y experienciales siguen ganando más reconocimiento. Ambas tendencias, la de reconocer la influencia social e interpersonal, y la de integrarlas de nuevo dentro de un modelo médico de enfermedad o trastorno, son evidentes en estas estrategias de investigación emergentes que se muestran a continuación.

Epigenética

El fracaso en la búsqueda de genes que tengan un efecto significativo en relación con los diagnósticos psiquiátricos funcionales ha sido un motivador para el rápido crecimiento de la investigación epigenética en los últimos quince años. La investigación de la epigenética asociada a salud mental se ha incrementado exponencialmente en los últimos años (Cromby et al., 2016), a la que se han dedicado cantidades importantes de fondos e infraestructuras. A pesar de esto, no hay una definición consensuada de la epigenética, ni siquiera hay un consenso sólido sobre si constituye un nuevo campo de investigación (Pickersgill, 2016). Esto, en parte se debe a que la epigenética ha modificado su significado en los últimos años. Antes, el término se usaba para referirse a las vías en las que las características adquiridas se podían transmitir de una generación a otra sin que se produjeran cambios en el ADN central (nucleico). También se usaba para describir las maneras en que las vías del desarrollo se diferencian dentro de los organismos, permitiendo que códigos genéticos idénticos produzcan tipos de células muy diferentes en diferentes partes del cuerpo. De manera creciente, la investigación considerada como epigenética se interesa menos por estos procesos intergeneracionales o del desarrollo, y más en indagar sobre los procesos ambientales que regulan continuamente la expresión génica (Meloni y Testa, 2014).

El proceso epigenético que tal vez haya captado más atención es la metilación. Aquí es donde las influencias ambientales hacen que los grupos metilo se adhieran a los extremos de las secuencias químicas que constituyen los genes. La adición de estas moléculas tiene el efecto de «silenciar» los genes, de apagar o bloquear su efecto en la replicación del ADN. Otros procesos epigenéticos regulados por el entorno ambiental son la acetilación (que amplifica los efectos de una secuencia génica), y la modificación de las histonas[48], es decir, los cambios en la forma en que se almacena y se enrolla el ADN, lo que puede hacer que algunos genes estén más o menos disponibles para su transcripción. Mediante procesos epigenéticos como estos, se está sugiriendo que las influencias ambientales pueden convertirse en parte de la constitución física de los organismos. En términos simples, se ha demostrado que la acción de los genes puede modificarse por el ambiente. Además, puede ser posible que estos cambios en el modo de expresión de los genes se transmitan a las siguientes generaciones.

Aunque la mayor parte de la investigación epigenética actual se relaciona con el cáncer, hay un cuerpo creciente de investigación sobre salud mental. Como otras investigaciones de orientación biológica, estos trabajos dependen en gran medida de las categorías diagnósticas. El diagnóstico de «esquizofrenia» ha sido con diferencia el más estudiado, seguido a una distancia considerable por la «depresión mayor» (Cromby et al., 2016). El interés se ha fortalecido por algunos estudios de alto nivel, como la investigación de McGowan y sus colegas (2009), que encontró pruebas de un aumento de la metilación en los cerebros en los «suicidios consumados», entre quienes tuvieron abusos siendo niños. Basándose en hallazgos como este, muchos investigadores consideran que la epigenética tiene un considerable potencial para integrar las influencias sociales, ambientales y biológicas, para generar formulaciones comprehensivas

[48] Una histona es una proteína que proporciona soporte estructural a un cromosoma. (*N. de los T.*)

del sufrimiento que incluyan de manera coherente todas estas influencias en igualdad de condiciones.

Sin embargo, hasta la fecha, este potencial no se ha realizado. En parte, porque en varios estudios epigenéticos hay una «condensación del ambiente» (Chung et al., 2016, p.172) que ahora hace referencia a todo lo que está fuera de los límites de la célula (o en algunos casos del núcleo celular). Como hemos visto, la epigenética indaga acerca de cómo procesos bioquímicos, como la metilación, se regulan por influencias ambientales. Sin embargo, en sí mismas estas influencias han recibido poca atención, y se reducen efectivamente solo a sus consecuencias moleculares o biológicas. En vez de estudiar las adversidades reales en la infancia, por ejemplo, un investigador de epigenética podría medir los niveles de metilación de un gen específico. Podrían entonces tratar la metilación como una medida indirecta de la adversidad, aceptando que la adversidad importa sólo en cuanto que produce unos efectos moleculares cuantificables. Sin embargo, cuando esto ocurre, se omiten u ocultan aspectos importantes del significado personal y las relaciones sociales. Por ejemplo, como señalamos en nuestro análisis del contexto social, van Nierop y sus colegas (2014) encontraron evidencia de que el trauma infantil se asocia más estrechamente con «psicosis» cuando se da una intención deliberada de hacer daño, mientras que Boydell et al., (2001) mostraron que las personas de raza negra de Londres tienen mayor probabilidad de recibir un diagnóstico de «esquizofrenia» si viven en zonas de mayoría de raza blanca. Las influencias relacionales y sociodemográficas como éstas no pueden ser fácilmente conciliadas con una estrategia de investigación que simplemente convierte la influencia de la adversidad en sus (supuestos) correlatos individuales moleculares.

Otro aspecto es que la investigación epigenética se construye con frecuencia sobre líneas de investigación biológica previas, a pesar de la falta de evidencia que tienen. Por ejemplo, los estudios epigenéticos de «esquizofrenia» han ido a buscar alteraciones en los sistemas de neurotransmisores como la dopamina (Melas et al. 2012), la GABA (Kundakovic et al., 2007) y la serotonina (en asociación al aumento de la metilación del receptor serotoninérgico, el gen 5HTRIA: Carrard et al., 2011). De este modo, reviven el interés en hipótesis antiguas nunca probadas.

Resituando el diagnóstico

Otra estrategia emergente consiste en conservar los diagnósticos categoriales pero tratarlos de forma distinta, por ejemplo, agrupándolos de varias formas. No se trata de una novedad: el diagnóstico de «esquizofrenia», por ejemplo, se ha descrito durante mucho tiempo como parte de un síndrome más amplio. Lo que ha cambiado más recientemente es que las diferentes combinaciones de diagnósticos aparecen ahora como agrupaciones en varios estudios. Así, la «esquizofrenia» se agrupa a veces junto a otros diagnósticos bajo la categoría de psicosis (Fillman et al., 2014). Sin embargo, ahora este diagnóstico se está considerando también en otras combinaciones, por ejemplo, junto al «trastorno bipolar», «depresión mayor», «autismo» y «TDAH» (Cross Disorder Group of the Psychiatric Genetics Consortium, 2013). Faraone (2013, p.82) argumenta que tales enfoques «pone en tela de juicio la validez de las distintas categorías kraepelianas instauradas por el DSM y la CIE», aunque, por supuesto, también

pueden dar lugar a cierto nivel de incoherencia conceptual, y pueden usarse para justificar la «pesca de arrastre de datos» fortuita.

También hay estrategias de investigación que efectivamente desplazan los diagnósticos de su posición central. Por ejemplo, algunos investigadores biológicos han regresado a tradiciones de investigación de hace varias décadas para estudiar lo que ahora se denomina endofenotipos. Se definen como «características bioconductuales, que son más próximas a la actividad de los genes que los síndromes clínicos» (Reilly et al., 2014, p.1011). El déficit de la inhibición prepulso (IPP) del reflejo de la respuesta de sobresalto (RRS)[49] —dificultad en inhibir la respuesta de sobresalto incluso cuando los estímulos se señalan con antelación— se ha propuesto como un endofenotipo. Esta respuesta se estudió primero con animales (de hecho, a veces se ha cuestionado la extrapolación a los humanos, Csomor et al., 2005), y se basa en estudios de laboratorio en torno a las respuestas sensoriomotoras y su habituación, que a menudo se ha dicho que se asocia a la «esquizofrenia» (p. ej., Cadenhead et al., 2000). Así, el déficit en la IPP no está presente en todas las personas que han recibido este diagnóstico (es decir, no es un biomarcador), también se ha estudiado en relación a los diagnósticos de «trastorno de ansiedad» (Pynoos et al., 1999), «trastorno obsesivo-compulsivo» (Hoenig et al., 2005), «trastorno de la personalidad esquizotípica» (Cadenhead et a., 1993) y «trastorno por estrés postraumático» (Grillon et al., 1996). No sería sorprendente encontrar que algunos sujetos, y quizá especialmente los que han recibido un diagnóstico psiquiátrico, tengan un IPP diferente del «normal» de los grupos controles. Sin embargo, como con las otras variaciones biológicas sugeridas que hemos analizado, esto plantearía numerosas cuestiones, como sobre la correlación y la causación, sobre los posibles orígenes, causas o significados de estas respuestas de sobresalto en la vida de las personas, sobre la asunción de patología en contraposición a las variaciones naturales o adaptativas, etc.

Por lo tanto, globalmente, la investigación sobre los endofenotipos no es concluyente, y no ha generado hallazgos consistentes. Su principal relevancia en este contexto es que pone en tela de juicio los diagnósticos categoriales, y demuestra la magnitud y alcance de los problemas asociados a los mismos.

En general, en vez de guiarse por teorías que tienen apoyo empírico acerca de la naturaleza de los «trastornos mentales», la investigación que busca las bases biológicas de las categorías diagnósticas se ha centrado fundamentalmente en los avances en la biología y la genética, sin conexión con ellas, como el descubrimiento de los mecanismos de los neurotransmisores y los de los fármacos, los análisis del genoma humano, y los avances técnicos como las neuroimágenes y los análisis a gran escala de las vinculaciones genéticas. Estos avances se han incorporado al campo de los «trastornos mentales», ya que ofrecen la posibilidad de realizar grandes avances y un cambio de paradigma. Incluso con escasa evidencia de progreso, se siguen realizando declaraciones, como las recientes sobre la importancia del

[49] La inhibición prepulso (IPP) del reflejo de la respuesta de sobresalto se considera un indicador del proceso de inhibición preatencional, se usa para evaluar el filtrado sensoriomotor y los procesos atencionales involucrados en el procesamiento selectivo de información, que operan fuera de la consciencia. El reflejo de sobresalto es un reflejo procesado en el tronco del encéfalo en respuesta a una estimulación táctil o auditiva inesperada. (*N. de los T.*)

microbioma y las «redes neuronales». Por ejemplo, un estudio encontró diferencias en la constitución microbiana en la garganta entre 16 personas con diagnóstico de esquizofrenia y 16 sin él. A pesar de las posibles variables de confusión, como el consumo de tabaco, la medicación y las variables demográficas, los autores especulan que «establecer un vínculo entre el microbioma y el funcionamiento conductual y cognitivo en humanos puede llevar al desarrollo de nuevas estrategias de prevención, manejo y tratamiento de los trastornos psiquiátricos» (Castro-Nelar et al., 2015, p. 13; véase también Foster y McVey Neufeld, 2013, y Severance et al., 2016). De forma similar, en relación con el proyecto RDoC referido antes, Thomas Insel (2011) afirmó recientemente que «las enfermedades mentales parecen ser alteraciones de los circuitos cerebrales», visibles mediante las técnicas de neuroimagen cerebral. Continuó diciendo que, aunque la investigación está en ciernes, «no hay duda de que la neurociencia clínica ayudará pronto a la recuperación de las personas con trastornos mentales», y que «los conceptos antiguos de las enfermedades mentales debidas a desequilibrios químicos o como construcciones sociales están empezando a parecer obsoletos». El sucesor de Insel como director del *National Institute of Mental Health* de EE. UU., Joshua Gordon, de modo similar, afirmó que «los circuitos neurales podrían tener tratamientos en 10 o 15 años», a pesar de reconocer que «la mayoría de los trabajos sobre los circuitos neurales se han hecho con ratones genéticamente modificados» (Abbot, 2016). Este tipo de afirmaciones contribuyen a perpetuar una narrativa injustificada de progreso que se anuncia con cada nuevo foco de investigación.

En principio, muchos de estos procesos que han sido objeto de investigación biológica —desde las epigenética hasta la flora intestinal— pueden tener alguna importancia en el sufrimiento emocional y la conducta perturbadora. Pero las investigaciones raramente han conseguido distanciarse del supuesto no comprobado de que el sufrimiento psicológico se conforma mediante trastornos concretos causados por alteraciones o déficits biológicos específicos. Cuando se incluye el ambiente como un todo, como, por ejemplo, en epigenética, hay una tendencia a marginar su impacto o a traducirlo en términos únicamente biológicos. Por tanto, concluimos que un verdadero avance necesita una base conceptual distinta, que no esté basada en presupuestos no probados de enfermedad, dolencia, o en la primacía de lo biológico. Lo que significa, que debemos pensar el rol de la biología de formas mucho más sofisticadas.

Una aproximación alternativa

Como en cualquier disciplina, la biología es un campo de debate entre distintas perspectivas. Una de ellas, que puede acomodar la inconsistente evidencia de los factores biológicos del sufrimiento, y brinda una base prometedora para una comprensión más sofisticada, que la biología necesita, es la del trabajo del neurocientífico y biólogo Steven Rose.

Rose (1997, 2005) rechaza las tendencias metodológicas, y a veces, las teóricas o filosóficas, reduccionistas de la biología; es decir, la de reducir la complejidad de la conducta humana a una serie de procesos biológicos. En su lugar, señala la evidencia creciente de que cuando los sistemas, incluyendo los

sistemas biológicos, se hacen más complejos, adquieren «propiedades emergentes»: en lenguaje llano, que el todo es más que la suma de sus partes.

Los organismos unicelulares como la ameba tienen propiedades y capacidades que los virus y proteínas no tienen; los organismos multicelulares son más complejos y tienen más capacidades. Estas habilidades complejas necesitan de la biología, pero no pueden reducirse a ella. Los seres humanos necesitamos del funcionamiento de los sistemas biológicos para construir significados, pero los significados que hacen no son simplemente el producto de su biología: también dependen de factores como el lenguaje, los símbolos, las herramientas, las relaciones sociales y la cultura.

Rose resalta que los sistemas biológicos están continuamente abiertos a las influencias externas, al igual que la replicación de cada gen ocurre dentro de un medio ambiente. Esto explica porqué los gemelos idénticos, monocigóticos, nunca son totalmente idénticos, ni siquiera al momento de nacer: por ejemplo, tienen diferentes huellas dactilares. El impacto de varios millones de momentos de división celular, de pequeñas variaciones aleatorias en los niveles sanguíneos de los nutrientes y el oxígeno, provocados por movimientos arbitrarios en ambos embriones en el útero, se acumulan y se multiplican durante los nueve meses de embarazo. El resultado final son dos individuos que comparten la totalidad del código genético, pero que sin embargo son, al menos sutilmente, físicamente diferentes.

Por tanto, la idea de que los genes y el ambiente, los individuos y sus mundos, están separados es un error. Mientras que los sistemas biológicos se autoorganizan y tienen sus propias posibilidades y tendencias, estos potenciales se modifican constantemente, y responden a las influencias ambientales. Esto se deduce de los muchos cerebros estudiados mediante neuroimágenes que muestran cómo una u otra región del cerebro cambia su tamaño o su activación, como consecuencia de algún estímulo o experiencia, dicho de otro modo, exhiben plasticidad. Mientras que esta capacidad de adaptación se conoce desde hace tiempo (aunque sus supuestas implicaciones se basan en ocasiones en supuestos infundados, al estilo de los descritos antes, Pitts-Taylor, 2010), los estudios con neuroimágenes han reforzado enérgicamente la importancia de la plasticidad en los últimos años. Han mostrado que, al menos a nivel de la estructura más fina, el cerebro tiene gran plasticidad, y permanece en modo respuesta constantemente ante las influencias externas sociales, relacionales y físicas. Otra forma de expresarlo es que en el cerebro convergen la biología y las relaciones sociales, que el mismo cerebro es social. O, como señalamos en el apartado del contexto social, el fenómeno social «entra en el cerebro» y «se hace parte de nuestra biología cerebral» (Kaiser et al., 2009, p.9).

Desde esta perspectiva, la biología nunca está separada de la cultura y las relaciones sociales. La naturaleza nunca se opone a la cultura, ni sus influencias pueden cuantificarse separadamente, por ejemplo mediante la estimación de la heredabilidad, malentendida y mal utilizada (Bentall, 2009). En lugar de asumir dos influencias opuestas, los genes y el ambiente, la evidencia apoya un modelo más sofisticado en el que *siempre* actúan conjuntamente. En vez de presuponer un porcentaje cuantitativo de la contribución de cada una, deberíamos investigar cómo su influencia combinada, en ocasiones, produce una especificidad relativa y, otras veces, una plasticidad relativa.

Durante el desarrollo temprano del cerebro, por ejemplo, la influencia conjunta de genes y ambiente puede producir especificidad, a medida que se forman las estructuras neurales que perduran toda la vida. Durante los primeros dos años de vida, los bebés forman 30.000 nuevas conexiones sinápticas bajo cada centímetro cuadrado del córtex *cada segundo*. Tanto esta actividad genéticamente impulsada, como la etapa genéticamente programada de poda sináptica que sigue, están continuamente abiertas a influencias del medio ambiente que modula este crecimiento y la poda. Debido a que muchas estructuras y vías cerebrales importantes se construyen en esta etapa, los efectos combinados de genes y ambientes en estos momentos pueden producir especificidades duraderas. Por ejemplo, el patrón y la densidad de las conexiones inhibitorias y excitatorias entre la corteza frontal y el sistema límbico, establecidas durante estos años, se concretan y se fijan ampliamente de por vida en el individuo (Schore, 2001). En otras etapas, una vez que el cerebro tiene ya una forma más estable y sus estructuras básicas se han establecido, la influencia combinada producirá plasticidad, dado que el cerebro responde de manera flexible a las influencias externas cambiantes. Ya hemos manifestado cómo los patrones regionales de activación cerebral, por ejemplo, parecen tener mucha plasticidad al responder rápidamente a las experiencias y sucesos.

Para capturar esta compleja interacción de influencias biológicas y ambientales, Rose propone el concepto de «línea de vida»: la trayectoria de un organismo desde el nacimiento hasta la muerte. Las líneas de vida son idiosincrásicas de cada individuo y reflejan su historia única de situaciones y circunstancias. Al mismo tiempo, las líneas de vida de los sujetos de cualquier especie comparten características comunes, porque tienden a vivir durante cantidades de tiempo similares, se reproducen aproximadamente en el mismo punto del ciclo vital, tienen un número similar de descendientes, tienen características comunes en sus ambientes, etc.

Las líneas de vida se caracterizan por lo que Rose llama *unidad de proceso*. Dicho de otro modo, son el producto de muchos procesos interactivos, de los que sólo algunos son de naturaleza biológica. En última instancia, lo que importa son los diferentes modos en que estos procesos se unen, a lo largo del tiempo. Sus interacciones producen restricciones y posibilidades, similitudes y diferencias, y así se crean resultados tanto funcionales como disfuncionales. Por eso «nos definimos como individuos por nuestra historia al menos tanto como por nuestros constituyentes moleculares» (Rose, 1997, p.39).

El modelo de las líneas de vida es un relato general del funcionamiento biológico. En referencia específica al sufrimiento, provee una forma de pensar la biología más sofisticada que las asunciones de déficit, deterioro o enfermedad, que en la actualidad son hegemónicas. Cuando se presupone enfermedad o deterioro, la causalidad se considera necesariamente como unidireccional en buena medida. Por el contrario, el modelo de las líneas de vida reconoce explícitamente que las influencias entre biología, experiencia y ambiente son constantemente multidireccionales. Esto es compatible con las afirmaciones de que «el trauma complejo... puede comprometer de manera radical el desarrollo psicobiológico, social y emocional» (Blue Knot Foundation, 2012, p.47). Es también compatible con la evidencia de que los niveles de neurotransmisores y hormonas fluctúan según la experiencia y la situación, y

también con la evidencia de que el estrés crónico se asocia con cambios profundos en el cerebro y el cuerpo (Cozolino, 2002). El modelo de líneas de vida también encaja con la evidencia de que los patrones de activación de las regiones cerebrales responden a las experiencias y sucesos; y del mismo modo, con la falta de evidencia consistente de los actuales modelos de diagnóstico y «trastornos» del sufrimiento.

En resumen, el modelo de líneas de vida integra la biología como un componente esencial en nuestra comprensión del sufrimiento, y al mismo tiempo evita la presunción no probada de que las influencias biológicas son más significativas que las otras. Sencillamente, evita posicionar la existencia de déficits biológicos como causa principal de los problemas de las personas. En su lugar, sugiere que puede ser más fructífero investigar las formas en las que los procesos biológicos generales pueden activarse y potenciarse como elementos necesarios dentro de complejas secuencias de procesos interactivos que son, a la vez e igualmente, psicológicos, biológicos y sociales (véase también Greenberg, 2011).

Los tipos de procesos biológicos generales implicados más frecuentemente en el sufrimiento abarcan:

- aquellos que posibilitan la denominadas respuestas de lucha, huida, y de «congelación»[50] (Blue Knot Foundation, 2012).
- los que posibilitan sentir emociones de diversos tipos (Panksepp, 1998), y la toma de decisiones y la planificación conformada por sentimientos en modos en que no reconocemos necesariamente con facilidad (Damasio, 1994);
- los que nos permiten recordar, incluyendo los recuerdos y remembranzas afectivas o emocionales (Brown y Reavey, 2015);
- los que permiten experimentar y regular los diferentes niveles de alerta o arousal (Cozolino, 2002);
- los que nos permiten «somatizar», o experimentar el sufrimiento mental como malestar corporalizado (Stein y Muller, 2008);
- los que nos permiten disociar para desconectar mentalmente de los sucesos abrumadores (van der Kolk, 2003);
- los que nos permiten interpretar las experiencias (incluyendo la emoción) mediante el diálogo interno (Gazzaniga et al., 1996), y de este modo, en circunstancias más extremas, escuchar voces (Fernyhough, 2016);
- aquellas capacidades del desarrollo biológico que pueden alterarse por las experiencias de adversidad en la infancia, incluyendo las descritas como relación de apego inseguro o desorganizado (Schore, 2001).

Como analizamos más adelante, las consideraciones sobre el sufrimiento asociadas a la perspectiva «informada sobre el trauma» se basan en capacidades biológicas como estas. Desde la perspectiva del modelo de líneas de vida, la activación de estos tipos de capacidades biológicas generales dentro de un contexto de circunstancias específicas y relacionales produce las

[50] La conducta de congelación es una respuesta o reacción (*freeze response*) frente a estímulos amenazantes, caracterizada por inactividad y pasividad. Se incorpora este concepto de la etología, y hace referencia al animal que ha sido atrapado y vencido, y se manifiesta como si simulara su muerte, al objeto de que el depredador detenga su ataque. (*N. de los T.*)

experiencias de sufrimiento. A veces esta activación conduce a cambios duraderos en el funcionamiento cuerpo-mente (lo que Steven Rose llama «especificidad temporal»), pero en otras ocasiones no (Rose lo denomina «plasticidad temporal»). Por tanto, esto significa que el sufrimiento se asocia en ocasiones a diferencias biológicas duraderas y en otras ocasiones no.

El concepto de líneas de vida captura el sentido de que las capacidades biológicas generales se nutren siempre de procesos ambientales, sociales, culturales y relacionales, y se ven modificadas simultáneamente por ellos. El concepto de líneas de vida sugiere que las aproximaciones diagnósticas y los «trastornos» son simplistas, y no están respaldados por la evidencia. De hecho, la literatura sugiere una variedad de explicaciones posibles para la variabilidad biológica a través de los diferentes grupos, todas ellas compatibles con formas de entender la biología más sofisticadas, y la mayoría de ellas no se excluyen mutuamente.

Entre ellas se incluyen las siguientes:

1. La variación biológica puede ser «normal»

Por normal, entendemos la variación biológica que se sitúa dentro del rango normativo de la población. De manera similar, la variación genética puede situarse dentro de la «norma de reacción» (Rose, 1997, p.133); el rango de variación, frecuentemente ignorado, dentro del cual la expresión fenotípica sigue siendo efectiva, y más allá del cual se quiebra. Por ejemplo, no conocemos el rango del funcionamiento cerebral «normal» o qué grado de cambio puede considerarse «anormal» Tampoco tenemos normas sobre los niveles de neurotransmisores como la dopamina, la serotonina y del resto, ni información alguna a nivel de la población de los modos en las que fluctúa.

2. La variación biológica puede ser efecto de la medicación

Hay considerable evidencia de que la medicación psiquiátrica causa cambios cuantificables en el cerebro (Fusar-Poli et al., 2013; Ho et al., 2011; Moncrieff y Leo, 2010; Smieskova et al., 2009). Dado que muy pocos de los participantes de los estudios estuvieron totalmente libres de medicación, es probable que algunos cambios sean el resultado de la medicación psiquiátrica en vez de la causa del sufrimiento. Por ejemplo, algunos estudios postmortem muestran un incremento en la densidad de los receptores dopaminérgicos en las personas que tuvieron un diagnóstico de esquizofrenia (Cross et al., 1981). Así, una consecuencia de la medicación que se da en la mayoría de personas con este diagnóstico es que se reducen los niveles dopaminérgicos en el cerebro (Snyder, 1974). Los efectos de la medicación son también relevantes para las pruebas que asocian la dilatación ventricular y la reducción del volumen cerebral global con el sufrimiento.

3. La variación biológica puede simplemente mediar en el sufrimiento

Davidson y Henriques (2000) afirmaron, usando RMf, que comparadas con los sujetos del grupo control, las personas con diagnóstico de «depresión» tenían un promedio de niveles relativamente más alto de actividad en el lóbulo frontal derecho y relativamente más bajo en el izquierdo. Como en el resto de los

hipotéticos biomarcadores, esta variación no se observa en todos los sujetos con diagnóstico de «depresión mayor». Sin embargo, en la medida de que está presente, este patrón puede simplemente ser la forma en que el cerebro media en las experiencias asociadas a este diagnóstico, experiencias que surgen dentro de ambientes materiales, culturales y relacionales específicos.

4. La variación biológica no significa solo cerebro

El foco de los investigadores biológicos que se centran en la estructura y función del cerebro puede distraer la atención del hecho de que somos seres *corporalizados,* cuya experiencia y conducta está necesariamente habilitada e influida por nuestras capacidades corporales; igualmente, los estudios corporales sobre el sufrimiento no necesitan volver exclusivamente a los procesos biológicos (Cromby, 2015). Un aspecto de esto es que nuestro aprendizaje sobre nuestro mundo y sobre nosotros mismos incluye un aspecto sentimental somático. Los recuerdos no sólo incluyen imágenes, sonidos o sabores; también incorporan sentimientos o perfiles de estado somático (Damasio, 1994). Los recuerdos de humillación, privación, rechazo o daño, o sus opuestos, no son meramente visuales o auditivos: los sentimientos que acompañan estas experiencias también se pueden rememorar o revivir. Las asociaciones bien establecidas entre la desigualdad social y el diagnóstico de «depresión mayor» se pueden considerar desde esta perspectiva. La desigualdad social con frecuencia proporciona una depreciación, y las personas que la experimentan adquieren también una gama de sensaciones somáticas negativas concomitantes, experimentadas como sentimientos de inutilidad, desesperanza e impotencia (véase Capítulo 4). Así, estos sentimientos pueden ejercer una influencia poco útil, por ejemplo, cuando hay dificultades para tomar decisiones que reafirmen la valía o garanticen la seguridad de la persona. Si las circunstancias sociales y materiales adversas persisten reactivan estos sentimientos y esa tendencia se refuerza (Cromby, 2014). Los vínculos entre la corporalización, el significado, y el sufrimiento son también centrales en los enfoques cognitivos de las experiencias de pánico y en las preocupaciones extremas sobre la salud (Salkovskis, 2007; Salkovskis y Warwick, 2001). También hemos desarrollado (en el Capítulo 4) algunas relaciones complejas entre la somatización y el sufrimiento en relación al género: por ejemplo, para alguna mujeres, los cambios premenstruales, quizá en los niveles de glucosa en sangre, la retención de fluidos o las cefaleas, se pueden asociar a menor tolerancia a las demandas exigentes del trabajo doméstico o del remunerado, o con la disminución de la capacidad de mantenerse callada ante la falta de apoyo. Esto puede llevar a algunas mujeres a tener sentimientos de culpabilidad ante su fracaso para cumplir con los estereotipos culturales de ser una buena esposa y madre, y en algunos casos puede llevar a tener diagnósticos como el de «trastorno disfórico premenstrual».

5. Las variaciones biológicas pueden ser causales (indirectamente) sin ser patológicas

Hay muchos rasgos y actividades socialmente relevantes que casi con toda certeza tienen un componente genético, aunque no sean intrínsecamente patológicas, y que tienen alguna relación con el sufrimiento. Aunque ser menos

atractivo desde un punto de vista convencional que otro no es un signo de patología o de enfermedad biológica, probablemente se asocia con patrones de herencia genética, y se asocia a tasas más altas de diagnósticos psiquiátricos (Langlois et al., 2000). Por el contrario, sobresalir en una actividad socialmente valorada, como la música o el deporte (donde, de nuevo, es probable que la herencia genética tenga alguna contribución) es posible que ofrezca alguna influencia protectora que eleva el estatus social y mejora las relaciones y las redes sociales, con el efecto global de que el sufrimiento sea menos probable (aun cuando las tasas de algunos tipos de sufrimiento sean más altas entre los deportistas profesionales). Pero tal vez lo más significativo sea que la (percepción de) falta de tales habilidades y atributos puede tener un impacto negativo en el estatus y las relaciones sociales, generando por tanto efectos nocivos. Estos y otros efectos indirectos podrían explicar al menos algunas de las asociaciones encontradas en los estudios de las vinculaciones genéticas a gran escala.

6. Las variaciones biológicas pueden ser efecto de las experiencias diarias

El campo de la epigenética, discutido antes, se basa en la comprensión de que la expresión genética se modifica continuamente por fuerzas ambientales. Por ejemplo, Gregory Miller y sus colegas (2009) encontraron evidencias de que un estatus socioeconómico más bajo en la infancia se asociaba con cambios codificados epigenéticamente en la adolescencia, existiendo algunas pruebas de que el «período crítico» transcurre entre los dos y los tres años. Sin embargo, es importante tener en cuenta las evidencias de que, a veces, estos efectos pueden revertirse. Está ampliamente aceptado que una consecuencia del estrés y los traumas puede ser que el eje hipotálamico-hipofisario-adrenal (HHA) se haga más sensible a los sucesos externos. Estudios recientes sugieren que la psicoterapia puede mejorar la capacidad del eje HHA para responder al estrés, tanto en niños (Schuengel et al., 2009) como en adultos (Jones y Moller, 2011; Olff et al., 2007).

También se ha demostrado que las experiencias diarias producen una variación biológica dentro del paradigma del condicionamiento clásico. Ciertos procesos de aprendizaje que son útiles en otros contextos pueden crear respuestas de miedo condicionado cuando las personas se encuentran en circunstancias de peligro o tóxicas. El condicionamiento por miedo se ha estudiado en relación a diagnósticos que incluyen el «trastorno de ansiedad generalizada», la «fobia social» y el «TEPT» (Mineka y Oehlberg , 2008) y se ha demostrado que se asocia con la activación de la amígdala , mientras que las respuestas defensivas relacionadas con el miedo condicionado pueden activar múltiples regiones del cerebro, incluyendo las zonas corticales premotoras y motoras, el cuerpo estriado, el hipotálamo, el tronco del encéfalo y el cerebelo (Lorberbaum et al., 2004). Este tipo de evidencias forman parte de la base de los enfoques informados sobre el trauma que se describen después.

7. Las variaciones biológicas pueden ser resultado de experimentar adversidades, amenazas y abusos

La idea de que las variaciones biológicas en el sufrimiento pueden ser el resultado de las adversidades —que deben entenderse como un *impacto,* en lugar de una enfermedad— ha recibido una atención considerable en los últimos años. Esto no es sorprendente, dado que una función importante del cerebro es la de responder a las experiencias. Numerosos estudios y metaanálisis han proporcionado evidencias que respaldan las afirmaciones de que elementos, tanto estructurales (por ejemplo, el tamaño del hipocampo) como funcionales (por ejemplo, el funcionamiento del eje HHA), de los sistemas cerebro-cuerpo pueden alterarse por el abandono, el maltrato y otras adversidades de la infancia (Varese et al., 2012) y que estas alteraciones pueden ser duraderas. Por ejemplo, John Read y sus colegas (2001) encontraron diferencias entre los cerebros de los que pertenecían al grupo de control y de algunas personas que recibieron un diagnóstico de esquizofrenia, por ejemplo en la actividad del eje HHA, los niveles de dopamina, serotonina y norepinefrina, y en algunas características estructurales que incluyen daños en el hipocampo, atrofia cerebral, dilatación ventricular y asimetría cerebral invertida. Es importante destacar que estas variaciones eran comparables a las encontradas entre los cerebros de los niños según hubieran sido traumatizados o no. De manera similar, las dificultades cognitivas y el funcionamiento intelectual bajo, a veces considerados como posibles precursores de «esquizofrenia» se asocian a la influencia de la adversidad en la infancia en el «*modelo traumatogénico de desarrollo neurológico*», al igual que su sensibilidad al estrés aumentada (Read et al., 2001). En 2014, se identificaron 125 artículos que daban respaldo directo o indirecto a este modelo (Read et al., 2014).

Estos hallazgos han llevado a modelos que integran las evidencias sobre el maltrato infantil, las adversidades y los malos apegos, los niveles funcionales del eje HHA de los factores neurotróficos derivados del cerebro, NMDA y oxitocina. Se propone que el maltrato y el abandono conducen a cambios epigenéticos que podrían ser reversibles mediante estrategias terapéuticas. El modelo se ha explorado en relación a varias categorías diagnósticas (por ejemplo, Barker et al., 2015; de Bellis, 2002; Heim et al., 2008; Moller, 2011; Olff et al., 2007). Por importantes que sean estos hallazgos, también debemos tener en cuenta las dificultades habituales para controlar variables como la medicación, el nivel de solapamiento y la variabilidad que hay en los cerebros de quienes han experimentado o no adversidad, la complejidad social y psicológica de la adversidad y los peligros del reduccionismo, especialmente al tener en cuenta el papel del significado en la configuración de la experiencia y en la expresión de cualquier forma de sufrimiento. En otras palabras, debemos tener cuidado de no reemplazar la noción de «cerebro esquizofrénico» por «cerebro traumatizado», y ante supuestos simplistas como el de que las vidas rotas causan cerebros rotos que luego causan «enfermedades mentales».

Las perspectivas «informadas sobre el trauma»

El enfoque «informado sobre el trauma» proporciona una visión particularmente relevante del rol de la biología como mediador y habilitador de las experiencias

de sufrimiento, en línea con los principios descritos antes, y tiene importantes implicaciones prácticas. Por lo tanto, será considerado con más detalle. Teniendo en cuenta nuestras advertencias sobre el uso de la palabra «trauma» (véase la sección sobre la adversidad en la infancia, Capítulo 4), utilizaremos «informado sobre el trauma» como la etiqueta dada a un enfoque particular para la comprensión y prestación de servicios a personas con dificultades emocionales y de comportamiento.

La perspectiva informada sobre el trauma se basa en el reconocimiento de que la mayoría de las personas que utilizan los servicios —no solo los de salud mental, sino también los de adicciones, los de bienestar social, o el sistema de justicia penal— han experimentado adversidades y amenazas significativas en su pasado, y a menudo en sus vidas actuales (por ejemplo, Mendelsohn et al., 2011; Ross y Halpern, 2009; www.asca.org.au; www.acestoohigh.com; y véase el Capítulo 4). Muchas de estas personas habrán experimentado lo que se conoce como «trauma complejo», que se genera entre personas y es acumulativo, a diferencia de los traumas únicos o aislados, que proceden de un suceso, tales como los accidentes de tráfico y los desastres naturales (Herman, 1992). El poderoso impacto causal de estas experiencias muestra sus efectos en una variedad de trastornos mentales, físicos y de conducta, que, como se explicó antes, ha sido claramente demostrado.

Estos hechos han dado lugar a una gran cantidad de investigaciones interdisciplinares que relacionan evidencias sobre los efectos de las experiencias de maltrato y amenazantes con lo que se conoce del desarrollo del cerebro humano, especialmente en el contexto de las relaciones tempranas. Este campo, que recurre a la neurociencia de los afectos y otras biociencias, se denomina a veces «neurobiología interpersonal» (Siegel, 2001). Ilustra algunas de las formas en que diversas respuestas evolutivas y adquiridas ante las amenazas —la capacidad de disociarse, de entrar en estados extremos y prolongados de estrés, de volverse desconfiado e hipervigilante, etc.— están habilitadas biológicamente y reguladas por las experiencias. En otras palabras, el enfoque informado sobre el trauma integra evidencias biológicas, psicológicas y sociales para forjar una nueva comprensión del sufrimiento mental. En sintonía con la noción de las «líneas de vida», estos modelos resaltan que el cerebro está permanentemente abierto a las experiencias, con importantes implicaciones para la práctica (véase Capítulo 8).

De acuerdo con los principios descritos aquí, resaltamos que no todos los que sufren psicológicamente han experimentado un «trauma» identificable y, por el contrario, no todos los que han experimentado un «trauma» así sufrirán efectos duraderos. No estamos argumentando que «todo sufrimiento mental está causado por un trauma», y aún menos defendemos argumentos de diagnósticos específicos del tipo «la esquizofrenia es causada por un abuso sexual». Como hemos destacado, tanto el impacto de la adversidad como su significado personal, están continuamente influenciados por una gran cantidad de factores sociales, relacionales y biológicos. Investigaciones recientes en esta área intentan ir más allá de las divisiones simplistas entre la naturaleza y la educación que aportan luz sobre «el papel constituyente de los impactos sociales y ambientales en la activación de los mecanismos neuronales» de tal modo que el «entorno sociocultural se estructura físicamente en el cerebro de

los individuos» (Blue Knot Foundation, 2012, p.55). Este proceso se configura a través de nuestras relaciones, iniciándose en las primeras interacciones con nuestros cuidadores.

El impacto de las adversidades en el cerebro

Como hemos visto, las evidencias muestran claramente que el cerebro responde a las adversidades, y de hecho, el propósito principal del cerebro es responder a las condiciones ambientales (Read et al., 2009). Estas reacciones pueden ser particularmente problemáticas si ocurren durante la infancia mientras el cerebro se encuentra aún en desarrollo: en términos del modelo de las «líneas de vida» de Rose, existe un potencial de «especificidad temporal». Debido a que para su desarrollo, los cerebros de los bebés y los niños pequeños son muy dependientes de las experiencias, estos pueden ser fácil y severamente afectados por el maltrato y la falta de cuidados, especialmente si tales adversidades son prolongadas y repetidas (Perry et al., 1995). Sin embargo, también debemos tener en cuenta hasta las más sutiles incapacidades de los cuidadores para proporcionar empatía, bienestar y apoyo, porque ellos también luchan con sus propias necesidades no satisfechas y circunstancias difíciles (Blue Knot Foundation, 2012). Bruce Perry y sus colegas describen cómo los sistemas cerebrales que habilitan tanto la hiperactividad (la «respuesta de huida o lucha») como la disociación pueden sensibilizarse como consecuencia de una amenaza crónica. (En términos técnicos, la hiperactividad puede abarcar la activación del sistema nervioso autónomo, el sistema inmune y el eje HHA, bajo el control de regiones del cerebro que incluyen el puente troncoenfálico, el locus cerúleo y el núcleo tegmental ventral, involucrando la liberación de «hormonas del estrés» como el cortisol y la ACTH. La disociación puede abarcar la actividad mediada por el tronco encefálico en el sistema nervioso central (SNC) con aumento del tono vagal (que resulta en una disminución de la frecuencia cardíaca y la presión arterial), junto al aumento de la epinefrina y de los sistemas dopaminérgicos mesolímbico y mesocortical, junto con la liberación de opiáceos endógenos).

Con el transcurso tiempo, la inducción reiterada de estados como el miedo y la ansiedad o el desapego y la apatía pueden sensibilizar estos sistemas, convirtiendo los estados a corto plazo en rasgos a largo plazo. Las estrategias de supervivencia temporal que comenzaron como reacciones de adaptación al abandono, el abuso u otras adversidades, pueden volverse problemáticas una vez que se generalizan y persisten en otras situaciones. Las variaciones individuales, en la medida en que ocurren, pueden deberse, en parte, a si la amenaza coincide con períodos sensibles o críticos del desarrollo del cerebro. Las respuestas individuales también se verán influenciadas por factores como la edad, la naturaleza de la adversidad y el género. Por ejemplo, las respuestas disociativas parece que se usan más a menudo por mujeres que por hombres (Perry et al., 1995), aunque esto puede ser el resultado de la exposición a diferentes tipos o intensidades de adversidad (véase la sección sobre la adversidad en la infancia). Todas estas respuestas se configuran y dependen del significado, se codifican en varios niveles superpuestos, algunas serán de un tipo más biológico (por ejemplo, una abrumadora necesidad de luchar, huir o de estar quieto), y otras estarán más intermediadas por las narrativas personales (por ejemplo, «el abuso fue mi culpa») y por estereotipos de género. Claramente, no hay razón para

suponer que estos efectos sensibilizantes se correlacionen con categorías diagnósticas.

Allan Schore (2009) ha usado la teoría del apego para integrar una gran cantidad de evidencias sobre el desarrollo del cerebro humano y los vínculos entre las interacciones con los cuidadores y la regulación de los neurotransmisores. En relación al llamado «trastorno del apego», observa que estos niños con frecuencia se encuentran a la vez sobreestimulados por los abusos y poco estimulados debido a la falta de cuidados. Como consecuencia, sus sistemas nerviosos, simpático y parasimpático, pueden desequilibrarse, de modo que los niños alternen rápidamente estados de sobreexcitación con otros de falta de activación. Estos estados de excitación están influenciados por fluctuaciones en los niveles de los neurotransmisores en diferentes regiones del cerebro. La disponibilidad relativa de estos neurotransmisores podría tener consecuencias duraderas para el desarrollo del cerebro cuando coinciden con los períodos de crecimiento o los de poda sináptica.

Para dar un ejemplo detallado: el miedo se caracteriza por la liberación de cortisol, y de los neurotransmisores excitatorios noradrenalina y glutamato. Estos cambios químicos, surgidos en la relación del niño con sus cuidadores, aumentan la actividad metabólica dentro del sistema límbico inmaduro, el cual abarca un grupo de regiones especialmente involucradas en una gama de experiencias emocionales. Debido a que los neurotransmisores excitatorios alteran el metabolismo del calcio, pueden acelerar la muerte celular, y podrían producir así una poda excesiva, por ejemplo, de las conexiones inhibidoras entre el sistema límbico y la corteza orbito-frontal. El cortisol tiene un efecto más complejo: mientras que niveles moderados facilitan el desarrollo, niveles más altos lo obstaculizan, en áreas que incluyen la región órbito-frontal y el hipocampo.

Schore sugiere que las combinaciones de todos estos efectos pueden llevar a los niños con perturbaciones en las relaciones de apego a desarrollar problemas a largo plazo en el reconocimiento y la gestión de las emociones, ya que las conexiones vitales entre la corteza frontal y el sistema límbico pueden estar poco desarrolladas o excesivamente podadas, especialmente cuando las experiencias adversas coinciden con períodos críticos. En esencia, si la figura de apego principal (generalmente un progenitor) también es alguien que se percibe como una amenaza, los potenciales de aprendizaje temprano se reorientan en gran medida hacia la supervivencia. Entonces, la adaptación a la victimización u otras adversidades se convierte en «un estado mental, cerebral y corporal en torno al cual se organizan todas las experiencias subsiguientes» (Blue Knot Foundation Foundation, 2012, p.61). Esto puede dar lugar a dificultades que, a través de su impacto sobre los significados, las relaciones y las elecciones, aumentan la probabilidad de experimentar sufrimiento mental en el futuro. Mientras que Schore fundamenta sus consideraciones en el trastorno del apego desorganizado, probablemente otros patrones de apego no efectivos también podrían impactar en el desarrollo del cerebro.

Bruce Perry (2009) sugiere que esta comprensión del desarrollo del cerebro, que depende de las experiencias, proporciona la base para un «Modelo Neurosecuencial de la Terapia»[51] que localiza las agresiones al desarrollo

[51] «*Neurosequential Model of Therapeutics*».

dentro de una jerarquía neuronal. En esta jerarquía, la actividad inicial del tronco cerebral dirige la actividad al sistema límbico primero y luego al córtex. Esto tiene implicaciones en la capacidad de los niños para participar en la terapia. Por ejemplo, para un niño severamente traumatizado puede ser necesario usar algún modo de relajación corporal antes de que pueda participar cognitivamente. Lo mismo se aplica para los adultos que se encuentran abrumados por altos niveles de activación física y emocional y las respuestas a las amenazas. Es prioritario establecer un cierto grado de autorregulación y de seguridad en el modelo clásico del trauma de tres etapas, antes de abordar directamente los eventos traumáticos (Courtois y Ford, 2012).

Disociación y memoria

Como hemos visto, se acumulan evidencias convincentes sobre el hecho de que tanto los procesos de apego en el desarrollo como los de trauma y abuso se codifican en el cerebro y en el sistema nervioso autónomo (SNA), y se ligan a dificultades a largo plazo en la vida adulta, como escuchar voces, autolesiones, falta de confianza, ansiedad, mal humor y reactividad emocional.

Un mecanismo importante en este proceso es la disociación. Se mostró en el Capítulo 4 que esta existe en un continuo, cuyo extremo final se puede entender como un mecanismo de protección que permite a los individuos alejarse mentalmente de las experiencias demasiado angustiosas como para procesarlas (van der Hart et al., 2006). Debido a su intensidad devastadora, en el cerebro se almacenan representaciones de estos sucesos en una forma sin asimilar, donde los distintos elementos (por ejemplo, cognitivo, emocional, físico) «no están integrados en un todo unitario, sino que se almacenan en fragmentos inconexos» (Brewin et al., 1996; van der Hart et al., 1998, p.253). A corto plazo, frente a las amenazas inmediatas, esto puede funcionar como una estrategia de supervivencia, al disminuir la comprensión consciente de los sucesos insoportables. Sin embargo, la disociación puede causar perturbaciones y un considerable sufrimiento, si se convierte en una forma habitual de respuesta a largo plazo ante cualquier tipo de angustia o amenaza. También mencionamos que la disociación y las experiencias asociadas de despersonalización (un sentido persistente de irrealidad sobre uno mismo) es una de las quejas psiquiátricas más frecuentemente manifestadas (Putnam, 1997). Los mecanismos disociativos se han relacionado con una amplia variedad de diagnósticos, incluyendo «depresión», «trastorno de estrés postraumático», «psicosis» y «trastorno de personalidad límite».

En relación a situaciones traumáticas, parece que los diferentes tipos de recuerdos (sensoriales, emocionales, verbales, preverbales) se codifican en diferentes áreas corticales: «Lo que hace que los recuerdos sean traumáticos es un fracaso del sistema nervioso central (SNC) en sintetizar las sensaciones asociadas a los recuerdos traumáticos dentro de un recuerdo integrado» (Blue Knot Foundation, 2012, p.51). Si las amenazas son graves, es más probable que el recuerdo se almacene en el hemisferio derecho del cerebro, al margen de las funciones conscientes que se basan en el lenguaje del hemisferio izquierdo. Además, si existen estresores traumáticos y/o perturbación en los apegos en la infancia, las regiones del cerebro que registran los recuerdos autobiográficos conscientes (el córtex) ni siquiera se habrán desarrollado. En

cambio, las representaciones traumáticas se almacenarán en el sistema límbico (memoria emocional y sensorial), el cerebro medio (excitación emocional, sueño, apetito) y el tronco cerebral (regulación de las respuestas instintivas y SNA), por lo tanto, siendo menos susceptibles de ser influidas por el pensamiento y más difíciles de regular mediante el lenguaje (por ejemplo, hablar de lo que uno siente y experimenta). Este fenómeno se resume perfectamente en la afirmación de Harvey (1990) acerca del el hecho de que los individuos que han experimentado traumas tienen «síntomas» en vez de recuerdos (véase también Courtois y Ford, 2009; Herman, 1992; Moskowitz et al., 2009).

En tales circunstancias, nuestros «recuerdos» de las experiencias amenazantes y/o preverbales pueden surgir tan solo como una respuesta automática de activación física y emocional, separada del recuerdo verbal consciente. Esta reacción de lucha o huida fue adaptativa cuando las amenazas ocurrían, pero el SNA puede permanecer preparado para las amenazas de forma permanente, respondiendo a cada recuerdo del estresor original. De la misma forma, el sufrimiento que se mantiene sin resolver y que no se integra se asocia a menudo con la desregulación física y emocional y con pensamientos y recuerdos intrusivos, que a su vez se desencadenan constantemente por recuerdos traumáticos tanto evidentes como ocultos. Sin embargo, «la capacidad para asimilar la experiencia traumática dentro de la narrativa de vida aún no está disponible para esos individuos, ya que los recuerdos traumáticos están codificados subcorticalmente, en vez de estar en la memoria autobiográfica, y debido a que la activación traumática recurrente sigue creando una sensación somática de amenaza o un terror mudo» (Ogden et al., 2006, p.2). Por ejemplo, como señalamos en la explicación sobre la adversidad en la infancia, escuchar voces se puede entender como un contenido emocional y/o de las experiencias disociadas (por ejemplo, la voz de un abusador del pasado) que se entromete en la conciencia, y por lo tanto la persona la percibe como un fenómeno «ajeno» que rechaza, al que no se siente conectada en su experiencia consciente (Dorahy et al., 2009; Longden et al., 2012; Moskowitz y Corstens, 2007). Del mismo modo, experiencias como las creencias inusuales, el adormecimiento, los flashbacks, los ataques de pánico, el dolor crónico, el estado de ánimo bajo, etc., se pueden entender como ejemplos de recuerdos traumáticos emocionales o conductuales no integrados, o como un «desbordamiento postraumático» en el que los individuos que los han sufrido pueden alternar entre desconectarse de sus sentimientos o sentirse sobrepasados por ellos, en paralelo a procesos de hiperactividad física intercalados con fases de apatía.

John Read (2013a) ha observado que estos mecanismos se pueden describir a través de términos distintos según los diferentes modelos. Por ejemplo, un recuerdo intrusivo y descontextualizado de abuso se podría considerar como «proyección» por un psicoanalista, una «monitorización de la fuente deficiente» por un psicólogo cognitivo, o «despersonalización» por un teórico de la disociación. Aún así, comparten un aspecto: la noción de las consecuencias psicológicas de las adversidades, incluyendo fenómenos como la escucha de voces o las creencias «paranoides», como formas significativas de sobrevivir a los eventos que sobrepasan a la persona.

Una visión general

Se necesita precaución respecto a *todos* los modelos que vinculan la adversidad con cambios neuronales o fisiológicos. Se debe a que, aunque la contribución fundamental de las adversidades al sufrimiento mental (y a otras consecuencias respecto a la salud, la conducta y las relaciones sociales) se acepta ampliamente, sus consecuencias biológicas precisas y su relación con la experiencia y la conducta son menos claras. Estos nuevos modelos emergentes integran gran cantidad de evidencias sobre los vínculos entre las adversidades, las amenazas y el sufrimiento, con el funcionamiento y el desarrollo neuronal. Al mismo tiempo, las pruebas directas del éxito de sus predicciones específicas son relativamente escasas (aún así, hay que reconocer que no son más escasas que las asociadas a las hipótesis basadas en la enfermedad).

También hay señales que alertan de que la conciencia de la magnitud de la adversidad y el maltrato se está asimilando de nuevo al marco médico, tal como se hace evidente en afirmaciones como «No hay algo así como un trastorno puramente psicológico: invariablemente, hay una anomalía de los circuitos cerebrales que interrumpe el desarrollo normal de las emociones, el pensamiento, el comportamiento y las relaciones sociales» (Nasrallah, 2014, p.32). David Fowler y sus colegas también han sugerido que «la alta vulnerabilidad [a desarrollar intrusiones de los sucesos traumáticos] puede venir dada por factores genéticos o constitucionales» (2006, p.116). Tales afirmaciones establecen el escenario para una investigación y un tratamiento que se orienta principalmente hacia factores biológicos, que una vez más marginarían los elementos sociales y relacionales asociados a las experiencias y al sobrevivir de las adversidades.

Otro ejemplo que apoya las versiones modificadas del paradigma diagnóstico actual se observa en las sugerencias sobre la división entre «psicosis traumática» y la verdadera «esquizofrenia» (Callcott y Turkington, 2006). Además de mantener la categoría de «esquizofrenia», se sugiere que hay una condición médica o «psicosis» que actúa más allá de una reacción inteligible ante las adversidades. Una posición opuesta podría sostener que: «Está el abuso, y están las respuestas al abuso. No hay una «psicosis» distinta que necesite explicarse» (Johnstone 2009, p.197). Mary Boyle ha alertado sobre el posible blanqueo de la palabra resumen «trauma» (y, podríamos añadir, «adversidad») que puede usarse para evitar «explicitar las experiencias problemáticas y a veces impactantes que las personas han vivido en realidad» (Boyle 2006, citado en Johnstone, 2009, p.188) y así desviar la atención sobre las cuestiones de poder, como la pobreza, la desigualdad y la discriminación.

Finalmente, reiteramos que el impacto de las amenazas y las adversidades no es específico. Por un lado, no se asocia específicamente a ninguna clase particular de emociones y dificultades de conducta. Por otro, también se relaciona causalmente con problemas de salud como el cáncer y los trastornos respiratorios, así como con varias formas de expresión del sufrimiento emocional. Es importante destacar que esto no niega nuestro argumento de que los problemas en relación a las emociones y el comportamiento se deben entender a través de marcos distintos, más allá de la disfunción somática. En origen, esto se debe a que el comportamiento humano es intencional y funcional. El *significado* contribuye continuamente a la forma y al contenido de los problemas de conducta y los

problemas emocionales de los humanos, y es absolutamente fundamental para su resolución. De ahí, como hemos visto, los patrones de sufrimiento mental y de la conducta perturbadora no encajan fácilmente en los tipos de las categorías diagnósticas usadas en la medicina somática. Asimismo, las vías causales relevantes son más complejas porque necesariamente incluyen patrones cambiantes con influencias sociales, relacionales y materiales, y no solo en relación a las fuentes del sufrimiento mental, sino también a su persistencia y mejoría. Así, las amenazas y las adversidades tienen simultáneamente consecuencias físicas, neuronales, fisiológicas, psicológicas y de comportamiento que se manifiestan de forma no específica dentro de las vidas de los individuos. Sin embargo, la importancia de los significados personales y culturales en las experiencias de sufrimiento significa que estos efectos no específicos solo se pueden entender dentro de una perspectiva que incluye los factores biológicos solo como un factor dentro de una gama de influencias importantes.

Teniendo muy en mente estos puntos de precaución, podemos acoger con interés los recientes intentos de integrar las amplias evidencias acerca de los efectos de las experiencias traumáticas y de abuso con lo que conocemos sobre el desarrollo y la actividad del cerebro humano. Estos modelos también han comenzado a mostrar algunas de las formas en que varias respuestas evolutivas y otras adquiridas ante las amenazas —la capacidad de disociación, entrar en estados de estrés emocional y corporal prolongados, escuchar voces, volverse hipervigilante, activar respuestas de lucha o huida, reacciones fóbicas, reacciones de evitación, etc.— son biológicamente activadas y reguladas por las experiencias. Al igual que la noción de las «líneas de vida», estos modelos resaltan cómo el cerebro está constantemente abierto a las experiencias, y su funcionamiento y características no se pueden entender de forma separada. Los modelos también tienen implicaciones prácticas, como se ilustra en las terapias centradas en el trauma, el modelo del trauma de tres etapas, y el desarrollo de «servicios informados sobre el trauma» (véase el Capítulo 8).

Conclusiones

El sufrimiento psicológico se ha considerado ampliamente como un tipo de enfermedad. Esto parece haber llevado erróneamente a muchos investigadores a asumir que se debe vincular inevitablemente a déficits o discapacidades biológicas causales. Mientras que las severas limitaciones de los sistemas diagnósticos actuales se admiten abiertamente por los investigadores y los clínicos, a nivel nacional e internacional (incluyendo a quienes participaron en su elaboración), la presunción de la existencia de una enfermedad todavía permanece en gran parte sin cuestionar.

Como hemos visto, las evidencias no dan apoyo a esos supuestos: por tanto, se necesitan formas alternativas de entender la biología en relación al sufrimiento. Las evidencias emergentes que recurren a marcos más complejos ya sugieren que las biociencias pueden contribuir a una compresión no medicalizada y no reduccionista del sufrimiento, y se pueden aplicar de un modo que pueden incorporar la cultura, el contexto y el significado. Por lo tanto, para que este esfuerzo tan marcadamente interdisciplinar sea completo y válido tendrá que recoger simultáneamente múltiples fuentes de conocimiento, incluyendo por ejemplo la teoría del apego, los estudios del trauma, los estudios culturales, sociales, científicos e históricos, los análisis

fenomenológicos, los relatos de las personas que han experimentado situaciones similares, así como la investigación en neurociencias, epigenética y genética (Dillon et al., 2012; Woods et al., 2014).

Los programas de este tipo de investigación es todavía inicial, aunque han comenzado a aparecer algunas vías de investigación prometedoras. En este capítulo, hemos proporcionado un modelo conceptual de la biología basado en la noción de la «líneas de vida», junto a una selección ilustrativa de explicaciones para la variabilidad biológica del sufrimiento que no se basa en los supuestos infundados acerca de déficits o enfermedades causales. Hemos descrito nuevos modelos basados en evidencias que integran el análisis de los procesos biológicos con el análisis de las experiencias de adversidad. También hemos puesto de relieve el peligro de que los modelos «informados sobre el trauma» se asimilen de nuevo al actual de enfermedad o a otros modelos reduccionistas del sufrimiento. De hecho, es casi imposible exagerar este peligro, ya que la investigación biológica durante mucho tiempo ha funcionado como soporte para la medicalización y ha alejado la atención del contexto social, el poder y el significado. Sin embargo, hay muchas formas en las que los individuos salen adelante y crean significado partiendo de las adversidades, que no se pueden explicar, solo o principalmente, en base a hechos biológicos. Dependen de las narrativas culturales disponibles para cada individuo, con distinto nivel de acceso a los recursos materiales, relacionales e ideológicos, circunstancias que dependen de estructuras sociales más amplias. Reconocer esto permite el desarrollo de relatos completos y sofisticados, que reconocen cómo la biología habilita la aparición del sufrimiento, las experiencias inusuales y los problemas de conducta, pero que se producen y experimentan en una situación social: no solo de cerebros, o los sistemas que los componen, sino también de personas reales que crean significado en sus mundos relacionales y materiales.

Capítulo 6: Descripción de patrones en el Marco de Poder, Amenaza y Significado

Introducción

En los Capítulos 4 y 5 hemos tratado algunos patrones muy amplios que vinculan elementos sociales, psicológicos y biológicos con el sufrimiento emocional, las experiencias inusuales y la conducta problemática o perturbadora descritos por los investigadores. Este capítulo se prosigue el análisis abordando la tercera cuestión que planteamos en el Capítulo 2 al referirnos a las alternativas a los diagnósticos:

> *¿Cómo se pueden usar estas pautas y relaciones amplias para configurar patrones más acotados, provisionales y generales, que puedan contribuir a nuestra comprensión de las dificultades específicas un individuo, familia o grupo?*

A continuación describiremos el Marco de Poder, Amenaza y Significado (Marco PAS) y mostraremos cómo puede cumplir los requisitos para constituir una alternativa a la perspectiva diagnóstica. Este metamarco se fundamenta sobre una diversidad de modelos, prácticas y tradiciones filosóficas, pero a su vez es más extenso que estas y no depende de ninguna orientación teórica particular. Más bien, el propósito es explicar y ampliar los enfoques existentes, ofreciendo una perspectiva esencialmente diferente sobre los orígenes, la experiencia y la expresión del sufrimiento emocional y del comportamiento problemático o perturbador.

A fin de orientar al lector, resumimos algunos de los principios básicos sobre los que se deben fundamentar las alternativas:

- Las alternativas constructivas a la clasificación y el diagnóstico psiquiátrico se deben centrar en aspectos del funcionamiento humano que dejan de lado los marcos teóricos que proceden del estudio de los procesos somáticos o de los objetos del mundo físico. En concreto, las alternativas tienen que basarse en el estudio de los seres humanos corporalizados que actúan en un contexto social y relacional y que tienen propósito e intenciones.
- Las conductas y las experiencias «anormales» se dan en un continuo con las conductas y las experiencias «normales» y están sujetas a marcos de comprensión e interpretación similares. Esto incluye el supuesto de que, a menos de que haya evidencias sólidas sobre lo contrario, nuestras conductas y experiencias se pueden considerar como respuestas inteligibles a nuestras circunstancias actuales, historia, sistemas de creencias, cultura y capacidades corporales, aunque las vinculaciones entre estos elementos no siempre son obvias o directas.
- La causalidad en el sufrimiento y la conducta humana es probabilística; es decir, tiene un carácter «promedio» y nunca será posible predecir con exactitud los impactos. Las influencias causales también operan de manera contingente y sinérgica, lo que significa que los efectos de cualquier factor siempre están mediados y dependen de otros, y las influencias de unos pueden magnificar los efectos de otros.

- Las experiencias y expresiones del sufrimiento emocional están habilitadas y mediadas, pero no en un sentido simplista de causalidad, por nuestros cuerpos y nuestra biología.
- Los seres humanos son seres esencialmente sociales, y sus experiencias de sufrimiento y su comportamiento problemático o perturbador no se pueden separar de sus contextos materiales, sociales, ambientales, socioeconómicos y culturales. No existe un «trastorno» separado que explicar y que tenga el contexto como una influencia adicional.
- Todas las formas autóctonas o indígenas de entender el sufrimiento tienen aspectos útiles, pero no puede haber una «Psiquiatría global» o una «Psicología global». Los patrones de las dificultades emocionales y conductuales siempre serán el reflejo de los discursos, normas, y expectativas sociales y culturales dominantes, incluidas las percepciones asumidas por la propia persona.
- Las teorías y los juicios sobre la detección, explicación e intervención en el sufrimiento mental y el comportamiento problemático no permanecen al margen de intereses o valores. Esto no significa que no se pueda conseguir un saber útil y fiable, sino que intentar separar los «hechos» de los valores es algo muy problemático.
- Es necesario considerar seriamente el significado, la narrativa y la experiencia subjetiva. Esto significa adjudicar un papel central a las narrativas de los expertos por la experiencia. También implica recurrir a una amplia variedad de métodos de investigación y a otorgar un estatus equivalente a los métodos cualitativos y a los cuantitativos, incluyendo el testimonio de las personas usuarias o supervivientes del servicio o de los propios cuidadores.

Estos principios básicos explican las principales características y propósitos del Marco PAS:

- Permite la identificación provisional de patrones generales y regularidades en las expresiones y las experiencias del sufrimiento y de la conducta problemática o perturbadora, de un modo opuesto a mecanismos causales biológicos o psicológicos específicos que se vinculan a categorías discretas y diferenciadas de trastornos.
- Muestra cómo estos patrones de respuesta son evidentes, en diversos grados y en diferentes circunstancias, en todos los individuos a lo largo de la vida.
- No presupone «patología»; sino que más bien, describe mecanismos para encarar y superar las situaciones, ue pueden ser más o menos funcionales, como formas de adaptación a los conflictos y las adversidades concretas, tanto pasadas como presentes.
- Integra la influencia de factores biológicos, genéticos y epigenéticos, y evolutivos que median y habilitan estos patrones de respuesta.
- Integra factores relacionales, sociales, culturales y materiales que dan forma a la aparición, persistencia, experiencia, y expresión de estos patrones.
- Tiene en cuenta las diferencias culturales en las experiencias y expresiones del sufrimiento.

- Asigna un papel central al significado personal, que surge de los discursos sociales y culturales, de los sistemas de creencias y de las condiciones materiales y de las limitaciones corporales.
- Asigna un papel central a la agencia, o la capacidad de tener influencia sobre la propia vida, dentro de las inevitables limitaciones psicosociales, biológicas y materiales.
- Reconoce la importancia crucial del contexto, relacional, social y político, en las decisiones acerca de cuándo existe una necesidad de «salud mental» o una crisis en cualquier situación dada.
- Proporciona una fuente de evidencias para identificar los patrones de respuestas de afrontamiento y supervivencia que sirven para documentar las narrativas individuales, familiares, y grupales.
- Ofrece formas alternativas para cumplir con las funciones de los diagnósticos para las necesidades de los servicios, las administrativas y las de la investigación.
- Sugiere formas alternativas de lenguaje, a la vez que defiende que no puede haber conceptos que sustituyan directamente uno por uno los términos de los diagnósticos actuales.
- Incluye significados e implicaciones para la acción en un contexto más general de la comunidad, la política social y la política.

Parte 1: Visión general de la teoría y la investigación

Conclusiones de la literatura sobre los roles del contexto social y la biología

Como hemos demostrado, hay una gran cantidad de apoyo para el impacto causal de las adversidades relacionales y sociales, mediadas por las respuestas corporales, sobre el sufrimiento emocional y el comportamiento problemático o perturbador. Muchos investigadores han descrito patrones generales que relacionan los aspectos sociales, psicológicos y biológicos del sufrimiento emocional, las experiencias inusuales y las conductas problemáticas. Sin embargo, hasta la fecha, los intentos de identificar vías o patrones específicos se han visto obstaculizados por tres tendencias generales en las evidencias que hemos resumido en el Capítulo 4 como: *Todo causa todo; Todo el mundo ha experimentado de todo;* y T*odo el mundo sufre de todo*. En resumen, y de forma general, todos los tipos de sucesos y circunstancias de adversidad parecen aumentar el riesgo de cualquier presentación de salud mental (así como de comportamiento penal y delictivo, problemas de salud física, y otros problemas sociales). Esto parece estar influido, para bien o para mal, por todas las formas de las relaciones de apego, y por todo tipo de apoyo social, mecanismos biológicos y estilos emocionales y cognitivos.

Esta evidencia resalta las limitaciones de asumir vías causales bajo la hipótesis de que unas adversidades o unos estados biológicos concretos se asocian con unas consecuencias concretas o a unos «trastornos» específicos. Aunque este tipo de investigación proporciona cierto conocimiento valioso, no nos lleva muy lejos en la comprensión de la vinculación causal entre determinados sucesos de riesgo (por ejemplo, el abuso físico o sexual, la pobreza) y los resultados o consecuencias particulares (por ejemplo, el estado de ánimo bajo, la ansiedad,

los problemas alimentarios, escuchar voces, etc.). Algunas de estas limitaciones se pueden atribuir al hecho de conservar las categorías diagnósticas y a continuar con las premisas positivistas, con la consiguiente disminución del valor de los contextos sociales, materiales y culturales, junto a la marginación del papel del significado personal y de la agencialidad. Dicho de otro modo, este enfoque todavía se encuentra en buena medida inserto en la «mentalidad *DSM*». Por lo tanto, también tiene limitada su capacidad para conceptualizar la causalidad y para identificar patrones causales en relación con los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos de los seres humanos reales, que de un modo activo dan sentido a sus vidas, en interdependencia con su entorno relacional, social, cultural y espiritual.

Hemos presentado una extensa argumentación de los principios e investigaciones que brindan las bases filosóficas, teóricas y empíricas para superar estas limitaciones y para identificar patrones no diagnósticos y no medicalizados en la aparición de los trastornos psicológicos y emocionales. Antes de mostrar con más detalle cómo pasar de las tendencias y relaciones generales a patrones más específicos, consideraremos brevemente otros tres grupos de trabajo que han intentado la misma tarea.

El Modelo Dinámico Madurativo de Patricia Crittenden (Crittenden, 2002, 2005, 2006) integra fuentes de la biología evolutiva, la etología, la epigenética, la neurociencia cognitiva, la teoría del apego, el psicoanálisis y la teoría de sistemas generales, para conceptualizar los problemas de salud mental en términos de patrones de respuesta psicobiológicos basados en el apego. El MDM es un modelo ambicioso e inclusivo que aborda el impacto de la amenaza interpersonal (desde el maltrato manifiesto hasta formas menos severas de adversidad) en varios aspectos del funcionamiento humano.

Crittenden sugiere que las experiencias tempranas de apego producen respuestas emocionales, conductuales, cognitivas y somáticas que son defensivas y autoprotectoras, y que se adaptan a lo largo del desarrollo para mejorar la supervivencia. Por lo tanto, es probable que el niño reaccione a la amenaza retornando a unas «representaciones disposicionales» concretas (es decir, «patrones de actividad neurológica que hacen que los individuos actúen de una manera determinada»: Damascio, citado en Crittenden, 2005, pág. 3), lo que más o menos se ajusta a los modelos de apego A, B o C. El proceso de representación es el factor principal de mediación que da lugar a la adopción de estrategias particulares —por lo tanto, las mismas experiencias pueden llevar a diferentes resultados en diferentes individuos. Crittenden propone que cuando ciertas adaptaciones se extienden más allá de las circunstancias originales de las amenazas en las que se desarrollaron, tienden a considerarse como «patológicas». Las dificultades actuales, como la disociación, la «paranoia», la ansiedad, etc., se consideran «soluciones» antiguas que han sobrevivido a su utilidad original.

Crittenden sugiere la identificación de «patrones de formulación funcional» como una alternativa a los diagnósticos basados en síntomas (Crittenden y Dallos, 2012, p.407). Va más allá de los patrones básicos de apego A, B y C, cuando postula una serie de estrategias Tipo A y Tipo C, cuyo número aumenta a medida que el individuo madura. Por ejemplo, sugiere que las «estrategias de tipo A» se basan en el uso de la cognición para hacer frente a la amenaza, al tiempo que minimiza la conciencia de los sentimientos.

Dependiendo del grado de confianza en tales estrategias, el resultado final puede variar desde una leve inhibición emocional hasta problemas más incapacitantes, como «depresión» y «psicosis». Las «Estrategias tipo C» se desencadenan por fuertes emociones como la ira y el miedo, junto a la activación física (por ejemplo, la frecuencia cardíaca elevada) y la correspondiente reducción de la capacidad de usar información cognitiva para, por ejemplo, predecir y evaluar el riesgo. En las formas leves, este tipo de estrategia podría causar problemas de agresividad o ansiedad, y en las versiones más intensas, dar lugar a estados de inseguridad extrema que podrían diagnosticarse como «paranoia», «trastorno de personalidad» o problemas de alimentarios. Las «estrategias tipo B» se asocian más habitualmente con asunciones y representaciones positivas de uno mismo, otras personas y el mundo. Estas clasificaciones describen estilos y estrategias relacionales para afrontar las amenazas y lograr seguridad en situaciones concretas, en vez de describir a las propias personas, o a rasgos y características de ellas.

El resultado final es una serie de posibles «patrones de formulación funcional» que los individuos pueden usar en ciertas situaciones para predecir, evitar o superar una amenaza, percibida o real, y para mantener relaciones. El MDM sugiere que se pueden usar distintas respuestas (o «síntomas» en terminología psiquiátrica) para propósitos de protección similares. A la inversa, es posible que las mismas experiencias («síntomas») no correspondan a una misma clase, ya que pueden realizar diferentes funciones en cada persona. El MDM también enfatiza la importancia de personalizar las intervenciones terapéuticas para el conjunto de respuestas de cada individuo.

Dallos y Crittenden han intentado realizar una síntesis entre el MDM y la terapia familiar sistémica (Crittenden y Dallos, 2009) para comprender cómo se pueden desarrollar las estrategias del MDM de un modo en que ambos enfoques se refuercen mutuamente dentro del sistema familiar. Hacen hincapié en que, lo mismo que las personas, «las familias son sistemas de creación de significado» (Crittenden y Dallos, 2012, p.402), y que estos significados son moldeados por el lenguaje y por los discursos sociales. El conocimiento de circunstancias más amplias ayuda a decidir si será mejor realizar la intervención a nivel individual, familiar, comunitario, político y/o cultural (p.406).

Paul Gilbert (2007) recurre a la teoría evolutiva, la neurociencia y la psicología del desarrollo y social para proponer un modelo que relaciona las atribuciones personales, los estilos de apego y los sistemas afectivos biológicamente basados con las distintas manifestaciones de estado de ánimo bajo (y más recientemente con otras presentaciones tales como la «psicosis»). Postula que estos estados de ánimo proceden de estrategias defensivas evolucionadas, que nos ayudan a gestionar la amenaza interpersonal y la pérdida, y también otros peligros. Sugiere que para sobrevivir, necesitamos poder recibir y dar apoyo; cooperar con otros; y competir para obtener recursos y ocupar un lugar dentro del grupo social. En consecuencia, estamos preparados para sentir sufrimiento por la separación y el aislamiento, la exclusión y el «fracaso social», unas respuestas que pueden tener paralelismos con el comportamiento animal.

Gilbert sugiere que estas estrategias defensivas interactúan mediante sistemas de regulación de los afectos y, a su vez, dan lugar a «secuencias de procesos que interaccionan y que crean patrones biopsicosociales complejos» (Gilbert,

2007, p.17) basados en significados generales (por ejemplo, sobre si otros se encuentran o no seguros). Se dice que la regulación de los afectos ocurre mediante tres sistemas principales: (1) sistemas de amenaza (asociados a una gran activación y a emociones como la ira, la ansiedad y el disgusto); (2) sistemas de regulación emocional, de unión de apaciguamiento (asociados a sentimientos de conexión, seguridad y satisfacción) y (3) sistemas de excitación/impulso (asociados a la recompensa y a la búsqueda de objetivos, y sentimientos de energía y placer). Tomados en conjunto, se cree que las interacciones de los tres impulsos dan forma a las experiencias subjetivas y al significado del sufrimiento, en parte mediante la activación de estrategias de protección (como luchar/huir/inmovilizarse, esforzarse, protestar...), en parte por recuerdos emocionales y experiencias pasadas, y en parte por los acontecimientos actuales.

En este modelo, el bienestar en la edad adulta está influenciado de forma importante por «recuerdos emocionales» que se codificaron en asociación con estos tres patrones emocionales, y se cree que las experiencias tempranas de apego conforman los modos de regularlos. Por ejemplo, en un entorno de maltrato o de abandono, los sistemas de impuso o búsqueda y de amenaza se hallarán más preparados y se activarán con más facilidad, mientras que la capacidad de calmarse y la de conexión estarán inhibidas. Nuestra capacidad humana para pensar, reflexionar, interpretar y usar el lenguaje y simbolizar añade otra capa de complejidad que, a su vez, se retroalimenta con los patrones de respuesta de un modo tanto adaptativo como no adaptativo — por ejemplo, fortaleciendo o amortiguando nuestras creencias de que nos abandonaron, dañaron, avergonzaron, excluyeron, etc.

Si bien estas complejas estrategias de defensa no siempre se experimentan de forma positiva, se fundamentan sobre la idea de que las personas recurren a modalidades que resultan familiares y que se aprenden en el intento de gestionar las experiencias de pérdida, rechazo o amenaza. Así, Gilbert comparte la opinión de Crittenden de que estas estrategias de supervivencia evolutiva son esencialmente protectoras, aunque es probable que se consideren «patológicas» si se prolongan más allá de las circunstancias originales. De manera similar, considera que estas estrategias pueden potencialmente servir a diferentes propósitos en diferentes personas. Estas dinámicas existen dentro de lo que Gilbert llama «ecologías sociales y físicas», lo que implica la necesidad de intervenciones a nivel sistémico, social y también político: «Los modelos psicológicos deben abordar estos temas (y las cuestiones de justicia social) y no considerar los problemas de afrontamiento o pensamiento como déficits personales (en vez de vincularlos a estrategias de protección)» (Gilbert, 2007, p.106). Por lo tanto, su trabajo conceptualiza el estado de ánimo bajo (y posiblemente otras formas de sufrimiento) dentro de un contexto amplio, y sugiere marcos explicativos prácticos y no culpabilizadores para adaptar las intervenciones terapéuticas a las circunstancias específicas de la persona (por ejemplo, mitigar los sentimientos de amenaza, separación, inferioridad y/o vergüenza; y la abundante literatura para desarrollar la capacidad para la autocompasión y para calmarse a uno mismo; por ejemplo, Lee y James, 2012).

El **«enfoque informado sobre el trauma»** se basa en el reconocimiento de que la mayoría de las personas que utilizan los servicios de bienestar social

han experimentado adversidades y amenazas significativas en sus vidas o las experimentan en la actualidad (por ejemplo, Sweeney et al., 2016; www.blueknot.org.au; www.acestoohigh.com). Argumenta que sanar mediante experiencias testimoniales y de validación en un marco de relaciones de confianza es clave para la recuperación. Por lo tanto, la pregunta central no es «¿Qué es lo que te va mal?» sino «¿Qué te ha pasado?» (Blue Knot Foundation, 2012, p.14). En este documento, estos sucesos y circunstancias se denominan generalmente como «adversidades» para abarcar las múltiples formas que pueden tomar. La investigación resultante reúne las evidencias sobre los efectos de las experiencias amenazantes, traumáticas y de maltrato con lo que se sabe del desarrollo del cerebro humano, especialmente en el contexto de los apegos y las relaciones tempranas. Este es un campo en rápida expansión, y ahora hay una gran cantidad de pruebas que vinculan estas experiencias con una variedad de resultados emocionales, físicos y sociales. En línea con esto, un número creciente de servicios de salud mental han adoptado elementos de esta perspectiva. Los proyectos informados sobre el trauma también se usan en el diseño de servicios, educación, prisiones y salud pública (ejemplos en www.acestoohigh.com).

Los trabajos basados en este enfoque tiene dos aspectos relacionados: garantizar que los sistemas en su conjunto conozcan la orientación «informada sobre el trauma» y brindar intervenciones específicas para el trauma. Lo primero implica que todo el personal se capacitará para reconocer y trabajar con los efectos de las amenazas y las adversidades, y que todos los elementos de los servicios se diseñarán para proporcionar seguridad, la posibilidad de elegir y el empoderamiento, y para evitar la retraumatización. Las intervenciones específicas para el trauma se basan por lo general en el modelo informado sobre el trauma de tres etapas, que consiste en Seguridad/Estabilización; Procesamiento; e Integración (Blue Knot Foundation, 2012; Herman, 1992; Courtois y Ford, 2013; y véase el Capítulo 8). Por tanto, el modelo de tres etapas ofrece una estructura general para las intervenciones terapéuticas de todas las modalidades, junto a otros tipos de ayuda, según corresponda. Es importante tener en cuenta que no se postula que todos los usuarios de servicios tengan una historia de sucesos traumáticos específicos, o que, cuando la tengan, desearán abordarla directamente. No se trata de una solución única para todos, sino de un enfoque flexible orientado al usuario y basado en la conciencia de que es muy probable que las adversidades, en términos generales, formen parte de la situación presentada. Claramente, este enfoque ha generado un trabajo terapéutico importante e innovador, y los vínculos causales generales entre las adversidades y el sufrimiento son indudables. Sin embargo, como se explicó en el Capítulo 4, las afirmaciones que identifican vías de conexión entre eventos traumáticos específicos y tipos específicos de sufrimiento tienen un apoyo muy débil, como prevén los principios que sustentan el marco que proponemos.

Visión general de los modelos

Existen áreas significativas que se solapan entre los modelos. Sus fortalezas y limitaciones se pueden resumir del siguiente modo:

- Los patrones de respuesta no se consideran patológicos, sino reacciones adaptativas que pueden haber dejado de tener utilidad. Además, no se piensa que los patrones de respuesta se encuentren únicamente en un grupo concreto, como en el de los «enfermos mentales»; y tampoco en que los que son etiquetados de este modo se apoyen en ellos todo el tiempo. Más bien, todos usamos varias estrategias que pueden ser más o menos útiles en situaciones concretas. La consecuencia es que la «comorbilidad» no es un problema nosológico que se deba resolver, sino el reflejo del hecho de que las personas pueden usar múltiples formas de respuesta ante las adversidades y las amenazas.
- Los modelos se pueden adaptar a la diversidad porque admiten patrones generales y funcionales de adaptación individual en oposición a las hipotéticas conexiones entre sucesos causales (específicos) y consecuencias o resultados (específicos). La consecuencia es que no será posible identificar vías causales etiológicas universales, ni diseñar paquetes estandarizados de intervención dirigidas a expresiones concretas del sufrimiento.
- Los modelos incorporan un papel no reduccionista de la biología como mediador y habilitador, y los elementos principales de los patrones de respuesta psicobiológica, a diferencia de lo que ocurre con las categorías diagnósticas, se basan en una gran cantidad de evidencias procedentes de diversas áreas. En otras palabras, son «psicobiosociales» en el sentido de que no implican una primacía de los factores causales biológicos (de los que no hay pruebas), en oposición al uso presente del término «biopsicosocial» en referencia a la salud mental. Sin embargo, el ensamblaje de estos factores múltiples en patrones, significados y vías es más especulativo. Los tres principales sistemas de regulación de los afectos de Gilbert y su distinción ente «cerebro viejo y cerebro nuevo» no se aceptan de forma universal (Le Doux, 1999; Goldstein, 1995; Panksepp, 1988), y también hay críticas de algunos aspectos de la teoría del apego (véase la revisión de Cassidy y Shaver, 2008).
- Los modelos sugieren que los patrones de respuesta pueden surgir y ser creados a partir de los contextos evolutivos y de los relacionales. Sin embargo, solo el enfoque basado en el trauma incorpora completamente las evidencias actuales acerca de las tasas extremadamente altas de adversidad entre los que acceden a salud mental y a otros sistemas asistenciales.
- Todos estos modelos enfatizan de un modo apropiado el significado personal y la importancia de la sanación a través de las relaciones. Gilbert explicita más una vinculación con intereses de poder más extensos mediante los discursos sociales sobre la competencia, el estatus, etc. (por ejemplo, Gilbert, 2007). La integración en un enfoque de sistemas familiares del MDM promueve el reconocimiento de la necesidad de abordar el significado en todos los niveles organizativos, desde el familiar hasta el político, cultural y social (Crittenden y Dallos , 2009) en línea con las tradiciones actuales de terapia familiar (Dallos y Stedmon, 2014) . Sin embargo, en general este es un aspecto de los modelos que está relativamente poco desarrollado.
- A pesar de dar un cierto reconocimiento a los contextos sociales, materiales y políticos, el énfasis tanto en el trabajo de Gilbert como en el de Crittenden

tiende a dirigirse hacia las soluciones en términos de terapia (individual y familiar) en vez de usar o complementarse con la autoayuda, el apoyo comunitario, y otras formas de políticas y actividades sociales. Las evidencias que respaldan los enfoques informados sobre el trauma se han ensayado más ampliamente y también han influido en las políticas de salud pública (www.acestoohigh.com; véase el Capítulo 8). Sin embargo, el trabajo preventivo dentro de este campo generalmente no llega a desafiar la discriminación, la desigualdad y las estructuras socioeconómicas que crean las condiciones fundamentales dentro de las cuales se multiplican las adversidades.

- Los enfoques informados sobre el trauma subrayan la importancia de trabajar con la diversidad (http://www.samhsa.gov/nctic/trauma-interventions). Hay proyectos específicos que analizan, por ejemplo, la experiencia del trauma intergeneracional en pueblos aborígenes de Canadá (Arthur et al., 2013). Sin embargo, en general, los modelos prestan relativamente poca atención a las influencias enraizadas en las culturas sobre las experiencias y las expresiones del sufrimiento, y los postulados que sustentan su trabajo son principalmente de origen occidental. Por ejemplo, se ha hecho evidente que la forma, la aparición y las consecuencias de las relaciones de apego distan mucho de ser universales y pueden presentarse de manera muy diferente en entornos no occidentales, lo que significa que se necesita una conceptualización culturalmente sensible en las manifestaciones de las trayectorias del desarrollo evolutivo. (Otto y Keller, 2014).
- Una limitación importante desde la perspectiva que exponemos aquí es que estos modelos solo tienen un éxito parcial en cuanto a distanciarse de los términos y los postulados diagnósticos. La impresionante cantidad de trabajo de Gilbert adopta en buena medida la categoría diagnóstica «depresión» (Gilbert, 2007). Si bien la «depresión» tiene un significado popular y uno clínico, la cosificación de un estado que es una respuesta con significado puede ser contraproducente. Crittenden sugiere una posibilidad mediante los «patrones de formulación funcional» como alternativa a los diagnósticos psiquiátricos, pero también utiliza términos como «trastorno de la personalidad», «psicopatología», etc. Los principales profesionales de la asistencia informada sobre el trauma todavía usan categorías diagnósticas (véase la crítica de Burstow, 2003) e intentaron, sin éxito, introducir nuevas categorías diagnósticas, el «trastorno postraumático complejo» en el DSM-IV y el «trastorno del desarrollo por trauma» en el DSM-5 (Van der Kolk, 2014). Si bien se debió en parte a la necesidad de cumplir con los requisitos de los seguros de los EE. UU. (Wylie, 2010), la consecuencia es frenar un replanteamiento global del concepto de diagnóstico psiquiátrico.

En resumen, los modelos sugieren una gama de perspectivas innovadoras e importantes en base a unas conceptualizaciones no diagnósticas del sufrimiento, lo que tiene implicaciones valiosas para la práctica y la intervención. Su mensaje común, en base a una considerable cantidad de pruebas, es que las experiencias que se describen generalmente como «síntomas» se pueden entender mejor como estrategias para superar las adversidades, más que como «enfermedades psiquiátricas» o «trastornos». Al mismo tiempo, se quedan cortos en varios aspectos en lo que se refiere a presentar una alternativa integral y conceptualmente coherente al diagnóstico

psiquiátrico. Existe el riesgo de que estas perspectivas se asimilen de nuevo con las formas individualizadas de entender el sufrimiento emocional y psicológico. Se necesita un cambio más radical en el pensamiento, como se describe a continuación.

Parte 2: Marco de Poder, Amenaza y Significado

Una base alternativa para identificar patrones en el sufrimiento mental, las experiencias inusuales y el comportamiento problemático

Se sintetizan ahora los principios y las prácticas, la teoría y la evidencia descrita en los Capítulos 2, 3, 4 y 5 para describir nuestro marco alternativo más detalladamente.

Las evidencias citadas en este documento apoyan la afirmación de que los humanos son seres sociales cuyas **necesidades básicas** abarcan:

- Experimentar un sentido de justicia y equidad dentro de su comunidad;
- Tener un sentimiento de seguridad y pertenencia en la familia y en el grupo social;
- Sentirse seguro/a, valorado/a, aceptado/a y querido/a en las relaciones más tempranas con sus cuidadores/as;
- Satisfacer las necesidades físicas y materiales básicas, las propias y las de las personas a cargo;
- Desarrollar relaciones, amistades y relaciones íntimas;
- Sentirse valorado/a y útil en los roles familiares y sociales;
- Experimentar y gestionar las diferentes emociones;
- Poder contribuir, lograr y cumplir metas;
- Poder ejercitar la agencia y el control de la vida propia;
- Tener un sentido de vida con esperanza, fe, significado y propósito

…todo lo cual proporcionará los entornos para poder ofrecer a sus hijos/as...

- Seguridad y amor en las relaciones tempranas, como la base para un óptimo desarrollo físico, emocional y social, además de la capacidad para satisfacer sus propias necesidades básicas.

Cualquier cosa que impida la satisfacción de estas necesidades básicas se puede experimentar como una amenaza a la supervivencia y a la seguridad emocional, física, relacional y/o social.

En los apartados previos de este documento se resume la evidencia sobre los aspectos fundamentales acerca de la emergencia del sufrimiento mental, las experiencias inusuales y el comportamiento problemático del siguiente modo:

- El funcionamiento del **PODER** (que se puede manifestar de distintas formas, como poder biológico y corporalizado; coercitivo o poder mediante la fuerza; poder legal; poder económico y material; capital social y cultural; poder interpersonal; y poder ideológico). Estas manifestaciones del poder, tanto negativas como positivas, operan a través de estructuras sociales, instituciones y organizaciones; a través de nuestro entorno físico; a través de los medios y la educación; y a través de las relaciones sociales y familiares;

- Los tipos de **AMENAZAS** que el ejercicio negativo del poder puede representar para la persona, el grupo y la comunidad, especialmente en lo referente al sufrimiento mental;
- El papel central del **SIGNIFICADO** (como producto de los discursos sociales y culturales, que activa las respuestas corporales evolutivas y adquiridas) en la configuración de la acción, la experiencia y la expresión del poder, la amenaza y nuestras respuestas a la amenaza.
- Las **RESPUESTAS A LA AMENAZA**, evolutivas y adquiridas, mediadas por las posibilidades corporales basadas en el significado, que cualquier persona (familia, grupo o comunidad) que experimenta una amenaza, que se da dentro del proceso de Poder, Amenaza y Significado, puede tener que usar para protegerse. En vez de ser «diagnosticada» como *persona que sufre pasivamente de alteraciones biológicas*, sugerimos que las personas usuarias de los servicios (y todos nosotros) puedan ser reconocidas y validadas como *quienes activan respuestas para protegerse y sobrevivir.* Las experiencias definidas como «síntomas» se entienden mejor como reacciones a la amenaza o «estrategias de supervivencia».

Seguidamente, en línea con este análisis previo, se propone un marco conceptual para el origen y la persistencia del sufrimiento, las experiencias inusuales y el comportamiento problemático o perturbador, que hemos denominado como el Marco de Poder, Amenaza y Significado.

Para expresarlo del modo más sencillo posible, el Marco PAS sustituye a la pregunta «¿Qué es lo que va mal en ti?» con cuatro preguntas clave:

- «¿Qué te ha pasado?» (¿Cómo ha actuado el **Poder** en tu vida?)
- «¿Cómo te afectó?» (¿Qué tipo de **Amenaza** representó?)
- «¿Qué sentido le diste?» (¿Qué **Significado** tienen para ti esas situaciones y experiencias?)
- «¿Qué tuviste que hacer para sobrevivir?» (¿Qué tipo de **Respuesta ante las Amenazas** utilizas?)

Trasladado a la práctica con una persona, familia o grupo, se deben hacer dos preguntas adicionales:

- «¿Cuáles son tus fortalezas?» (¿Qué acceso tienes a los **recursos de Poder**?)
- …y para integrar todo lo anterior: «¿Cuál es tu historia?»

Es importante señalar que este marco se conceptualiza de un modo radicalmente distinto al modelo biopsicosocial más tradicional:

- Aunque la estructura tripartita es heurísticamente adecuada, los tres elementos no son independientes, sino que evolucionan uno en relación al otro. No existe una división real dentro de los elementos centrales propuestos, ni entre ellos. No existe la persona que pueda ser entendida separada de sus relaciones, la comunidad y la cultura; el significado solo surge de la interacción de elementos sociales, culturales y biológicos; y las posibilidades biológicas no se pueden separar del entorno social e interpersonal.

- A diferencia de (algunas versiones de) los modelos biopsicosociales, no se asume patología y no se privilegian los elementos «biológicos». Más bien, los elementos biológicos conforman un nivel explicativo que se forma a partir de todos los otros.
- Las capacidades para crear significado (dentro de los discursos disponibles) y de ejercer la agencia (dentro de las restricciones materiales y biosociales y la comprensión cultural) son atributos básicos de los seres humanos. Los significados personales no se eligen libremente, sino que reflejan la experiencia, las relaciones y las circunstancias sociales y culturales más amplias. El «significado» es algo inherente a la expresión y la experiencia de todo tipo de sufrimiento emocional, que da forma, tanto de manera compartida como única, a las respuestas personales del individuo.
- Si bien la mayor parte del trabajo de salud mental (y el relacionado) se centra sobre el individuo, defendemos que el significado y el sufrimiento se deben entender también a nivel social, comunitario y cultural. Por lo tanto, vemos que el Marco PAS se puede aplicar por igual a la comprensión, la intervención y la acción social en un sentido más amplio. En otras palabras, el Marco coincide con un informe reciente de la ONU que recomienda un giro hacia el «desequilibrio de poder» en vez de sobre el «desequilibrio químico» (UNHRC, 2017, p.19).

Un propósito fundamental del Marco PAS es ayudar a la identificación provisional de patrones basados en la evidencia respecto al sufrimiento, las experiencias inusuales y la conducta perturbada o perturbadora. De forma opuesta al mecanismo causal biológico específico que da base a algunas categorías de trastornos médicos, estos patrones son altamente probabilísticos, con influencias que operan de forma contingente y sinérgica. Sin embargo, esto no significa que no existan regularidades. Al contrario, implica que esas regularidades no son, como ocurre en medicina, fundamentalmente patrones biológicos, sino *patrones de respuestas corporalizadas basadas en el significado ante el funcionamiento negativo del poder*. Estas respuestas y los patrones de los que forman parte se pueden describir mediante verbos o acciones que se deben adaptar lo máximo posible para reemplazar los términos diagnósticos. «*Al reconfigurarse como verbos las categorías diagnósticas se convierten en estrategias para vivir*» (Laura Kerr en http://dxsummit.org/).

El Marco PAS muestra que estos patrones probabilísticos pueden describirse en varios niveles, empezando por el «Patrón Fundamental del Modelo PAS». Este establece el escenario para identificar siete Patrones Provisionales Generales que emergen del Patrón Fundamental. No sustituyen una a una a las agrupaciones diagnósticas, sino que se basan en regularidades más amplias que trascienden las agrupaciones diagnósticas y que surgen de los significados personales, sociales y culturales.

Estos Patrones Provisionales Generales cumplen uno de los principales objetivos del Marco PAS, restablecer la vinculación entre las amenazas y las respuestas de protección ante dichas amenazas. Estas respuestas nacen de las necesidades básicas humanas de ser cuidados, apreciados, encontrar un lugar en el grupo social, etc., y reflejan los intentos de las personas, deliberados o de otro tipo, al objeto de sobrevivir a los impactos negativos del poder. Considerados como «estrategias de supervivencia» en vez de como

«síntomas», trascienden los diagnósticos, las especialidades, y las fronteras de lo que habitualmente se considera «normal» frente a lo «patológico». Estas respuestas se encuentran presentes en un momento dado y, hasta cierto punto, en la vida diaria de todas las personas.

Una implicación importante de los principios descritos antes es que sugieren un potencial de solución al hasta ahora irresuelto dilema referente a la aplicación de los sistemas de clasificaciones psiquiátricas occidentales a las culturas y a las expresiones de malestar no occidentales, tanto en el Reino Unido como en todo el mundo (véase la discusión sobre la etnia y la cultura en los Capítulos 2, 3 y 4). El Marco PAS predice, y permite, la existencia de diferentes experiencias y expresiones culturales del malestar sin calificarlas de extrañas, primitivas, menos válidas, o como variaciones exóticas de los diagnósticos dominantes o de otros paradigmas occidentales. Puesto que las expresiones de malestar emocional siempre serán hasta cierto punto una expresión local, en tiempo y lugar, nunca podrá haber un léxico universal para dichos patrones. Lo mismo se aplica a fenómenos históricos como la «histeria». Considerado como un metamarco basado en las capacidades universales humanas evolutivas y en las respuestas a la amenaza, los principios básicos del PAS son válidos a lo largo del tiempo y de las culturas En este contexto, las listas no cerradas de las respuestas ante la amenaza y las de sus funciones (que se describirán más adelante) acogen a un número indefinido de expresiones del sufrimiento de carácter local e histórico específicas, todas ellas configuradas por los significados culturales predominantes.

Más específicamente, el Marco PAS puede ofrecer alternativas al diagnóstico para las necesidades administrativas, legales, de planificación de servicios, de clasificación, y de investigación. Puede orientar la construcción, o coconstrucción, de narrativas personales y abrir la posibilidad de historias diferentes y no diagnósticas de fortaleza y supervivencia. Junto a esto, brinda una forma más eficaz de lograr algunos de los beneficios reconocidos del diagnóstico, como suministrar una explicación, validar el sufrimiento, facilitar el contacto con otras personas en circunstancias similares, ofrecer alivio a la vergüenza y la culpa, sugerir un camino a seguir, y transmitir la esperanza de cambio positivo.

Por lo tanto, el Marco de Poder, Amenaza y Significado da respuesta a los siguientes propósitos principales:

- Resaltar las amenazas comunes basadas en el significado que presentan las distintas manifestaciones del poder.
- Resaltar las estrategias evolutivas y adquiridas, que a menudo se usan para afrontar estas amenazas.
- Resaltar la relación entre las amenazas y las respuestas de protección ante dichas amenazas, que ha quedado oculta debido al uso de etiquetas diagnósticas.
- A diferencia de los modelos psiquiátricos tradicionales, suministrar una base para identificar patrones amplios basados en la evidencia, que conjugan las influencias del Poder, Amenaza y Significado, así como las consiguientes Respuestas a las Amenazas.
- Utilizar estos patrones para generar narrativas personales, grupales y/o sociales que ayudan a restaurar el significado y la agencia y que, junto a los

supuestos culturales relevantes, tengan el potencial de crear esperanza, reconstruir relaciones y promover la acción social.

A continuación, se describe el patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado que surge de los diversos elementos del Marco. Dicho patrón respalda los patrones específicos descritos después, resumiendo las regularidades en las experiencias y en la expresión del sufrimiento a un nivel más general.

El Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado

Para identificar los patrones significativos del sufrimiento en las pautas y regularidades descritas con detalle en los Capítulos 4 y 5, el punto de partida debe ser el patrón fundamental más general que respalda a todos los demás, bien sea aplicado a nivel individual, familiar, grupal o de la población. El Patrón Fundamental que se expone a continuación usa el Marco PAS para sintetizar la gran cantidad de investigación y evidencia sobre la extensa gama de adversidades sociales e interpersonales. Ello aconseja un resumen de las pautas y regularidades a nivel poblacional como el que sigue:

- Cualquier forma de adversidad se da con más frecuencia en contextos de desigualdad y otras formas de pobreza, discriminación, marginación e injusticia social.
- Los discursos sociales y los significados ideológicos dan forma a la experiencia y la expresión del sufrimiento.
- Las perturbaciones en las relaciones de apego tempranas son una adversidad en sí mismas, pero también establecen el escenario para las respuestas emocionales biológicamente mediadas ante las adversidades futuras.
- Una gran parte del impacto de la adversidad se puede explicar mediante factores que exacerban la experiencia de la amenaza. Estos abarcan el estar en una etapa más temprana del desarrollo; el estar atrapado/a; la amenaza interpersonal e intencionada; la imprevisibilidad y la falta de control sobre la amenaza; las amenazas múltiples y reiteradas; la intrusión o invasión física; un entorno amenazante crónico; y la ausencia de alguien en quien confiar y que dé protección.
- Los factores de mejora, como estar en una etapa de desarrollo más tardía, que haya alguien en quien se puede confiar, la posibilidad de escapar, se contraponen a los factores agravantes o exacerbantes (véase Cuadro 1, Elementos agravantes de las adversidades).

Cuadro 1: Elementos agravantes de las adversidades
• Etapa de desarrollo más temprano • Ausencia de una persona que dé apoyo, en la que se confía o que protege • Múltiples tipos de peligro • Estar en peligro de una forma duradera y repetida • Gravedad del peligro • Sin posibilidad de escapar o encontrarse atrapado • Imprevisibilidad y sin control sobre la amenaza • Amenaza de intrusión física • Amenazas que ocurren simultáneamente o son cercanas en el tiempo • Amenaza al sentido del self • Amenazas interpersonales e intencionales • Sentimiento de traición sobre las persona o instituciones • Amenaza social percibida • Un número mayor de perpetradores • La amenaza ocurre dentro de una relación afectiva o de apego • Contexto crónico de amenaza, ya sea ambiental o personal

Existe evidencia sólida que demuestra que estos factores aumentan el posible daño emocional de las amenazas y las adversidades. Las aquí descritas no son amenazas específicas en sí mismas, sino *aspectos de las situaciones amenazantes que agravan la experiencia de la amenaza*. Los elementos opuestos —tales como, una etapa de desarrollo más tardía, que haya alguien en quien confiar, o la posibilidad de escapar— en igualdad de condiciones, disminuirán la experiencia y el impacto de la amenaza.

- *El impacto de las adversidades es acumulativo*. Existe un claro fenómeno de efecto dosis-dependiente, a medida que las adversidades se multiplican los resultados negativos (biológicos, psicológicos y sociales) aumentan de manera gradual.
- *Experimentar una o más adversidades aumenta el riesgo de sufrir otras adversidades más adelante*. Esto quiere decir que los patrones simples —una única amenaza con una única respuesta a la amenaza— son relativamente infrecuentes en el ámbito de los servicios asistenciales.
- *El impacto de las adversidades es sinérgico*. El efecto acumulativo de más de una adversidad suele ser mayor que la suma de sus efectos individuales y además puede ser cualitativamente diferente.
- *Cuantas más adversidades experimente una persona, más tipos de respuestas ante la amenaza usará*. En estas circunstancias, las personas necesitarán recurrir a un mayor número de estrategias de supervivencia, que se refleja en la adjudicación de múltiples diagnósticos psiquiátricos.
- *Algunas respuestas a la amenaza, como las que se diagnostican como «psicosis», se vuelven más frecuentes cuando se dan efectos acumulativos*

y sinérgicos de las adversidades y, por lo tanto, se puede considerar que reflejan un mayor nivel de daño.

- Los impactos de la adversidad *se pueden transmitir entre las generaciones*, perpetuando así estos ciclos destructivos.
- Por último, l*os sistemas de salud mental, y de otro tipo, a menudo son traumatizantes y revictimizadores por sí mismos*, al instaurar otros ciclos de sucesos acumulativos y sinérgicos, en los que el diagnóstico puede actuar ratificando los sentimientos de vergüenza, deficiencia y exclusión, pudiendo así multiplicar los ingresos, las etiquetas y las intervenciones.

El resultado de todo esto se puede definir como el Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado en el sufrimiento mental y otras consecuencias conductuales, de salud, y sociales.

El resumen narrativo del Patrón Fundamental es el siguiente:

> *Las desigualdades económicas y sociales, junto a los significados ideológicos que apoyan el funcionamiento negativo del poder, provocan un aumento de los niveles de inseguridad, falta de cohesión, miedo, desconfianza, violencia y conflicto, prejuicio, discriminación y adversidades sociales y relacionales en todas las sociedades. Esto tiene consecuencias en todas las personas y, en particular, en aquellas con identidades marginalizadas. Dificulta la capacidad de las personas cuidadoras para proporcionar relaciones tempranas seguras en la infancia, esto no solo hace sufrir al niño o a la niña que se está desarrollando, sino que además puede comprometer su capacidad para gestionar el impacto de las adversidades futuras. Las adversidades se interrelacionan, de forma que su presencia en la vida previa, y/o en el presente, de una persona aumentan la probabilidad de sufrir otras más adelante. Aspectos como el daño intencionado, la traición, la impotencia, el encontrarse atrapado y la imprevisibilidad aumentan el impacto de estas adversidades, y este impacto no solo es acumulativo sino también sinérgico. Con el paso del tiempo, la existencia de adversidades complejas que interactúan tienen como efecto un incremento de la probabilidad de experimentar sufrimiento emocional y de activar conductas problemáticas o perturbadoras. La forma de estas expresiones de sufrimiento queda determinada por los recursos disponibles, los discursos sociales, las posibilidades corporales y el entorno cultural, y su función principal es promover la seguridad y la supervivencia emocional, física y social. A medida que las adversidades se acumulan, el número y la severidad de estas respuestas aumentan en paralelo, junto a otras consecuencias indeseadas en el ámbito social, de la salud y del comportamiento. En ausencia de circunstancias o intervenciones de mejora, se instaura un ciclo que continúa a través de las generaciones posteriores.*

Teniendo en cuenta todo lo anterior, las consecuencias no parecen sorprendentes. Sin embargo, es importante tener una confirmación basada en la investigación acerca de esta conclusión de sentido común, dado que en esencia se contrapone a la que fundamenta el diagnóstico. Se demuestra que el sufrimiento psicológico y emocional está, como cualquier experiencia humana, mediada por la biología, pero no causada por ella en un sentido

simplista. Ilustra el hecho de que el sufrimiento emocional y el comportamiento problemático o perturbador se encuentran dentro de un continuo, en el que es probable que todo el mundo se encuentre afectado bajo las consecuencias de la injusticia social, tal como se refleja en aspectos de la vida cotidiana que se dan por sentado, incluso aunque no se hayan experimentado sucesos traumáticos concretos. El caso de las personas menos afortunadas o privilegiadas, son ejemplo de cómo las circunstancias extremas e incapacitantes pueden conducir a respuestas extremas e incapacitantes, en una magnitud proporcional al daño. También sugiere que puede haber formas de escapar del ciclo, incluso en los contextos más difíciles. El patrón se resume mediante un diagrama en la Figura 1.

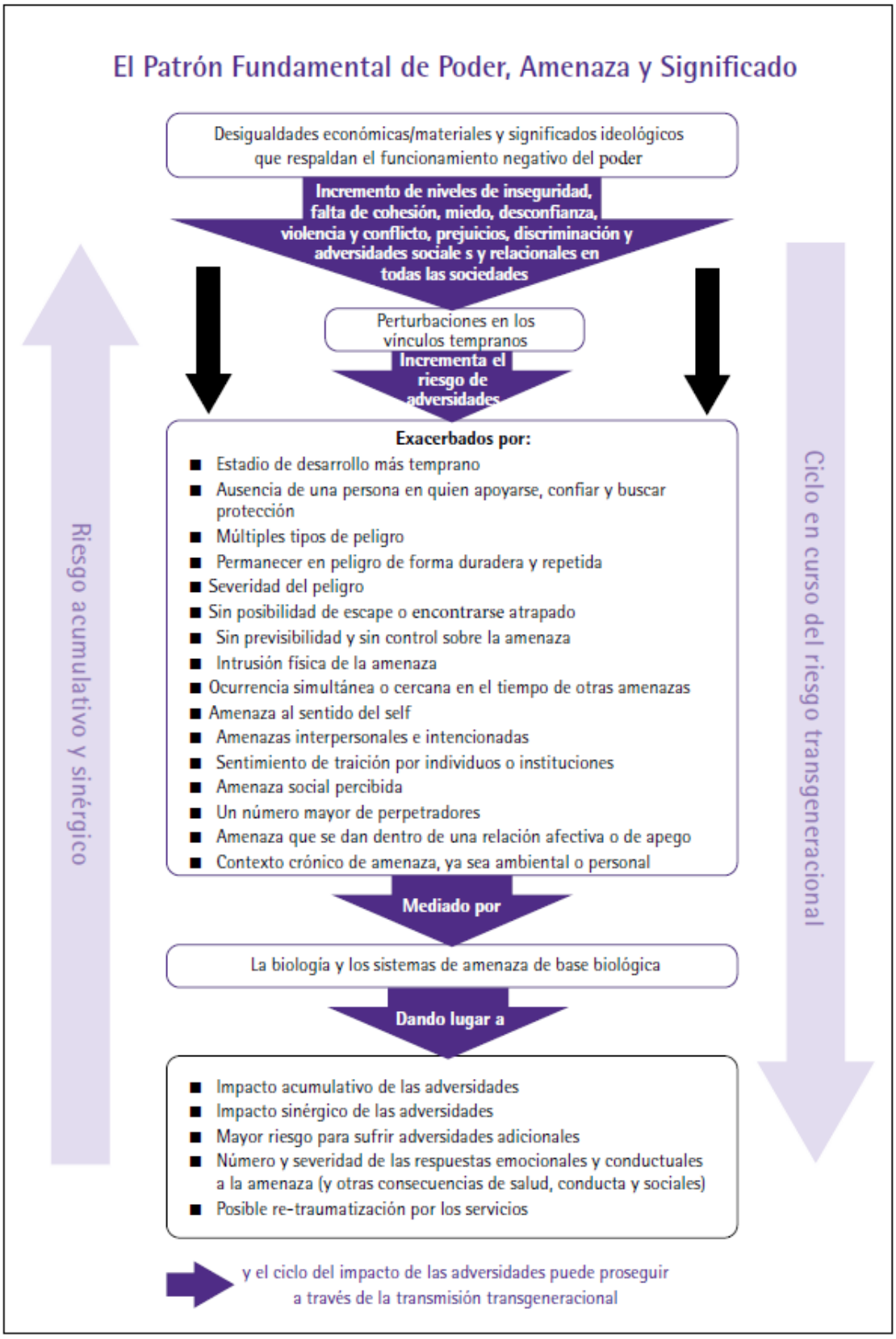

Figura 1. El Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado

Comentarios acerca del Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado

Trata de tendencias a nivel de la población, no de rutas individuales predeterminadas, y refleja riesgos, que no son inevitables. No obstante, el Patrón Fundamental tiene consecuencias extremadamente importantes para los sistemas de salud mental y, de forma global, para los servicios que atienden a las personas. Un modelo acumulativo y sinérgico del impacto de las adversidades no da apoyo a la individualización del sufrimiento, ni desde una orientación médica ni desde una psicológica. En cambio, entraña la necesidad de intervenir, de forma principal, a través de las políticas sociales, lo más tempranamente posible, antes de que se ponga en marcha el ciclo destructivo y que se autoperpetúe (para más ejemplos véase el Capítulo 8).

Los orígenes de los problemas del «todo…»[52] se pueden ver claramente. Las experiencias de las adversidades, especialmente en los primeros años de vida, instauran patrones altamente complejos, que se superponen, y se basan en el significado, que son acumulativos y sinérgicos, en los que el sistema causal es contingente y probabilístico. El número de posibles combinaciones de respuestas (tanto si se las designa al modo oficial como «patológicas» o no) es casi infinito. Las vías causales discretas o diferenciadas que asume el diagnóstico psiquiátrico no existen, ni pueden existir, en relación con las respuestas humanas a la adversidad. E igualmente importante, tampoco podemos pretender hallar versiones psicosociales de estas vías que muestren consecuencias concretas debidos a sucesos concretos. El Patrón Fundamental, por lo tanto, no resuelve el problema del «todo». Más bien admite que *las cosas son así.* Creemos que este es un reconocimiento esencial que tendría que haberse dado hace tiempo.

Tal como dijimos antes, muchas de las personas que tienen una etiqueta psiquiátrica habrán experimentado tanto perturbaciones en las relaciones de apego como formas concretas de adversidad, pero incluso la crianza más cariñosa y segura no puede brindar protección contra todas las amenazas, especialmente en un contexto más amplio de desigualdad social. Del mismo modo, muy pocas personas, independientemente de sus antecedentes vitales, sobrevivirán sin cicatrices emocionales a circunstancias como el abuso intrafamiliar, la trata de personas, vivir como refugiado, el dolor físico crónico y la mala salud, los múltiples duelos, un gran desastre natural, la guerra, la prisión, etc. Cuantos menos elementos de mejora tenga la persona (por ejemplo, que tengan otros cuidadores diferentes, apoyo social, vivienda adecuada, destrezas y habilidades, educación, acceso a recursos, una intervención adecuada), menos posibilidades tendrá para escapar de este ciclo. Sin embargo, es muy importante reconocer que cada una de estas posibilidades también puede ayudar a una evolución positiva, quizás debido a que un pariente se preocupa, a tener un talento particular, o a que cambien las circunstancias sociales. Con el tipo de apoyo adecuado, muchas personas han podido encontrar una salida a estos patrones destructivos. Regresaremos a este punto más adelante.

---

[52] «Todo causa todo», etc., véase, por ejemplo, en «El contexto social: resumen y conclusiones» del Capítulo 4. (*N. de los T.*)

Hemos dicho que el Patrón Fundamental surge del contexto de los impactos negativos del poder, tanto de los inmediatos como de los más lejanos. Al igual que en el trabajo de muchos otros, este análisis sugiere que las estructuras socioeconómicas influyen en los discursos y los significados sociales, que sirven y dan forma a intereses de poder de distintos tipos, tanto en su funcionamiento negativo como en el positivo. En todas estas situaciones, es probable que el sufrimiento de la persona aumente proporcionalmente al grado en que haya asimilado las normas y discursos sociales subyacentes, por ejemplo, los referentes a los roles de género pertinentes o respecto a la responsabilidad personal. Como hemos dicho en los Capítulos 3 y 4, la vergüenza es una emoción social y, aunque a veces, el diagnóstico psiquiátrico es bien acogido porque ofrece protección contra la vergüenza asociada con las propias acciones, también se puede experimentar como la síntesis de un juicio de la comunidad: «usted es un miembro defectuoso e inaceptable para el grupo social». El diagnóstico puede establecer las bases para perpetuar el ciclo de traumatización, discriminación y exclusión social.

El Patrón Fundamental PAS puede utilizarse en combinación con un listado de «factores de mejora», como una lista de verificación rápida, para proponer una forma de entender y validar el nivel de sufrimiento o la dificultad para funcionar que ha experimentado una persona, familia, grupo o comunidad concreta. Si bien el Marco PAS y el Patrón Fundamental PAS se pueden usar tal como se presentan, también se pueden considerar como un metamarco dentro del cual se pueden acomodar los modelos y el conjunto de pruebas existentes. Además, se pueden utilizar como un punto de referencia para identificar las brechas de la teoría y la práctica actual, que con mucha frecuencia surgen de una atención insuficiente al funcionamiento negativo del poder y los significados ideológicos asociados. En línea con estos principios, hay ejemplos de buenas prácticas de trabajo que se pueden encontrar en los Anexos de la publicación resumida www.bps.org.uk/PTM-Overview.[53]

La siguiente sección presenta los Patrones Generales provisionales dentro del Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado.

Parte 3: Los Patrones Generales Provisionales que surgen del Patrón Fundamental

En esta sección explicaremos cómo se pueden usar los cuatro elementos principales de Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la Amenaza para identificar patrones y regularidades desde el Patrón Fundamental, más extenso. Estas regularidades se pueden entender como ejemplos más específicos de *patrones de respuesta basados en el significado ante las amenazas del poder*.

Al final de la sección se realizará una exposición de cómo estos Patrones Generales provisionales, probabilísticos, basados en la evidencia, dentro del Patrón Fundamental, pueden servir como la base para generar narrativas personales, grupales, sociales y/o comunitarias que promuevan el significado y la agencia, y que por ello tienen el potencial de crear esperanza, reconstruir

[53] Su versión en español, «El Marco de Poder Amenaza y Significado. Publicación abreviada» se encuentra disponible en descarga libre en http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf (*N. de los T.*)

relaciones y apoyar la acción social. El Marco PAS y los Patrones Generales también pueden usarse para cumplir más eficazmente las otras funciones asociadas al diagnóstico psiquiátrico, como la de proponer intervenciones, planificar servicios, tomar decisiones administrativas y proporcionar la base para la investigación (como se explica en el Capítulo 8).

Antes de describir los Patrones Generales, es importante considerar con más detalle lo que se puede entender por «patrón» en este contexto, así como las semejanzas y diferencias entre estos patrones propuestos y los que se usan para respaldar los diagnósticos médicos.

¿Qué es un patrón?

Al nivel más general, un patrón hace referencia a una asociación entre los fenómenos examinados que parece darse de forma más intensa que la atribuible al azar. Ciertas asociaciones se pueden considerar *significativas* cuando lo sugiere, por ejemplo, una alta frecuencia de concordancia, en base a alguna evidencia de causalidad, es decir, la relación entre antecedentes y consecuentes o por el conocimiento de los procesos que dan sentido a esta asociación. En el Capítulo 1 se explica cómo, en medicina, los patrones o las regularidades de este tipo, en las funciones somáticas, se usan como «plantillas» sobre las que los clínicos tratan encajar las quejas somáticas de cada persona y, al hacerlo, consiguen una cierta comprensión acerca de cómo aparecen estas molestias y sobre cómo podrían aliviarse. También se aprecia que estos patrones tienen diferentes niveles de complejidad y desarrollo, por lo que proporcionan distintos niveles de comprensión de los problemas individuales.

Las dificultades para encontrar una definición precisa de «patrón» en este tipo de contextos están bien descritas en el artículo clásico sobre el diagnóstico médico de Engle y Davis, publicado en 1963, aunque todavía sigue vigente (véase por ejemplo, Rosenberg, 2002). Estas similitudes entre los propósitos del diagnóstico médico y los objetivos de las alternativas al diagnóstico psiquiátrico reflejan que la argumentación general también resulta relevante en el debate sobre los patrones de las dificultades emocionales y conductuales.

Engle y Davis (1963) describen los diagnósticos médicos con distintos «grados de certeza», que reflejan las distintas características de los patrones sobre los que se basan y en la «certeza» del clínico acerca de si el problema presentado por un paciente «encaja» en un patrón general concreto. El primer grado de certeza incluye los cuadros en los que habitualmente las causas resultan muy claras y precisas, y siendo así presentan muy pocas variaciones entre las personas o entre los entornos. Aquí podrían incluirse la congelación, las lesiones por aplastamiento y otras consecuencias debidas a traumatismos. En el otro extremo, el quinto grado de certeza en la escala de Engle y Davis, hay una constelación de signos y síntomas cuyas causas no resultan conocidas y presentan una alta variabilidad entre las personas. En medio se sitúan los patrones con vínculos más o menos bien definidos entre causas y efectos, con mayor o menor variabilidad en las presentaciones individuales.

Se podría defender que los diagnósticos psiquiátricos simplemente ocupan una mala posición en esta escala, pero este no es el caso. Por todos los motivos analizados en el Capítulo 1, las agrupaciones del DSM y CIE, sobre las que se

fundamentan los diagnósticos psiquiátricos funcionales, no alcanzan ni el grado de certeza más bajo de Engle y Davis —constelaciones de signos y síntomas— aunque el uso incorrecto, pero frecuente, de los términos «signo» y «síndrome» en los debates sobre el diagnóstico psiquiátrico podrían hacer pensar lo contrario.

Engle y Davis señalan varios puntos importantes en referencia a los patrones médicos generales y su papel en la comprensión de los problemas individuales. En primer lugar, los patrones y las fronteras entre ellos son siempre provisionales. Podemos señalar algunas evidencias sobre su validez, pero nunca queda resuelta. En segundo lugar, los patrones son de diferentes tipos y se basan sobre distintas clases de evidencia, que entre otras abarcan cambios anatómicos, agentes causales, anormalidades genéticas o bioquímicas. En tercer lugar, cada patrón se apoya en una teoría e investigaciones complejas acerca de la naturaleza de sus «elementos» y de la relación entre ellos; a la vez que dicha teoría e investigación está en cambio constante. Finalmente, estos patrones tienen una relación variable cuando se intenta entender los problemas de un individuo. En algunos casos se ajustan de forma clara y directa, y en otros son menos concluyentes e inciertos.

Hemos resaltado que el tipo de patrones que se pueden encontrar en las personas con dificultades emocionales y de conducta, sus causas y consecuencias, son muy distintos al tipo de patrones de los problemas somáticos que sustentan el diagnóstico médico y se basan en regularidades causales totalmente distintas, y que, por lo tanto, deben fundamentarse sobre postulados teóricos muy diferentes. Sin embargo, los planteamientos generales de Engle y Davis resultan relevantes en la tarea de describir los patrones que se pueden usar al objeto de comprender las dificultades emocionales y conductuales. En concreto, estas regularidades no se ajustarán a una definición única y sencilla de «patrón». Puede haber distintos tipos de evidencia sobre su validez, incluyendo su base en marcos teóricos apropiados, la frecuencia de su concurrencia, las pruebas sobre las relaciones de causa y efecto, y el conocimiento acerca de los posibles mecanismos subyacentes; pero los patrones y sus fronteras son inevitablemente provisionales, y tienen una relación abierta con los problemas de las personas y los grupos concretos. No obstante, los patrones específicos propuestos en este trabajo se caracterizan por una sorprendente consistencia en referencia a que sus elementos surgen de diferentes líneas investigación realizada con los grupos de usuarios de servicios, pero también en la realizada sobre la población general. Estas investigaciones abarcan análisis históricos y teóricos; investigaciones demográficas, con encuestas o cuestionarios, líneas experimentales y otras de tipo cuantitativo; y también de los análisis cualitativos; y, no menos importante, del gran corpus de testimonios personales sobre el sufrimiento y las experiencias inusuales. Regresaremos a estos temas en los siguientes apartados.

Describir las asociaciones significativas: Las relaciones entre las amenazas y las respuestas a las amenazas

Los patrones que pueden deducirse a partir del Marco PAS y el Patrón Fundamental se fundamentan en recuperar la vinculación entre las amenazas

basadas en el significado y las respuestas a dichas amenazas basadas en el significado.

Conviene recordar que, en algunas situaciones, estas asociaciones se reconocen fácilmente. No se necesita decir que la muerte de un ser querido se experimenta como una pérdida y que, por lo general, suscita una respuesta de duelo; y que la ausencia de figuras de apego en los niños pequeños se experimenta como abandono y conlleva ansiedad y conductas de búsqueda; la amenaza a la seguridad física provoca terror y una reacción que puede ser de lucha, escape, o congelación o paralización; y así sucesivamente. No obstante, por lo general no solemos atribuir patología cuando el suceso causal psicosocial inmediato resulta obvio. Por lo tanto, la locura temporal del duelo (llanto, desesperación, oír o ver a la persona que ha muerto, insomnio, inquietud, incapacidad para concentrarse, etc.) no se considera como una enfermedad psiquiátrica, aunque indudablemente a este conjunto de reacciones se le adjudicaría un diagnóstico en ausencia de una causa obvia. No creemos que una niña desesperada, que llora y se abraza, tiene un «trastorno» si nos damos cuenta de que ha perdido a su madre entre la multitud. No se considera que un soldado extremadamente alerta y muy nervioso haya desarrollado de repente una «enfermedad mental» si se encuentra realmente en combate. Del mismo modo, quienes investigan sobre la «paranoia» han afirmado que tiene, de forma bien establecida, una relación con experiencias de acoso, violencia, discriminación y entornos inseguros, que la hace «comprensible y, de hecho, resulta adaptativa» (Shevlin et al., 2015, p.213). En los ámbitos sanitarios generales, la relación entre el suceso amenazante y el sufrimiento también puede resultar obvia (por ejemplo, al recibir un diagnóstico terminal o ante un parto complicado), aunque puede que haya menos conciencia sobre el papel desencadenante de los problemas previos.

Algunas de estas vinculaciones son reconocidas en los diagnósticos psiquiátricos, como es el caso del «trastorno de estrés postraumático» (TEPT) y, curiosamente, parece haber una tendencia creciente a ello. Así, el DSM-5 (APA, 2013) ha reubicado el «TEPT» desde la categoría general de «trastornos de ansiedad» a un nuevo capítulo sobre «trastornos relacionados con traumas y factores de estrés» donde se describe como algo «único en del dsm-5, ya que exige identificar un suceso externo que lo desencadena». Esta nueva categoría incluye el «trastorno de apego reactivo», «trastorno de relación social desinhibida» (TRSD) (que equivale al «trastorno de vinculación desinhibido» de la CIE), «trastorno por estrés agudo», «trastornos adaptativos», y a otros trastornos específicos o no específicos «asociados a traumas y factores de estrés». Se sugiere que el trastorno de apego reactivo se desarrolla «como resultado de maltrato y/o el abandono», que el trastorno de estrés agudo sigue a la «exposición real o amenaza de muerte, a un daño grave o a una violación sexual», el trastorno adaptativo se da en el intervalo de un mes, posterior al suceso estresante, y el trastorno desinhibido del apego es «el resultado del abandono social». En otras palabras, en todos estos diagnósticos, los «síntomas» se describen explícitamente como patrones de respuesta a sucesos y circunstancias psicosociales amenazantes; y, de hecho, las causas biológicas son criterios de exclusión. Este nuevo capítulo se añade, en el DSM y el CIE, al de los «trastornos disociativos» (que incluye el trastorno de identidad disociativo, la amnesia disociativa y la despersonalización o

desrealización), como los únicos casos en los que los «trastornos» se reconocen de forma explícita como respuestas a los sucesos psicosociales adversos. La tendencia a encuadrar los cuadros psiquiátricos como consecuencia de adversidades psicosociales, aunque dentro de todas las limitaciones del marco del concepto «trastorno», habría sido aún mayor si se hubieran aceptado las detalladas propuestas de van der Kolk y sus colegas (2014) para unas nuevas categorías, el «trastorno por trauma complejo» y el «trastorno del desarrollo» que reemplazaban muchos usos diagnósticos del DSM-IV.

De forma similar, se propuso incluir una nueva categoría de «trastorno de estrés postraumático complejo» («trauma complejo» para abreviar) en la CIE-11. Que se define como «*un trastorno que se puede desarrollar tras la exposición a un evento o serie de eventos de naturaleza extrema, prolongada o repetitiva, experimentados como una amenaza extrema o aterradora y de la que resulta difícil o imposible escapar (por ejemplo, tortura, esclavitud, genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia*)» (Maercker et al., 2013).

La tesis de este trabajo es que la mayor parte de las experiencias que se definen como «síntomas» en los «trastornos psiquiátricos funcionales» (y muchos otros problemas, incluyendo algunos tipos de comportamiento delictivo) se pueden entender de este modo, sin que sea necesario asumir un «trastorno mental», una vez que se identifiquen las amenazas basadas en el significado y se restauren sus vínculos con las respuestas de protección ante las amenazas. Los ejemplos anteriores también dejan claro que las respuestas necesitan describirse según su *función*, no solo como conductas o como reacciones que habitualmente se denominan «síntomas». Así, la función del llanto del niño es atraer la atención de la madre, la función de la alta activación del soldado es prepararse para la lucha, la función de los pensamientos de suspicacia es protegerse de un ataque, etc. Se combinan varios factores que hacen que estas relaciones permanezcan ocultas en la mayor parte de lo que se denomina «enfermedad mental», lo mismo que en los «comportamientos delictivos» y otros problemas sociales y sanitarios. Resumidos, de forma breve, son:

- La amenaza (o actividad de poder) puede parecer menos obvia debido a que puede ser sutil, acumulativa y/o socialmente aceptada. Estos factores oscurecen el funcionamiento negativo del poder, permitiendo así su perpetuación.
- A menudo la amenaza es lejana en el tiempo, aún cuando la respuesta a la amenaza siga activa.
- Las amenazas pueden ser tan numerosas y las respuestas tantas y tan variadas, que las conexiones entre ellas se confunden y permanecen ocultas.
- Puede darse una acumulación de amenazas y adversidades aparentemente menores durante un período prolongado, especialmente en personas mayores.
- La respuesta a la amenaza puede tomar una forma inusual o extrema con una relación con la amenaza que resulta menos obvia; por ejemplo,

mediante creencias aparentemente «extravagantes», escuchar voces, autolesiones, autoinanición.

- Es posible que el que sufre no sea consciente del suceso(s) o de la relación con él, ya que la pérdida de memoria y la disociación, entre otras razones, pueden formar parte de sus estrategias de afrontamiento.
- La persona que sufre puede haberse acostumbrado a negar la posible relación, porque reconocerla podría ser peligroso, estigmatizador, vergonzante, inútil, o bien por otro motivo.
- Negar esta relación puede alentarse mediante discursos sociales de crítica, debilidad, culpabilidad, etc.
- Los profesionales de salud mental están formados para eclipsar la relación mediante la aplicación de un diagnóstico, que impone una poderosa narrativa experta basada en el déficit individual y la enfermedad médica.
- Hay una resistencia social, a todos los niveles, a reconocer la prevalencia de las amenazas y los impactos negativos del poder.
- Hay muchos intereses personales, familiares, profesionales, organizativos, comunitarios, comerciales, económicos y políticos que desligan la amenaza de la respuesta a la amenaza y, de ese modo, se preserva el modelo de «enfermedad médica».
- La combinación de las influencias previas niega a las personas un marco de pensamiento socialmente compartido dentro del que puedan dar sentido a sus propias experiencias en sus propios términos.

De forma acumulativa, estos factores ayudan a asegurar que esas experiencias puedan «permanecer fuera del ámbito de la realidad socialmente reconocida» y así se convierten en «lo que no se puede hablar» (Herman, 2001, p.8). Este proceso se ha denominado «ceguera a la traición» (Freyd y Birrell, 2013) y opera en múltiples niveles: personal, familiar, institucional y social. En palabras de Judith Herman, «la represión, la disociación y la negación son fenómenos de conciencia tanto social como individual» (Herman, 2001, p.9). El impacto en la persona que ha sido diagnosticada se puede considerar como una forma de «injusticia epistémica» (Fricker, 2007), un concepto que define el proceso por el que se priva a los miembros de los grupos marginalizados de los recursos sociales que les permitirían comprender sus experiencias fuera de los discursos dominantes. Este punto se revisará más adelante.

Mientras tanto, es importante hacer hincapié en que las secciones correspondientes del CIE y el DSM siguen conceptualizando las respuestas a las amenazas como «síntomas» o quejas médicas discretas. Por el contrario, el PAS las agrupa según las principales funciones a las que sirven, que a su vez se vinculan a las necesidades humanas básicas de tener protección, ser valorado, ejercer la agencia y tener control, ocupar un lugar dentro del grupo social, etc. Estas estrategias superan las fronteras tradicionales entre lo «normal y anormal».

En el Cuadro 2 se muestra una lista, no exhaustiva, de las respuestas ante las amenazas. Todas las personas experimentan o utilizan estas distintas formas de reacción y comportamiento a veces, sin que esto necesariamente constituya un problema. Muchas de estas respuestas —como buscar lazos afectivos— simplemente forman parte del ser humano. Por lo tanto, no siempre cumplen

con la función de protección ante la amenaza, independientemente de que sean consideradas dentro de la categoría social de lo «normal», o incluso lo deseable (por ejemplo, el trabajar duro) o «patológica» (por ejemplo, tener creencias inusuales, escuchar voces). Sin embargo, especialmente si cumplen un propósito como respuesta a las amenazas, pueden llegar a ser problemáticas por sí mismas.

Cuadro 2: Agrupaciones funcionales de las respuestas a amenazas	
Regulación de los sentimientos abrumadores	P. ej., mediante disociación, autolesión, recuerdos fragmentados, atracones y purgas, codificación de memoria diferencial, realizar rituales, intelectualización, ánimo o elevado euforia, ánimo bajo, escuchar voces, uso de alcohol y drogas, actividad compulsiva de diversos tipos, atracones, negación, proyección, escisión, desrealización, somatizaciones, insensibilidad corporal
Protección contra el peligro físico	P. ej., hipervigilancia, insomnio, flashbacks, pesadillas, lucha, huida, congelación, paranoia, aislamiento, agresión
Mantener una sensación de control	P. ej., autoinanición, rituales, violencia, dominancia en las relaciones
Búsqueda de vínculos	P. ej., mediante la idealización, conciliación, búsqueda de atención y respuestas emocionales, uso de la sexualidad
Protección contra la pérdida del vínculo, el daño y el abandono	P. ej., mediante el rechazo a los otros, desconfianza, búsqueda de atención y respuestas emocionales, sumisión, culparse, violencia interpersonal, acumular, conciliar, acallarse, castigarse
Preservar la identidad, la autoimagen y la autoestima	P. ej., grandiosidad, creencias inusuales, sentirse con derecho, perfeccionismo, insistencia, dominancia, hostilidad, agresión
Preservar un lugar dentro del grupo social	P. ej., insistencia, competitividad, conciliar, acallarse, culparse
Satisfacer necesidades emocionales, calmarse	P. ej., balanceo, autolesión, rascado de la piel, atracones, consumir alcohol, sobrealimentación, sexualidad compulsiva
Comunicar el sufrimiento, conseguir atención	P. ej., autolesión, creencias inusuales, escucha de voces, autoinanición
Encontrar significado y propósito	P. ej., creencias inusuales, exceso de trabajo, ánimo elevado

La función de las respuestas ante las amenazas concretas varía de una situación a otra y entre cada persona, aunque se pueden esperar similitudes dentro de una misma cultura. Esto se debe, tal como se analiza en el Capítulo 2, a que las diferentes culturas suministran «grupos de síntomas» o formas que culturalmente se reconocen como formas de expresión del sufrimiento. Además, una misma respuesta a la amenaza puede servir a múltiples propósitos en la misma persona. Por lo tanto, la autolesión se puede usar simultáneamente como una forma de castigarse, de comunicar, y de aliviar los sentimientos. Todas estas estrategias pueden constituir intentos de las personas, sean conscientes o no, de sobrevivir ante los impactos negativos del poder y la adversidad, usando los recursos a su disposición. La gestión de los sentimientos y recuerdos abrumadores es una prioridad de supervivencia en

todas las formas de sufrimiento y, por lo tanto, es posible que desencadenen una amplia gama de respuestas a la amenaza.

Restaurar los vínculos entre las amenazas y las respuestas a las amenazas dentro del Marco PAS

El Marco PAS brinda un sistema que restaura la vinculación entre las amenazas basadas en el significado (como la traición, el abandono, el peligro físico) con las respuestas a las amenazas basadas en el significado (como la hipervigilancia, la autolesión, la realización de rituales). Situar todo esto en un contexto más amplio del poder, asociado a los significados sociales e ideológicos, contribuye a definir algunos Patrones Generales probabilísticos y superpuestos, y regularidades dentro del Patrón Fundamental del PAS.

La Figura 2 («Plantilla de Patrones Generales del Marco Poder, Amenaza y Significado») puede ayudar a ilustrar este proceso. Ahí se muestra una versión del Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado. Los elementos principales del Patrón Fundamental (Poder, Amenaza, Elementos de exacerbación y de mejora, y Respuestas ante las amenazas) se amplían para posibilitar una explicación más detallada de sus distintos aspectos. Los «Factores biológicos mediadores» pueden incluir no solo las respuestas a las amenazas biológicamente basadas, sino también factores más generales como cambios hormonales, elementos del temperamento, el impacto de la restricción de alimentos, la privación del sueño, los cambios asociados al envejecimiento, etc., junto a las consecuencias de las alteraciones del neurodesarrollo, apoplejía o lesión cerebral, cuando sea pertinente. La inclusión de «Significado y discurso» facilita un examen más cercano de los significados personales y sociales característicos, a través de los cuales se pueden experimentar las amenazas.

Esta versión ampliada de los elementos del Patrón Fundamental se puede usar para facilitar la identificación de los Patrones Generales Provisionales basados en la evidencia, que se superponen y son contingentes, dentro del Patrón Fundamental, como se explica en la próxima sección «Patrones Generales Provisionales: Identificación de los elementos y los componentes básicos». Una versión adaptada de la plantilla y una guía para usar el marco en situaciones de ayuda a pares o de autoayuda se puede encontrar en el Anexo 1 de la publicación www.bps.org.uk/PTM-Overview.[54]

[54] La versión en español se encuentra en: http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf (*N. de los T.*)

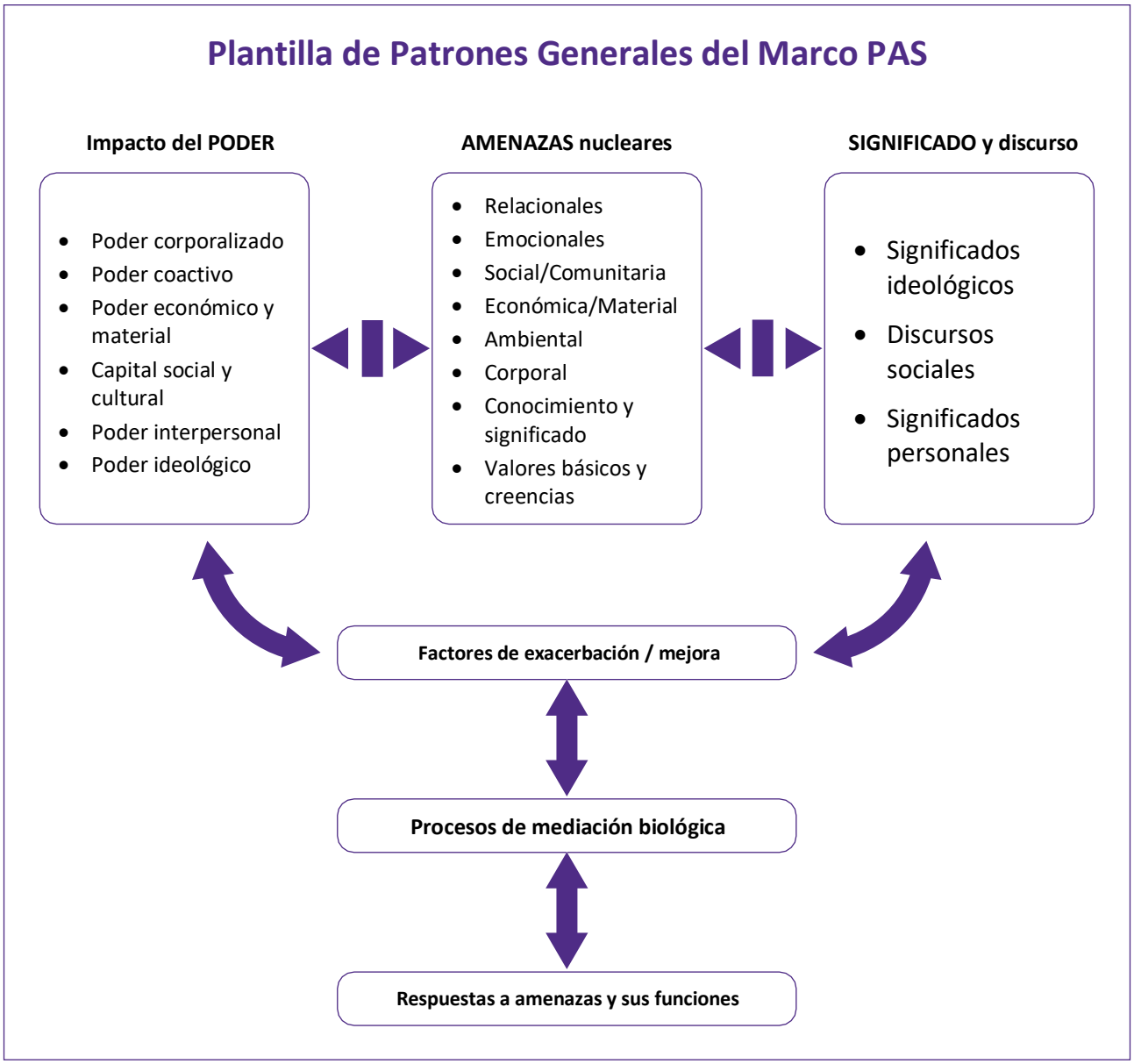

Figura 2: Plantilla de patrones generales del Marco PAS

Patrones generales provisionales: Identificación de los elementos y componentes básicos

Esta sección describe un conjunto preliminar, basado en la evidencia, de los componentes básicos de los cuatro elementos de Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la Amenaza. Estos componentes básicos se usarán luego como la base para trazar los Patrones Generales dentro del Patrón Fundamental del PAS.

Estas listas no son exhaustivas, en cualquier contexto cultural en las que se usen. Están concebidas para ser y mantenerse abiertas, para recoger la evolución de las expresiones de sufrimiento en contextos locales e históricos concretos. Del mismo modo, se necesita mantener la investigación para confirmar aún la validez y la utilidad práctica de los distintos elementos.

Nunca se insistirá lo suficiente en que los cuatro elementos, Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la Amenaza, son inseparables, a nivel conceptual y experiencial, aunque los consideraremos por separado para explicarlos más claramente.

Por eso, ahora procederemos a una consideración más detallada de cada uno de estos cuatro aspectos.

PODER ¿Cómo está actuando el poder en tu vida? («¿Qué te ha pasado?»)

El poder puede funcionar de forma positiva, en términos de proteger, ayudar y dar acceso a recursos, pero también de forma negativa. No es posible describir la actividad negativa del poder sin incluir tanto la amenaza que puede conllevar como el significado inherente que puede tener la amenaza. La demarcación explícita del PAS sobre las múltiples fuentes de poder posibles en la vida de un niño, un adulto, un grupo o comunidad es fundamental para dar un sentido coherente a las experiencias de las personas, y este debe ser el punto de partida para la comprensión del sufrimiento o conducta perturbadora.

El poder opera a través de factores inmediatos, pero también mediante otros más distantes, mediados por las posibilidades corporales, las relaciones, las estructuras sociales, las instituciones, las organizaciones y las interacciones cotidianas. Su funcionamiento puede sernos consciente, pero a veces actúa sin que nos demos cuenta. No hay una lista consensuada sobre los «tipos» de poder existentes, pero la siguiente refleja muchos aspectos de su funcionamiento en distintas esferas, que también se encuentran relacionadas:

- **El poder biológico o corporalizado** opera, tanto positivamente como negativamente, a través de los atributos físicos y sus significados culturales: por ejemplo, la fuerza, la apariencia física, la fertilidad, el color de piel, las aptitudes y habilidades físicas, la salud física y el bienestar.
- **El poder coercitivo o el poder mediante la fuerza** es parte inevitable de la guerra y el combate, pero también implica cualquier uso de violencia, agresión, amenaza o uso de la fuerza física, para asustar, intimidar o garantizar la obediencia. Aunque a menudo es negativo, el poder coercitivo puede usarse positivamente, por ejemplo, cuando los padres apartan a los niños pequeños de un peligro.
- **El poder legal** también puede ser coercitivo, como el poder de arrestar, encarcelar u hospitalizar. También hace referencia a una amplia gama de reglas y sanciones que regulan y controlan muchas áreas de nuestras vidas y nuestra conducta, apoyan o limitan otros elementos de poder, brindan o restringen las elecciones, protegen los derechos de las personas, mantienen el orden social, etc.
- **El poder económico y material** implica contar con los medios para obtener propiedades y servicios costosos, controlar el acceso de algunos a los mismos, y realizar actividades costosas. Esto se aplica en múltiples áreas, incluidas la vivienda, el empleo, el transporte, la educación, el tratamiento médico, el ocio, los servicios jurídicos, la seguridad y la vida privada.
- **El capital social o cultural** se refiere a una forma de poder caracterizada por una combinación de titulaciones reconocidas, identidades sociales, conocimientos, y contactos sociales que se pueden transmitir

indirectamente a la siguiente generación. Cada vez más supone el acceso y las habilidades para usar ordenadores, redes sociales y otras nuevas tecnologías, así como la comprensión de cómo pueden moldear nuestras vidas, para bien o para mal.

- **Poder interpersonal.** Aunque todas las formas de poder pueden operar a través de las relaciones, se refiere más concretamente al poder de cuidar o no cuidar, o de proteger a alguien, de ayudar o abandonar, de dar, entregar o retirar el amor y el cuidado, de debilitar o apoyar a otros a desarrollar sus creencias e identidades, etc.
- **El poder ideológico** conlleva el control del significado, el lenguaje y las «prioridades». También incluye el poder de crear narrativas que apoyan intereses sociales y económicos concretos, el de generar creencias o estereotipos sobre grupos concretos, el de interpretar la experiencia propia o la de otros, la conducta y los sentimientos propios, y de que estos significados sean confirmados por otros, así como el poder para silenciar o minusvalorar. Es una de las formas más invisibles del poder y opera en muchas áreas, incluyendo los medios, la publicidad, el gobierno, la educación, el sistema legal, la salud, la ciencia y la investigación. Las redes sociales e Internet propician esta actividad, cada vez más omnipresente y sofisticada, del poder ideológico en formas que a menudo están más allá de nuestro conocimiento, conciencia o capacidad.

Tal como se explica en el Capítulo 4, el funcionamiento negativo del poder en estas esferas, estrechamente relacionadas, junto a la falta de atributos y recursos socialmente valorados, pueden producir contextos problemáticos y amenazantes y, al mismo tiempo, limitar la capacidad de las personas para responder a estas amenazas.

AMENAZA ¿Qué tipo de amenaza representa? («¿Cómo te afectó?»)

La amenaza describe los riesgos o peligros que los usos negativos del poder, como se explicó antes, pueden plantear a la seguridad y supervivencia de personas o grupos. Debido a que los tres elementos de Poder, Amenaza y Significado están interconectados, un listado de las amenazas inevitablemente abarca tanto a sus fuentes como a sus significados.

En situaciones, como los desastres naturales, la influencia del poder es más indirecta y se puede mostrar de forma más patente, por ejemplo, a través de los diferentes medios para implementar de antemano medidas preventivas o para disponer después del apoyo material. Además, todos estamos expuestos a sufrir amenazas inevitables debidas al azar, como un duelo inesperado, accidentes o enfermedades físicas. Una vez más, el poder ejerce sus efectos principales mediante el acceso a la ayuda ante estos acontecimientos de la vida y en la medida en que nuestras experiencias previas nos han preparado para gestionar ese impacto emocional.

Las Amenazas centrales a la seguridad, la supervivencia o el bienestar se pueden concebir a la inversa de las necesidades humanas básicas descritas antes, e incluyen a las:

Relacionales: perturbaciones en los apegos, abandono, traición, aislamiento, vergüenza y humillación, rechazo, hostilidad, desamparo, pérdidas, estar

atrapado, amenazas a los límites, autonomía o control, autoconcepto y formación de la identidad, invalidación.

Emocionales: sentirse emocionalmente abrumado e inseguro.

Sociales y comunitarias: aislamiento, exclusión, hostilidad, rechazo social, injusticia, pérdida del rol social o laboral.

Económicas y materiales: pobreza, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas, acceso a los servicios mínimos para uno mismo y/o los que dependen de uno.

Ambientales: inseguridad, amenaza física, estar atrapado, pérdida de contacto con la tierra natal o la naturaleza.

Corporales: enfermedad, dolor crónico, discapacidad física, lesión, pérdida de funcionalidad, peligro físico, inanición, agotamiento, invasión o intrusión corporal.

Construcción de conocimiento y significado: falta de oportunidades, apoyo o recursos sociales para acceder y usar fuentes de información relevantes y dar sentido a las propias experiencias; desprecio de los conocimientos propios y las experiencias debido a las relaciones de poder desiguales; imposición de significados por los discursos sociales u por otros con más poder.

Identidad: falta de apoyo para desarrollar la propia identidad; pérdida de identidad social, cultural o espiritual; la adopción o imposición de identidades despreciadas, inferiores o vergonzantes sobre uno mismo o su grupo social.

Basadas en los valores: pérdida de propósito, valores, creencias y significado; pérdida de los rituales sociales, los sistemas de creencias y prácticas.

Cuadro 3: Significados	
SIGNIFICADO: ¿Qué Significado tienen estas situaciones y experiencias para ti? («¿Qué sentido le has dado»)	
Inseguro, asustado, atacado	Estar atrapado
Abandonado, rechazado	Derrotado
Indefenso, impotente	Fracasado, ser inferior
Desesperanzado	Culpable, reprobable, responsable
Dañado	Traicionado
Controlado	Avergonzado, humillado
Emocionalmente abrumado	Sensación de injusticia / desigualdad
Emocionalmente «vacío»	Sensación de falta de sentido
Malo, indigno	Sucio, malvado
Aislado, soledad	Extraño, peligroso
Excluido, enajenado	Diferente, «anormal»

Como ya se señaló, los impactos amenazantes del funcionamiento del poder no se pueden explicar sin tener en cuenta el significado que tienen para la persona y/o el grupo social. La actividad del poder (por ejemplo, mediante el abuso) no supone que de forma necesaria la amenaza para la persona vaya a ser duradera (por ejemplo, la vergüenza) cuando esta tiene la capacidad de

elaborar un significado para el suceso (por ejemplo, «no fue tu culpa»). A la inversa, la atribución del significado puede generar un sentimiento de amenaza incluso sin que haya un peligro actual, como se puede ver en algunos casos referentes a los pensamientos de suspicacia («paranoia»). Por lo tanto, el «significado» es el hilo que mantiene unidos a todos los demás elementos del Marco PAS.

Tal como se argumenta en el Capítulo 3, aquí «Significado» se entiende como constituido social, relacional e individualmente, mediante creencias y sentimientos, y, también, a través de las reacciones corporalizadas. La vergüenza, por ejemplo, se compone de un sentimiento corporalizado, como el miedo, la humillación, el fracaso, el sentimiento de inferioridad, etc., junto a lo que la persona piensa de sí misma,

En el extremo prereflexivo, ciertos significados («esta persona está segura o insegura»; «estoy protegido o en peligro») pueden ser biológicamente más prioritarios ya que forman parte de un patrón de respuesta evolutivo. En las etapas de desarrollo más tempranas, los significados se pueden codificar preconscientemente a modo de «remembranzas emocionales» (Gilbert, 2007), imágenes, símbolos, reacciones corporalizadas y en otras formas de memoria no verbal y, a veces, son las primeras o las principales manifestaciones de conflictos o adversidades que no se han resuelto. Con el desarrollo del lenguaje y la capacidad de reflexión y mentalización surge la posibilidad de evaluar y modificar los significados existentes y crear otros nuevos, moldeados por los discursos sociales, que se codifican mediante el lenguaje. Sin embargo, las expresiones no verbales del significado, entre las que se incluyen los sueños, las visiones, las experiencias corporalizadas, como la tensión, el dolor, la incomodidad, etc., siguen funcionando a lo largo de nuestras vidas. De este modo, el significado se puede comunicar a través de la conducta, los símbolos y las reacciones corporalizadas, además de en modos verbales. A veces, a las expresiones no verbales o preverbales se les presta más consideración y atención en las culturas no occidentales y, por lo tanto, es menos probable que se las juzgue como patología, «trastorno» o locura.

Las respuestas sustentadas en el lenguaje, como imaginar, anticipar, rumiar, reflexionar, interpretar y evaluar, pueden interactuar positiva o negativamente con otras respuestas. Algunas veces, las personas potencian, sin darse cuenta, ciclos que refuerzan los significados y retroalimentan las respuestas a las amenazas creando profecías autocumplidas. Alternativamente, nuestras habilidades reflexivas basadas en el lenguaje se pueden usar para generar nuevas narrativas y significados que ayudan a liberarse de estos ciclos.

RESPUESTAS A LA AMENAZA ¿Qué tipos de respuestas a la amenaza estás usando? (¿Qué tienes que hacer para sobrevivir?)

En el capítulo 5, explicamos en detalle el rol de la biología. La sección siguiente, sin embargo, se centra en las reacciones corporalizadas que pueden considerarse, de forma más específica, como respuestas a la amenaza.

Cuando se enfrentan a la amenaza, los seres humanos pueden valerse de un abanico de respuestas a la amenaza para asegurar la supervivencia emocional, física, relacional y social frente al impacto negativo del poder. En otras palabras, como se hizo hincapié antes, las respuestas ejecutan ciertas

funciones comunes que no se adecúan necesariamente con las descripciones o categorías existentes de «síntomas».

Ante la amenaza, la personas pueden recurrir a cualquier combinación de estas respuestas corporalizadas (véase los Cuadros 4 a 8) dependiendo de los recursos de poder y de los significados culturales disponibles para ellas. Las respuestas listadas primero son aquellas que son más prerreflexivas y que no necesariamente dependen de las estrategias y los recursos lingüísticos, o puede que no se ejecuten conscientemente, aunque pueden ser moldeadas por un aprendizaje posterior. Éstas podrían ser las dominantes en las etapas evolutivas más tempranas, aunque podrían hallarse a lo largo de todo el ciclo vital, y puede que sean las más invariantes entre las culturas.

Las que proceden de un nivel más alto de las capacidades sociocognitivas se listan a continuación, y dependen más del lenguaje y el aprendizaje, y el patrón característico de las estrategias de la persona podría involucrar una conciencia y una selección más intencional. Es más probable que estas estrategias aparezcan después, en términos evolutivos, que estén más abiertas a ser moldeadas por los significados locales, y que por ello sean más específicas de la cultura. Hay que señalar que, sin embargo, no hay una distinción taxativa entre respuestas prerreflexivas y reflexivas. De la misma manera, no se sugiere una división entre respuestas «positivas» versus «negativas», o entre respuestas «maduras» y «primitivas». Todas estas respuestas son adaptativas en algunas circunstancias, aunque lo sean menos en otras, particularmente cuando se usan con poca flexibilidad.

Las respuestas se conciben en términos de actividad significativa antes que como conductas mecánicas o irreflexivas. Esto no significa que las respuestas sean siempre conscientes y se elijan deliberadamente. Más bien, se quiere subrayar que surgen de un modo flexible, en asociación con patrones dinámicos de significado complejo, más que debidas a asociaciones automáticas a estímulos cuyos significados son más o menos fijos.

En el extremo prerreflexivo, las respuestas a la amenaza podrían estar dominadas por significados primados biológica y emocionalmente; por ejemplo, la «lucha» con la ira, la «huida» con el miedo. El sufrimiento y la aparición de remembranzas podrían experimentarse, de forma particular, en el caso de adversidades tempranas o muy graves, en la forma de reacciones corporalizadas sobrecogedoras o aterradoras. Sin embargo, en la práctica, las respuestas, desde el inicio de la lista, se basan en elementos del lenguaje cuando se ejecutan. De forma similar, las respuestas del final de la lista, aunque se basan en el lenguaje, el aprendizaje, los discursos, las narrativas, los símbolos y las autorrepresentaciones, están siempre moldeadas por elementos de significado derivadas de sensaciones prerreflexivas. En cualquier caso, lo que en un momento es reflexivo en el siguiente puede proceder de un «fondo» prerreflexivo, en el momento siguiente de actividad. De forma similar, un significado antes oscurecido puede repentinamente emerger y hacerse prominente. Estos giros en el contenido y la forma de la reflexividad y de las interpretaciones que las personas hacen de sus propias experiencias añaden más capas de complejidad y contingencia a sus patrones de respuesta. Un moldeado adicional proviene de las respuestas de los otros, los significados socialmente accesibles y el acceso a los recursos de poder.

Desde una perspectiva de intervención, una consideración clave es determinar si las respuestas a la amenaza son adaptativas a las circunstancias presentes. Esto remite a una cuestión más amplia: hasta qué punto debemos dirigir nuestra atención a las respuestas y hasta qué punto a las circunstancias de las que proceden. También plantea la cuestión sobre quién sufre o quién se encuentra perturbado por las respuestas a la amenaza, y por qué. (N. B. Se reconoce que, en particular en los sistemas de justicia penal y en los entornos de salud mental, es necesario considerar no solo el valor adaptativo de la respuesta desde la perspectiva de la persona, sino también su legalidad y el posible daño a otros).

El hecho de que una reacción específica pueda considerarse o no como una respuesta a la amenaza depende del significado y el contexto; por lo tanto, hay muchos motivos posibles para las experiencias somáticas, la disociación, el insomnio, el uso de alcohol, para aislarse, el retraso en el habla, etc., y no todos ellos se relacionan con la amenaza. En particular, en las especialidades que se dedican a las personas mayores, a la discapacidad intelectual, y en Neuropsicología, las expresiones de sufrimiento podrían moldearse por déficits cognitivos y somáticos. Por ejemplo, en la discapacidad intelectual, algunos «fenotipos conductuales» se asocian a condiciones específicas del neurodesarrollo (a menudo raras) como los síndromes de Prader-Willi, Lesch-Nyan, X frágil, etc. Las personas diagnosticadas de «condiciones del espectro autista» experimentan dificultades particulares con base neurológica, por ejemplo, del procesamiento sensorial, y son muy vulnerables a experimentar una «sobreestimulación» sensorial y extrema ansiedad, lo que establece el escenario para una gama de respuestas conductuales. Estas respuestas se pueden considerar como un intento de mediar con la activación emocional y ejercer algún control sobre el ambiente físico y social, sobre los cuales a menudo tienen muy poco control (Clements, 2005; Grandin, 1984). Existe el riesgo de que estas conductas y respuestas se puedan considerar como «parte de la condición» más que como intentos de comunicar el sufrimiento.

En el Cuadro 4 se pueden ver unas listas provisionales e incompletas de reacciones a la amenaza, descritas en términos de activación de respuestas, no como «síntomas», que abarcan un espectro, desde las prerreflexivas hasta las reflexivas, junto a otros ejemplos de respuestas a la amenaza en los Cuadros 5 a 8.

Cuadro 4: Respuestas a la Amenaza		
Estar listo para huir o atacar Preparado para refugiarse, fugarse, buscar seguridad Respuesta de «congelación», inmovilizarse Hipervigilancia, respuesta de sobresalto, insomnio Pánico, fobias Codificación de memoria fragmentada Supresión de recuerdo (amnesia) Escuchar voces Disociación (perder la noción del tiempo/lugar; varios grados de escisión de la conciencia) Despersonalización, desrealización Flashbacks Pesadillas NEAD («crisis pseudoepiléptica») Embotamiento afectivo, aplanamiento, indiferencia Insensibilización corporal Sumisión, pasividad Renuncia, «indefensión aprendida», estado de ánimo bajo Protestar, llorar, aferrarse Pensamientos suspicaces Regresión emocional, retraerse	Estado de ánimo muy elevado o extremo; cambios de humor rápidos («disregulación emocional») Tener creencias inusuales Sensaciones visuales, olfativas, táctiles inusuales Sensaciones físicas, como tensión, mareos, dolor físico, acúfenos, sensación de frío o calor, cansancio, irritación de la piel, problemas gastrointestinales y muchas otras reacciones somáticas Defensas emocionales: negar lo ocurrido, idealizar a las personas, y otras Intelectualización, racionalización (evitar los sentimientos y las sensaciones corporales) Problemas de atención/concentración. Confusión, sentido del self, de la imagen, inestable o confuso Autolesiones de varios tipos Abandono personal Hacer dieta, autoinanición Atracones, comer demasiado Silenciarse, quedarse callado Duelo, estar de luto Culparse y castigarse Odio el cuerpo Pensamientos compulsivos, intrusivos	Llevar a cabo rituales y otras «conductas para conseguir seguridad» Coleccionar, almacenar de forma compulsiva Evitación/práctica compulsiva de la sexualidad Impulsividad Ira, rabia Agresión y violencia Pensamientos y actos suicidas Desconfiar de los demás Actuar de forma autoritaria, sentirse con derecho Empatía reducida Desconfianza Evitar los desencadenantes de la amenaza Esforzarse, perfeccionismo, respuesta enérgicas Usar drogas, alcohol, fumar Trabajar demasiado, hacer demasiado deporte, etc. Desesperanza, perder la fe en el mundo Estrategias relacionales: rechazo y mantener la distancia emocional; buscar afecto y vínculos; asumir roles de cuidado; aislamiento o evitar a otros; intentar dominar, buscar el control sobre otros, etc. Rumiar, reflexionar, anticipar, imaginar, interpretar, buscar un sentido

Cuadro 5: Ejemplos de respuestas a la amenaza más comunes en niños y en jóvenes	
Problemas de alimentación/de sueño	Golpear, morder
Mala concentración, distraibilidad	Miedo extremo a la separación
Impulsividad	Fobias
Enuresis	Crueldad hacia los animales
Tics nerviosos, rascarse, etc..	Abandono emocional, regresión, balanceo
Hurtos	Hacer novillos
Retraso del habla y el desarrollo	Malas relaciones con los pares
Acosar a otros	Conducta sexualizada
Huir de casa	

Cuadro 6: Ejemplos de respuestas a la amenaza más comunes en personas con discapacidades intelectuales
«Comportamientos autolesivos»: rascarse la piel, frotarse los ojos, golpearse la cabeza, pica
Otros «comportamientos desafiantes», podrían ser intentos de comunicar, especialmente cuando las habilidades expresivas son limitadas, como golpear, morder

Cuadro 7: Ejemplos de respuestas más habituales en las personas mayores con dificultades cognitivas	
«Deambular», buscar lugares familiares	Agresión física o verbal
Conductas o preguntas repetitivas	Esconder o acumular objetos
Gritar o chillar persistentemente	Labilidad emocional
Agitación, inquietud	Desinhibición

Cuadro 8: Ejemplos de respuestas a la amenaza más comunes en personas con dificultades o problemas neurológicos	
Ansiedad	Ánimo bajo
Insomnio, fatiga	Labilidad emocional
Problemas de concentración y atención	Desinhibición

Patrones Generales Provisionales

El análisis previo nos lleva al momento de ilustrar cómo los «componentes básicos» de los elementos del Marco de Poder, Amenaza y Significado se pueden agrupar de forma laxa formando Patrones Generales Provisionales dentro del Patrón Fundamental. Estos patrones no se presentan como si fueran un conjunto completo y definitivo, sino constituyendo un punto de partida para una investigación y desarrollo posterior. Acorde con el debate previo, estos

patrones no se corresponden a una definición única y directa de «patrón»; aunque, constituyen asociaciones significativas basadas en la investigación y en la evidencia relacionada con el funcionamiento humano general, en relaciones de causa y efecto, y en los procesos subyacentes. El importante conjunto de teoría e investigación muy amplia se ha revisado extensamente en los capítulos previos y se resumen en referencia a cada patrón en el Apéndice.

Repitiendo el mensaje central de las exposiciones previas: la experiencia de adversidad genera patrones altamente complejos, que se solapan, basados en el significado, acumulativos y sinérgicos, en los cuales la causalidad es contingente y probabilística. A menudo las adversidades se interrelacionan, y el número de combinaciones entre las posibles respuestas es casi infinito, con variaciones posibles entre las distintas personas y en la misma persona a lo largo del tiempo, incluso ante circunstancias similares. Las rutas de causalidad discreta implicadas en el diagnóstico psiquiátrico no existen y no pueden existir en relación a las respuestas de agencialidad y de creación de significado que los seres humanos elaboran ante sus conflictos vitales. No obstante, se pueden delinear algunas regularidades generales que emergen como respuestas humanas corporalizadas dentro de sus contextos sociales y culturales, materiales y discursivos, en vez de proceder de una hipotética disfunción biológica. Tal como se dijo, aquí estas regularidades causales se conceptualizan como *patrones de respuesta al poder basadas en el significado de las amenazas.* Por todas las razones expuestas, la comprensión de las experiencias individuales o grupales en base a estos patrones siempre será provisional y abierta.

Ya que esto representa un giro importante respecto al pensamiento tradicional en torno al diagnóstico, merece la pena volver a resaltar algunos puntos centrales:

Los Patrones Generales no representan agrupaciones discretas y separadas

Los Patrones Generales describen regularidades que atraviesan las agrupaciones diagnósticas y se solapan entre sí. No hay ningún límite establecido entre un patrón y otro, ni puede haberlo. Dentro del Marco PAS esto no representa problemas del tipo de «límites difusos», «comorbilidad» o «categorías disyuntivas». *Más bien, reconoce la irreductible complejidad de las respuestas que activan las personas ante sus circunstancias*, los múltiples significados que la experiencia de las adversidades puede generar y la serie creativa de estrategias que se pueden usar, en distintos niveles de conciencia reflexiva, para sobrevivir a ellas.

Los Patrones Generales no sustituyen uno a uno a las agrupaciones diagnósticas

Algunos de los Patrones Generales se corresponden de forma burda a las categorías diagnósticas existentes, por ejemplo, el segundo incluye a algunas personas que pueden recibir el diagnóstico de «trastorno límite de la personalidad», ocurre lo mismo en el cuarto patrón con las personas con diagnóstico de «esquizofrenia», el quinto se corresponde con algunas de las personas con diagnósticos de «depresión», y el sexto describe a algunas personas que terminan en el sistema judicial con el diagnóstico de «trastorno antisocial de la personalidad». Esto es así debido a que los diagnósticos psiquiátricos, si bien de forma muy deficiente, reflejan patrones de respuesta psicosociales comunes, aunque descritos en términos médicos. *Sin embargo,*

como los patrones del Marco PAS se basan en funciones y no en «síntomas», no es posible predecir qué patrón o combinación de patrones puede describir mejor las experiencias de una persona a la que se le ha asignado un diagnóstico específico. Del mismo modo, cada patrón puede describir a personas que recibieron un(os) diagnóstico(s) dentro de una gama de diagnósticos psiquiátricos, y a personas que nunca los recibieron.

Los Patrones Generales no ofrecen explicaciones universales de tipos de «síntomas» específicos o respuestas a la amenaza

Cada Patrón General incluye un abanico de respuestas posibles ante las amenazas, como hipervigilancia, escuchar voces, restricción de alimentos, etc., agrupadas según la función a la que se destinan. A la inversa, cada tipo de respuesta a la amenaza puede darse dentro de varios Patrones Generales distintos y puede usarse en una gama funciones diferentes. *Los patrones intentan restablecer los nexos de unión entre los significados de las amenazas y las funciones a las que sirven las respuestas a las amenazas, no entre sucesos causales concretos (biológicos o psicológicos) y unos resultados psicológicos específicos (ya sean descritos como «síntomas» o como emociones y conductas)*. No puede haber una explicación universal acerca de por qué las personas se sienten ansiosas o con ánimo bajo, o de por qué acumulan objetos o realizan rituales de comprobación, o de por qué tienen miedo a que les persigan o espíen, etc.

Tras indicar esto, las respuestas a la amenaza en cada patrón no se han incluido al azar o sin criterio. Las respuestas a las amenazas en un nivel más prerreflexivo (por ejemplo, hipervigilancia) se vinculan de un modo más evidente con las amenazas originales (por ejemplo, peligro físico). Las respuestas a la amenaza en un nivel más reflexivo están moldeadas de forma más importante por el aprendizaje social y los discursos sociales, lo que conduce a una mayor variabilidad entre culturas. Teniendo en cuenta las narrativas y discursos que se encuentran más accesibles dentro de una cultura particular, los Patrones Generales ayudan a identificar los vínculos entre los significados comunes (por ejemplo «el que haya sido abusado sexualmente es mi culpa») y las funciones comunes (por ejemplo «aliviaré mi culpa mediante la autolesión»). Sin embargo, estos nexos siempre tendrán un grado de provisionalidad, especialmente a nivel individual.

Los Patrones Generales cruzan las fronteras entre lo «normal» y lo «anormal»

Las respuestas ante las amenazas no se ajustan a los límites tradicionales de lo que se considera «normal» versus «patológico», por ello, a modo de ejemplo, atributos socialmente valorados, como el trabajar duro, algunas veces puede cumplir con las mismas funciones de autocastigo o evitación del sufrimiento emocional que tienen las autolesiones. Del mismo modo, las funciones de las respuestas a las amenazas rebasan los límites habituales de los servicios, y así, las adicciones y el comportamiento violento o delictivo se pueden considerar como estrategias de supervivencia que tienen propósitos de supervivencia similares a los «delirios» y las «alucinaciones», a comer en exceso, a fumar, a los comportamientos sexuales de riesgo, etc.

Tienen que haber patrones dentro de los Patrones Generales

Dentro de los Patrones Generales, a veces puede ser útil considerar subpatrones relacionados con sucesos y circunstancias específicas, tales como la violencia doméstica, la violación, la falta de vivienda, etc. Esto se debe a que estos sucesos y circunstancias pueden, en un contexto social particular, ser objeto de significados y narrativas especialmente intensos. Por ejemplo, el discurso social sobre las mujeres como responsables de la agresión sexual significa que la violación con frecuencia desencadena fuertes significados de vergüenza y autoculpabilización. Del mismo modo, el discurso social sobre los hombres como fuertes y que tienen el control significa que cuando es víctima de violencia física es posible que desencadene importantes significados dominantes de humillación. En ambos casos podemos esperar encontrar respuestas comunes que tienen la función de gestionar el impacto de esos significados dominantes; la mujer puede mantener la violación en secreto y castigarse y autolesionarse, mientras que el hombre puede tratar de restaurar el respeto hacia sí mismo mediante un contraataque. Puede resultar de ayuda a las personas, que experimentan estas adversidades, el saber de estas reacciones frecuentes. *Sin embargo, no existe un significado universal y tampoco una respuesta única en relación a un determinado conjunto de circunstancias, entre y dentro de las culturas*. Por lo tanto, presentamos los subpatrones asociados a circunstancias particulares de forma muy aproximativa, recordando que se solapan unos con otros, y que posiblemente las regularidades más robustas emerjan a un nivel general.

Los Patrones Generales siempre reflejarán y serán moldeadas por los significados ideológicos que se aplican dentro de los contextos sociales, políticos y culturales locales

Se ha argumentado que, *de algún modo, es posible que las expresiones y experiencias de sufrimiento en una determinada sociedad y en una época histórica dada reflejen un desajuste (real o percibido) con sus valores y expectativas,* tal como se manifiestan a través de los discursos sociales y los significados ideológicos. Así, se podría esperar que, en las sociedades modernas industrializadas, los patrones comunes de sufrimiento se centren en temas como luchar para: alcanzar objetivos, tal como se entiende el éxito; emanciparse de la familia de origen al inicio de la edad adulta; encajar en los estándares de estatura, imagen y peso; cumplir adecuadamente las funciones del trabajo asalariado; satisfacer las expectativas de género, incluyendo las referentes a la identidad y orientación sexual, a ser capaz de comprar bienes materiales; cubrir las necesidades emocionales y de apoyo en la familia nuclear; conciliar los valores y expectativas, cuando se parte de una cultura de procedencia distinta; educar a los niños y niñas para que se comporten de acuerdo a los estándares; en la infancia, encajar en los sistemas educativos; como persona adulta de más edad, hacer frente a la soledad; como alguien con discapacidad intelectual o de otro tipo, ser competente en el mercado laboral; y así sucesivamente. Del mismo modo, podríamos esperar encontrar patrones de sufrimiento comunes en relación a las necesidades humanas básicas, que muy probablemente se vean amenazadas por los impactos negativos de la industrialización y el neoliberalismo, como la exclusión social, la marginación y la desconexión. Finalmente, en las culturas euroamericanas se podría esperar

que haya un mayor riesgo de atraer un diagnóstico en respuesta a las experiencias que desafían los conceptos occidentales de ser persona, por ejemplo, con creencias «irracionales» o no racionales, experiencias espirituales inusuales y otras experiencias como escuchar voces que no encajan con la noción de un self definido. Todos estos temas pueden reconocerse en los Patrones Generales que se describen a continuación.

Se acepta que puede haber otros Patrones Generales más relevantes para grupos y sociedades que tienen una visión del mundo distinta, aunque cada vez más colonizados por la globalización. Por esta razón, la lista incluye algunas sugerencias ilustrativas muy aproximativas sobre las funciones que algunos de los «síndromes culturales» identificados en el DSM y la CIE pueden desempeñar cuando se consideran desde la perspectiva del PAS. El objetivo es demostrar el principio general de que los elementos centrales del Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la Amenaza se pueden encontrar en todos los grupos y sociedades, aunque haya que hacer adaptaciones. Sin embargo, se recalca que esto no implica que el Marco de Poder, Amenaza y Significado se deba imponer o exportar donde no sea necesario. Más bien, *la intención es transmitir un sentido de respeto por las numerosas formas culturalmente específicas en las que el sufrimiento individual y comunitario se expresa, se experimenta y sana, en el Reino Unido y en todo el mundo*.

Las personas pueden variar en la forma de «encajar» o de ajustarse a estos Patrones Generales Provisionales

Cada uno de los Patrones Generales hace referencia a una gama de adversidades y respuestas. Dependiendo de sus historias y circunstancias propias y singulares, *las personas pueden encontrarse en cualquier punto del continuo, desde incomodidades leves y temporales hasta situaciones de sufrimiento severo e incapacitante, en un momento o situación dada.* Contrariamente a la asunción de un «déficit global» que transmite una etiqueta de enfermedad mental, nadie debería ser considerado como incapaz de funcionar en todo momento y situación. Del mismo modo, todas las personas experimentan inevitablemente formas extremas de sufrimiento en algún momento de la vida, estén psiquiátricamente etiquetadas o no. Algunas veces el funcionamiento del poder se puede dar en formas más bien sutiles y socialmente aceptables, por ejemplo, a través de los supuestos incuestionados acerca del aspecto, la conducta, los sentimientos y las relaciones de las personas «normales». Así, puede ser más difícil detectar las raíces de las respuestas a las amenazaa menos «graves», pero frecuentes, como la ansiedad, las crisis de pánico y el estado de ánimo bajo.

Algunas personas se reconocerán a sí mismas dentro de un patrón o subpatrón particular; a otras le resultará útil recurrir a dos o más patrones y subpatrones. Esto no es un defecto de los patrones, sino el reconocimiento del papel central del significado, dentro y entre los patrones, en todas las respuestas humanas a las adversidades, lo que significa que es imposible hacer afirmaciones simples sobre los orígenes o las funciones de cualquier expresión de sufrimiento. Y, *sin embargo, este reconocimiento permite restablecer la capacidades humanas para «crear significados» y de tener agencia, que se excluyen en el limitado modelo diagnóstico*. Esto se puede realizar mediante el procedimiento que usa

los Patrones Generales para desarrollar las narrativas personales, como se describe con más detalle al final del capítulo.

Debe haber versiones comunitarias de los Patrones Generales

Aquí los Patrones Generales se conciben para aplicarse de forma principal a las personas y familias, ya que es la visión más familiar de observar el sufrimiento en las culturas euroamericanas. Sin embargo, *se admite que, tanto dentro como fuera del Reino Unido, se pueden observar patrones que expresan el trauma o la desvalorización de toda una comunidad como un punto de partida más natural*. De forma especial, esto se puede aplicar en los contextos en los que comunidades completas se han visto afectadas por un desastre natural, una guerra, o una pérdida a gran escala de la cultura, la identidad, el territorio, el patrimonio, la lengua, los rituales y los sistemas de creencias (p. ej., Jankovic et al., 2012; Somasundaram y Sivayokan, 2013; Steel et al., 2009). El trabajo informado sobre el trauma reconoce cada vez más las formas en las que los grupos indígenas, como los nativos americanos y los pueblos aborígenes, se encuentran afectados por la violencia comunitaria a este nivel (véase Arthur et al., 2013) y www.preventioninstitute.org).

Recientemente la perspectiva comunitaria ha ganado credibilidad en los EE. UU. ya que se ha reconocido que las Experiencias Adversas en la Infancia (ACE) surgen de Entornos Comunitarios Adversos. Comunidades al completo pueden encontrarse colectivamente afectadas por la violencia estructural, que se puede definir como «el daño que las personas, familias y comunidades experimentan debido a la estructura socioeconómica, a las instituciones sociales, a las relaciones sociales de poder, a los privilegios, la desigualdad y la injusticia» (Pinderhughes et al., 2015, p.11). Estos contextos sociales inducen a desconfiar y socavan la resiliencia a múltiples niveles, afectando a todos los miembros directa e indirectamente, haciendo resonar y reforzar los patrones individuales de sufrimiento (p. ej., Rosen et al., 2017). Los patrones característicos de los «síntomas» del trauma colectivo se pueden experimentar a nivel del entorno sociocultural (las personas), del entorno físico y las edificaciones (el lugar) y del entorno económico (la disponibilidad de recursos y oportunidades). Se sugiere que esto precisa de un abordaje a múltiples niveles, incluyendo el desarrollo de una nueva narrativa más esperanzadora sobre la misma comunidad (Pinderhughes et al., 2015). Es fácil entender cómo se podría aplicar a las comunidades del Reino Unido afectadas por conflictos (por ejemplo, Irlanda del Norte), asociadas a la pérdida de las industrias tradicionales y a los altos niveles de pobreza. Este enfoque es también compatible con una perspectiva orientada a la «identidad social», que muestra que una parte importante de nuestro autoconcepto se deriva de la pertenencia percibida a grupos sociales (Jetten et al., 2012). Esta es un área donde resulta posible un desarrollo mayor de los patrones, quizás utilizando el marco sugerido por la investigación sobre los Ambientes Comunitarios Adversos (ver Pinderhughes et al., 2015) y/o adaptando parte del Patrón Fundamental del PAS.

Los siete Patrones Generales Provisionales

Lo analizado hasta ahora establece el escenario para perfilar siete Patrones Generales Provisionales dentro del Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado. Se sugiere el primer Patrón General, «Identidades», como un punto de partida práctico para todos los demás, ya que pretende resaltar los temas centrales relativos a la identidad, la diversidad, la transversalidad, la marginación y la desvalorización cultural y (cuando sea pertinente) los modos en los que la identidad específica de «enfermo mental» puede interactuar de forma global con los significados y experiencias.

De acuerdo con el principio de «comprometerse activamente con las reacciones ante la amenaza para la protección y la supervivencia», en vez de «sufrir pasivamente déficits biológicos», estos Patrones Generales, con la excepción del primero, se titulan de una forma verbal («Sobrevivir a la amenaza X» en vez de «Sufrir del déficit X»).

1. Identidades.
2. Sobrevivir al rechazo, a estar atrapado y a la invalidación.
3. Sobrevivir a las perturbaciones en los apegos y a las adversidades en la infancia y la adolescencia.
4. Sobrevivir a la separación y a la confusión de identidad.
5. Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado, al aislamiento y a la pérdida.
6. Sobrevivir a la exclusión social, a la vergüenza y al poder coercitivo.
7. Sobrevivir a las amenazas únicas.

1. Patrón General Provisional: Identidades

Este Patrón General se ha concebido como la base que informa y sustenta a todos los demás patrones y, como tal, puede funcionar como un punto de partida para el trabajo con personas o grupos concretos. Como en todos los Patrones Generales, la presencia de un menor número de amenazas y factores agravantes y de más factores de mejora y de protección significa que serán necesarias menos respuestas a la amenaza y que estas serán menos incapacitantes.

Resumen narrativo del Patrón General

El Marco de Poder, Amenaza y Significado indica que el sufrimiento lo puede experimentar cualquier persona, también quienes tienen un estatus social más privilegiado. Todos pueden recibir el impacto del funcionamiento negativo del poder de una forma u otra, y nadie es inmune a las adversidades sociales y relacionales. Un estatus social más elevado puede traer consigo una exposición de características propias, asociadas a la actividad negativa del poder. Sin embargo, de forma general, algunas identidades tienen un poder compensatorio por estatus, control y acceso al capital social, ante el sufrimiento, en mayor medida que otras, junto a más opciones de apoyo, huída, protección, seguridad y sanidad. Esto se confirma mediante las pruebas referentes a la clase social, la «raza» y el género en salud mental, en justicia penal y en otros sistemas de bienestar social.

Por tanto, este patrón, en relación al sufrimiento emocional o psicológico se refiere habitualmente, aunque no siempre, a alguien cuya identidad, o aspectos de su identidad, tiene un estatus subordinado o devaluado. Lo que incluye a muchas personas con un estatus de minoría (en lo que respecta a este documento, en el Reino Unido, aunque puede ser igual de frecuente en todo el mundo). También se puede referir a las experiencias de una mayoría y, como tal, puede ser una parte inherente de la vida cotidiana de muchas personas. En este caso, este patrón puede ser incluso menos visible que el resto de los patrones y que se considere como algo culturalmente normal. La identidad desvalorizada puede referirse al origen étnico, la nacionalidad, la orientación sexual, la identidad de género, la religión, la discapacidad, y también a la definida como «enfermedad mental», pero puede referirse también a grupos identificados mucho más grandes, como mujeres, ancianos o clase trabajadora.

Al igual que en todos los patrones, la pertenencia a varias identidades marginadas (p. ej., raza negra y discapacidad; mujer y pobre; homosexual y «enfermo mental») implica un mayor grado de discriminación y amenaza, y aumenta la probabilidad de experimentar otras adversidades sociales y relacionales, y también problemas de salud física. De manera inversa, y protectora, las personas pueden experimentar más solidaridad social dentro de su grupo y/o tener aspectos debidos a sus identidades que sean más valoradas culturalmente.

Como norma general, todos los diagnósticos en salud mental son más frecuentes en personas con identidades desvalorizadas, especialmente si pertenecen a grupos severamente depreciados. Por ejemplo, las personas que viven en el Reino Unido y pertenecen a grupos étnicos minoritarios

tienen tasas mucho más altas de problemas de salud mental, tanto comunes como severos, en comparación a sus pares británicos blancos. Esto ocurre tanto si han nacido en el Reino Unido como si proceden de otras partes del mundo. Lo mismo vale para varios grupos minoritarios blancos en el Reino Unido, como la población irlandesa. Otros grupos marginados como mujeres, gitanos y «travellers»[55], las personas con minusvalías, las identificadas como homosexuales o transexuales, las personas con discapacidad, y las que proceden de un estatus socioeconómico inferior, tienen más probabilidad de tener diagnósticos de problemas de salud mental común o severo en proporción a su número.

Poder, Amenaza, Significado y Respuestas a la Amenaza dentro del Patrón General

Los aspectos del Poder, Amenaza, Significado y Respuestas a la Amenaza en este Patrón General habitualmente incluyen lo siguiente:

Poder

Es posible que tanto la persona como su grupo social hayan tenido experiencias, bien en el pasado o en el presente, de subordinación, exclusión y opresión, en múltiples formas, asociadas directa o indirectamente con aspectos despreciados de su identidad, aunque esto no sea lo mismo para todas las personas. Esta situación se puede manifestar como amenazas permanentes hacia los grupos marginados (por ejemplo, al vivir en entornos inseguros y con carencias, con amenazas frecuentes de posible violencia o agresiones hacia estos grupos) o discriminados (en relación a salario y empleo, educación, vivienda, transporte, asistencia sanitaria, etc.). También se puede presentar bajo la forma de choques frecuentes con los estereotipos negativos sobre su grupo, con hostilidad y acoso y mediante «microagresiones» o interacciones cotidianas, breves y múltiples, que con frecuencia socavan sutilmente a la persona debido a su pertenencia al grupo. Resultan más difíciles de detectar aquellas prácticas potencialmente traumatizantes que se consideran socialmente aceptables o incluso deseables. El desprecio a un grupo social o cultural se amplía también a la «injusticia hermenéutica» o «epistémica», cuando a sus miembros se les impide la posibilidad de dar sentido a sus propias experiencias, en base a las relaciones desiguales de poder y a la falta de recursos sociales compartidos. Todo ello puede ocurrir en un contexto de opresión histórica e intergeneracional para el grupo social o cultural al completo, como por ejemplo en la guerra, el colonialismo o, en casos extremos, el genocidio. El funcionamiento negativo del poder ideológico resalta de forma especial mediante su papel en la creación de significados e identidades, normas y estándares, mediante los que se puede juzgar el comportamiento, el carácter, las habilidades y el valor de los miembros del grupo. El poder ideológico también se asocia estrechamente a la «injusticia hermenéutica» (véase antes).

[55] Travellers, viajeros o nómadas, se aplica a una población itinerante, existente en el Reino Unido, que se desplaza en grupos y vive en campamentos. (*N. de los T.*)

Amenaza

Dentro de este patrón, la persona (y su grupo familiar, social y cultural) se encuentra expuesta a menudo a amenazas que proceden del desprecio a los elementos centrales de su autoconcepto e identidad, incluyendo la exclusión y la marginación social, que proviene del grupo dominante, por ser el «otro», a través de la amenaza física, la invalidación, la impotencia, la derrota en la competencia, la carencia material y el desprecio de su imagen física, así como la pérdida o la devaluación de su rol social, de los vínculos con la comunidad y de las fuentes de su saber y su comprensión, de sus rituales, prácticas y su nacionalidad.

Significado

Frecuentemente, las amenazas se asocian a significados como: exclusión, vergüenza, humillación, estar atrapado/a, ser inferior, inutilidad, estar sin poder o impotencia, desigualdad e injusticia.

Respuestas a la amenaza

Las amenazas y los significados asociados a las mismas dan lugar a respuestas que están mediadas corporalmente. Las respuestas a las amenazas se conciben de modo fundamental como protectoras. Los elementos incapacitantes se pueden minimizar y contrarrestar mediante otras respuestas basadas en las habilidades, las fortalezas, el apoyo material, relacional y social, las narrativas alternativas y mediante otros recursos de poder, muchos de ellos se activan en el polo más «reflexivo» del espectro y puede que sean más accesibles para quienes ocupen las posiciones más privilegiadas. En este patrón, estos recursos podrían tomar la forma de la solidaridad social y la conciencia del poder ideológico que conduce a la acción social. Puesto que todas las personas desempeñamos una serie de identidades podemos aprovechar las ventajas que ofrecen los aspectos más destacados o favorecidos. Las respuestas a las amenazas dentro de este patrón se usan de forma frecuente para las siguientes funciones:

Regulación de los sentimientos abrumadores (p. ej., ánimo «elevado», ánimo bajo, oír voces, uso de alcohol y drogas, sensaciones somáticas, rabia, insensibilización corporal, aislamiento, culparse, autolesión).

Protección ante el peligro físico (p. ej., hipervigilancia, lucha o huida, respuesta de congelación o inmovilidad, pensamientos suspicaces, aislamiento, agresión).

Mantener la identidad, la autoimagen y la autoestima (p. ej., negar «ser el otro» o discriminar, hipervigilancia, suspicacia, creencias inusuales, perfeccionismo, agresión, esfuerzo).

Mantener un lugar dentro del grupo social (p. ej., esfuerzo, competitividad, conciliación, hipervigilancia, pensamientos suspicaces, culparse, silenciarse).

Protección contra la pérdida de vínculos, el daño y el abandono (p. ej., rechazo de otros, desconfianza, búsqueda de cuidados y respuestas emocionales, sumisión, culparse, aislamiento, conciliación, silenciarse).

Protección frente a la pérdida del apego, daño y abandono (p. ej., rechazo a los demás, desconfianza, búsqueda de atención y respuestas emocionales, sumisión, culparse, aislamiento, conciliar, callarse).

Subpatrones dentro del Patrón General «Identidades»

Ya que este Patrón General se refiere a un buen número de identidades, que a menudo se superponen, no se pretende proporcionar una lista exhaustiva de las consecuencias asociadas al sufrimiento psicológico y emocional para cada caso. En cambio, se sugieren ejemplos ilustrativos de sufrimiento asociados a un pequeño grupo de identidades para las que tienen más evidencias procedentes de la investigación. En el Apéndice 1 se aportan referencias adicionales, que establecen el punto de partida para los patrones de sufrimiento emocional referidos a estas y a otras identidades, junto a un análisis detallado de los vínculos entre las identidades y el sufrimiento. Aquí se quiere subrayar que las identidades son importantes para la experiencia y la expresión de cualquier tipo de sufrimiento y de conducta problemática y, también, se quiere indicar que esta conciencia tiene que inspirar la exploración del patrón de respuesta a la adversidad en cada persona o grupo.

Se ofrece una revisión más detallada de la identidad de «enfermo mental», ya que por definición ha sido aplicada y recogida por muchas personas con sufrimiento o que tienen experiencias inusuales.

Ser identificado o identificarse como «enfermo mental»

El adjudicar una identidad de «enfermo/a mental» o «paciente psiquiátrico o de salud mental» es una acción muy potente que ha demostrado tener un impacto profundo, duradero y, con frecuencia, negativo sobre muchos aspectos de la vida de las personas, incluyendo su sufrimiento psicológico o emocional. A menudo afecta a la salud física, bien por sus efectos indirectos, como una dieta deficiente y la falta de acceso a la asistencia sanitaria, o debido a los efectos directos de la medicación psiquiátrica. Debido a que las personas con identidades desvalorizadas tienen más probabilidad de experimentar adversidades y el consiguiente sufrimiento, y debido a ello es también más probable que reciban un diagnóstico psiquiátrico, y por lo tanto una nueva identidad devaluada de «paciente mental», que podría aumentar y amplificar las experiencias ya existentes de vergüenza, fracaso, exclusión y marginación.

El modelo de una «enfermedad como cualquier otra», en referencia al sufrimiento psíquico, se promueve de forma activa en los países desarrollados y, cada vez más, en todo el mundo y tiene el respaldo de un sector creciente de la población general. En todo el mundo esta visión se asocia al aumento, en vez de a la disminución, de la estigmatización con rechazo social y la visión pesimista sobre la recuperación, junto al autoestigma y al sentimiento de culpa. El modelo de «enfermedad mental» basado en el diagnóstico puede considerarse como un elemento de la individualización que caracteriza a las culturas occidentales. Se ha argumentado que la promoción de un modelo basado en el déficit de la persona sirve a objetivos a nivel individual, social, profesional, empresarial y político.

La identidad de «enfermo/a mental» conlleva una mezcla de efectos. Puede significar un alivio para la culpa y la incertidumbre, y la esperanza de contar

con una guía experta y una intervención efectiva. Pero también se ha postulado que la identidad del «rol de enfermo/a» alienta la pasividad y reduce el sentido de responsabilidad en torno a la recuperación. De forma global, se ha comprobado que, sobre todo, el diagnóstico inclina a la persona a ser menos optimista de cara a la recuperación, a hacer menos esfuerzo para recuperarse y a que sea más probable el uso de alcohol como estrategia de afrontamiento, además de percibir que tiene menos control ante sus dificultades y a socavar los efectos de la terapia. Por el contrario, rechazar el diagnóstico se ha asociado a mejores resultados. Sin embargo, esto puede implicar un conflicto con los y las profesionales y la normas de acceso a los servicios y a las prestaciones descarta esta opción para la mayoría de las personas.

El autoestigma, como consecuencia de haber sido calificado como «enfermo/a mental», se ha estudiado ampliamente. Las personas pueden tener reacciones positivas, negativas o mixtas cuando reciben un diagnóstico psiquiátrico, y estas pueden variar con el tiempo. Depende en parte del diagnóstico y las etiquetas, como la «esquizofrenia», que indican una mayor «gravedad» se experimentan generalmente como más estigmatizadoras. Las etiquetas de «trastorno de la personalidad» suelen ser las más estigmatizantes de todas ellas, debido a que implican un juicio global de locura y maldad, y también se sabe que suscitan o son consecuencia de actitudes de rechazo en el personal. Los diagnósticos como «depresión» o «trastorno de ansiedad» es más posible que se perciban como si fueran útiles por las personas usuarias de los servicios, por razones como el alivio de la culpa, el acceso a información y apoyo, y la validación del sufrimiento.

Se ha demostrado que el diagnóstico psiquiátrico incrementa estos aspectos en las actitudes de la población general sobre las personas con identidad de «enfermo/a mental»: peligrosidad percibida; imprevisibilidad percibida; percepción de dependencia y falta de responsabilidad sobre sus propios actos; ausencia percibida de «humanidad»; gravedad percibida del problema; temor; rechazo y deseo de poner distancia; y pesimismo en su recuperación.

Se ha indicado que la discriminación causada por tener un diagnóstico de «enfermo/a mental» es un fenómeno casi universal. Y constituye una barrera para el empleo y la educación y, también, para las actividades diarias, como las vacaciones y el ocio. Estas experiencias se agravan en las personas de minorías étnicas y en las que tienen una discapacidad. La discriminación tiene un impacto negativo en la búsqueda de ayuda, la autoestima, el autocuidado y las relaciones sociales, también es una fuente de culpa, vergüenza y preocupación para los familiares y las personas cuidadoras.

El diagnóstico psiquiátrico facilita el acceso a importantes fuentes de ayuda tanto dentro como fuera de los servicios de salud mental. Los equipos de Salud Mental, y otros asociados, suelen ofrecer una amplia gama de intervenciones, además de las médicas habituales, que incluyen distintos tipos de terapias, apoyo en las habilidades para la vida diaria, oportunidades educativas y el desarrollo de redes sociales, apoyo para vivienda y empleo, etc. Algunas personas tienen una buena experiencia de los servicios y los encuentran muy útiles. La mayor parte de las personas muestran una mezcla de vivencias, buenas y malas a la vez. En el lado negativo, el diagnóstico psiquiátrico también puede abonar el terreno para intervenciones potencialmente incapacitantes, coercitivas y retraumatizantes, dentro de los sistemas de salud

mental y en los asociados, incluyendo el uso a largo plazo de fármacos, el ingreso involuntario, el aislamiento y la contención. La imposición de una narrativa experta de «enfermedad» puede socavar la confianza y la capacidad de las personas para crear sentido sobre sus propias experiencias.

De un modo más sutil, la identidad de «enfermo/a mental» puede limitar las expectativas de las personas acerca de quiénes pueden llegar a ser, lo qué pueden lograr y el tipo de vida qué pueden aspirar a vivir.

Ejemplos ilustrativos de otros patrones de sufrimiento bien conocidos y asociados a identidades concretas

Estar identificada o identificarse como mujer

Las mujeres y las niñas constituyen aproximadamente la mitad entre quienes comparten otras identidades devaluadas. En muchas, más bien en la mayoría de las sociedades, las mujeres son consideradas y tratadas como inferiores o secundarias, intelectualmente, económicamente y socialmente. Hay ciertas variaciones al respecto y, por ejemplo, una mujer con un nivel social alto puede ser tratada como superior a un hombre de un estatus social bajo en algunos aspectos. También algunos roles femeninos, como la maternidad, pueden estar muy valorados. Sin embargo, en general las mujeres, como grupo, están sometidas a un control mayor sobre sus cuerpos y sus actividades que los hombres, con frecuencia se las muestra de forma cosificada y erotizada, se da más valor a su apariencia que a sus logros y se ven sometidas a altos niveles de acoso, microagresiones y violencia de parte de los hombres. Además, están en minoría en muchos puestos de poder e influencia, por ejemplo, en el gobierno, la judicatura, la industria, la ciencia y la investigación. Su situación se complica debido a las relaciones muy cercanas con hombres, a menudo de índole física, y por el carácter de las estructuras, las prácticas y las relaciones sociales, que dan por hecho la supuesta inferioridad de la mujer, tan arraigada y asumida. Existe amplias pruebas del impacto negativo de todo ello en la salud mental de las mujeres y las niñas a través de una amplia gama de manifestaciones, como ansiedad, ánimo bajo, «psicosis», disociación, problemas sexuales, problemas de sueño, estrés postraumático, problemas alimentarios y autolesiones.

Estar identificado o identificarse como hombre

A pesar de que en general la «masculina» no es una identidad devaluada, los privilegios que asociados a la misma a menudo suponen limitaciones estrictas para los aspectos positivos de su identidad y el desprecio para los aspectos que se oponen a estos límites, especialmente las conductas y las expresiones emocionales, que se perciben más propias de lo «femenino». Los hombres que encarnan otras identidades devaluadas, por ejemplo, en base al contexto étnico o socioeconómico, tendrán problemas concretos para mantener los aspectos de su masculinidad socialmente valorados. Todo esto, combinado con las amenazas descritas en los otros patrones generales provisionales, se refleja en las tasas más altas de suicidio, de violencia hacia otros, de consumo problemático de drogas y alcohol, así como de problemas de ansiedad y estado de ánimo bajo.

Estar identificado/a o identificarse como miembro de un grupo minoritario étnico (en el Reino Unido)

Las personas pertenecientes a muchos de los grupos étnicos minoritarios que viven en el Reino Unido tienen tasas mucho más altas de problemas diagnosticados por salud mental, tanto comunes como severos. Esto resulta válido tanto para los que han nacido en el Reino Unido como para quienes proceden de otras partes del mundo, se ha demostrado que se asocia a experiencias y percepciones de discriminación y racismo, junto a otras formas numerosas de desventaja social. Hay confluencias entre la clase social y género. Las comunidades concretas (turca, polaca, rumana, hindú, pakistaní, ugandesa, asiática, somalí, húngara, etc.) pueden afrontar los retos mediante sus propios patrones característicos (para referencias ilustrativas, ver el Apéndice 1).

Las personas irlandesas en el Reino Unido tienen un balance tan negativo o incluso peor que muchos de los principales grupos étnicos minoritarios que viven en Inglaterra, tanto en términos de «salud mental» como de salud física, y esta desventaja persiste en la segunda y tercera generación.

Estar identificado o identificarse como africano/a o afrocaribeño/a (en el Reino Unido)

Las personas de raza negra son un grupo minoritario en el Reino Unido y, como muchos otros grupos minoritarios, se enfrentan a más dificultades y discriminación, que incluye el estar muy infrarrepresentados en los ámbitos de poder e influencia. En parte, su impacto se mitiga cuando viven en estrecha proximidad con otras personas de raza negra. Las personas negras, que proceden o descienden de África o son afrocaribeñas y residen en el Reino Unido, tienen tasas particularmente altas de diagnóstico de «psicosis». Se ha demostrado que se relaciona con niveles más altos de desventaja social, incluyendo pobreza, racismo y discriminación. Los jóvenes de color que viven en los entornos urbanos del Reino Unido tienen tasas especialmente altas de diagnósticos de «psicosis», y tasas más altas de «paranoia», que pueden atribuirse a vivir en un contexto donde se desarrollan múltiples formas de desventaja y discriminación. Históricamente, la asociación entre la «esquizofrenia» y los hombres de raza negra y la violencia, hostilidad y paranoia se remonta al Movimiento por los Derechos Civiles en los Estados Unidos, en la década de 1960, que es cuando empieza surgir este estereotipo. Antes se pensaba que la «enfermedad» afectaba principalmente a las personas de raza blanca y que se asociaba a la incapacidad para funcionar y no a la violencia. Este estereotipo se mantiene como lo demuestra el hecho de que tanto la población como los y las profesionales tienden a sobrestimar la probabilidad de que los jóvenes varones de raza negra sean violentos. Las personas de raza negra tienen más posibilidades de ingresar involuntariamente en un hospital psiquiátrico y de ser sometidas a otras formas de intervención coercitiva. Los entornos urbanos aumentan el riesgo de sufrimiento en todo el mundo, pero particularmente cuando hay una gran desigualdad de ingresos. Vivir cerca de un mayor número de miembros del grupo étnico propio es un factor protector. La «paranoia» se asocia a ser varón, tener un estatus socioeconómico bajo, ser inmigrante, pertenecer a un grupo étnico minoritario y a ser un refugiado. La investigación asocia a la paranoia con sentimientos

como vergüenza, ira, ser despreciado, humillación, encontrarse atrapado, aislamiento, impotencia e injusticia.

Las mujeres de raza negra residentes en el Reino Unido experimentan múltiples adversidades de racismo, pobreza, además de desigualdades de género, y manifiestan altas tasas de violencia sexual y revictimización. La violencia sexual y la victimización se asocian con la depresión severa y el trauma. Los estereotipos en torno a la fortaleza de la mujer de raza negra han sido identificados como barreras para que estas mujeres reciban ayuda de los servicios de salud mental y de los comunitarios. Las mujeres manifiestan que se les ofrece medicación pero que no se les da acceso a ayuda o a terapia en los servicios de salud mental.

Estar identificado/a o identificarse como discapacitado intelectual

De forma especial quienes tienen un CI límite o ligero pueden sentir vergüenza y desprecio, y muchos de ellos también desean alejarse de otros con un CI similar y de los servicios de apoyo, lo que exacerba el sentimiento de aislamiento y de ser «diferente». Sentirse «idiota» es un riesgo continuo al interactuar con el mundo social. Investigaciones ya antiguas, de los años 60 y 70, referían los intentos de «parecer normal», p. ej., mediante «el velo de la competencia», que implica un alto coste emocional para la persona. También se puede sentir vergüenza, cuando se experimentan «impedimentos» importantes, y discriminación, en una sociedad altamente individualista y orientada a los logros, que acarrea sentimientos de fracaso, de «no ser lo suficientemente bueno», de ser una persona defectuosa, etc. También este grupo tiene más probabilidad que sus pares de sufrir en la infancia experiencias de abuso físico, sexual y emocional y abandono, que incluso pueden ser menos reconocidas que en la población sin discapacidad.

El Apéndice 1 muestra referencias ilustrativas del sufrimiento emocional y psicológico asociadas a esta cuestión y en relación a otras identidades, como las personas de raza gitana, los *travellers*, los irlandeses y las irlandesas (en el Reino Unido), las personas LGBTQ (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales y queers), las personas pobres, las que tienen discapacidad y las personas de más edad.

2. Patrón General Provisional: Sobrevivir al rechazo, a estar atrapado, y a la invalidación

Al igual que los demás Patrones Generales, éste hace referencia a un continuo, donde la presencia de un número menor de amenazas y factores agravantes y un número mayor de factores de mejora y protección supone que se necesitan menos respuestas a la amenaza y menos incapacitantes.

Resumen narrativo del Patrón General

> *Dentro del Marco de Poder, Amenaza y Significado, este describe un patrón amplio de las relaciones entre las amenazas y las respuestas a las amenazas que surgen principalmente de los significados procedentes del rechazo, de estar atrapado/a y de la invalidación. Un dilema central para la supervivencia consiste en mantener relaciones y*

vínculos frente a la desconfianza y el miedo al rechazo, a ser dañado/a, o a ser herido/a. A menudo, estas situaciones se dan en contextos de poder asociados a la pobreza, la desigualdad social, el desempleo, las desigualdades de género y la guerra. Los diagnósticos asociados más comunes son el «trastorno límite de la personalidad», el «trastorno bipolar», el «trastorno disociativo», el «trastorno depresivo mayor», el «trastorno de estrés postraumático», el «alcoholismo» y la «psicosis», aunque no todos los que tienen un diagnóstico de estos tipos encajan en este patrón y las personas que tienen estos diagnósticos también pueden acomodarse a otros patrones. Una mala salud física puede agravar las dificultades de la persona. A veces puede haber una historia de delitos. Como en los demás patrones, éste puede describir a personas que nunca han sido formalmente diagnosticadas.

Los discursos sociales y culturales que se centran en los roles de género configuran la forma en las que se experimentan y se expresan las amenazas. Las mujeres, en muchas culturas occidentales, muestran una tendencia a dirigir el sufrimiento hacia el interior y los hombres hacia el exterior, aunque ambos pueden sentir la ira. Aunque no haya habido un maltrato o abuso como tal, el abandono emocional, la invalidación, la crítica y el control en las relaciones tempranas pueden crear respuestas a las amenazas muy parecidas. En los servicios asistenciales, este patrón se identifica con más frecuencia en las mujeres. Puede ser un efecto de la patologización de respuestas, como la ira y la reivindicación, que se suelen considerar menos adecuadas en las mujeres. También se puede asociar al hecho de que expresar la ira hacia dentro, tal como se promueve en la socialización femenina de algunas culturas, se relaciona con más facilidad a dificultades de salud mental, a diferencia de la expresión del enfado dirigida hacia fuera, con violencia hacia otros. El abuso sexual, una fuerte ACE[56] sinérgica en las mujeres, resulta muy común en los primeros años de vida de las mujeres que encajan en este patrón. A veces sufrieron un abuso colectivo. Los veteranos de guerra masculinos pueden mostrar un subconjunto de respuestas ligeramente diferentes (ver también el subpatrón «Sobrevivir al combate»).

El patrón describe a algunas mujeres que se encuentran insertas en el sistema de justicia penal, que pueden autolesionarse, y que tienen vidas y relaciones inestables. Las mujeres encarceladas presentan elevadas tasas de abuso infantil, violencia doméstica y violaciones. Como norma general, las mujeres presentan una tendencia mayor a procesar la ira hacia el interior, mediante la autolesión, los trastornos de alimentación, etc., y los hombres tienden a dirigirla hacia fuera, con violencia hacia otros. Las mujeres pueden consumir drogas ilegales, robar en tiendas, implicarse en la prostitución o, más raramente, cometer delitos más graves. Sus pares masculinos, por motivos asociados a la socialización de género, suelen encajar mejor dentro del Patrón General de «Sobrevivir a la exclusión social, la vergüenza y al poder coercitivo».

[56] ACE, acrónimo de *Adverse Childhood Experiences*, Experiencias de Adversidad en la Infancia, usado frecuentemente en la literatura sobre el trauma, y como tal como se usa también en este mismo texto. (*N. de los T.*)

La mayor parte de las personas con historias complejas de adversidad también muestran respuestas a la amenaza (como flashbacks) ante sucesos traumáticos únicos y, por lo tanto, también experimentan elementos del patrón «Sobrevivir a las amenazas únicas», en particular las referentes con hombres (y mujeres) expuestos al combate. Los niños y niñas es muy probable que encajen en la descripción del Patrón General «Sobrevivir a las perturbaciones en los apegos y a las adversidades en la infancia y la adolescencia».

Poder, Amenaza, Significado y Respuestas a la Amenaza en del Patrón General

Los aspectos del Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la Amenaza de este Patrón General comúnmente incluyen los siguientes:

Poder

Con frecuencia ha habido maltrato interpersonal, abuso, invalidación y abandono en circunstancias sin posibilidad de control, con dependencia, aislamiento o de estar atrapado/a. En estas situaciones, la persona se encontró indefensa e impotente ante la amenaza emocional y/o física, cuando a menudo su supervivencia dependía de los perpetradores. Estas situaciones pudieron deberse a que los cuidadores no podían facilitar unas relaciones tempranas de seguridad por sus propias circunstancias sociales, materiales y personales, y de ese modo no pudieron proteger a los niños y niñas ante importantes abusos del poder; o puede que esto ocurriera fuera de la familia de origen o en la vida adulta. Es posible que se diera un proceso de trauma importante, y ya siendo una persona adulta otro proceso de revictimización. Los contextos suelen ser: las relaciones tempranas de abandono y/o maltrato; el acoso escolar continuado en la infancia; la violencia doméstica; el combate. Otros contextos incluyen ser prisionero de guerra; víctima de la trata de personas; superviviente de abuso sexual colectivo; superviviente de sectas.

Amenaza

Las amenazas principales son el rechazo, la invalidación, el abandono, la pérdida de vínculos, el estar atrapado/a, el sentirse abrumado y la desregulación emocional, la impotencia, el daño físico y la invasión corporal, la mala salud física y el deterioro.

Significado

Las amenazas suelen asociarse a significados como: falta de seguridad, miedo, rechazo y abandono, vergüenza, culpa, vacío, maldad e indignidad, marginación, traición, desesperación, impotencia e insignificancia.

Respuestas a la amenaza

Las amenazas y los significados asociados a estas, dan lugar a respuestas a las amenazas que están mediadas por el cuerpo. Se considera que las respuestas a las amenazas tienen básicamente una función protectora. Los

aspectos incapacitantes se pueden reducir y contrarrestar mediante otras respuestas basadas en las capacidades, las fortalezas, el apoyo material, relacional y social, las narrativas alternativas, y mediante otros recursos de poder, muchos de las cuales se activan en el polo más «reflexivo» del espectro. En este patrón las respuestas a la amenaza a menudo se usan para servir a las siguientes funciones, enumeradas en un orden que a groso modo se corresponde a la frecuencia de su utilización:

Regulación de sentimientos abrumadores (p. ej., mediante disociación, amnesia, pérdida de atención, desrealización, embotamiento afectivo, insensibilización corporal, escucha de voces, consumo de alcohol y drogas, autolesión, impulsividad, sensaciones somáticas, escisión y proyección de sentimientos, cambios rápidos del estado de ánimo, creencias inusuales, pensamientos y conductas suicidas).

Protección frente a la pérdida de los apegos, daño y abandono (p. ej., dominancia y búsqueda de control, desconfianza, alerta ante el rechazo, rechazar a otras personas, aislarse y evitar a los demás, callarse, odiarse, culparse, conformarse, sumisión).

Búsqueda de vínculos (p. ej., mediante la idealización, conformarse, culparse, llamar la atención).

Mantener una sensación de control (p. ej., ira, dominancia, hábitos alimentarios).

Protección ante el peligro (p. ej., hipervigilancia, rabia e ira, ansiedad, pensamientos suspicaces).

Satisfacer las necesidades emocionales y calmarse a sí mismo/a (p. ej., consumir drogas y alcohol, buscar vínculos seguros, autolesionarse).

Preservar la identidad, la autoimagen y la autoestima (p. ej., sentimiento de tener derecho, proyección).

Comunicar el sufrimiento, buscar atención (p. ej., autolesión, ira).

Subpatrones en el Patrón General «Sobrevivir al rechazo, a estar atrampado y a la invalidación»

Dentro del Patrón General y en relación a las siguientes circunstancias concretas, entre otros posibles, se pueden considerar estos subpatrones:

Sobrevivir al maltrato doméstico (mujeres): Las mujeres que son testigos del maltrato doméstico en la infancia tienen una tendencia mayor a ser víctimas de maltrato doméstico cuando son adultas. Pueden darse otras facetas del poder en las situaciones de dependencia económica y cuando no hay una vivienda alternativa y falta apoyo. La constelación de las amenazas y las respuestas a las amenazas en las mujeres que han sobrevivido, o viven actualmente, al maltrato doméstico abarcan ansiedad, ánimo bajo, miedo, culpa, vergüenza, riesgo elevado de suicidio y problemas de salud física. Pueden utilizar toda una gama de estrategias de seguridad y supervivencia, como conciliación, aislamiento, callarse y consumo de alcohol y drogas. Los significados frecuentes, reforzados por el causante, se asocian a culparse y a sentirse inútil. La situación se puede perpetuar por el temor realista a las represalias, junto a la falta de dinero, apoyo social o alojamiento alternativo y, a veces, en base al desconocimiento de los profesionales de salud y de bienestar social. Se sabe

menos de los patrones de las víctimas de acoso doméstico masculinas y del abuso en las relaciones homosexuales o transexuales. Puede darse un solapamiento con «Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado/a y a la pérdida».

Sobrevivir como refugiado/a, solicitante de asilo, víctima de la trata de personas o como persona desplazada. Este grupo ha experimentado numerosas amenazas, pasadas y actuales, que incluyen guerra, tortura, pérdida de seres queridos, persecución, y batallas legales, junto a la pérdida de la familia, ingresos, trabajo, su tierra natal y su cultura. Esto habla de amenazas en todos los aspectos de las relaciones, en la seguridad material y en la identidad social y personal. Los significados abarcan la desesperanza, el duelo, la pérdida, el miedo, la desconfianza, el aislamiento, la falta de seguridad y la impotencia. Lo que puede inducir respuestas a las amenazas como ánimo bajo, ansiedad, pesadillas, flashbacks, desesperanza, consumo de drogas y alcohol, y oír o ver a parientes desaparecidos. Los diagnósticos más frecuentes son «trastorno de estrés postraumático, TEPT», «depresión» y «psicosis», es más probable que se asignen diagnósticos graves en los casos con múltiples traumas. Hay una superposición con «Sobrevivir a la amenaza única» y «Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado, al aislamiento y a la pérdida».

Sobrevivir al trauma histórico e intergeneracional: El trabajo con las familias de los supervivientes al Holocausto sentó las bases para comprender el «trauma intergeneracional» que puede afectar a la segunda y a las siguientes generaciones de una familia, mediante el impacto psicológico y emocional de convivir con supervivientes del trauma. Un concepto asociado es el trauma histórico, una herida emocional que se acumula durante generaciones, infringido a una población sometida, como en el colonialismo, el genocidio y la esclavitud, cuando pueblos enteros o grupos coloniales sufren entre otras la pérdida del idioma, las tradiciones, a través de la destrucción deliberada de sus vidas y culturas.

3. Patrón General Provisional: Sobrevivir a las perturbaciones en los apegos y a las adversidades en la infancia y la adolescencia

Al igual que los demás Patrones Generales, éste describe un continuo, donde la presencia de menos amenazas y factores exacerbantes y un mayor número de factores de mejora y protección supone una necesidad menor de respuestas ante la amenaza y menos incapacitantes.

Resumen narrativo del Patrón General

> *Dentro del Marco PAS, el patrón describe situaciones en las que las relaciones tempranas en la infancia y/o sus entornos se vieron comprometidas debido a una mezcla compleja de factores de poder, como historias intergeneracionales de trauma y adversidad, falta de recursos materiales, presiones sociales y aislamiento social. Una combinación de trauma no violento (por ejemplo, abuso o abandono emocional) y violento (por ejemplo, maltrato sexual o físico) puede ser la más dañina. En ejemplos más extremos, los niños/as podrían ser víctimas de maltrato colectivo, o tanto ellos y ellas como sus familias*

podrían ser refugiados o vivir en una zona de guerra. El patrón se puede manifestar como «apego desorganizado», donde incluso la figura de apego es una fuente de amenaza. Es probable que esto genere respuestas a la amenaza basadas en la disociación, «escapar cuando no hay escapatoria». Los discursos sociales sobre los roles de género configuran el modo en que se experimentan y se expresan las amenazas, de modo que las chicas tienen más probabilidad de responder mediante la disociación y los chicos con hiperactividad y falta de atención. Los diagnósticos frecuentes incluyen «trastorno de la vinculación», «TDAH», «trastorno oposicionista desafiante», «depresión», fobias y «trastornos de ansiedad», aunque no todas las personas que caen dentro de estas categorías se ajustan al patrón y estos diagnósticos también se ajustan a otros patrones. También puede haber síntomas y afecciones relativas a la salud física. En los niños y niñas algo mayores y en los jóvenes, el patrón puede solaparse con «Sobrevivir a la separación y a la confusión de identidad» o «Sobrevivir a la exclusión y a la derrota en la competencia como persona joven» y puede haber un historial de delitos penales. Como todos los patrones, este también puede referirse a niños y niñas, y jóvenes, que nunca han sido diagnosticados formalmente. Cuando llegan a ser personas adultas, pueden ser descritas en cualquiera de los otros patrones, incluyendo el de «Sobrevivir al rechazo, a estar atrapado/a y a la invalidación».

Poder, Amenaza, Significado y Respuestas a la Amenaza en el Patrón General

Los aspectos de Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la Amenaza en este Patrón General frecuentemente incluyen lo siguiente:

Poder

Con frecuencia, estos niños, niñas y/o jóvenes han estado expuestos a varias o múltiples adversidades, incluyendo el abandono, el abuso sexual, físico y/o emocional, a presenciar violencia doméstica, al acoso, la separación o a la pérdida de las figuras parentales (a veces han sido institucionalizados) y, en algunos casos, a abuso ritual y colectivo. Los impactos más sutiles del poder pueden funcionar en el entorno escolar, social y comunitario, mediante las comparaciones y las expectativas familiares y sociales, etc.

Amenaza

Las principales amenazas son el peligro físico, la sobrecarga emocional, el estar atrapado, el abandono emocional, la impotencia, la pérdida de agencia y control, el abandono, la confusión de identidad, el desamparo y la invasión corporal.

Significado

Las amenazas se asocian comúnmente con significados como miedo, vergüenza, inutilidad, vacío emocional, abandono, traición, desesperanza, sentirse controlado, atrapado y derrotado.

Respuestas frente a la Amenaza

Las amenazas y los significados a los que están asociadas originan respuestas a las amenazas mediadas por el cuerpo. Las respuestas a las amenazas se conciben básicamente como protectoras. Los aspectos incapacitantes se pueden reducir y contrarrestar mediante otras respuestas basadas en las capacidades, las fortalezas, el apoyo material, social y relacional, las narrativas alternativas y mediante otros recursos de poder, muchos de los cuales operan en el polo más «reflexivo» del espectro. En este patrón, las repuestas se usan a menudo para cumplir las siguientes funciones, dependiendo en parte de la etapa de desarrollo evolutivo. Se ordenan a continuación en un orden aproximado a la frecuencia con la que se usan:

Regulación de sentimientos abrumadores (p. ej., autolesión, embotamiento emocional, cambios de humor, uso de drogas y alcohol en los niños o niñas más mayores, disociación, oír voces, creencias inusuales, sensaciones somáticas, insensibilización corporal, golpearse en la cabeza, lagunas de memoria, alteraciones en la atención y concentración, empatía disminuida, impulsividad, hiperactividad, desrealización, ira y agresión).

Protección contra la pérdida de apego, daño y abandono (p. ej., desconfianza, odio hacia sí mismo, sumisión, exigencias, ira, malas relaciones con los pares).

Búsqueda de vínculos (p. ej., comportamiento sexualizado, dominancia, conciliación, sumisión).

Protección frente al peligro (p. ej., hipervigilancia, ansiedad, inquietud, alteración de la atención y la concentración, insomnio, desconfianza, agresión, mordeduras, fobias).

Satisfacer necesidades emocionales, calmarse (p. ej., balanceo, golpearse la cabeza, rascarse, autolesiones, rituales).

Comunicar el sufrimiento, buscar atención (p. ej., autolesiones, autodestrucción, rabietas, agresión e ira, búsqueda de vínculos, ánimo bajo, sensaciones somáticas).

Mantener la sensación de control (p. ej., ira, acoso, agresión, problemas alimentarios).

Preservar la identidad, la autoimagen y la autoestima (p. ej., acoso, dominancia).

Preservar un lugar en el grupo social (p. ej., intimidación, dominancia, conciliación).

Dependiendo de la edad, es posible que haya repercusiones sobre los hitos del desarrollo del habla, el lenguaje y la conducta, así como en la salud física y el desarrollo.

Subpatrones en el Patrón General «Sobrevivir a las perturbaciones en el apego y a las adversidades en la infancia y la adolescencia»

Los subpatrones del Patrón General se pueden asociar, entre otras, a las siguientes circunstancias específicas:

Sobrevivir a ser testigo de maltrato doméstico siendo niño/a o adolescente: Es muy probable que estos menores, especialmente los niños, muestren violencia (crueldad hacia los animales, agresiones y arrebatos de ira, delincuencia,

peleas, acoso, amenazas, malas relaciones con los pares, falta de respeto a las mujeres, maltrato doméstico siendo adulto). Esto puede involucrar un proceso de «identificación con el agresor». De forma inversa, principalmente las niñas, pueden recurrir a la sumisión, a retirarse, y a sentirse muy responsable del padre maltratado, tal y como lo indican los altos niveles de culpabilidad, ansiedad y miedo a la separación. Más adelante, los adolescentes y los adultos pueden buscar afecto mediante conductas sexuales de riesgo e indiscriminadas. Cuanto peor es la violencia en el hogar más severamente se encuentran afectados los niños y niñas.

Sobrevivir al abuso sexual siendo niño/a o adolescente: El abuso sexual infantil puede tener múltiples efectos a largo plazo en la infancia y en la edad adulta, dependiendo en parte de factores agravantes y de protección. Es un poderoso ACE sinérgico en chicos y chicas. Las chicas que han sufrido abuso sexual experimentan con más frecuencia ánimo bajo, autolesiones, disociación, dificultades cognitivas, insensibilización, impulsividad, desconfianza y disociación en comparación a sus pares femeninas no abusadas, junto a la falta de amigos y a tener relaciones sexuales problemáticas en la adolescencia. El daño generalmente es más severo cuando el causante es el padre biológico, si hubo contacto genital, y cuando el inicio es más temprano, o si hubo múltiples perpetradores y violencia. El abuso sexual infantil hace que también sean más probables las «alucinaciones», lo que implica un alto grado de disociación («escapar cuando no hay escapatoria») aunque no es un predictor específico o único de tales experiencias.

Sobrevivir al acoso siendo niño/a y adolescente: El acoso se puede entender, a cierto nivel, como un proceso de imposición de normas grupales dentro de un grupo de iguales. A este nivel, se reflejan las normas de la escuela, los medios y el entorno social más amplio, de modo que los niños y niñas a los que se percibe como desviados de estas normas, por su apariencia, estatus socioeconómico, capacidad o discapacidad, género, sexo y sexualidad, cultura, raza y religión, tienen más probabilidad de ser objeto de acoso. Es decir, las culturas de acoso tienen su origen en las normas sociales y culturales y, de forma general, a la falta de tolerancia al diferente. Los acosadores y acosadoras también pueden necesitar ayuda; quienes experimentan maltrato por parte de sus padres, especialmente abuso físico y sexual, y han sido testigos de violencia doméstica tienen una mayor tendencia a intimidar a otros niños.

El acoso escolar o *bullying* parece ser particularmente frecuente en las escuelas del Reino Unido. Puede incluir agresiones físicas y verbales y acoso vía Internet o «ciberacoso», desde las redes sociales. Si bien no existe un receptor «típico» del acoso, es más probable que las víctimas pertenezcan a grupos que ya carezcan de poder y que sufran discriminación de otras formas, debido a su sexualidad, etnia o discapacidad.

Con frecuencia, el impacto del acoso es poco reconocido, pero puede incluir un bajo rendimiento académico, ánimo bajo, baja autoestima, ansiedad, autolesiones y suicidio, y también quejas somáticas, como dolores de cabeza, insomnio, dolores de estómago y enuresis. También conlleva un mayor riesgo de experiencias «psicóticas» en la adolescencia, que pueden incluir escuchar las voces de los acosadores. Los efectos a largo plazo, cuando ya son adultos, dependen en parte de los factores exacerbantes y los de mejora, y van desde

una baja confianza en sí mismo y soledad hasta experiencias «psicóticas». El acoso es un factor causal en una serie de formas de sufrimiento en la edad adulta (véase también «Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado/a, al aislamiento y a la pérdida» y «Sobrevivir a la exclusión social, a la vergüenza y al poder coercitivo»).

Sobrevivir a las intervenciones médicas invasivas siendo niño/a o adolescente: Los niños y niñas que han tenido que sufrir intervenciones médicas repetidas, dolorosas e invasivas pueden estar traumatizados/as. Hay alguna evidencia parcial al respecto que indica que los niños más pequeños tienen una explicación «moral» del tratamiento sanitario, e interpretan que los profesionales médicos y los padres les causan dolor intencionadamente como castigo a sus malas acciones. El tratamiento también puede implicar «estar atrapado» o bajo reclusión («retención clínica») a cierto nivel, que, aunque inevitable en algunas circunstancias, puede aumentar el sufrimiento psicológico.

Patrón no-occidental. *Sobrevivir al conflicto como adolescente en el norte de Uganda*: La posesión espiritual se ha descrito en muchas culturas de todo el mundo y se asocia a una variedad de situaciones, presentaciones y significados, algunos positivos pero en otros no tanto. No aparece en el DSM, pero se incluye como «trastornos de trance o de posesión», una subcategoría del «trastorno disociativo no especificado» en la CIE-10. A veces se considera equivalente al concepto psiquiátrico de «psicosis». Una versión, el «cen», que se puede hallar al norte de Uganda, donde la guerra civil derivó en una brutalidad generalizada, con el secuestro y reclutamiento forzoso de niños como soldados. En esta condición, los jóvenes explican que su identidad ha sido poseída por el malévolo fantasma de una persona muerta. Se ha visto que el «cen» se asocia a altos niveles de trauma asociado a la guerra y el secuestro y, a menudo, se identifica al espíritu con alguien que los secuestrados se vieron obligados a matar.

4. Patrón General Provisional: Sobrevivir a la separación y la confusión de identidad

Al igual que los demás Patrones Generales, también éste describe un continuo, en el que la presencia de menos amenazas y factores exacerbantes, y una mayor presencia de factores de mejora y de protección, supone una menor necesidad de respuestas frente a la amenaza y menos incapacitantes.

Resumen narrativo del Patrón General

> *Dentro del marco PAS, se describe un patrón que es característico de las culturas individualistas, donde tradicionalmente la familia nuclear se separa al llegar a los últimos años de la adolescencia en la segunda década de la vida, junto a altas expectativas de logros. Un dilema central de supervivencia (que se refleja en los discursos de la cultura más amplia) es encontrar un equilibrio entre la dependencia emocional, que se puede experimentar como estar atrapado y con pérdida de autonomía, o como separación e individuación, que pueden experimentarse como abandono y miedo al fracaso. A menudo, este dilema se hace crucial en la adolescencia y al principio de la edad*

adulta. Las familias se pueden encontrar aisladas, sin apoyo, y los cuidadores pueden batallar según sus propias expectativas culturales, con los roles de género y/o las historias de trauma. Lo que puede contribuir a actitudes de protección, control y/o crítica de los cuidadores, junto a estilos de comunicación confusos. Los discursos sociales sobre la independencia, el esfuerzo, el trabajo duro, la competitividad y el éxito pueden añadir presión al joven. Las crisis de identidad pueden darse también en otros puntos importantes de la transición vital, como la muerte de un ser querido, la pérdida de trabajo, la ruptura sentimental, o el hecho de llegar a una cierta edad. Los diagnósticos frecuentes son la «psicosis», la «esquizofrenia», la «anorexia», la «bulimia» y el «trastorno obsesivo compulsivo» o TOC, aunque no todos los que tiene estos diagnósticos se ajustan a este patrón y los que tienen estos diagnósticos también se pueden ajustar a otros patrones. La mala salud física puede agravar las dificultades de la persona. En los y las adolescentes y los jóvenes se puede dar un solapamiento con «Sobrevivir a las perturbaciones del apego y a las adversidades en la infancia y la adolescencia». Como en todos los patrones, este también puede incluir a personas que nunca han sido diagnosticadas formalmente.

Poder, Amenaza, Significado y Respuestas a la Amenaza en el Patrón General

Los elementos del Poder, Amenaza, Significado y Respuestas a la Amenaza de este Patrón General, incluyen con frecuencia los siguientes:

Poder

Desde hace tiempo, existe la dificultad de conseguir un equilibrio entre la dependencia y la individuación y, en ocasiones, se inicia en la vida temprana. Puede haber antecedentes de separación o pérdida parental, o de abuso sexual y otros traumas. La familia de origen puede estar aislada y sin apoyo. Los discursos sociales sobre el éxito y la independencia añaden presión al joven, que ha podido desarrollar expectativas muy altas para sí. Los ideales occidentales sobre la apariencia corporal de las mujeres y, cada vez más, de los hombres, se transmiten y se respaldan por los medios de comunicación, la dieta, la moda, las revistas y en otras áreas, y preparan el escenario para tener problemas con la alimentación y con el exceso de ejercicio, como una forma de expresión del sufrimiento. (En algunos países, por ejemplo, Ghana, Hong Kong y Sudáfrica, el control, más que la apariencia corporal, puede ser el tema dominante en la restricción alimentaria).

Amenaza

Existen amenazas centrales para la identidad, el sentido del self, y la agencia, incluyendo la invalidación emocional. Otras amenazas son el abandono, la desatención emocional, el rechazo, la exclusión y el aislamiento social, la agresión física y la derrota.

Significado

Las amenazas se asocian frecuentemente a significados como: abandono, rechazo, inutilidad, vergüenza e inferioridad, sentirse controlado, invadido, estar atrapado.

Respuestas a la Amenaza

Las amenazas y los significados a los que se asocian dan lugar a respuestas a las amenazas mediadas por el cuerpo. Las respuestas a las amenazas se consideran básicamente protectoras. Los aspectos incapacitantes se pueden reducir y contrarrestar mediante otras respuestas basadas en las capacidades, las fortalezas, el apoyo material, social y relacional, las narrativas alternativas y mediante otros recursos de poder, muchos de los cuales operan en el polo más «reflexivo» del espectro. En este patrón, se usan a menudo para cumplir las siguientes funciones, que se ordenan de forma aproximada según la frecuencia con las que se usan:

Protección contra la pérdida del apego, el daño y el abandono (p. ej., con miedo a la separación; negación o proyección de la ira y la sexualidad; conformidad; callarse; regresión emocional; confusión de la identidad y los límites; ánimo bajo; ansiedad).

Preservar la identidad, la autoimagen y la autoestima (p. ej., con creencias inusuales; adelgazamiento; ira; rebeldía; perfeccionismo).

Regulación de los sentimientos abrumadores (p. ej., adelgazamiento; autolesión, insensibilización corporal, creencias inusuales, escucha de voces, realizar rituales).

Protección frente al peligro (p. ej., mediante hipervigilancia, conciliación).

Mantener un sentido de control (p. ej., con rituales y compulsiones; mediante restricción alimentaria con atracones; exceso de ejercicio).

Búsqueda de vínculos (p.ej., dependencia, sumisión).

Preservar un lugar en el grupo social (p. ej., con perfeccionismo, esfuerzo).

Castigarse (p. ej., culparse, odio al cuerpo, autolesiones, ánimo bajo).

Comunicar el sufrimiento y la búsqueda de cuidados (p. ej., a través de creencias inusuales, escucha de voces, comunicación confusa; adelgazamiento, rituales, ánimo bajo).

Encontrar significado y propósito (p. ej., creencias inusuales, control de la alimentación).

Subpatrones en el Patrón General «Sobrevivir a la separación y a la confusión de identidad»

Se pueden considerar subpatrones dentro del Patrón General en relación a las siguientes circunstancias específicas, entre otras posibles:

Sobrevivir a las transiciones de la mitad de la vida: En ocasiones las mujeres experimentan un sufrimiento significativo cuando afrontan un cambio de rol debido a que sus hijos dejan el hogar, u otros aspectos propios de esta edad, como la muerte de sus padres. En ocasiones se observa un patrón similar en los hombres. En ambos casos, puede surgir un impulso para satisfacer

necesidades que se negaron o se dejaron de lado, ya que era necesario cumplir con las expectativas sociales y de género en una etapa más temprana de la vida. Por ejemplo, el sentido de identidad de las mujeres puede haber quedado soterrado por las exigencias de la crianza de los hijos, exacerbadas por los mensajes sobre el sacrificio emocional propio, y por otras desigualdades sociales y económicas. Es más probable que los hombres se sientan agotados en relación a las expectativas laborales y por las limitaciones de la socialización masculina.

Sobrevivir a la separación en las familias emigrantes: Los jóvenes de familias emigrantes de primera generación pueden experimentar una doble presión sobre su individuación, entre las exigidas por las normas culturales occidentales, ejemplificadas en sus pares blancos, y las de permanecer en relación estrecha con sus familias de acuerdo a las expectativas culturales. También pueden tener que negociar acuerdos sobre los estilos de vestir, el uso de drogas y alcohol, las relaciones sexuales, etc. Y junto a una mayor probabilidad de desempleo y otras formas de discriminación, pueden explicar, en parte, las tasas más altas de expresión del sufrimiento, que incluye la «psicosis» en algunos grupos de adolescentes de minorías étnicas.

5. Patrón General Provisional: Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado, al aislamiento y a la pérdida

Al igual que los demás Patrones Generales, éste describe un continuo, y la presencia de menos amenazas y factores exacerbantes, así como una mayor presencia de factores de mejora y de protección, implican menor necesidad de respuestas frente a las amenazas y menos incapacitantes.

Resumen Narrativo del Patrón General

> *Dentro del marco PAS, este describe un amplio patrón de amenazas, tanto pasadas como presentes, y respuestas a las amenazas que surgen de significados centrales sobre la derrota, el estar atrapado, el aislamiento y la pérdida. Un cierto grado de tristeza, miseria, soledad y ansiedad es una parte inevitable de la vida. Sin embargo, si los entornos actuales son suficientemente prolongados, severos e ineludibles (por ejemplo, condiciones laborales; aislamiento de la comunidad; parejas controladoras; problemas de salud física; pobreza; estatus de refugiado), su impacto puede ser profundo e incapacitante, incluso en ausencia de adversidades y pérdidas anteriores o adicionales. Este patrón de malestar es más habitual entre los grupos de menor influencia, por ejemplo, mujeres, clase social baja, grupos de mayor edad, minorías étnicas y, especialmente, en contextos de austeridad, desigualdad e injusticia social. Estos grupos también son los más propensos a sufrir las consecuencias adversas del alto nivel de desempleo, salarios bajos, condiciones laborales precarias, etc. Los discursos sociales sobre el esfuerzo, el trabajo duro, los logros, la competitividad y el éxito, pueden aumentar la sensación de vergüenza y derrota, cuando estas estrategias no han tenido éxito. En condiciones de austeridad y desigualdad, de forma global, las poblaciones pueden experimentar niveles crecientes de humillación y vergüenza; miedo y desconfianza; inestabilidad e*

inseguridad; aislamiento y soledad; y sentirse atrapadas e impotentes. Esto se aplica independientemente de los antecedentes personales y la experiencia de otras adversidades. También afecta a los miembros más pudientes de la sociedad, incluso aunque estén protegidos frente a los impactos materiales.

En algunas personas que se ajustan a este patrón puede equivaler a tener «depresión» y «ansiedad», pero es más probable que esto sea identificado en las mujeres. Lo que se puede asociar a la doble trampa de un trabajo con menor salario y menos valorado, junto a asumir la carga principal del cuidado de los niños. Sin embargo, un elemento influyente de poder, el desempleo, puede tener un efecto mayor sobre los hombres, debido a su fuerte vinculación con las identidades masculinas como trabajadores y que dan sustento. Los discursos sociales en torno a las familias, la crianza de los hijos, los roles de las mujeres como cuidadoras, los roles de los hombres como asalariados, entre otros roles, alimentan las expectativas y, también, establecen el escenario para culparse cuando estas expectativas no se cumplen. Los diagnósticos frecuentes son «depresión», «depresión clínica», «trastorno depresivo mayor», «ansiedad», «trastorno de ansiedad generalizada», «trastorno de pánico», «agorafobia», «alcoholismo y drogodependencia», «TOC», «trastorno de acumulación», «depresión postparto», «bulimia», «trastorno de duelo prolongado» o «duelo complicado» junto a sentimientos suicidas, pero no todos los que entran en estas categorías se ajustan a este patrón y también quienes tienen estos diagnósticos se pueden ajustar a otros patrones. La mala salud física o el dolor y la discapacidad pueden aumentar las dificultades de las personas. Como todos los patrones, este también puede describir a personas que nunca han sido diagnosticadas formalmente.

Poder, Amenaza, Significado y Respuestas a la Amenaza en el Patrón General

Los aspectos de Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la Amenaza en este Patrón General, incluyen comúnmente los siguientes:

Poder

Dentro del Marco PAS, este patrón describe a las personas que están atrapadas en situaciones de larga duración de estrés crónico interpersonal, ambiental y/o de exclusión social. Esto puede abarcar pobreza, relaciones de control o que no dan apoyo, aislamiento social, duelo, estatus de refugiado/a, estrés laboral, desempleo, dolor y discapacidad, o la crianza de niños con apoyo insuficiente. A un nivel más amplio, puede describir el impacto general de sobrevivir a situaciones de desigualdad e injusticia social y la consiguiente fragmentación de las comunidades que afecta a todos sus miembros. Puede haber historias previas de perturbación en los apegos y trauma, incluyendo la pérdida de un padre, el abuso físico y sexual, la violencia doméstica, el acoso, la crítica o el desamparo o abandono.

Amenaza

Las amenazas principales incluyen estar atrapado, exclusión social, derrota, pérdida, pérdida de vínculos, pérdida de agencia, menor acceso a recursos, cansancio físico y agotamiento.

Significado

Las amenazas se asocian comúnmente a significados como: impotencia, estar atrapado, derrota, soledad, exclusión, falta de confianza, sentimiento de culpa, vergüenza, humillación, inferioridad, indignidad y desesperanza. Otros significados pueden ser una sensación de alienación, fracaso, injusticia o desigualdad.

Respuestas a la Amenaza

Las amenazas y los significados con los que se asocian dan lugar a respuestas a las amenazas mediadas corporalmente. Las respuestas a las amenazas se consideran básicamente protectoras. Los aspectos incapacitantes se pueden reducir y contrarrestar con otras respuestas basadas en las capacidades, las fortalezas, el apoyo material, social y relacional, las narrativas alternativas y mediante otros recursos de poder, muchos de los cuales operan en el polo más «reflexivo» del espectro. En este patrón, a menudo se usan para cumplir las siguientes funciones, ordenadas según la frecuencia que se suelen usar:

Protección contra la pérdida de apego, el daño y el abandono (p. ej., conciliación, sumisión, callarse, aislamiento, dependencia, «renuncia» o agotamiento).

Regulación de sentimientos abrumadores (p. ej., distanciamiento, evitación («agorafobia»), ánimo bajo que enmascara el duelo, la ira y la pérdida, rituales, exceso de trabajo, despersonalización).

Castigarse (p. ej., ánimo bajo, culparse, autolesiones, intentos de suicidio, ira).

Mantener la identidad, la autoimagen y la autoestima (p. ej., esfuerzo, competitividad, restricción alimentaria, perfeccionismo, odio al cuerpo).

Preservar un lugar dentro del grupo social (p. ej., conciliación, docilidad, dependencia, esfuerzo, competitividad, odio al cuerpo).

Búsqueda de vínculos (p. ej., desesperanza, llanto).

*Satisfacer necesidades emocionales, calmarse (*p. ej., comer en exceso, consumo de drogas y alcohol, agotamiento).

Protección contra el peligro físico (p. ej., ansiedad, pánico, fobias, aislarse, «agorafobia», insomnio).

Mantener una sensación de control (p. ej., rituales, rumiación).

Comunicar el sufrimiento, buscar atención (p. ej., autolesiones, agotamiento, llanto, desesperanza).

Subpatrones en el Patrón General «Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado, al aislamiento y a la pérdida»

Se pueden considerar algunos subpatrones dentro del Patrón General en relación a las siguientes circunstancias específicas:

Sobrevivir a la derrota en la competencia: Algunas personas muestran su éxito hacia el exterior, mediante un logro importante y un ímpetu competitivo, que procede de las expectativas familiares y sociales. Cuando las expectativas percibidas no se cumplen, o no es posible mantener el ímpetu, o de repente se encuentra en el paro o en otras circunstancias desfavorables que caen fuera de su control, se pueden generar respuestas ante las amenazas del estilo de la «derrota en la competencia», como agotamiento y autocrítica, sentido de pérdida, vergüenza y desesperanza y sentimientos suicidas. Es probable que estas reacciones crezcan en el contexto de las presiones globales asociadas a la recesión económica y/o la austeridad, que tal como se ha comprobado conduce a un aumento global de los niveles de humillación y vergüenza; miedo y desconfianza; inestabilidad e inseguridad; aislamiento y soledad; sentimientos de «estar atrapado/a» y de impotencia. Los hombres pueden ser más vulnerables a estos mensajes, y son el grupo con mayor riesgo de suicidio. En este grupo, los hombres económicamente más desfavorecidos y de mediana edad tienen las tasas de suicidio más altas. Esto se puede deber a una combinación de factores, entre los que se incluye el fracaso percibido de no estar a la altura, según los estándares masculinos de éxito y control, un contexto de ruptura sentimental y los cambios y las presiones socioeconómicas.

Sobrevivir a la exclusión y a la derrota en la competencia siendo persona joven: En el Reino Unido, los y las adolescentes, los y las jóvenes adultos/as, muestran niveles muy altos de autolesiones, odio a su cuerpo, alteraciones de la conducta alimentaria, ansiedad, sufrimiento, uso de drogas y alcohol, etc., en relación a una gran presión dentro de un contexto más competitivo, junto a constantes comparaciones de su estatus en las redes sociales. El «ideal de estar delgado» se ha convertido en una preocupación casi universal en las mujeres jóvenes. Los hombres jóvenes pueden tener una preocupación similar en relación a estar en forma y mostrar una apariencia física bien formada. La austeridad y la desigualdad incrementan las presiones para todos y pueden tener un fuerte impacto en los jóvenes por la pérdida de oportunidades, junto a las presiones sociales y económicas.

Sobrevivir a la exclusión y a la derrota en la competencia, cuando no se es alguien «típico o adecuadamente ajustado»: Cuanto más limitada sea la gama de formas aceptables de ser y cuanto más individualistas y competitivas sean las normas sociales, más difícil les resultará a las personas encontrar un rol social y su sitio, cuando no siguen el modelo estándar, y es más probable que experimenten sentimientos de fracaso, inadecuación, vergüenza y exclusión. Algunos de los ejemplos abarcan el tener discapacidad intelectual; o tener características asociadas al síndrome de Asperger o del trastorno del espectro autista; o ser LGBTQ; o tener diferencias físicas visibles, etc.

Hacer frente al parto y a la crianza de los hijos: A veces diagnosticada como «depresión postparto». El parto puede conllevar factores de riesgo o amenazas como: «estar atrapada», invasión física, falta de control, pérdida de roles y/o el status previo, etc., y, en algunas mujeres, puede reactivar los recuerdos de un

trauma sexual o físico. Todo ello se puede exacerbar por los cambios hormonales, el agotamiento físico, etc. Los temas del poder a largo plazo incluyen la falta de apoyo social para las familias, el aislamiento de la estructura familiar nuclear, o las creencias idealizadas sobre la paternidad en la pareja. Las madres y, en ocasiones, los padres, que recibieron una crianza que no fue la ideal y/o experimentaron adversidades en una edad temprana y/o se encuentran aislados/as y viven en la pobreza y/o son víctimas de violencia doméstica, pueden experimentar más fácilmente como abrumadoras e ineludibles las necesidades emocionales y físicas de la parentalidad. Por todo ello, resulta más probable que los significados incluyan el fracaso y/o «estar atrapado/a». Las respuestas a la amenaza cumplen la función de expresar la necesidad de apoyo y de reparar la situación, la expresión de sentimientos inaceptables mediante el estado de ánimo bajo, la ansiedad, las imágenes intrusivas de daño, la «agorafobia», la autocensura, etc.

Sobrevivir al acoso escolar o «bullying» y al acoso laboral o «mobbing»: El acoso se puede entender, en un primer nivel, como un proceso de imposición de normas grupales dentro de los grupos de pares. El acoso prolongado en la niñez se asocia a ánimo bajo y baja autoestima, y a dificultades para confiar en sí mismo/a y en la intimidad dentro de las parejas afectivas, vergüenza y falta de confianza y soledad persistente cuando se llega a la vida adulta. En sus formas más graves, puede desembocar en «psicosis» y otras dificultades cuando se es adulto, tal como se describe en el Patrón General «Sobrevivir al rechazo, a estar atrapado/a y a la invalidación». Aunque los adultos estén, en igualdad de condiciones, mejor equipados para lidiar con el acoso que los niños y niñas, el acoso en el lugar de trabajo es una situación de «estar atrapado/a» y de invalidación, que se asocia a ataques de pánico, estado de ánimo bajo, pérdida de autoestima, hiperactivación, evitación y síntomas físicos, como dolores de cabeza, insomnio, problemas digestivos, afecciones cutáneas, náuseas y palpitaciones. El acoso es más frecuente en los entornos empresariales o institucionales que se basan de forma importante en la competencia y la amenaza.

Patrones no occidentales: El «agotamiento cerebral» («*brain fag*») en África occidental puede ser la expresión de un estrés similar. Principalmente lo manifiestan los estudiantes varones en los colegios y en la universidad, y quienes estudian para mejorar las calificaciones, especialmente en los períodos de estudio intenso, e incluye: agotamiento mental, sensaciones de dolor de cabeza y cuello, y visión borrosa. Las experiencias parecen asociarse a un intenso deseo de tener éxito y mejorar la situación económica y social de uno mismo, y también de la familia. Estas presiones surgen en un contexto de cambio social rápido, con la globalización, que crea tensiones ante las prácticas y los valores más tradicionales. El «agotamiento cerebral» es un diagnóstico que se encuentra en desuso y que se aplica infrecuentemente por las nuevas generaciones de psiquiatras. También se ha argumentado que no es un verdadero «síndrome ligado a la cultura», sino una percepción transmitida desde el siglo XIX en Gran Bretaña.

La comunidad Khwe en Sudáfrica manifiesta una versión en la «*kufingisisa*», un fenómeno traducido como «pensar demasiado», que se menciona en el DSM-5 y se reconoce en varias regiones del mundo. Si bien este estado no siempre tiene un impacto o connotaciones negativas para los Khwe, a veces se

refiere a una intensa rumiación acerca de la pobreza extrema, la falta de bienes materiales y las preocupaciones por la salud, que enfrenta esta marginada y aislada comunidad. Se acompaña de sentimientos de desesperanza y falta de control.

6. Patrón General Provisional: Sobrevivir a la exclusión social, a la vergüenza y al poder coercitivo

Al igual que todos los Patrones Generales, éste describe un continuo, y la presencia de menos amenazas y factores exacerbantes, así como una mayor presencia de factores de mejora y de protección, supone una necesidad menor de respuestas ante la amenaza y menos incapacitantes.

Resumen narrativo del Patrón General

Dentro del Marco PAS, este describe a alguien cuya familia de origen posiblemente ha vivido en entornos caracterizados por amenazas, discriminación, carencia material y exclusión social. Puede que los padres hayan estado ausentes, que haya habido una crianza institucional y/o la falta de un hogar. En un entorno como este, es probable que los cuidadores/as luchen con sus propias adversidades, pasadas y presentes y, a menudo, pueden abusar de drogas y alcohol. Como resultado, las relaciones de apego tempranas de la persona a menudo son desorganizadas e inseguras, y la persona puede haber experimentado adversidades significativas en la infancia y siendo adulto, incluyendo maltrato físico y sexual, acoso, ser testigo de violencia doméstica y estilos de parentalidad hostiles o humillantes. Los estilos de apego «desorganizado» son frecuentes. Las personas tienden a usar estrategias de supervivencia para distanciarse de las emociones propias y ajenas, mantener la distancia emocional y permanecer muy alerta ante las amenazas. Los discursos sociales y las comparaciones entre los estatus pueden conferir una sensación de inutilidad, vergüenza e injusticia, que podrían gestionarse mediante diversas formas de conducta violenta. Las sociedades con mayor desigualdad, en las que la desigualdad económica incrementa la competencia social, permiten que estas dinámicas afloren. Esto puede tener un impacto especialmente importante en los hombres desfavorecidos, que tienen una mayor motivación que las mujeres para competir, alcanzar y mantener un estatus social alto, y que al mismo tiempo encaran numerosas señales de su falta de éxito y de su estatus bajo.

La «paranoia», o los pensamientos de suspicacia, es muy característica de este patrón (aunque no necesariamente siempre, y también se encuentra en otros patrones). Se ha visto que tiene sus raíces en la perturbación de los apegos, la violencia doméstica en la familia de origen, la pobreza, la crianza en un entorno institucional, los entornos urbanos inseguros, y en experiencias de acoso, agresión y otras amenazas físicas. La condición de pertenecer a una minoría étnica aumenta la probabilidad de tener experiencias de discriminación y exclusión, lo que puede explicar una mayor incidencia de pensamientos

de suspicacia («paranoia») en estos grupos. Por lo tanto, la «paranoia» puede considerarse como una respuesta posible ante la exclusión y el aislamiento. Las respuestas a las amenazas pueden incluir temor, hipervigilancia, conciliación, evitación y aislarse.

Se ha mostrado que la violencia y la agresión surgen de raíces similares a las de la «paranoia». A veces, aunque no siempre, se vinculan a este patrón, en el sentido de que las respuestas ante la amenaza en forma de agresión se pueden desencadenar muy fácilmente como una respuesta a la «paranoia» o al peligro percibido, en especial porque el desarrollo de las habilidades reflexivas puede que no hayan sido facilitadas en las primeros años de vida. La socialización de género significa que los hombres son más propensos a dirigir la ira hacia fuera en forma de violencia y agresión hacia otros, mientras que las mujeres tienen tasas más altas de autolesión y alteraciones de la conducta alimentaria. Por lo tanto, es más probable que las mujeres con este tipo de antecedentes sean más propensas a encajar en el patrón «Sobrevivir al rechazo, a "estar atrapado/a" y a la invalidación». La pobreza, que es una característica frecuente en este patrón, es una ACE sinérgica especialmente fuerte, tanto en hombres como en mujeres.

Si bien el Marco PAS considera que las personas pueden tomar decisiones sobre sus vidas, reconoce también que estas opciones a menudo se encuentran limitadas. Por lo tanto, muchos ejemplos (aunque no todos) de comportamiento violento y delictivo se pueden entender como respuestas de supervivencia. De este modo, el patrón es característico de un buen número de hombres (y algunas mujeres) que se hallan en el sistema de justicia penal (y también de muchas personas ajenas a él). También se ha argumentado que el «trastorno de personalidad antisocial» es una versión extrema de los estereotipos culturales occidentales sobre hombres dominantes con una capacidad limitada para empatizar o expresar emociones.

En los hombres, los diagnósticos más habituales que encajan en este patrón son el «trastorno de la personalidad antisocial» y la «paranoia», mientras que en las mujeres es más probable que sean diagnosticadas de «trastorno límite de la personalidad», «trastornos alimentarios», «trastorno bipolar» y «trastorno depresivo mayor». Otro diagnóstico posible es el «trastorno por consumo de sustancias», aunque no todas las personas que tienen estos diagnósticos se ajustan a este patrón y además estos diagnósticos también se pueden ajustar a otros patrones. Al igual que en todos los patrones, este también puede describir a personas que nunca han sido diagnosticadas formalmente.

Poder, Amenaza, Significado y Respuestas a la Amenaza dentro del Patrón General

Los elementos de Poder, Amenaza, Significado y Respuestas a la Amenaza de este Patrón General habitualmente incluyen los siguientes:

Poder

Se han dado múltiples experiencias de actividad negativa del poder, en casi todas sus formas, que provocan múltiples amenazas y adversidades sociales y relacionales, tanto en el pasado como en el presente. Lo que con frecuencia se agrava cuando la persona es remitida a otras instituciones amenazantes, como la prisión. Un contexto más amplio es el de las sociedades competitivas con desigualdad económica y social, en las que las personas, y especialmente los hombres, se enfrentan a constantes señales de fracaso y exclusión. Los discursos sociales sobre los roles de género moldean la forma en que se experimentan y se expresan las amenazas. Esto incluye la violencia doméstica, que se encuentra facilitada por los discursos sobre la fuerza, la dominancia y el control masculino.

Amenazas

El individuo (familia o grupo social) incluido en este patrón encara amenazas importantes, como la exclusión y el aislamiento social, el peligro físico, la desregulación emocional, el abandono y la invalidación emocional, la humillación, la impotencia, el abandono, la pobreza material y la agresión física.

Significado

Habitualmente las amenazas se asocian a significados como: miedo, vergüenza, humillación, inferioridad, inutilidad e impotencia, aunque puede que haya una conciencia y un reconocimiento limitado de ello. Se ha observado que los pensamientos de suspicacia surgen de sentimientos de impotencia, injusticia, vergüenza, ira, sentirse atrapado/a, indignidad y exclusión social. El miedo al abandono, el vacío emocional, el aplanamiento emocional, la culpa y el aislamiento también pueden estar presentes.

Respuestas a la amenaza

Las amenazas y los significados a los que se asocian dan lugar a respuestas que están mediadas por el cuerpo. Las respuestas a las amenazas se consideran fundamentalmente protectoras. Los aspectos incapacitantes se pueden reducir y contrarrestar mediante otras respuestas basadas en las capacidades, las fortalezas, los recursos, el apoyo relacional y social, las narrativas alternativas y mediante otros elementos de poder, muchos de los cuales funcionan en el polo más «reflexivo» del espectro. En este patrón a menudo se utilizan las siguientes funciones, que se enumeran en un orden que se aproxima a la frecuencia con la que se emplean:

Preservar la identidad, la autoimagen y la autoestima (p. ej., dominancia, sentirse con derecho, violencia, suspicacia, agresión sexual, externalización, hipervigilancia, desconfianza).

Regulación de sentimientos abrumadores (p. ej., negación, proyección, empatía reducida y conciencia emocional disminuida, pensamientos suspicaces, disociación, aplanamiento, somatizaciones, escucha de voces, autolesiones, consumo de drogas y alcohol, impulsividad, ira que enmascara el miedo, tristeza, vergüenza y soledad).

Protección contra el peligro físico (p. ej., pensamientos suspicaces, desconfianza, dominación, agresión, hipervigilancia, evitación, autoaislamiento).

*Mantener un sentido de control (*p. ej., mantener la distancia emocional y / o física, usar la agresión como defensa contra la vergüenza y la humillación, dominancia, violencia y amenazas).

Protección contra la pérdida del apego, el dolor y el abandono (p. ej., conciliación, mantener la distancia emocional, dominancia, pensamientos suspicaces, violencia, agresión sexual, sensibilidad a la humillación y la vergüenza, empatía reducida, impulsividad).

Preservar un lugar dentro del grupo social (p. ej., agresión, pertenencia a un grupo).

C*astigarse* (p. ej., autolesiones, intentos de suicidio).

Satisfacer necesidades emocionales, calmarse (p. ej., consumo de drogas y alcohol, hábitos alimenticios).

Subpatrones dentro del Patrón General «Sobrevivir a la exclusión social, a la vergüenza y al poder coercitivo»

Los subpatrones dentro del Patrón General pueden asociarse, entre otros, a las siguientes circunstancias específicas:

Causar violencia doméstica: La violencia doméstica se puede manifestar como cualquier relación violenta o coercitiva entre los miembros adultos de la familia, pero más frecuentemente se refiere al maltrato en la pareja. Los agresores domésticos, como cualquier persona que comete un delito o se comporta de modo violento o coercitivo, son responsables de sus actos. Al mismo tiempo, es importante reconocer que en ciertos patrones del PAS se incrementa la probabilidad de que algunas personas opten por actuar de esta manera. La violencia doméstica protagonizada por los hombres resulta más frecuente en situaciones de desempleo, en un nivel socioeconómico más bajo y cuando hay problemas financieros. Las experiencias tempranas de victimización y el haber presenciado violencia doméstica entre los padres también aumenta el riesgo de reproducir este comportamiento en los hombres, aunque no en las mujeres. El grado de exposición a la violencia en la infancia se correlaciona con la gravedad del maltrato infringido siendo adulto. El maltrato doméstico se encuentra en todos los sectores sociales, y algunos agresores domésticos masculinos pertenecen a un estatus social elevado, sin que apenas presenten otros comportamientos violentos. A veces, los hombres que encajan en este patrón presentan diagnósticos de «trastorno narcisista, trastorno antisocial o trastorno límite de la personalidad» y, a veces, abusan del alcohol. Se sabe menos del maltrato doméstico causado por mujeres, aunque puede relacionarse con perturbaciones del apego y a traumas tempranos. Poco se sabe sobre el maltrato doméstico en las relaciones entre personas del mismo sexo y transgénero, aunque hay algunos indicios de que los apegos inseguros y la presencia de violencia doméstica también pueden ser relevantes para los/as agresores/as gays o lesbianas.

Sobrevivir a no tener hogar: Las personas sin hogar, de larga data, con frecuencia manifiestan malas relaciones familiares, altas tasas de maltrato o

violencia, tanto emocional como física, incluida la violencia doméstica, crianza institucional, abuso de sustancias, lesiones cerebrales traumáticas, y una serie de adversidades acumuladas.

Sobrevivir a la separación, la institucionalización y al privilegio: Las personas de entornos más opulentos pueden mostrar patrones de respuesta algo diferentes. Las perturbaciones tempranas en los apegos, la victimización y el trauma y las respuestas a las amenazas posteriores pueden ser más limitadas, sutiles, y ser consideradas socialmente más aceptables o incluso deseables. La empatía disminuida puede estar enmascarada mediante habilidades sociales, la simpatía superficial, y el alto estatus social. Por ejemplo, se ha descrito el llamado «síndrome del internado» en los grupos más privilegiados. La pérdida repentina de apegos a una edad temprana, junto a la necesidad de sobrevivir en un entorno nuevo, posiblemente amenazante o abusivo, puede llevar a desarrollar una imagen aparente de seguridad, que oculta la vulnerabilidad, el miedo y la soledad, incluso para la misma persona. Es probable que ello conlleve dificultades posteriores en relación a la confianza y a la intimidad y (en el caso de los varones en las escuelas de un solo sexo) ante las mujeres. Algunas veces, pero no siempre, este patrón se manifiesta mediante un comportamiento dominante, intimidatorio u ofensivo.

Patrón no occidental: El *Amok* es un patrón de conducta que se encuentra en Malasia e Indonesia, entre otros lugares. Puede tomar varias formas, pero una de ellas es la de un hombre, hasta ese momento pacífico, que coge un arma e intenta de forma frenética herir o matar a otros. A menudo el episodio termina cuando el hombre se suicida o es matado por otros. La mitología malaya atribuye este comportamiento a estar poseído por un espíritu. Muchos también lo consideran como una forma de restablecer la reputación como hombre respetado y temido, después de percibir un desprecio. Se ha comparado con los tiroteos en las escuelas de los Estados Unidos, que parecen asociarse a sentimientos masculinos de humillación, rechazo, fracaso, exclusión, agravio e ira.

7. Patrón General Provisional: Sobrevivir a las amenazas únicas

Al igual que todos los demás Patrones Generales, éste describe un continuo, en el que la presencia de menos amenazas y factores exacerbantes y una mayor presencia de factores de mejora y de protección, supone una menor necesidad de respuestas frente a la amenaza y menos incapacitantes.

Resumen narrativo del Patrón General

> *Dentro del Marco PAS, este patrón describe a personas que han experimentado situaciones de amenazas concretas, ya sea directamente o por ser testigos del daño infringido a otros/as. Estas pueden ser amenazas no intencionales, como accidentes de tráfico, procesos médicos, desastres naturales, partos complicados, pérdida de un ser querido; o intencionales como violación, agresión, tortura, presenciar o realizar acciones en la guerra, etc. Los factores de exacerbación se presentan en los traumas interpersonales e intencionales (violación, agresión), que pueden tener un impacto mayor. En ausencia de*

adversidades previas y problemas en los apegos, el impacto promedio es menos severo. Por lo tanto, ante sucesos amenazantes específicos como el abuso sexual, la intimidación, la agresión, el parto complicado, etc., se puede sobrevivir sin un sufrimiento necesariamente duradero en ausencia de factores exacerbantes, cuando hay relaciones de apoyo y protección. No obstante, es probable que al menos haya un impacto inicial mediado por los significados sociales habituales para estos sucesos.

Este patrón es ampliamente reconocido en los servicios occidentales bajo el diagnóstico de «TEPT, Trastorno de Estrés Postraumático». Las principales diferencias con el Marco PAS son que este evita la patología implícita en el término «trastorno» y que incluye los elementos del contexto social. Así acepta la variabilidad individual y cultural, y además reconoce la centralidad del significado y la función en cada respuesta ante las amenazas. Es importante señalar que los criterios característicos del «TEPT»: la hipervigilancia, la evitación, los pensamientos intrusivos, etc., no son respuestas universales, ni entre las culturas ni a lo largo de la historia (por ejemplo, la «neurosis de guerra»).

El patrón también reconoce la distinción realizada en la literatura del trauma entre el trauma de «suceso único» (un suceso inesperado y puntual, que surge «de la nada», como un desastre natural, una colisión, un ataque terrorista o un episodio único de agresión, abuso o de presenciarlo) y el trauma complejo, que es acumulativo, reiterado, y que se genera en las relaciones interpersonales. Como todos los patrones, este también puede hacer referencia a personas que nunca han sido diagnosticadas formalmente. Cuanto más severa y más duradera sea la amenaza(s), más probable es que este patrón se refleje en otros patrones generales como «Sobrevivir al rechazo, a estar atrapado/a y a la invalidación».

Poder, Amenaza, Significado y Respuestas a la Amenaza en el Patrón General

Los elementos de Poder, Amenaza, Significado y Respuestas a la Amenaza de este Patrón General habitualmente incluyen los siguientes:

Poder

El poder puede que no esté relacionado (p. ej., la pérdida por causas naturales) o lo haga indirectamente en los traumas únicos. Por ejemplo, un accidente en el lugar de trabajo puede ser causado por la maquinaria, pero, teniendo en cuenta una situación global, podría deberse a las condiciones de trabajo inseguras. Un desastre natural puede que no tengan una causa humana, pero su impacto y sus consecuencias (¿quién estaba mejor protegido? ¿qué ayuda se suministró?) es probable que involucren elementos de poder.

Amenaza

El suceso traumático consistió en una amenaza para la integridad psicológica y / o física de la persona y / o de las personas próximas.

Significado

Las amenazas se asocian con frecuencia a significados como: miedo, impotencia, aislamiento, extrañeza, culpa y vergüenza. Los dos últimos resultan especialmente probables cuando los sucesos traumáticos se viven como muy personalizados o intencionales y cuando se asocian a significados culturales negativos. Las amenazas que surgen en contextos de sentimientos de traición, por ejemplo, una guerra que se percibe como injusta, o cuando los demás no reconocen la magnitud del trauma, o responsabilizan parcialmente a la persona, pueden tener un impacto más dañino.

Respuestas a la amenaza

Las amenazas, y los significados a los que se asocian, dan lugar a respuestas ante las amenazas que están mediadas por el cuerpo. Las respuestas a las amenazas se entienden básicamente como protectoras. Los aspectos incapacitantes se pueden reducir y contrarrestar mediante otras respuestas basadas en las capacidades, las fortalezas, los recursos materiales, el apoyo relacional y social, las narrativas alternativas y otros recursos de poder, muchos de los cuales operan en el polo más «reflexivo» del espectro. En este patrón, a menudo, se usan las siguientes funciones, enumeradas en orden aproximado a la frecuencia con la que se usan:

Regular los sentimientos abrumadores (p. ej., evitar factores desencadenantes, uso de drogas y alcohol).

Distracción o evitación de los sentimientos abrumadores (p. ej., uso de drogas y alcohol, insensibilización emocional y física, disociación, lagunas de memoria, despersonalización, irritabilidad, ira, silenciarse).

Protección contra el peligro (p. ej., lucha o huida, hipervigilancia, insomnio, rabia, flashbacks, pesadillas).

Mantener una sensación de control (p. ej., hipervigilancia).

Castigarse (p. ej., autocrítica, vergüenza, culpa, ánimo bajo).

Satisfacer las necesidades emocionales, calmarse (p. ej., el uso de drogas y alcohol).

Subpatrones dentro del Patrón General «Sobrevivir a las amenazas únicas»

Los subpatrones dentro del Patrón General pueden relacionarse con las siguientes circunstancias específicas, entre otras posibles.

Sobrevivir a la violación: Se sabe que la violación tiene un impacto más fuerte que muchos otros delitos debido a sus elementos esenciales de terror, humillación, impotencia, agresión e invasión corporal. Las respuestas y los significados a la amenaza más frecuentes incluyen sentimientos de responsabilidad y, por lo tanto, de autoacusación, vergüenza y culpa (especialmente en las mujeres), ira, dificultades relacionales y sexuales. Un patrón similar en los hombres incluye respuestas a la amenaza y significados de humillación, negación, represión, vergüenza, impotencia, poca confianza en sí mismo, desconfianza en los hombres adultos, dificultades sexuales, imagen

corporal negativa y dudas sobre su orientación sexual, junto a homofobia internalizada. Las víctimas pueden tener ánimo bajo, ansiedad, temor, pánico y/o tendencias suicidas tras la agresión, además de experimentar hipervigilancia, evitación y pensamientos intrusivos, y pueden consumir alcohol o drogas para hacer frente a la situación. Estos significados están moldeados por los discursos sociales referentes al rol de las mujeres y hombres, la sexualidad masculina y femenina, etc. Muchas violaciones son cometidas por personas conocidas de la víctima y puede que el causante niegue o minimice lo ocurrido, lo que puede dar apoyo a una negación social más extensa. Las víctimas que denuncian la violación pueden encontrarse con interpretaciones y procesos legales que agravan su sufrimiento. La violación también se suele usar como arma contra la población civil en la guerra, el genocidio y otras formas de violencia de masas.

Sobrevivir al combate: Estas respuestas se reconocieron durante mucho tiempo como «neurosis de guerra», y tras la guerra de Vietnam oficialmente en el DSM-III se reconocen con la denominación de «trastorno de estrés postraumático». Cuando los sucesos amenazantes en combate se caracterizan por incluir múltiples factores agravantes, y se producen en un contexto biográfico de adversidades y de dificultades en los apegos anteriores, es más probable que las respuestas a la amenaza sean en general más graves y el patrón podría ajustarse mejor al de «Sobrevivir al rechazo, a estar atrapado/a y a la invalidación». Se ha argumentado que los patrones de respuesta son similares a los que experimentan de forma predominante, en su esfera privada, las mujeres (principalmente) y los niños/as, como consecuencia de la violación, la violencia doméstica y el abuso sexual. Habitualmente, la guerra expone a los combatientes a violencia extrema, violación, heridas, y a formas crueles y grotescas de muerte, y se sabe que ser testigo de ello supone el aumento de la probabilidad de sufrir daño psicológico. Los supervivientes pueden presentar un estado de hiperactivación fisiológica y de estar alerta ante una posible amenaza, junto a insomnio, respuestas de sobresalto e irritabilidad. Pueden experimentar recuerdos muy vividos, fragmentarios, e intrusivos de los sucesos vividos en combate, en forma de flashbacks y pesadillas. Pueden intentar gestionar todo esto insensibilizando sus sentimientos, limitando sus percepciones y, a veces, hasta el punto de disociarse de sus cuerpos. También pueden usar drogas y alcohol para controlar los sentimientos de impotencia y terror. Lo mismo que en otros sucesos traumáticos en general, un sentimiento de traición (por ejemplo, sobre la justificación de la guerra) aumenta el impacto dañino de destruir las convicciones de los combatientes acerca del mundo, las demás personas y sobre sí mismos.

Patrón no occidental: *Sobrevivir como refugiado de Camboya*: El «ataque de Khyâl» se ha descrito en el sudeste asiático y en muchos otros países asiáticos, en los que se cree en el Khyâl, una sustancia similar al viento que puede ascender junto al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Los síntomas corporales se atribuyen con frecuencia a la interrupción de este flujo. Los ataques de Khyâl se caracterizan por palpitaciones, mareos, tinnitus, disnea, dolor en las articulaciones y el cuello, dolor de cabeza y pérdida de energía. La creencia es que el khyâl de repente empieza a fluir hacia el corazón, los pulmones y el cuello. Esto provoca que las manos y los pies se enfríen, y mientras el flujo ascendente de khyâl para el corazón o rompe los vasos del cuello de forma súbita. El khyâl sale por los oídos o los ojos, lo que causa el

tinnitus o la visión borrosa. Las personas refugiadas de Camboya manifiestan con frecuencia estos ataques. En este grupo, los ataques a menudo se asocian a recuerdos traumáticos severos que experimentaron bajo el régimen de Pol Pot, e incluyen violencia, amenazas de muerte y ser testigo de torturas y asesinatos.

Parte 4: Las narrativas personales en el Marco de Poder, Amenaza y Significado

Uno de los objetivos principales de los Patrones Generales consiste en dar apoyo a la construcción de narrativas, en sus diversas versiones, como una alternativa a los diagnósticos psiquiátricos. Las «Narrativas Personales» en este sentido pueden ser de carácter individual, de pareja, familiar o de redes sociales, dependiendo de la situación y (si es relevante) del modelo de intervención. Las narrativas pueden tomar cualquier forma, desde formulaciones psicológicas estructuradas hasta historias personales expresadas por escrito o por cualquier otro medio. Dado que la narración verbal y escrita son las formas más habituales de expresión y, a menudo, la más valoradas socialmente en el contexto occidental, son el centro principal de esta sección, aunque existen otros tipos de narrativas (entre otras: arte, música, teatro, poesía y danza) igualmente válidas y en ocasiones más útiles y relevantes.

En primer lugar, se abordan las cuestiones asociadas a los contextos, formas, estructuras y funciones de las narrativas y se habla de una versión particular denominada formulación.

Narrativas: contextos y debates

En el Marco PAS, los significados «personales» que conforman las narrativas son inseparables de los discursos sociales más amplios y de los significados ideológicos de los que emergen. Los Capítulos 2 y 3 aportan una amplia reflexión sobre el hecho de que «cada sociedad tiene procedimientos que controlan la producción de discursos, al objeto de preservar la estructura y las convenciones en tal sociedad» (Hawtin y Moore, 1998, p.91). Esta relación entre lo personal y lo social y lo ideológico funciona en ambos sentidos. Como observan Sherry Mead y Beth Filson, «a través del diálogo, el nuevo significado evoluciona a medida que comparamos y contrastamos cómo hemos llegado a saber lo que sabemos. Nuestras historias compartidas crean comunidades de sanación intencional y esperanza […]. Cuando las personas comparten sus historias, sin que otras personas les impongan el significado, se genera un cambio social» (Mead y Filson, 2016, p.109). En este sentido, la construcción de una narrativa mediante el diálogo va bastante más allá de una historia individual. Forma parte de revertir los procesos que, en palabras de la superviviente Jasna Russo, «devalúan no solo nuestras historias personales sino también nuestra capacidad para comprender y dar sentido a nuestras propias experiencias». En cambio, de forma diferente, es necesario «tomar parte en la producción del saber formal sobre la locura y restablecer nuestra propia existencia epistémica» (2016, p.62–61).

Es importante recordar que relatar historias y crear significado son capacidades humanas universales y, siendo así, hay un número casi infinito de procesos de

prácticas narrativas y dialógicas en todo el mundo. Las narrativas, a nivel del grupo social, se pueden considerar con un valor similar o incluso más en las culturas colectivistas, donde la idea de participar en una terapia individual podría resultar extraña o inadecuada y, en consecuencia, se colocaría más énfasis en ubicar el sufrimiento emocional dentro de los contextos relacionales de la familia extensa, en los vínculos con la comunidad y las redes sociales y en las relaciones con el hogar y la tierra, etc. (Bracken, 2002; Somasundaram y Sivayokan, 2013). Por ejemplo, el estudio de Davar y Lohokare (2008), sobre los centros de sanación orientados por la fe localizados en India, habla sobre cómo las dificultades de las personas «se entrelazan dentro de una narrativa más amplia acerca del propósito de la vida, la búsqueda espiritual, la penuria económica y las luchas sociales» (citado en Davar, 2016, p.15). De forma similar, los significados se pueden expresar más habitualmente como patrones dentro de la comunidad entendida como un todo, tanto en términos del daño que la guerra, los desastres naturales u otros factores, pueden haber ocasionado a todo el tejido social, como en términos de apoyo a la sanación mediante rituales y narrativas compartidos por la comunidad. A veces, este tipo de daño se suele denominar «trauma colectivo» y, de este modo, una respuesta colectiva puede resultar más relevante (Somasundaram y Sivayokan, 2013). Comparativamente, estas perspectivas se subestiman en las culturas más individualistas, a pesar de la fuerte evidencia a favor del rol central de las relaciones y los lazos comunitarios en el bienestar emocional en todas las sociedades (Cromby et al., 2012).

En los capítulos anteriores se ha explicado en detalle que en las culturas euroamericanas y occidentales habitualmente las experiencias de sufrimiento se abordan mediante la poderosa narrativa de la medicalización. Sin embargo, como también se indicó, las narrativas pueden ser reparadoras y sanadoras, pero también pueden ser limitantes. Este es un tema prioritario para la vida de muchas personas del movimiento de usuarios de servicios y supervivientes. Así, el campo emergente de los *Mad Studies*[57] «recoge los saberes de los que son considerados locos» en la teoría, la investigación y la práctica en un entorno académico, como una forma de resistir al pensamiento diagnóstico y biomédico (LeFrancois, 2016, p.v.). Los y las supervivientes o activistas, como Jacqui Dillon y Rupert May, coinciden en que «muchos relatos de recuperación se parecen a los de los procesos de descolonización» donde se «reclaman las experiencias propias para recuperar la autoría de sus historias». Estas nuevas historias pueden transformar los discursos basados en el déficit en otros de fortaleza y supervivencia, formando parte de «nuestro derecho a definirnos a nosotros mismos; el derecho a encontrar nuestras propias voces» (Dillon y May, 2003, p.16). Esto incluye considerar sus experiencias como válidas y significativas; situarlas en un contexto más amplio de justicia social; unirse a otras personas; y, a veces, encontrar un nuevo propósito que surge desde el sufrimiento (Dillon y May, 2003).

[57] *Mad Studies,* estudios sobre la locura, es un campo emergente e interdisciplinario, sobre todo de las ciencias sociales y las humanidades, que expresa una nueva perspectiva académica sobre la locura. Es un campo de conocimiento, teoría y activismo sobre las experiencias de vida, historia, culturas y política de las personas diagnosticadas, enfermos mentales, usuarios de servicios, pacientes, etc. Es un campo de estudio originado y desarrollado por los movimientos de usuarios, recogiendo la voz de estos. (*N. de los T.*)

Es importante entender que la decisión de alejarse de las narrativas dominantes y construir otras nuevas no es una solución rápida, fácil o completa (Romme et al., 2009). En parte, se debe a que el discurso de la medicalización está profundamente incrustado en nuestras instituciones sociales, teorías y prácticas, y también en la vida diaria. Puede resultar muy difícil liberarse del estigma internalizado del diagnóstico. Las formas de sufrimiento de larga data puede que no desaparezcan, pero es posible encontrar formas de convivir con ellas (como se describe en parte de la literatura antigua sobre la recuperación). Sanar de algunas de las consecuencias del diagnóstico, lo mismo que de los efectos de la medicación, puede necesitar meses o años, o quizás nunca se complete del todo. La lucha con los problemas económicos, el alojamiento, el empleo mal remunerado y, así sucesivamente, pueden seguir dominando la vida cotidiana. Y se necesita ser prudente respecto a la misma idea de la narrativa, tal como se observa en la presión para elaborar una «historia de recuperación» aceptable, sin cambiar las bases de las estructuras diagnósticas, económicas y materiales. Lucy Costa y sus colegas (2012) critican esta tendencia, señalando que «ahora es frecuente que las organizaciones de salud mental soliciten historias personales a sus clientes, por lo general sobre su naufragio y la posterior recuperación de la enfermedad mental». Estas historias sirven para conseguir el apoyo de figuras de autoridad, como por ejemplo dentro de la política y la ayuda filantrópica, para construir la «marca» de la organización, independientemente de la calidad del programa, para captar fondos de financiación en tiempos de restricciones económicas (p.86). Las autoras advierten que estos relatos «asépticos», respaldados por las declaraciones de figuras públicas, sirven «para apuntalar aún más los relatos hegemónicos de enfermedad mental» (p.87).

Se necesita una señal de alerta similar respecto a la creciente tendencia de la «medicina basada en la narrativa», como marco para una comprensión holística y empática de la enfermedad física de los y las pacientes y el significado atribuido (Greenhalgh y Hurwitz, 1999). Si bien este enfoque puede tener mucho que ofrecer a la práctica médica general, no se pueden hacer analogías entre la enfermedad física y la «enfermedad mental» (véase el Capítulo 8 respecto al debate sobre el asunto problemático del «paralelismo de valoración»). La narrativa medicalizada de la «enfermedad» no es simplemente otra historia más que alguien podría ofrecer en relación al sufrimiento emocional o la conducta problemática, su uso continuado por los profesionales plantea cuestiones de tipo ético y también de evidencias.

A pesar de todas estas advertencias previas, todavía hay una posibilidad para las perspectivas basadas en los principios narrativos, relacionales, dialógicos y de justicia social que permiten, lo que la psiquiatra Judith Herman denomina, el «poder reparador de decir la verdad» (Herman, 2001, p.181). Pueden suministrar un medio para que la persona ubique su sufrimiento dentro de un contexto social más amplio, y que reemplace la exclusión y la culpa por un sentido de compasión y comunidad. En un artículo escrito conjuntamente, el psiquiatra Philip Thomas y la superviviente Eleanor Longden coinciden en que «así como el self se puede quebrar y deshumanizarse mediante la brutalidad y el aislamiento, también puede renovarse y rehacerse mediante la solidaridad y la conexión con otras personas a través de la narrativa» (Thomas y Longden, 2013, p.4). Estos diálogos requieren, en palabras de Herman, «una postura moral comprometida. Durante la terapia […] se tiene que adoptar una posición

de solidaridad con la víctima. Esto no remite a la noción simplista de que la víctima no puede hacer nada malo; más bien, implica una comprensión de la injusticia básica en la experiencia traumática y la necesidad de una respuesta que restablezca un cierto sentido de justicia» (Herman, 2001, p.135). Se encuentran resonancias claras con el énfasis de la psicología comunitaria sobre los valores centrales de la liberación, el empoderamiento y la justicia social (Orford, 2008); con la formulación en un contexto de desigualdades sociales, junto a las perspectivas de la psicología comunitaria (Hagan y Smail 1997a, 1997b; McClelland, 2014); con las psicologías de la liberación en América Latina (Afuape y Hughes, 2016; Burton y Kagan, 2011); y con el proceso de «concienciación», o el desarrollo de una conciencia crítica, sobre el impacto de las estructuras sociales en el bienestar, a partir del cual se genera una transición desde el «usted es el culpable de sus circunstancias y debe resolver sus problemas individualmente con mi ayuda experta» hacia «existen disposiciones sociales que colocan a ciertos grupos en posiciones con poder y a otros en posiciones de impotencia, por lo tanto, trabajemos juntos para cambiarlas» (Nelson y Prilleltensky, 2010).

El uso de las Narrativas Personales dentro de los Patrones Generales

El marco PAS no pretende reemplazar las prácticas narrativas y dialógicas existentes, ni reconvertir las habilidades humanas en habilidades propias de un equipo profesional. El objetivo a más largo plazo es lograr que el marco PAS (Poder, Amenaza y Significado) constituya un recurso posible al que todas las personas puedan acceder. Mientras tanto, se ofrecen a continuación algunas ideas iniciales para trasladar el marco PAS a la práctica. Se pueden encontrar más recursos, materiales y buenos ejemplos prácticos en los Apéndices de la publicación abreviada.

Según manifiestan las personas usuarias de los servicios, los Patrones Generales proporcionan una base para desarrollar narrativas personales que cumplen más eficazmente con aquellas funciones útiles del diagnóstico, como transmitir una explicación, validar el sufrimiento, facilitar el contacto con otras personas en circunstancias similares, aliviar la vergüenza y la culpa, y sugerir formas de actuar. Un esbozo narrativo personal, desde el marco PAS, tiene como objetivo promover la comprensión y la influencia y la agencia, en la persona, la familia o la red social mediante: el aumento de la conciencia sobre los orígenes, tanto locales como lejanos, de las experiencias de sufrimiento; la identificación y desmitificación de la influencia de los discursos sociales y los significados ideológicos; la recuperación del vínculo entre las amenazas basadas en el significado y la funcionalidad de las respuestas ante la amenaza; la facilitación para superar las narrativas de estigmatización, vergüenza y déficit; la apertura de formas alternativas de convivir con, o aliviar, el dolor emocional; el reforzar el acceso al poder y a los recursos; el aumento de la influencia y la agencia en el marco de las limitaciones biológicas, psicológicas, sociales y materiales inevitables y las premisas culturales locales; y la creación, o cocreación, de una nueva narrativa, que contenga mayor esperanza que respalde y posibilite todo lo anterior. En términos de evaluación de las terapias narrativas, es más probable que los relatos basados en el marco PAS sean «narraciones densas», que aumentan la influencia y la elección (Harper y

Spellman, 2014). El Apéndice 1 de la publicación abreviada sugiere una guía que puede ser útil para orientar este proceso www.bps.org.uk/PTM-Overview.[58]

Como se dijo antes, las narrativas personales dentro del marco PAS, o de cualquier otro, deben añadir dos aspectos importantes a la información de los Patrones Generales (véase el Apéndice 1 de la publicación abreviada). Estos son:

- Los recursos de poder que dispone la persona y su grupo social, que mitigan los impactos del funcionamiento negativo del poder, transmiten un mensaje de esperanza y resiliencia, y proporcionan las bases para la ayuda y para avanzar. En otras palabras, hay que preguntar: «¿Cuáles son tus fortalezas?» (¿Qué acceso tienes a los recursos de Poder?).
- Un resumen de la historia, narración, una hipótesis de «mejor pronóstico», que integra el Poder, la Amenaza, el Significado y las Respuestas a las Amenazas asociados a los significados que tienen para la persona y su familia, red social o comunidad, y las fortalezas y recursos de los que pueden servirse. En otras palabras, se necesita elaborar «¿Cuál es tu historia?».

Claramente, el poder se puede usar tanto como una forma que ayuda (experimentado como protección, facilitación, ayuda) como una que es perjudicial (experimentado como amenazas, estar atrapado, e invalidado). Incluso la persona o la familia menos empoderada y la comunidad más devastada tendrán al menos cierto acceso a fuentes de influencia y resistencia que contrarresten, en alguna medida, la actividad negativa del poder, como lo ilustra el proceso «*Powermapping*» de Hagan y Smail (Hagan y Smail, 1997a, 1997b). Estas pueden abarcar:

- Relaciones tempranas seguras;
- Apoyo de compañeros/as actuales, familia y amistades;
- Apoyo social y sentido de pertenencia;
- Acceso a recursos materiales, capital cultural, educación, etc.;
- Acceso a información, perspectivas alternativas;
- Aspectos positivos de la identidad, valorados socialmente;
- Capacidades, habilidades: inteligencia, ingenio, determinación, talento;
- Recursos corporales: imagen, fuerza, salud;
- Sistemas de creencias: religión, valores comunitarios, etc.;
- Prácticas y rituales comunitarios;
- Contacto con la naturaleza.

Estos factores pueden permitir que las personas, las familias y los grupos se sirvan de algunos de los siguientes recursos y estrategias en las respuestas a las amenazas:

- Regular las emociones mediante la liberación, expresión, procesamiento de los sentimientos, (p. ej., mediante la escritura, el ejercicio, la psicoterapia, las terapias corporales, la creatividad y el arte, los enfoques centrados en la compasión, el mindfulness, la meditación);
- Autocuidado, p. ej., nutrición, ejercicio, descanso, terapias alternativas;

[58] Versión en español en: http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf (*N. de los T.*)

- Valerse de vínculos y relaciones que sanan, que brindan apoyo práctico y emocional, protección, escucha, validación;
- Encontrar roles sociales y actividades con significado;
- Valores y creencias espirituales;
- Otros rituales culturales, ceremonias, e intervenciones de apoyo;
- Apoyo mutuo en campañas, activismo;
- Creando o encontrando nuevas narrativas, significados, creencias, valores, «objetivos de supervivientes».

El uso de la narrativa en la práctica actual

Existe una gama amplia de prácticas narrativas, dialógicas y otras asociadas a la formulación para construir las narraciones, cada una de ellas tiene sus propias fortalezas y limitaciones. En de los servicios se usan formulaciones psicológicas de distintas orientaciones teóricas (Corrie y Lane, 2010; Johnstone y Dallos, 2014); la terapia narrativa (por ejemplo, White, 2000; y véase el Apéndice 9 de la publicación abreviada www.bps.org.uk/PTM-Overview); el Modelo Tidal (Barker y Buchanan-Barker, 2005); los equipos reflexivos (Anderson, 1991); el Diálogo Abierto (p. ej., Seikkula y Arnkil, 2006; y véase el Apéndice 10 de la publicación abreviada www.bps.org.uk/PTM-Overview), y muchos otros. Los enfoques narrativos para la sanación emocional, desarrollados principalmente fuera de los servicios, incluyen los «constructos» o las comprensiones personales en la escucha de voces de la *Hearing Voices Network* —Red de Escuchadores de Voces (Romme y Escher, 2000; y véase el Apéndice 11 de la publicación abreviada www.bps.org.uk/PTM-Overview); otros recursos desarrollados por la «Red de Escuchadores de Voces» (p. ej., la entrevista Maastricht); *Intentional Peer Support* —Apoyo Intencional entre Pares—, una forma de narrar las historias entre pares y «convertirlas en parte de las narrativas de otras personas» (Mead y Filson, 2016); el enfoque del «Árbol de la vida», desarrollado inicialmente en el sur de África (Ncube-Millo y Denborough, 2007) y que ahora se usa en diversos entornos, incluyendo en las personas con discapacidad intelectual y en los/las jóvenes (Denborough, 2008). Otros encuentran que el arte, la poesía, la pintura, la música, la literatura, el deporte, el yoga, etc., son útiles además de, o en lugar de, la terapia. Los ejemplos incluyen el uso de técnicas musicales para explorar las nociones de masculinidad con jóvenes delincuentes (Clemon, 2016), y la realización de películas con jóvenes refugiados y solicitantes de asilo (Clayton y Hughes, 2016). Véanse también los proyectos *Shared Voices* —Voces Compartidas— y *MAC-UK*, en los Apéndices 13 y 14 de la publicación abreviada www.bps.org.uk/PTM-Overview.

Dentro de este trabajo, a menudo el concepto de testimonio puede tener más importancia si se asocia a la intervención terapéutica formal. Alec Grant (2015) argumenta que todos los profesionales de la salud mental necesitan «… desarrollar niveles cada vez más elaborados de competencia narrativa. Este término hace referencia a la capacidad de los seres humanos para asimilar en profundidad, interpretar, y responder apropiadamente a las historias de otros. Esta asistencia próxima facilita los medios para abordar las cuestiones existenciales de las personas usuarias en torno a su herida interior, la desesperación, la esperanza […]. Al prestar una atención cuidadosa al contexto, los matices y las diferencias, dentro y entre, de las experiencias de

sufrimiento de las personas, la práctica de la capacidad narrativa es útil para implicar a las personas que usan los servicios de salud en un proceso de recuperación mediante el cual pueden renarrar sus vidas» (Grant, 2015, p.52). Este proceso de «rerrelatar una narrativa» (Grant et al., 2015) se aproxima más al «arte profesional» de la práctica reflexiva que al modelo técnico/racional dominante en medicina (Schon, 1987). La implicación es que la «competencia narrativa» debe integrar todos los aspectos de las interacciones de los profesionales con los usuarios de los servicios. Esto se alinea con los principios del enfoque del Diálogo Abierto, donde el diálogo compartido no es una forma de decidir sobre la intervención, sino que es la intervención misma, así como el medio a través del cual puede darse el cambio. Muchos usuarios o supervivientes de servicios han manifestado el poder de este proceso (Coleman, 2017; Grant et al., 2015; Longden, 2014; Romme et al., 2009; Waddingham, 2013).

El Marco PAS no pretende suplantar estas prácticas que ya existen, y dicho de forma clara, el enfoque de la Narrativa Personal (véase el Apéndice 1 de la publicación abreviada) no es la única forma de estructurar un relato, aunque puede ser particularmente útil en algunos entornos. Más bien, el objetivo es crear conciencia acerca de los aspectos que las prácticas narrativas y de formulación existentes pueden subestimar. Estas son:

- La consecuencia de «estar atrapado» en la narrativa de los diagnósticos psiquiátricos que actualmente es dominante, en el contexto más amplio de las metanarrativas científicas.
- Las contradicciones derivadas de combinar las narrativas del diagnóstico psiquiátrico con las de carácter psicosocial.
- El papel de los discursos sociales, en particular los centrados en el género, clase, etnia y la medicalización del sufrimiento mental, ya que estos discursos pueden apoyar la imposición de los significados a otros.
- Los impactos del poder coercitivo, legal y económico.
- La naturaleza y el impacto de las desigualdades de poder en los entornos psiquiátricos.
- La prevalencia del abuso del poder interpersonal en las relaciones.
- El papel del poder ideológico que se expresa a través de las narrativas dominantes y los postulados del individualismo, los logros, la responsabilidad personal, los roles de género, etc.
- El papel mediador de lo biológico en las respuestas a la amenaza.
- La importancia de la función por encima del «síntoma» o el problema específico.
- El papel del aprendizaje social y los recursos de poder en la configuración de las respuestas a la amenaza.
- Los significados culturales específicos, los sistemas de creencias y las formas de expresión.
- La autoayuda y la acción social junto a, o en vez de, la intervención profesional.
- La importancia de las narrativas comunitarias, los valores y las creencias espirituales, que dan apoyo a la recuperación y la reintegración del grupo social.

- El reconocimiento de la naturaleza variada, personal y provisional de todas las narrativas, así como la necesidad de apoyar su desarrollo y expresión en cualquiera de sus formas, con sensibilidad, habilidad y respeto.
- Un metamensaje normalizador y no patológico (sea médico o psicológico): «Experimentas una reacción comprensible y adaptativa ante las amenazas y las dificultades. Muchas otras personas han sentido lo mismo en circunstancias similares».

El análisis realizado sugiere que las narrativas de cualquier tipo serán más holísticas, útiles, sanadoras, empoderantes y basadas en la evidencia si se configuran con los elementos del Marco de Poder, Amenaza y Significado.

Narrativas personales y formulación psicológica

Las formulaciones psicológicas y psicoterapéuticas son un tipo de narrativa, y una perspectiva narrativa que obviamente tiene implicaciones en el desarrollo de las formulaciones.

Aunque los cursos de formación y algunos manuales tienden a describir la formulación como si fuera un suceso o una «cosa», seguramente es más exacto considerarla como un proceso, un elemento de una exploración conjunta entre dos o más personas que no tiene un punto final definitivo. Esto se muestra en la definición: «un proceso continuado de creación de significado en colaboración» (Harper y Moss, 2003, p.8). El desarrollo de esta historia o narrativa personal se ha expresado como «una forma de sintetizar significados, de negociar formas compartidas de entendimiento y de comunicarlos», aunque nunca será un relato finalizado o «verdadero» (Butler, 1998). En contraste con el diagnóstico psiquiátrico, en los enfoques basados en la formulación psicológica se asume que todas las expresiones de sufrimiento se encuentran bajo la premisa de que «a algún nivel, todas tienen sentido» (Butler,1998, p.2). En otras palabras, constituye una forma radicalmente distinta de pensar sobre el sufrimiento emocional y no sólo una actividad o técnica adicional.

La formulación psicológica, tal y como la describe la *Division of Clinical Psychology (DPC)* —División de Psicología Clínica— (2011) y su *Good Practice Guidelines* —Guía de Buenas Prácticas—, ya cumple algunos de los criterios de las narrativas antes descritas. Es importante resaltar que éstas se conciben como una alternativa y no como un complemento al diagnóstico psiquiátrico: «Las mejores prácticas de las formulaciones […] no se basan en el diagnóstico psiquiátrico. Sino más bien en las experiencias que han podido llevar a un diagnóstico psiquiátrico (ánimo bajo, creencias inusuales, etc.)» (DPC, 2011, p.17). En particular, resulta importante en los dispositivos de salud mental, aunque la formulación también se usa para proporcionar una comprensión holística en los servicios de discapacidad intelectual, en la asistencia a las personas mayores, en neuropsicología y en psicología de la salud, donde la condición médica o del neurodesarrollo a menudo es el foco principal de la intervención. La Guía reconoce el impacto dañino de la adversidad, la discriminación, la pobreza y la desigualdad (p.14, 18, 20), así como el papel potencialmente traumatizante y retraumatizante de los servicios (p.20). Se recomienda que las formulaciones psicológicas incluyan «una conciencia crítica referida al contexto social amplio, dentro del cual se realiza la formulación» (p.20). Además, enfatiza que el giro de la asistencia desde los

déficits personales hasta los «daños infligidos por un ambiente perjudicial, puede constituir una forma de desestigmatizar, y aportar así un grado de alivio significativo» (Hagan y Smail, 1997a, citado en DPC, 2011, p.20). Se reconoce que la formulación psicológica por sí misma es solo una forma de construir narrativas y que está influenciada por las premisas occidentales sobre la causalidad interna, el individualismo y la autorrealización (p.18). Finalmente, el respeto, la colaboración y la reflexividad resultan fundamentales en el proceso de la construcción conjunta de las formulaciones (p.30). Muchos de estos principios se reflejan en un texto central de la psicología y el counselling: *Constructing stories, telling tales: A guide to formulation in applied psychology*[59] de Corrie y Lane (2010), que destaca el papel de la narrativa en las áreas habituales de la Psicología y las artes, y también en todas las sociedades humanas. El texto ofrece reflexiones útiles sobre las definiciones, los usos, los contextos profesionales, la adecuación, la evaluación y la pertinencia de la formulación.

El esquema de la Narrativa Personal puede considerarse como otro formato posible para dar estructura a las formulaciones psicológicas con las personas, las familias y los equipos. En términos más generales, se espera que el Marco PAS enriquezca la teoría y la práctica de la formulación psicológica en cualquier forma que se use y que ayude a disminuir algunos de los riesgos propios de la individualización, la insensibilidad cultural, la imposición de los puntos de vista de los «expertos» que minimizan el papel de las adversidades, tanto las relacionales como las sociales (DCP, 2011). Este es un campo en evolución y existen algunos ejemplos interesantes de formulación en relación a asuntos políticos y sociales, como el «*sexting*» entre jóvenes, los debates sobre armas nucleares, y el impacto de los procesos legales sobre los refugiados (véase *Clinical Psycholoy Forum*, 2017, n.293). Actualmente se debaten formas para asegurar que las formulaciones sean culturalmente sensibles y apropiadas (p. ej., McInnis, 2017).

La *Good Practice Guideline* de DCP (2011) —Guía de Buenas Prácticas de la *Division of Clinical Psychology*— realiza una importante diferenciación entre la formulación psiquiátrica, como complemento al diagnóstico psiquiátrico, y la formulación psicológica, como alternativa al diagnóstico psiquiátrico (p.17). Seguramente no se trata de una mera coincidencia que la formulación y los debates acerca de su función adquieran una importancia creciente debido a los problemas del diagnóstico psiquiátrico (p. ej., Craddock y Mynors-Wallis, 2014). Ahora que la versión psiquiátrica de la formulación se ha convertido en una competencia central en todas las profesiones asociadas a salud mental (Skills for Health, 2016), es necesario una vigilancia extra para promover, proteger y desarrollar aquellos aspectos de la formulación que ofrecen una alternativa a la medicalización y al diagnóstico psiquiátrico.

Evaluar las narrativas y las formulaciones

Hemos señalado que cuanta más diversidad hay entre las personas y en los entornos, dentro de los Patrones Generales, más abiertas, variadas y provisionales serán las narrativas personales que se derivan de ellas. También

[59] «Construir historias, contar cuentos. Una guía de formulación en psicología aplicada». En la actualidad no está publicado en español. (*N. de los T.*)

hemos defendido que esta variabilidad y solapamiento entre los patrones es inevitable, ya que procede de la naturaleza altamente contingente y sinérgica de la causalidad en los asuntos humanos, debido a la multiplicidad, la complejidad y la naturaleza interactiva de los elementos involucrados, y de nuestros roles como creadores de significado y agentes activos en nuestras vidas.

Por lo tanto, nunca puede haber una versión precisa y acabada, y totalmente cierta de los orígenes y los significados de las dificultades de las personas. Desde la tradición psicoanalítica, Stephen Frosh (2007) advierte acerca de la imposibilidad de conseguir una narrativa personal que «dé sentido» y la deje completa porque:

> *El ser humano **nunca** es algo completo, siempre está dividido por motivaciones parciales, por los discursos sociales accesibles que enmarcan las formas de experiencia, y por formas de ser contradictorias que reflejan las lealtades cambiantes del poder a medida que actúan sobre el cuerpo y la mente (p. 638).*

De manera más general, Bebe Speed (1999) resalta la combinación entre incertidumbre y regularidad que caracteriza a las narrativas personales:

> *Puedo contar muchas historias sobre mí misma, sobre quién soy y sobre mis diferentes yoes o partes de mí, que evoco en mis interacciones con los otros, [pero el cómo] me comporto y me siento en cualquier contexto no es algo aleatorio, sino que sigue un patrón. Mi vida no es una ficción […]. Los clientes y yo construimos juntos una versión de lo que está pasando. No es la única posible, la* verdad *de la situación […]. Habrá otras versiones de su situación que yo (sin mencionar a otros terapeutas) y ellos/as podríamos haber construido de manera conjunta, que también habrían podido encajar de alguna otra forma y serían relativamente adecuadas a su situación (Speed, 1999, p. 136).*

Esto hace surgir una pregunta importante: ¿en qué sentido, si es que lo tiene, se puede decir que una narrativa o una formulación es «verdadera», ajustada, o en la terminología actual «basada en la evidencia»?

La cuestión de la evidencia se ha abordado de manera más directa en relación con las formulaciones, que se distinguen de las «narrativas» en un sentido más general, porque aquellas se definen sobre las bases explícitas de una teoría establecida y un corpus de evidencia (DPC, 2011). La práctica basada en la formulación es, en esencia, una forma de adaptar esta evidencia a la persona mediante las formulaciones, que sirven como «el eje central que recoge y liga la teoría con la práctica» (Butler, 1998, p.2). En otras palabras, «las formulaciones se pueden entender mejor como hipótesis a contrastar» (Butler, 1998, p.2). Dado que desarrollar y probar hipótesis es el eje central de la práctica basada en la evidencia (Sackett, 2002), tiene poco sentido argumentar que las formulaciones, ya sean de forma individual o global, carecen de «validez». La validez de una formulación o hipótesis particular se prueba en la práctica y se modifica en consecuencia; y la solidez de la formulación, o hipótesis, depende en parte de la fuerza de la evidencia sobre la que se basa. Este proceso siempre implica un grado de incertidumbre y provisionalidad.

Además, tanto en el caso de las formulaciones como en el de las narrativas en general, podemos reflexionar sobre su utilidad desde nuestras distintas

perspectivas, como profesionales, personas usuarias de servicios o simplemente personas con problemas. Siguiendo a Speed, podemos pensar sobre cómo encajan las nuevas narrativas con la experiencia real vivida, y de qué modo mejoran y enriquecen nuestras vidas, o por el contrario como las limitan y/o las empeoran: en otras palabras, si «hacen que se pueda vislumbrar y alcanzar el cambio» (Schafer, 1980, p.42) al ofrecer una «teoría de sanación» (Meichenbaum, 1993, p.204). Esta utilidad depende de un tipo diferente de «verdad», al menos según la experiencia del cliente, del tipo que se busca en la «práctica basada en la evidencia». A todos nos resulta familiar la experiencia de conseguir repentinamente una nueva comprensión, bien sea mediante la autorreflexión, la conversación o en un proceso más formal de terapia. Esto se ilustra en algunas reacciones de los clientes a las formulaciones que surgen de sus dificultades (Redhead et al., 2015):

> *«Creo que me abrió los ojos, oh Dios mío, esto es lo qué estoy haciendo. Realmente lo estoy haciendo y realmente no me está ayudando. Es casi como el álgebra en la escuela, de repente hay un clic» (p. 459).*
>
> *«Todo tiene sentido. La entendí (la formulación), porque era verdad. En todo caso, la sentí como cierta» (p.459).*

La confirmación experiencial de lo ajustada que es una formulación puede darse como un cambio emocional y mediante el sentido de poder avanzar:

> *«Todos mis pensamientos flotaban al azar, era como una especie de tormenta en el cerebro. Pero el diagrama retiró la presión […], entenderlo todo fue como uff…, y la tormenta se fue» (p.460).*
>
> *«Pienso que si sabes la razón de lo qué está sucediendo, automáticamente se vuelve más controlable. Pude tomar el control» (p.460).*

Esto contrasta con la reacción intuitiva a una formulación que no se experimenta como verdadera, y por lo tanto no es útil: (p.461).

> *«Estaba muy lejos de eso, incluso cuando se sugirió que se debía a que mi madre tenía mal carácter y que yo la veía cuando no se encontraba bien. Y era como que no.» (p.461).*

Entonces, tanto para las formulaciones como para las narrativas, no es suficiente con demostrar que la teoría que las sustentan es robusta, o que los hechos de la vida de la persona sean precisos en un sentido histórico. Es posible que se cumplan estos requisitos, pero que la formulación se experimente como inútil o inexacta. Se podría esperar que las formulaciones arraigadas en pruebas tengan una mayor probabilidad de provocar esta experiencia de «encaje», pero no hay que suponer que vaya a ser así. De hecho, existe el peligro opuesto, el de «calzar» o «encajar» las experiencias de los clientes dentro de una teoría que las recopila de forma excesivamente rígida. Las personas también pueden encontrar útiles algunos elementos de las narrativas que se contradicen entre sí, dependiendo de la situación (Leeming et al., 2009). Esta es la razón por la cual las respuestas de las personas usuarias (que, irónicamente, rara vez se consideran en las investigaciones respecto a la validez de las formulaciones; Johnstone, 2013) deben ocupar el centro cuando se evalúan las narrativas y las formulaciones personales.

El problema se puede aclarar analizando la distinción que Donald Spence hace entre «verdad narrativa» y «verdad histórica». Define la verdad narrativa como

«el criterio que usamos para decidir cuándo una determinada experiencia ha sido recogida a nuestra satisfacción […], cuando una explicación nos resulta convincente. Una vez que una construcción determinada se ha convertido en verdad narrativa se vuelve tan real como cualquier otra verdad» (Spence, 1982, p.31). De hecho, defiende que, para la persona en cuestión, la verdad narrativa puede tener prioridad sobre la verdad histórica «porque permite comprender una parte incompleta de la realidad mediante una expresión con sentido» (p.137); en otras palabras, ayudar a alguien a observar las cosas de un modo nuevo puede ayudar a construir nuevos significados. Estos efectos serán mayores cuando las interpretaciones tienen propiedades tales como consistencia, coherencia y comprensibilidad. La noción de significado es central aquí, porque, como señala Spence, el trabajo psicoterapéutico se fundamenta sobre las teorías de los significados de las situaciones y las acciones, y no (como ocurre las ciencias naturales) sobre sucesos y procesos más objetivamente verificables. Esta es la razón por la cual las narrativas construidas en terapia «en buena medida son independientes de los hechos» (p.292).

Por lo tanto, las formulaciones y las prácticas relacionadas con ellas, en contextos terapéuticos, se pueden considerar como un puente que une las narrativas de la ciencia con las narrativas subjetivas y el significado personal. Aunque se basan sobre evidencia establecida, la formulación también «precisa un tipo de arte que además requiere intuición, flexibilidad y evaluación crítica de la propia experiencia […], una síntesis equilibrada de los sistemas cognitivos intuitivos y racionales» (Kuyken, 2006, p.30). Esto nos anima a adoptar una actitud más abierta y respetuosa hacia las narrativas no clínicas, en otras palabras, sobre la enorme gama de historias que podemos presentar dentro de la clínica o que podemos construir y vivir como seres humanos. Como ejemplo: los elementos de las narrativas de las personas usuarias de servicios pueden ser completamente inverosímiles en términos de evidencia convencional (p. ej., la creencia de que están atormentados por la voz del diablo). En estas situaciones, la terapia a menudo consiste en un proceso lento que negocia una narrativa distinta, menos incapacitante, que igualmente puede ser no demostrada y no demostrable; tal vez el «diablo» es realmente la manifestación de un abuso no resuelto, por un causante que usó las mismas palabras. O tal vez la persona puede recoger una metáfora distinta desde el seno de su propio sistema de creencias culturales. Con el tiempo, esta nueva historia puede llegar a ser una verdad narrativa y, por lo tanto, puede ayudar a la persona a abrirse a nuevas formas de comprender y gestionar su sufrimiento.

¿Qué aporta el Marco PAS a estas cuestiones complejas? El argumento es que, junto a los Patrones Generales, que se pueden delinear aplicando este enfoque, el marco respalda la afirmación de que las formulaciones y las narrativas personales generadas desde esta perspectiva se pueden basar en la evidencia. Esto se cumple en dos sentidos importantes.

En primer lugar, como se indicó antes, las mejoras prácticas de las formulaciones siempre se han basado en la evidencia, en el sentido de que recurren al corpus de saber existente. El elemento adicional que suministra el Marco PAS es una base teórica para agrupar las respuestas a la amenaza basadas en el significado dentro de los Patrones Generales. Estos patrones de nivel superior, que se apoyan en una teoría e investigación amplia, dan

respaldo a la construcción y el contenido de formulaciones o hipótesis específicas, situándolas sobre una base de evidencia más firme. Esta clase de «agrupación» es la que defiende para sí el diagnóstico psiquiátrico, pero no la puede proporcionar en sus propios términos, por ejemplo, suministrar pruebas para el postulado de que las personas que tienen un diagnóstico concreto comparten algo relevante que proviene de una etiología común, y que sugiere un tratamiento dirigido a sus disfunciones subyacentes. Al abandonar la búsqueda de este tipo de patrones biológicos, necesarios para que el diagnóstico médico tenga apoyo, a favor de un enfoque muy distinto que resulta necesario para comprender el comportamiento y la experiencia humana, hemos podido identificar regularidades provisionales amplias, basadas en el significado, que pueden servir al propósito paralelo de las formulaciones, pero se basan en conceptos muy diferentes de causalidad y etiología compartida.

En segundo lugar, como los Patrones Generales se organizan principalmente en torno a significados, personales, sociales y culturales, pueden usarse para identificar patrones comunes de significado, sobre los que se pueden apoyar las narrativas particulares, tanto si se presentan como formulaciones formales o como historias individuales, familiares o grupales informales. Así, la evidencia del Marco PAS sobre los patrones basados en el significado puede ayudarnos a ubicar las narrativas personales dentro de significados y discursos culturales más amplios, y a identificar y a apoyar la construcción, cuando sea necesario, de otras más útiles y empoderantes, que tengan sentido dentro de los propios sistemas de creencias de la persona, y que se puedan vivenciar como «ajustados». Esto se puede apoyar mediante la base de la evidencia existente, pero también somos libres para trabajar (como lo hace la Red de Escuchadores de Voces (www.hearing-voices.org) y la *National Paranoia Network* —Red Nacional de Paranoia— (www.nationalparanoianetwork.org) desde cualquier marco de referencia que sea significativo para la persona, sabiendo que el desajuste con los hechos históricos y científicos no supone una barrera para construir nuevas «verdades» narrativas liberadoras. Por lo tanto, el Marco PAS tiene el potencial de conseguir que las narrativas y las formulaciones tengan una base mayor sobre la evidencia, tanto en el sentido convencional como en el sentido de facilitar la construcción personal o la «verdad narrativa».

Conclusiones

Para finalizar, es importante resaltar los siguientes puntos:

- El propósito principal del Marco PAS es diseñar un recurso conceptual e intelectual que nos lleve más allá del pensamiento y de la práctica de los diagnósticos médicos en referencia al sufrimiento emocional, las experiencias inusuales y el comportamiento problemático o perturbador.
- El Marco PAS no depende de ninguna orientación teórica. Al contrario, se elabora con evidencias y principios generales para definir una perspectiva básicamente distinta, con el potencial de enriquecer la teoría y la práctica actual y, también, sugerir nuevas formas de avanzar.
- No se pueden sustituir, una a una, las categorías o la terminología psiquiátrica existente. El Marco PAS sugiere un cambio de pensamiento más fundamental que plantea un reto a todos los aspectos de la práctica y

la teoría actuales basadas en los diagnósticos, y trasciende las fronteras entre lo «normal» y lo «anormal».

- Los Patrones Generales que se sugieren son provisionales e incompletos, e inevitablemente se modificarán en respuesta a nuevas investigaciones y pruebas basadas en la práctica.
- Uno de los principales objetivos del Marco PAS es restablecer los aspectos que quedan marginados y oscurecidos mediante la práctica actual basada en el diagnóstico: la actividad del poder, la vinculación entre las amenazas y las respuestas a las amenazas, los contextos sociales, políticos y culturales más extensos, y la creación de significado y la agencia de quienes luchan para sobrevivir, como personas corporalizadas, en sus entornos sociales, socioeconómicos y materiales.
- Las narrativas, en su sentido más amplio, pueden brindar, tal como ya lo hacen en muchos entornos y culturas, una alternativa valiosa y plena de significado al diagnóstico psiquiátrico. El Marco PAS ofrece formas que apoyan la construcción y la coconstrucción de narrativas, de manera conceptual, empírica y práctica, tanto dentro como fuera de los dispositivos asistenciales.

En el siguiente capítulo, analizamos los comentarios recibidos de nuestro grupo de consultores usuarios y cuidadores sobre los principales elementos del Marco PAS.

Capítulo 7: Consulta y feedback de los usuarios del servicio

Formando parte del proceso de desarrollo del Marco PAS, se consultó a un grupo de usuarios de servicios o supervivientes y cuidadores. Se invitó a ocho personas a reuniones individuales para que dieran su opinión acerca del desarrollo del Marco, desde la perspectiva de sus propias experiencias vividas en relación a sus dificultades de salud mental y su contacto con los servicios. Sus observaciones se usaron para perfeccionar el Marco.

En esta sección se resume el proceso de consulta, que se llevó a cabo según los principios de la *DCP Experts By Experience Position Statement and Strategy*[60] (2017), y la respuesta recogida en la consulta. Terminamos con algunas reflexiones sobre la manera de desarrollar el marco para que se convierta en un recurso con el potencial de aumentar el conocimiento, el empoderamiento y el control de los usuarios o supervivientes de los servicios y de los cuidadores, en relación a las dificultades que pudieron encontrar en sus vidas.

Los consultores

Para obtener opiniones desde diferentes perspectivas, contactamos con personas que habían experimentado una serie de dificultades psicológicas, emocionales o de conducta, en la infancia o en la edad adulta, y a las que se les había asignado una variedad de diagnósticos. Debido a que se solicitó que leyeran el material con anticipación y lo analizaran en detalle, no se contactó con quien estuviera muy angustiado en este momento, o recientemente, o a quien pudiera encontrar este trabajo demasiado difícil.

Se reclutaron a los consultores a través de redes informales de usuarios de servicios y de profesionales, buscando la diversidad en términos de género, edad, etnia y nivel socioeconómico. Una persona era conocida por un miembro del proyecto debido a su activismo, pero la mayor parte no tenían conocimiento de las perspectivas críticas en detalle. Esto quiere decir que aún sin tener un conocimiento previo de sus puntos de vista acerca del diagnóstico psiquiátrico, pudimos recoger a personas con un rango variado de perspectivas. En su mayor parte, los potenciales consultores fueron contactados por alguien que los conocía y les preguntó si estarían interesados en participar; hubo dos que se negaron.

Nuestro grupo estaba compuesto de ocho personas, cuatro mujeres y cuatro hombres, con un rango de edad de 21 a 54 años. Cinco eran británicos blancos, otros dos eran de ascendencia afrocaribeña, y uno de nacionalidad no británica que prefirió no concretarla para los fines del proyecto. Siete de ellos son o fueron usuarios de los servicios psiquiátricos, a uno le recetaron

[60] Declaración de posicionamiento y estrategia sobre expertos por experiencia de la División de Psicología Clinica (DCP). Véase http://docplayer.net/149478967-Experts-by-experience-position-statement-and-strategy.html, y en versión resumida, https://www.bps.org.uk/sites/www.bps.org.uk/files/Member%20Networks/Faculties/Intellectual%20Disabilities/Easy%20read%20Experts%20by%20Experience%20Strategy%202018%202019%20draft.pdf (*N de los T.*)

antidepresivos y se le derivó a tratamiento psicológico desde los servicios de salud, y otro era cuidador de un familiar que era usuario de servicios.

La mayoría de los consultores habían tenido más de un diagnóstico, entre ellos «trastorno límite de la personalidad», «TEPT», «trastorno bipolar», «trastorno bipolar, tipo II», psicosis inducida por drogas, «depresión», «esquizofrenia», ansiedad, y estado de riesgo subumbral de «psicosis». El familiar del cuidador había recibido un diagnóstico de «trastorno bipolar, maníaco depresivo». Es importante tener en cuenta que, aunque a los consultores se les invitó a considerar el marco en base a sus experiencias (véase más adelante), no se les pidió que describieran sus historias personales o su recorrido por los servicios de salud mental. Por lo tanto, aunque generalmente fundamentaron sus puntos de vista en sus propias experiencias (y unos compartieron más que otros), no es posible ni apropiado que proporcionemos detalles de las historias personales o psiquiátricas.

Proceso de consulta

Se envió un resumen del Marco PAS, en la etapa de desarrollo que se encontraba en aquel momento, a los potenciales consultores que habían expresado su interés en participar, junto a una explicación del motivo de la consulta, y la solicitud para reunirse durante una o dos horas. Cuando dieron su conformidad, se les envió información más detallada sobre el Marco, pidiéndoles que la leyeran por adelantado.

Realizaron las consultas tres miembros del grupo del proyecto y un psicólogo clínico no relacionado con el mismo. Se grabó le entrevista, cuando el consultor estuvo de acuerdo.

Se utilizó la información sobre los elementos centrales de Poder, Amenaza, Significado y Respuestas a la Amenaza, y las consultas se estructuraron en general en torno a las siguientes preguntas:

- Teniendo en cuenta cómo surgieron, mejoraron o empeoraron sus problemas o dificultades, ¿este marco tiene algún sentido en relación a sus experiencias?
- ¿Qué partes del marco tienen más sentido y cuáles tienen menos?
- ¿Alguna vez pensó sobre sus experiencias de esta forma? ¿Algo habría sido diferente si lo hubiera hecho?
- Si estos aspectos se hubieran abordado la primera vez que contactó con los servicios de psiquiatría, ¿habría habido alguna diferencia?
- ¿Podría decirnos algo más sobre lo qué usted pensaba o sentía en relación a esas situaciones y experiencias de las que hemos hablado? ¿qué significaban para usted?
- ¿Qué le ha parecido participar en esta entrevista?

No se pudieron grabar todas las entrevistas, pero se llegó a tomar notas detalladas. Se pagó a los consultores un honorario más los gastos efectuados. Justo después de cada reunión, los entrevistadores redactaron la información recogida, que fue examinada independientemente por un miembro del equipo del proyecto, para organizarla según los temas asociados a los apartados principales de la entrevista. Se envió un borrador del documento a los

consultores para verificar su precisión y se les invitó a compartir cualquier reflexión sobre el marco o el proceso de consulta si así lo deseaban. También se les invitó a dar su opinión sobre la versión final del documento del Marco si querían.

Comentarios sobre el marco PAS

Relevancia general de los elementos centrales del Marco PAS

Designamos a los consultores como A, B, C, D, E, F, G y H. Los consultores fueron unánimes en sus respuestas de que en general los elementos del Marco de Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la Amenaza eran muy útiles y relevantes para proporcionar sentido a sus experiencias. La manera de resumir estos aspectos se expresó como «sencilla, pero al mismo tiempo inteligente» (A); da un sentido «enorme», «muy fuerte y útil» y «muy, muy útil» (B); «un gran paso adelante» y da un «sentido total» (C). Otros aspectos generales que eran útiles incluían el hecho de que el Marco PAS no asumía patología; su potencial para facilitar el diálogo; para condensar las facetas complejas de la experiencia de una forma no estigmatizadora; y para crear un sentido de tener permiso para revelar sucesos «que no se pueden hablar». Se sugirió que el Marco PAS también tenía implicaciones para el activismo social y para desafiar el estado actual de las cosas, además de explicar algunos de los efectos beneficiosos de la medicación en términos de moderar las reacciones a la amenaza y como ayuda para regular las emociones.

Más específicamente, varios consultores destacaron la importancia de explicitar el funcionamiento del poder y su centralidad en todas las experiencias de sufrimiento:

> *El aspecto más útil ha sido el poder, y si esto se hubiera podido hablar, para mí, habría cambiado el curso de lo que ocurrió... (E).*
>
> *[La] parte del poder del marco es el punto de apoyo (F).*
>
> *Estas son cosas que están en juego todos los días, pero especialmente si estás atrapado en sistemas que tienen mucho poder o se fundamentan sobre dinámicas de poder para establecer el status quo, como en psiquiatría y los sistemas de salud mental (H).*

Otro consultor (C) dijo que no había pensado antes en la influencia del poder como se articulaba y se exponía aquí, y habló de su curiosidad para leer la información y aplicarla a su propia situación.

Aunque no se les pidió que compartieran sus experiencias personales, los consultores sí mencionaron varias formas en las que el poder había funcionado sobre sus vidas, y cómo contribuyó para que contactaran con los servicios de salud mental y en el mantenimiento del sufrimiento. Además de sus traumas en las relaciones, los consultores hablaron de sus luchas con la discapacidad física, los problemas de vivienda, la violencia en el vecindario, los sistemas de bienestar social, la discriminación racial y la pobreza.

También el listado de los diferentes tipos de amenazas se consideró muy útil, especialmente para poner de relieve el impacto potencialmente dañino de sucesos o comportamientos que de otro modo se podrían considerar «normales». Este elemento del marco también proporcionó un contexto para explorar las respuestas propias a las «amenazas» y se consideró que podía ser útil para el aprendizaje de respuestas de protección. Mientras que los consultores eran muy conscientes del impacto de los diferentes tipos de significado, el marco facilitaba hablar sobre el significado, incluyendo de los aspectos más amenazantes y abrumadores, en vez de que se les impusiera un significado (véase más adelante).

¿Qué diferencia podría haber aportado el Marco PAS?

Al analizar qué diferencia podría haber aportado el Marco PAS, tanto en general como en el primer contacto con los servicios de salud mental, los consultores hicieron hincapié en cuatro áreas posibles: prevenir o dificultar la imposición de los significados por parte de otros; dar «permiso» para hablar sobre ciertas experiencias de la vida; fomentar respuestas más positivas y más útiles ante la situación; y, en parte debido a todo esto, fomentar una posible «recuperación» más rápida.

Los consultores hablaron con frecuencia del impacto perjudicial de asumir los significados impuestos por otros a sus sentimientos y a su conducta desde los servicios de salud mental:

> *El significado sobre lo que estaba ocurriendo que me dieron los médicos fue en mi perjuicio y [cualquier resistencia]* acabé *etiquetado como problemático. Como consecuencia directa empecé a no confiar en esa gente (E).*

La medicalización de sus experiencias se vivió como una imposición de significado especialmente dañina.

> *…absolutamente todo lo que pude decir, incluyendo que los fármacos empeoraban las cosas, se interpretó (por el personal) atribuyendo a que el problema estaba en mí, y más en concreto en mi cerebro, en vez de en mis experiencias traumáticas (F).*

Otros dijeron que habían interiorizado la sensación de tener un «cerebro defectuoso» y de haber «fracasado» cuando encontraron que la medicación no ayudó (A); de que se les dijo, en contra de su propio punto de vista, «estás enfermo, es por eso que no te sientes bien» (G); y que los servicios «implícitamente reforzaban» el miedo a poder tener una enfermedad biológica intratable (C). Un consultor (A) explicó que estaba tan desmoralizado y tan falto de poder, debido a estos significados negativos, que cuando un médico finalmente les dijo que la recuperación era posible, no le creyeron.

Los consultores vieron que el Marco PAS ayudaba a prevenir o minimizar este proceso, principalmente porque sería más probable que les preguntaran y así

podrían sentir que tenían permiso para hablar de sus experiencias vitales y de cómo respondieron a ellas:

> *…. (sentir) que está bien hablar sobre esas cosas, que está bien hablar de ellas a los demás… poder nombrarlas… Si piensas que ni siquiera está bien tener una conversación sobre ellas, no puedes pedir a otra persona que te ayude a lidiar con ello (B).*

> *Hubiera sido como si me quitara un peso de encima, el sentir que la persona con la que hablaba reconocía las cosas... que eran principalmente la causa de mis problemas... alguien que me oyera decir: «He estado totalmente agarrado al extremo afilado del palo, en algunas situaciones asociadas al poder, en ciertas situaciones relacionadas con la amenaza...». Esto sí que habría sido una alternativa increíblemente útil ante lo que ocurrió (C).*

Los consultores vieron que los procesos de «dar significado» y el «tener permiso para hablar» estaban ligados, y que además, tienen el potencial de poder evitar el diagnóstico, acceder a intervenciones más apropiadas, adoptar respuestas de afrontamiento más adaptativas, y generar sentimientos más positivos sobre uno mismo:

> *En respuesta al sentimiento de impotencia, debido a la invalidación y a sentir que nadie más lo entendía, comencé a beber, se convirtió en algo diario, que me anestesiaba, y así no tenía que pensar…* (E).

> *Me habría encantado acceder a este [marco] al principio y que no me hubieran dado medicación. Todo podría haber sido muy diferente. ¿Pero necesitaba la tirita entonces? Si los fármacos se administraran de un modo responsable, a muy corto plazo y luego se retiraran, eso habría cambiado realmente las cosas para muchos de nosotros* (D).

> *Si hubiera tenido este Marco PAS antes, las cosas habrían cambiado, en términos de cómo podría haber sido tratado y diagnosticado, pero también habría cambiado mi «viaje de recuperación». Porque cuando estás mal, no solo estás lidiando con eso [estar mal], sino también con todo lo otro, las amenazas, el poder, otras cosas. Por lo tanto, no hay tiempo ni espacio para estar bien... Si este Marco PAS se hubiera usado en mi primer ingreso, como una forma de pensar acerca de lo que trae a esta persona a este lugar, los desafíos (desempleo, relaciones, sucesos vitales, insomnio), el contexto, el tiempo dedicado y el reconocer el poder... tal vez las personas no serían diagnosticadas.* (H)

> *Supongo que después me habría sentido más fuerte. Ser capaz de ir a ver a un profesional... Que me preguntara sinceramente sobre cualquier problema que hubiera tenido, las situaciones relacionadas con el poder o*

las situaciones relacionadas con las amenazas... (y) me dijera «es totalmente normal que estas cosas puedan hacerte muy infeliz, y es totalmente válido que sufras por su culpa» (C).

Los consultores también hablaron sobre cómo este tipo de Marco PAS podría haberles ayudado a identificar y aclarar aspectos de su vida, en los que, de otro modo, no se habrían fijado; desmitificar sus experiencias; y ayudarles a sentirse validados, normales, tranquilos y menos solos ante sus conflictos. También sintieron que podría haber mejorado su compromiso con los servicios, que podría haber ayudado a evitar crisis de salud mental, identificar estrategias positivas más allá del uso de fármacos y garantizar intervenciones más apropiadas. Un consultor (G) pensó que el Marco PAS podría haber fomentado un enfoque menos retrógrado, que no sirviera tan solo para «apagar fuegos»; otro (F), habló de la diferencia que un Marco PAS como este podría haber hecho respecto a la dirección que tomó su vida, y otro (B), del dolor que le producía no haber tenido un Marco como éste disponible en aquel momento, puesto que posiblemente no habría perdido tantos años de su vida con problemas de salud mental.

Limitaciones del marco

Los consultores tenían claro que ponían de relieve unas posibles limitaciones del Marco PAS, en un contexto general de respuestas positivas. Se plantearon cuatro campos importantes: el lenguaje y la complejidad conceptual; otras posibles respuestas más ante las amenazas; el riesgo de imponer otro modelo profesional; y la necesidad de un cambio cultural más amplio si se deseaba que el Marco PAS tuviera impacto. Un consultor (C) señaló que el Marco PAS podría resultar problemático para las personas que pudieran preferir un diagnóstico que no explorara su historial personal, y proporcionara respuestas concisas, en vez de la imagen más compleja que sugiere el Marco PAS.

En relación con el lenguaje, algunos consultores sugirieron que el mismo término de «amenaza» podría ser demasiado «amenazante» para algunas personas, especialmente para usarla sobre sucesos futuros, pudiendo hacer que parecieran más poderosos y temibles. Se sugirió que la «amenaza» podría reservarse para circunstancias pasadas o actuales, y que términos como conflictos o desafíos podrían resultar más apropiados al hablar sobre el futuro. También se planteó que «amenaza» podría sugerir un «factor de estrés activo» y, quizás, no recogiera adecuadamente la «ausencia de algo», por ejemplo, en el caso del abandono. También se consideró que el «significado» era un campo complejo de abordar, ya que abarca tanto el significado de los mismos «síntomas» y también de las experiencias amenazantes.

A pesar de que anticipamos que se usarán diferentes versiones del Marco PAS para diferentes grupos y propósitos, a los consultores les dimos deliberadamente una versión escrita bastante detallada. Tal como esperábamos, se planteó la cuestión de la accesibilidad a este Marco, por ejemplo, para los usuarios de servicios con una capacidad intelectual limitada o para los usuarios que se encuentran en diferentes estados de sufrimiento emocional (pero solo lo hizo un consultor).

Un consultor sugirió aumentar la lista de respuestas a las amenazas para que se incluyan:

- Reacciones somáticas o fisiológicas (problemas gastrointestinales, dificultad para regular la temperatura corporal);
- Trastornos del sueño (pesadillas, insomnio, inseguridad al irse a dormir, despertarse con ataques de pánico);
- Aplanamiento emocional (depresión, sopor, sentirse indiferente ante personas y sucesos).

Algunos consultores, aunque mantenían una opinión positiva sobre el marco en general, cuestionaron su capacidad para crear un verdadero cambio de cultura y resaltaron el peligro de que se convierta en otro modelo profesional impuesto, reforzando así las jerarquías existentes y limitando la capacidad de los usuarios de servicios para encontrar sus propias explicaciones:

> *Así que pienso «¡brillante!», pero me pregunto en qué medida será efectivo para lograr un cambio de cultura. ¿Cómo consigues que [los profesionales] sientan y entiendan el significado de la vida de alguien, o qué significa buena vida para ti? Esto requiere escuchar, debemos cambiar las cosas a un nivel más amplio (H).*

> *Hasta cierto punto no me gusta la idea de un modelo para todos, otro marco más, aunque sea laxo, y mirar las cosas en términos de... Cada cual tenemos nuestra propia verdad y cada situación es tan diferente... Siento que hablar y escucharnos el uno al otro de verdad, de persona a persona, a un nivel igualitario, sería realmente lo mejor... Pero hay muchas carreras profesionales, ganancias, programas de capacitación, etc., y la jerarquía social y la forma en que se estructura todo el sistema médico rechazarían esto. Podría no suceder jamás... (D).*

Los consultores también hicieron sugerencias sobre la presentación e implementación del Marco PAS, entre otras:

- usar imágenes para presentar un contenido tan complejo de un modo más accesible;
- condensar todo el contenido en un documento más sencillo para usarlo en los servicios;
- incluir una introducción inicial más clara del propósito del marco;
- proporcionar ejemplos concretos del funcionamiento del poder;
- resaltar la naturaleza dinámica de los conceptos de poder, amenaza y significado;
- resaltar que el marco es una guía y que necesita usarse de un modo flexible y sensible a los diferentes grupos;

- resaltar el uso colaborativo del Marco PAS.

Observaciones sobre el proceso

Por encima de todo, el proceso de consulta se vivió de forma muy positiva y los consultores se mostraron agradecidos de haber participado. A pesar de que se tocaron sentimientos dolorosos, algunos consultores también consideraron que el proceso había sido muy esclarecedor y que les animó a cuestionar y pensar de forma crítica

> *Todo lo que hemos tratado aquí cambiaría las experiencias de mucha gente, y ha superado mis expectativas. Reflexionar sobre estas áreas me abrió los ojos a todo en lo que estaba lidiando en este momento... Ha sido emocional, emotivo no angustioso, y me ha enseñado mucho (E).*

> *Formar parte de esto ha hecho que me cuestione… otros aspectos del poder, un contexto más amplio, y me ha hecho desear el cuestionar más cosas. Pienso que [este marco] me aportará más cosas positivas que negativas. Pienso que es valioso porque no soy fan de los diagnósticos, soy fan de «ayudemos a que la gente tenga el tipo de vida que quiera tener» y veo que este [marco] funciona muy bien para tener una conversación con alguien sobre lo que es de verdad valioso para uno (H).*

Incorporando el feedback

Estamos muy agradecidos a los consultores por compartir sus comentarios y su experiencia. Nos animó el escuchar su respaldo muy positivo al Marco PAS, como una forma útil y efectiva de avanzar, con el potencial de abordar muchos de los problemas del enfoque diagnóstico actual.

Hemos incorporado los comentarios de los consultores de la forma siguiente:

- Incrementando la lista de amenazas y respuestas a las amenazas.
- Resaltando la naturaleza dinámica e interactiva de los elementos centrales del Marco PAS.
- Aclarando la naturaleza y el propósito del Marco de forma constante, mediante resúmenes y listas con topos.

Aunque nos agradó que los consultores comprendieran la naturaleza y la relevancia de los conceptos centrales tan fácilmente, su feedback reforzó la necesidad de contar con versiones fáciles de usar del Marco PAS. Como se explica en la Introducción, el objetivo a largo plazo es complementar este documento con una serie de resúmenes y recursos redactados de forma accesible, para que estas ideas se puedan poner a disposición de todos. Vemos el marco del PAS como un recurso de conocimiento y un trabajo en curso. Esperamos que las ideas que contiene se adapten y se desarrollen libremente de la forma que resulte más útil para las personas y grupos, ya sean profesionales, personas usuarias de servicios, para la ayuda mutua, o para el

público en general. De esta forma esperamos contrarrestar el riesgo de producir simplemente otro corpus «experto» de saber profesional. Los materiales futuros incluirán las sugerencias de los y las consultores/as, como ejemplos concretos del funcionamiento del poder, usos de lenguaje alternativo cuando sea apropiado, un fuerte énfasis en el uso flexible y colaborativo de las ideas, gráficos ilustrativos, etc. La coproducción de estos y otros materiales es una prioridad de la próxima etapa del proyecto.

Capitulo 8: Formas de avanzar

Visión general

Este capítulo final se centra en la última de las cuatro preguntas planteadas en el Capítulo 2, en relación al desarrollo de alternativas al diagnóstico psiquiátrico:

> *¿Cuáles son las implicaciones terapéuticas, sociales, éticas y legales que se derivan de adoptar perspectivas no diagnósticas y cómo se podrían abordar?*

Un cambio tan importante en la política, la práctica y la mentalidad tardará muchos años en desarrollarse y arraigarse plenamente y no pretendemos dar una respuesta completa. Tampoco vamos a recomendar formalmente las políticas o prácticas de la *Division of Clinical Psychology* o de la *British Psychological Society*; más bien, exploramos las diversas implicaciones posibles del Marco PAS en estas áreas, con la esperanza de que se puedan llevar adelante en futuros proyectos y documentos. Nuestro objetivo es demostrar que puede haber, y en muchos casos ya existen, alternativas no diagnósticas en todas las áreas antes delineadas, y analizaremos la compatibilidad del Marco PAS con estas iniciativas y su posible contribución a las mismas. Después de explicar brevemente el contexto social, político y económico general, analizaremos estos principios y prácticas bajo nueve epígrafes principales: 1. Política de salud pública. 2. Políticas de salud mental. 3. Principios y fundamentos de los servicios. 4. Diseño, ejecución y resultados de los servicios. 5. Acceso a la ayuda social, a la vivienda y a las prestaciones sociales. 6. Intervenciones terapéuticas. 7. El sistema legal. 8. La investigación. 9. El uso del lenguaje.

En general, apoyamos una perspectiva de derechos humanos, tal como se expresa en la *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*[61] (CDPD) (UN General Assembly, 2008). Este documento de referencia refuerza la apelación de la Declaración de Derechos Humanos de la ONU (1948) para que se aplique en las personas que pueden encajar en el grupo de personas con discapacidades psicosociales (véase también la sección sobre el modelo social de la discapacidad), cuyos derechos tienen, en concreto, más posibilidades de vulnerarse. El modelo de derechos humanos va más allá de ser un modelo social, en el sentido de que considera que la diversidad y la diferencia forman parte de la humanidad y deben ser valoradas, no rechazadas. Por lo tanto, las personas con discapacidad tienen derecho a una igualdad completa, en cuanto a derechos y oportunidades civiles, políticas, económicas, sociales y culturales. La CDPD fue ratificada por el Reino Unido y es jurídicamente vinculante[62]. Por lo tanto, es un mecanismo potencialmente poderoso que cuestiona las prácticas coercitivas, abusivas y discriminatorias.

---

[61] Convención de derechos de las personas con discapacidad. Este texto de la ONU se encuentra en español en: https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf (*N. de los T.*)

[62] También fue ratificada por España en el año 2008, véase en: https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf (*N. de los T.*)

Además, un reciente informe de las Naciones Unidas respalda firmemente «los imperativos de salud pública y justicia social para abordar los determinantes sociales de la salud» (ONU, 2017). Afirma que «Para tener plenamente en cuenta las pruebas referentes a los determinantes de la salud mental, el acceso a esos determinantes debe ir más allá de las desigualdades, la discriminación y el entorno físico, para que se pueda reflejar la importancia probada de los entornos psicosociales saludables… Esto abarca el desarrollo de políticas públicas que promuevan relaciones no violentas y respetuosas en las familias, las escuelas, los entornos laborales, las comunidades, y los servicios sanitarios y sociales» (p.16). Considera que existe un imperativo en derechos humanos para «ir más lejos de las respuestas individualizadas y orientar la acción hacia una serie de barreras y desigualdades estructurales» (p.16), y que «los enfoques biomédicos reduccionistas del tratamiento no abordan adecuadamente los contextos y las relaciones, y ya no se los puede considerar compatibles con el derecho a la salud» (p.17).

Apoyamos plenamente al Relator Especial de las Naciones Unidas en su conclusión de que «la necesidad urgente de un cambio de enfoque que debe priorizar la innovación de las políticas a nivel poblacional, centrándose en los determinantes sociales y abandonando el modelo médico dominante que trata de curar a las personas basándose en “trastornos”»; (Naciones Unidas, 2017, p.19).

Queremos reconocer que hay muchos proyectos innovadores de usuarios de servicios y supervivientes que operan fuera de los servicios oficiales de salud y bienestar social, que ya recogen estos principios (véanse los ejemplos de los Apéndices 2 al 14 de la publicación abreviada; también en BPS, 2017), aunque su descripción precisa no es objeto de este documento.

Aunque hemos intentado a lo largo de todo el documento evitar el lenguaje medicalizado, el término «salud mental» se utiliza de forma tan amplia en los servicios, documentos políticos, informes, etc., que resulta difícil de evitar. Además, en la actualidad tiene pocas alternativas satisfactorias. Por lo tanto, usaremos el término en algunas ocasiones, pero señalando algunas de las cuestiones que plantea.

Introducción

La medicalización del sufrimiento emocional y psicológico está profundamente arraigada en los sistemas actuales. El diagnóstico psiquiátrico y/o sus postulados generales subyacentes no sólo se usan en los servicios de salud mental, como la base para las rutas asistenciales y la clasificación en los servicios, el sistema de archivos y registros, la puesta en funcionamiento y la planificación, sino también en el sistema de justicia penal y en el de bienestar social. El diagnóstico se usa para tomar decisiones sobre el acceso a los servicios y a las prestaciones, para la evaluación del riesgo y en los juicios sobre la imputabilidad en los actos penales. La mayor parte de la investigación psiquiátrica se realiza en base a las categorías diagnósticas, lo mismo que las solicitudes de subvenciones, y las guías de práctica clínica NICE. Con frecuencia, los modelos terapéuticos y las intervenciones se basan en los diagnósticos. La mayor parte de la formación profesional se estructura en torno a estas categorías, al igual que los libros de texto y los módulos de formación. Los documentos de salud pública usan un lenguaje diagnóstico, y también las organizaciones no gubernamentales de salud mental y las organizaciones que

realizan campañas. Quizás lo más influyente de todo sea la cobertura mediática, que reproduce acríticamente la perspectiva diagnóstica al mismo tiempo que rechaza el estigma que provoca.

Parte del reclamo del diagnóstico psiquiátrico, y una razón de su supervivencia, consiste en que parece proporcionar respuestas sencillas a preguntas complejas sobre las causas, las necesidades, lo que se debe hacer, y la responsabilidad, junto a las consecuencias de tipo administrativo. Hemos argumentado que de hecho el diagnóstico no da respuesta a estas cuestiones de una manera adecuada, ni siquiera remotamente. Si realmente lo hiciera, no habría una redefinición periódica de los fundamentos de las rutas asistenciales (a diferencia de la medicina general, donde un diagnóstico médico válido con frecuencia cumple esa función de manera satisfactoria); o las disputas irresolubles sobre si los infractores legales de alto perfil son o no «enfermos mentales»; o la reciente decisión del *National Institute for Mental Health*[63] de los Estados Unidos de no financiar estudios basados en las categorías diagnósticas (Insel, 2013). La apelación a «tratar» la creciente epidemia de problemas de salud mental tampoco estaría tan desligada de la atención a los factores sociales causales y a las políticas que la fomentan.

Como hemos subrayado a lo largo de este documento, es imposible separar la emergencia y la experiencia del sufrimiento mental de la sociedad y la cultura de forma amplia y de las formas de poder asociadas. La sustitución del modelo diagnóstico por una comprensión no diagnóstica del sufrimiento emocional y psicológico y de la conducta problemática requiere inevitablemente encarar algunas complejidades que el diagnóstico ha ocultado. Esto, como ha señalado Bessel van der Kolk, es todo un reto. Los laboratorios universitarios se financian para estudiar trastornos concretos… Si dices que tu trastorno forma parte de un cuadro más amplio, que abarca elementos de otros diagnósticos, entonces tendrías que reorganizar tu laboratorio, tus conceptos, tu financiación y tus escalas de evaluación (van der Kolk, citado en Wylie, 2010, p. 14). Las implicaciones van más allá: hay que lidiar con toda una nueva serie de problemas y dilemas, con importantes implicaciones para las políticas de salud pública, la desigualdad social y la justicia social.

Es importante señalar que *ninguno de los modelos, intervenciones o ejemplos que figuran en este capítulo y en los ejemplos de buenas prácticas que figuran en los apéndices de la publicación abreviada se presentan como una solución ideal, completa o sin problemas.* Más bien, intentamos demostrar cómo se puede avanzar hacia una práctica no diagnóstica de diversas formas, reconociendo también los riesgos de marginación, compromiso y asimilación. A veces podemos estar en condiciones de aprovechar y modificar las prácticas y los sistemas que existen desde el interior, como se ilustra en los ejemplos que figuran en los Apéndices 2 a 10 de la publicación abreviada. Otras veces será posible hacer cambios más importantes en las prácticas y las políticas, como se ilustra en los Apéndices 11 a 14. Consideramos que ambas estrategias son necesarias para lograr un cambio colectivo hacia un paradigma no diagnóstico. También creemos que necesitamos una serie de alternativas al lenguaje diagnóstico, en vez de un reemplazo de un conjunto de términos por otro. Por lo tanto, las narrativas personales pueden ser el mejor punto de partida para la

[63] Instituto Nacional de Salud Mental, EE. UU.

intervención individual, pero para propósitos como la investigación o las necesidades de bienestar social, un «listado de problemas» validados y redactado en términos de lenguaje ordinario podría ser una alternativa flexible y apropiada (Kinderman, 2014). De forma más importante, reconocemos la necesidad de alternativas fuera del sistema actual, tanto dirigidas por los supervivientes como de otro tipo. Todos estos cambios se deben basar sobre una forma fundamentalmente diferente de pensar sobre el sufrimiento, o de lo contrario, a pesar de las buenas intenciones, simplemente se conseguirán variantes o modificaciones de la medicalización y de la «mentalidad DSM». En palabras de un superviviente: «El increíble potencial transformador y de gran alcance de nuestro conocimiento colectivo es sin duda una de las razones por las que se nos siguen negando espacios y recursos para trabajar y teorizar por nuestra cuenta» (Russo, 2016, p.60). Esperamos que el marco del PAS sea un recurso tanto para los supervivientes como para los profesionales «mientras emprendemos el camino hacia el desarrollo de nuestro propio modelo de locura» (Russo, 2016, p.60).

Contexto social, político y económico

En el Reino Unido, el coste económico anual de los problemas de salud mental es de unos 105 mil millones de libras esterlinas, que equivale el coste de todo el Sistema Nacional de Salud, NHS[64] (NHS England, 2016). En parte se debe a la pérdida anual de 70 millones de días de trabajo, ya que es la principal causa de baja laboral (Mental Health Foundation, MHF, 2015). Los problemas de salud mental constituyen la mayor carga por «enfermedad», el 28% del total, es decir, 4,5% del PIB (MHF, 2015). Se estima que el Reino Unido gasta unos 14 mil millones de libras esterlinas al año en la asistencia en salud mental (Parsonage y Naylor, 2012).

Esto cifras son bien conocidas. Se debate mucho menos el hecho de que los servicios de salud mental, tal como están configurados en la actualidad, son muy poco eficaces en el «tratamiento» de estas condiciones. Las cifras son difíciles de encontrar, pero el porcentaje de personas, de las que se podría decir, que se «recuperan» tras un tiempo en los servicios de salud mental, en el sentido médico habitual de remisión de «síntomas» y volver a un estado de salud previo, parece ser muy bajo (Drury, 2014), y que puede ser peor que las tasas conseguidas por el «tratamiento moral», no médico, de principios y mediados del siglo XIX (Warner, 2004). De hecho, muchos estudios han encontrado que las personas en los países en vías en desarrollo que no dependen de servicios psiquiátricos modernas o de medicación, tiene tasas de recuperación más altas (véase Warner, 2004). Aún más preocupante es el hecho de que los servicios de salud mental, en general, y a pesar de las mejores intenciones de su personal, tienen una mayor probabilidad de generar discapacidades que de reducirlas, al prolongar la trayectoria natural de las dificultades de las personas (Whitaker, 2010). Así, un estudio reciente sobre los «trastornos del estado de ánimo y la ansiedad» en Australia, Inglaterra, Canadá y los EE. UU., encontró que en vez de reducir la prevalencia y el impacto de estas dificultades, el aumento de la prestación de tratamiento se asociaba al efecto contrario (Jorm et al., 2017).

[64] Acrónimo de *National Health Service* (Servicio Nacional de Salud), UK. (*N. de los T.*)

En este contexto, el marco PAS tiene importantes implicaciones de política pública. Éstas se pueden resumir del siguiente modo: En primer lugar, la reducción de la desigualdad económica y social es probablemente el paso más eficaz que podemos dar para mejorar la salud mental de la población (además de conseguir muchos otros beneficios). En segundo lugar, el mayor impacto que tendría esta reducción sería sobre los grupos que tienen menos poder, debido a la clase, edad, etnia, sexualidad y/o género; estos son también los grupos que en proporción experimentan más sufrimiento mental. Tercero, se necesita reconocer el profundo impacto psicológico, educativo, ocupacional, social y económico, así como el coste, de las adversidades de todo tipo, especialmente las que suceden en los primeros años de vida. En cuarto lugar, esto implica que la protección de la infancia, la ayuda a las familias, y al desarrollo en los primeros años de vida, son de vital importancia para la prevención. Quinto, que por sí misma la medicación psiquiátrica constituye una de las preocupaciones de salud pública más importantes. En sexto lugar, dado que la salud mental a nivel mundial se ve perjudicada con más frecuencia por la guerra, a este nivel la resolución de conflictos puede ser la prioridad internacional más importante para la salud mental (además de por otras muchas otras razones). Todas estas prioridades se ven oscurecidas y obstaculizadas por el hecho de seguir encuadrando el sufrimiento emocional y psicológico en parámetros diagnósticos.

En todo el mundo se reconocen algunos de estos factores. Las directrices nacionales sobre las adversidades en la infancia de Australia señalan:

> *El trauma no es tan solo una fatalidad individual. Es un problema de salud pública de enormes proporciones. Los costes del trauma complejo sin identificar y tratar son enormes. Esto se debe no tan solo a la disminución de la calidad de vida, la esperanza de vida y la pérdida de productividad, sino también al «incremento significativo del uso de servicios médicos, penales, sociales, y de salud mental». Sólo en 2007, el coste del maltrato en la infancia en la comunidad australiana se estima, de forma conservadora, en al menos 10,7 miles de millones de dólares, y casi con toda seguridad es mucho más alto.*

Una reorientación política similar resulta patente en los informes de Estados Unidos. Un resumen económico de salud de *Perryman Group*, una empresa de análisis económico y financiero, concluyó:

> *…el maltrato infantil es omnipresente en los Estados Unidos y es una de las preocupaciones sociales y de salud pública más apremiantes de la nación (The Perryman Group, 2014).*

Los estudios sobre las Experiencias Adversas de la Infancia (ACE) (véase Capítulo 4) confirman de manera concluyente el coste sobre la salud pública debido a la adversidad, cuando no se aborda en términos del sufrimiento humano, que sufren las víctimas y sus familias; el coste económico que soporta la sociedad; los costes sociales que recaen en la sociedad; y la transmisión intergeneracional de la adversidad infantil que sufrirá la sociedad futura. Aunque los estudios se realizaron en los EE. UU., el reconocimiento del impacto de los ACEs también se recoge en informes políticos recientes del Reino Unido. Por ejemplo, un estudio sobre el impacto de los ACEs en Inglaterra (Bellis et al., 2014) halló que disminuir los ACEs podría llevar a reducciones significativas en violencia, abuso de sustancias y prisión, entre

otros resultados. El papel las ACEs se referencia en el informe «*Better Mental Health for All*»[65] (Faculty of Public Health, 2016) y en el de *Royal College of Psychiatrists* (2013) «*Whole-person care: From rhetoric to reality*»[66]. Igualmente el estudio *Welsh Adverse Childhood Experiences* (Ashton et al., 2016) halló que las personas que sufrieron cuatro o más ACEs eran cinco veces más propensas a sufrir un mal nivel de salud mental, mientras que la «*Well-being of Future Generations (Wales) Act*»[67] (2015) ha establecido estructuras útiles para reducir las ACEs en Gales. El informe de «*Scottish Public Health Network*» (2016) «*Polishing the diamonds*»[68] ofrece una visión global detallada sobre los daños y costes causados por los ACEs en Escocia. En conjunto, los tres informes apelan a una actividad coordinada a múltiples niveles para poner en práctica intervenciones en edades tempranas al objeto de reducir los comportamientos nocivos y fortalecer las comunidades.

Por muy encomiables que sean estos informes, los asuntos son mucho más fundamentales que abordar una serie de adversidades concretas. Estos fenómenos y situaciones se dan dentro de unos contextos políticos y económicos más amplios de pobreza, desigualdad, injusticia social y con muchos intereses que impulsan y se benefician de este estado de cosas. Se sabe que las ACEs se relacionan con la penuria, y la experiencia de sufrir cuatro o más ACEs se manifiesta en el 4,3% del quintil[69] menos desfavorecido y en el 12,7% del quintil más desfavorecido (Bellis et al., 2014). La investigación epidemiológica acerca de los efectos de la desigualdad económica suministra un argumento sólido para abordar esta cuestión como causa fundamental de múltiples consecuencias sociales, conductuales y de salud indeseadas (Wilkinson y Pickett, 2009). Estos puntos se plantean de forma muy diáfana en el informe «*The Psychological Impact of Austerity*»[70] (Psychologists Against Austerity, 2015), que identifica los cinco «males de la austeridad»: humillación y vergüenza; miedo y desconfianza; precariedad e inseguridad; aislamiento y soledad; y encontrarse atrapado y sin poder. Recomienda que la política social trabaje hacia una sociedad más equitativa y participativa, para facilitar el bienestar individual, los lugares resilientes y las comunidades fortalecidas. Es fundamental que los encargados de formular políticas sociales y los que desarrollan los servicios tengan en cuenta las repercusiones psicológicas de las políticas actuales y futuras. La creación de las condiciones del bienestar y la resiliencia ayuda directamente a prevenir el sufrimiento a corto y largo plazo, y ahorra recursos y reduce el sufrimiento.

Lamentablemente, la desigualdad económica y los niveles de discriminación y desventaja asociados, en el Reino Unido, no dan señales de disminuir. Esta tendencia se acompaña de medidas de austeridad, recortes del gasto, y (en Inglaterra) la fragmentación y privatización de los servicios sanitarios y de

---

[65] Mejor salud mental para todos.
[66] Asistencia integral de la persona: de la retórica a la realidad.
[67] Ley galesa para el bienestar de las generaciones futuras.
[68] Informe «Pulir los diamantes» de la «Red escocesa de salud pública».
[69] Quintil es un término relativamente frecuente en economía. Un quintil es la quinta parte, es decir el 20%, de los individuos de una población determinada. En el quintil de ingresos se ordena la población desde el individuo más pobre al más adinerado, y se divide en cinco grupos iguales de individuos, quintiles. Habrá un quintil que recoge al 20% de los individuos más adinerados y otro al 20% más pobre, y otros tres quintiles intermedios. (*N. de los T.)*
[70] «El impacto psicológico de la austeridad».

bienestar social, lo que debilita su capacidad de respuesta en el momento en que son más necesarios. De hecho, el personal de salud experimenta cada vez más presiones parecidas a las de sus clientes. Esto inevitablemente perjudica su capacidad para proporcionar una base relacional terapéutica segura y confiable, que repetidamente se ha demostrado que es esencial para lograr buenos resultados (Priebe y McCabe, 2006). Un enfoque estrecho en cuanto a las metas a conseguir, al objeto de reducir costes, aumenta el riesgo de que el personal se convierta en un participante activo o pasivo de prácticas dañinas y de maltrato. El mensaje clave del informe Francis es que «deben ser los pacientes, no los números, lo que cuente» (Francis, 2013, p.5).

Política de Salud Pública

¿En qué medida se tienen en cuenta estos importantes datos epidemiológicos en las políticas de salud pública del Reino Unido?

David Harper (2016) ha presentado un fuerte alegato a favor de un enfoque preventivo de salud pública; un caso paralelo a las mejoras en el saneamiento que detuvo las epidemias de cólera del siglo XIX. Utilizando el conocimiento extenso de las influencias causales en el sufrimiento mental, los psicólogos y los demás profesionales de salud mental podrían abogar por cambios en la política y la legislación, tal como lo han hecho los médicos y los activistas en el campo de la salud en relación al tabaquismo. Esto podría incluir la participación, tanto directa como indirecta, de los responsables de la formulación de políticas en grupos de reflexión, en los medios de comunicación, y en colaboración con las autoridades locales y otros organismos. Se debe acompañar de un cambio en las prioridades de la financiación de la investigación, desde la etiología y el tratamiento (que, en relación con la «depresión» recogió 2,71 millones de libras y 1,05 millones, respectivamente, en 2015) hacia la prevención (0,3 millones) (Harper, 2016). En vez de trasladar más fondos hacia los factores biológicos causales hipotéticos, es necesario abordar las raíces psicosociales conocidas y ampliamente documentadas del sufrimiento psicológico en sus diversas presentaciones.

En el *Five Year Forward plan for Mental Health*[71] (NHS England, 2016a) se cita la revisión de Marmot (Marmot, 2010) que contiene las advertencias más explícitas sobre la carga personal y económica de no intervenir sobre la desigualdad en salud y la necesidad de colocar el bienestar, y no sólo el crecimiento económico, en el centro de las políticas (p.17). Se basa en el trabajo de la OMS «*Commission on social determinants of health*»[72] (2008), que llega a la conclusión de que «las desigualdades sociales en materia de salud se deben a desigualdades en las condiciones de la vida cotidiana y a los factores fundamentales que las originan: las desigualdades de poder, dinero y

[71] Plan quinquenal de salud mental, de Inglaterra.

[72] Comisión sobre los determinantes sociales de la salud. El informe «Commission on Social Determinants of Health - final report» de la OMS se encuentra en español, en formato de descarga libre en https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/, y también el resumen https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf;jsessionid=B452A50D87CDE9A5D726DD830E2B3402?sequence=1 (*N. de los T.)*

recursos». El argumento del resumen ejecutivo es que «la injusticia social mata a gente a gran escala».

Esto hace que Marmot afirme que «se necesita actuar sobre todos estos determinantes sociales de la salud e involucrar a todos los departamentos del gobierno central y local, así como al tercer sector y al sector privado. Las medidas adoptadas por el Departamento de Salud y el Servicio Nacional de Salud [Inglaterra] por sí solas no reducirán las desigualdades en materia de salud» (p.19).

La revisión Marmot se fundamenta en el principio general de «universalismo proporcional»; en otras palabras, en vez de dirigir los recursos a grupos como los «enfermos mentales, […] las acciones deben ser universales a una escala que sea proporcionada al nivel de desventaja» (p.16). Los seis objetivos políticos derivados están en sintonía con el marco PAS: Proporcionar a cada niño el mejor comienzo de vida; Permitir a todos los niños, jóvenes y adultos que maximicen sus capacidades y que tengan control sobre sus vidas; Crear empleo justo y buen trabajo para todos; Asegurar unos estándares de vida saludable para todos; Crear y desarrollar lugares y comunidades saludables y sostenibles; Fortalecer el papel y el impacto de la prevención de enfermedades. A pesar de esto, la revisión más reciente por el *UCL Institute of Health Equity*[73] (2015) de los indicadores de Marmot encontró que un número creciente de personas experimentan pobreza y mala salud a pesar de que el desempleo disminuye. En Inglaterra el número de familias que no alcanzan un nivel estándar de vida aceptable sigue creciendo constantemente, y ha pasado de casi una quinta parte a una cuarta parte, y más de la mitad de toda la pobreza se sitúa en la actualidad en hogares en los que hay personas que trabajan.

La *Health and Social Care Act*[74] de 2012 trasladó la salud pública en Inglaterra a las administraciones locales, aunque sigue siendo responsabilidad del NHS en Escocia, Gales e Irlanda del Norte. Un nuevo organismo, *Public Health England*[75], forma parte del *Department of Health*[76] y tiene como objeto crear una mayor armonización entre el NHS, salud pública y bienestar social, dando más énfasis a la prevención de las enfermedades. Sus objetivos se implementarán por los directores de salud pública de los gobiernos locales.

La nueva estructura de los organismos de salud pública en Inglaterra puede proporcionar más oportunidades para centrarse en el contexto social del sufrimiento psicológico y usar una gama de intervenciones adecuadamente basadas en evidencias para mejorar la salud mental pública (p. ej., Division of Clinical Psychology, 2014a; Friedli, 2009; Newton, 2013; Taylor et al., 2007), incluida la promoción de una mejor calidad de vida en los barrios (Biglan y Hinds, 2009). Esto resulta oportuno, ya que la salud mental pública se ha considerado recientemente prioritaria por el gobierno (p. ej., Public Health England, 2015). Boardman y Friedli (2012) han identificado una serie de formas en las que los *Health and Wellbeing Boards*[77] pueden mejorar la recuperación en salud mental, poniendo en funcionamiento estrategias de salud pública en

[73] Instituto de Equidad Sanitaria.
[74] Ley de Salud y Asistencia Social.
[75] Salud Pública, Inglaterra.
[76] Departamento de Salud.
[77] Juntas de Salud y Bienestar.

áreas como vivienda, transporte, empleo, actividades de ocio, el entorno arquitectónico, etc. Destacan que «la recuperación conecta lo personal con lo político y afecta a la justicia social, los derechos de las personas, la ciudadanía, la igualdad, y la ausencia de prejuicios y discriminación» (Boardman y Friedli, 2012, p.8). Inexplicablemente, teniendo en cuenta la evidencia que se ha presentado en este informe, la mayoría de los departamentos de salud pública no incluyen regularmente a un especialista en salud mental, y este campo tampoco se incluye necesariamente en su capacitación profesional.

Entonces, por lo general, y junto a las investigaciones sobre los ACEs, hay señales de un creciente reconocimiento de la necesidad de adoptar un enfoque de salud pública sobre el sufrimiento mental, al objeto de abordar sus causas principales. Algunos informes de salud pública establecen vinculaciones explícitas entre el sufrimiento y la desigualdad, la austeridad y la injusticia social, aunque este discurso no siempre se ha expresado en términos de política económica nacional. No obstante, exceptuando la revisión de Marmot, las recomendaciones en Australia, los Estados Unidos y el Reino Unido se dirigen en gran medida a las consecuencias específicas como el desempleo, la vivienda deficiente, etc., más que a las políticas que conducen a estas desigualdades. Incluso al examinar estos informes en sus propios términos, un informe reciente del *All-Party Parliamentary Health Group* (APHG)[78] encontró que «el abordaje de los determinantes más amplios de la salud resulta decepcionante» (APHG y Health Foundation, 2016, p.40).

Una limitación de todas las reseñas, incluso las más impactantes, como la de Marmot, y la de Wilkinson y Pickett, es que usan un lenguaje diagnóstico que ayuda a oscurecer los vínculos entre las penurias sociales y el sufrimiento emocional, incluso aún cuando se debate acerca de ello. Además, se habla poco de las desigualdades de poder y los privilegios resultantes, por ejemplo, del género o la etnia, o de los procesos que podrían vincularlos al sufrimiento emocional y las conductas problemáticas. La adhesión incuestionada a la orientación médica subyacente, donde las consecuencias se siguen entendiendo en términos de «enfermedad» significa que uno de los mayores problemas de salud pública, el nivel en que los fármacos psiquiátricos ciertamente crean y perpetúan la discapacidad a largo plazo (véase «Medicación» más adelante), no se discute en absoluto. Esto es necesario abordarlo urgentemente, debido al aumento masivo de su uso (las recetas de «antidepresivos» en Inglaterra aumentaron en un 7,2% de 2013 a 2014 hasta alcanzar los 57 millones; las recetas de «antipsicóticos» aumentó del 9,7 a 10,5 millones en el mismo período (las cifras del *Health and Social Care Information Centre* 2015 se hallan en http://cepuk.org/2015/04/10/latest-prescription-data-shows-consumption-psychiatric-drugs-continues-soar). La cantidad total gastada en todos los fármacos psiquiátricos, ajustada a la inflación, aumentó de 544 millones de libras en 1998 a 881 millones de libras en 2010 (Ilyas y Moncrieff, 2012). Tal como también se ha documentado en los Estados Unidos (Whitaker, 2010), esta tendencia se corresponde con un aumento, en lugar de una disminución, del número de personas que reciben prestaciones por incapacidad (Viola y Moncrieff, 2016).

[78] Grupo de salud de todos los partidos parlamentarios.

Política de Salud Mental

En esta sección se analiza con más detalle algunos documentos como ejemplos de políticas de salud mental en referencia al alcance en que se abordan o no los temas recogidos en el Marco PAS. Los documentos clave que se consideran son: «Política Gubernamental, 2010-2015: Reforma de los Servicios de Salud Mental»; (Department of Health, 2015a); «Cinco pasos al Bienestar» (Aked et al., 2008); «Una perspectiva a cinco años en Salud Mental: Informe del Grupo de Trabajo de Salud Mental»; (NHS Inglaterra 2016a); «Implementar un plan a cinco años» (NHS England, 2016b); «Comunidades seguras, un mejor futuro» (New Horizons, 2010); «No hay salud sin Salud Mental» (Department of Health, 2011b); «Con el futuro en mente» (SNS Inglaterra, 2015); «Mejor Salud Mental para todos: una perspectiva de salud pública para mejorar en Salud Mental» (Faculty of Public Health, 2016); y «Salud Mental y nuevos modelos asistenciales» (Naylor et al, 2017)[79]. Dado que se solapan de forma significativa, se considerarán como un grupo. Todos los documentos se refieren a Inglaterra, excepto «Cinco pasos al Bienestar», aunque se hará referencia a las políticas relacionadas específicamente con Escocia, Gales e Irlanda del Norte cuando proceda.

Como se señaló antes, los planteamientos de salud pública se vinculan estrechamente con los de la lucha contra las desigualdades sociales, y la argumentación a favor de ambas se exponen en varios documentos recientes sobre las políticas de salud mental, incluyendo un informe encargado por el Gobierno, titulado «Asistencia integral de la persona»[80] (Royal College of Psychiatrists, RCP, 2013); el informe «Una perspectiva a cinco años en Salud Mental» (SNS Inglaterra, 2016a); «Mejor Salud Mental para todos: una perspectiva de salud pública para mejorar en Salud Mental» (Faculty of Public Health, 2016) y «Unir la Salud Física y Mental: Una nueva frontera para la asistencia integrada»[81] (Naylor et al., 2016). Por ejemplo, en «Asistencia integral de la persona» se afirma que «*También es necesario reconocer de forma amplia que los factores sociales y culturales que afectan a la salud mental, como la exclusión, el trauma, el abuso, la violencia doméstica y de otro tipo, y otros tipos de estrés social e interpersonal. La política social sobre la pobreza, el empleo, la violencia, la crianza de los hijos y los temas acerca de la imagen corporal, por nombrar sólo algunos, son tan importantes para lograr la equidad como los planes para reformar la asistencia sanitaria*» (RCP, 2013, p.59.). «Una perspectiva a cinco años» coincide «*Por último, nos centramos de forma especial en la lucha contra las desigualdades. Los problemas de salud mental afectan de un modo desproporcionado a las personas que viven en la pobreza, a las que están en el paro, y a las que se enfrentan a la discriminación… Para abordar realmente este problema, tenemos que*

[79] «*2010–2015 Government Policy: Mental Health Service reform*» (Department of Health, 2015a); «*Five Ways to Wellbeing*» (Aked et al., 2008); «*The Five Year Forward View for Mental Health: Mental Health Task force report*» (NHS England 2016a); «*Implementing the Five Year Forward Plan*» (NHS England, 2016b); «*Confident Communities, Brighter Futures*» (New Horizons, 2010); «*No Health without Mental Health*» (Department of Health, 2011b); «*Future in Mind*» (NHS England, 2015); «*Better Mental Health for All: A public health approach to MH improvement*» (Faculty of Public Health, 2016); «*Mental health and new models of care*» (Naylor et al., 2017).

[80] «*Whole Person Care*».

[81] «*Bringing Together Physical and Mental Health: A new frontier for integrated care*».

ocuparnos de las desigualdades a nivel local y nacional» (p.3). «Mejor Salud Mental para todos» habla de la misma manera en referencia a «trastornos mentales graves, como la esquizofrenia», pero también resalta que «*Comprender y ocuparse de la desigualdad forma parte de la creación de una sociedad con mejor salud mental… Ahora están surgiendo pruebas de que existe un fuerte efecto contextual de los elementos materiales, de un mayor nivel de bienestar en las sociedades más igualitarias»* (pp.17-18). Además, indica que es probable que la recesión económica, desde el 2008, haya supuesto «*un aumento de los problemas de salud mental, incluyendo la depresión, posibles niveles más bajos de bienestar, más suicidios y conductas suicidas, un aumento de la violencia doméstica, y abandono en la infancia, con el consiguiente impacto sobre la salud mental y el bienestar de los niños, y un aumento de la dependencia de drogas y alcohol»* (p.27). «No hay salud sin Salud Mental» tiene como objetivo el reducir «*los factores sociales y otros determinantes de salud mental en todas las edades, así como las desigualdades, que pueden ser causa y consecuencia de los problemas de salud mental, incluyendo, por ejemplo, el aislamiento social, en especial entre las personas de edad avanzada».* En otras palabras, todos los documentos reconocen que las dificultades de salud mental surgen en contextos de penuria y desigualdad social.

Otra característica común es la necesidad de actuar e intervenir a nivel global de la comunidad para abordar estos múltiples factores causales. El informe «Una perspectiva a cinco años» indica que «*ayudar a las personas a llevar una vida plena y productiva no es competencia del Sistema Nacional de Salud (NHS) en solitario. Requiere una buena crianza de los hijos y apoyo escolar durante los primeros años, una vivienda aceptable, un buen trabajo, una comunidad de apoyo y la oportunidad de forjar relaciones satisfactorias».* «Reforma de los Servicios de Salud Mental 2010-2015» se hace eco de esto: «*La salud mental puede estar influenciada por cuestiones como tener buenas relaciones y un trabajo significativo, vivienda, y sentirse parte de la comunidad… Por lo que para mejorar la salud mental, se necesitan acciones desde muchas áreas gubernamentales diferentes».*

Sin embargo, los documentos de las políticas son menos claros sobre cómo se pueden lograr estos importantes objetivos. Por ejemplo, «Una perspectiva a cinco años» habla de «Crear comunidades mentalmente sanas», pero resulta menos claro cómo pueden conseguirlo los «planes locales de prevención en salud mental». El documento de implementación (NHS England, 2016b) se centra casi por completo en recomendaciones para los servicios de salud mental, en vez de delinear un cometido más amplio de enlace y acción entre las comunidades. Del mismo modo, no está claro si será sencillo o posible «crear resiliencia y seguridad», o llevar a cabo «el trabajo de prevención de la violencia y el maltrato en jóvenes», tal como recomienda «Comunidades seguras, un mejor futuro» (New Horizons, 2010), especialmente en el contexto económico que se identifica al principio del informe. Como se dice más adelante, puede haber numerosas razones por las que resultará difícil para muchas personas «ser personas activas» y «mantener el aprendizaje»; como se recomienda en el informe encargado por el gobierno «Cinco pasos al Bienestar» (Aked et al., 2008).

El énfasis general de los documentos se centra en la gestión de los efectos de las políticas existentes, en lugar de ponerlas en tela de juicio de manera más fundamental. Por ejemplo, en lugar de cuestionar la imposición del tope de las prestaciones de vivienda, «Una perspectiva a cinco años» sugiere que el *Department of Work and Pensions*[82] debe garantizar que se establezcan unos niveles de protección adecuados para las personas con problemas de salud mental que necesitan una vivienda con apoyo profesional.

Los documentos reconocen la importancia de tomar medidas preventivas sobre las edades tempranas de la infancia, en base a las investigaciones sobre el apego y las adversidades. «Con el futuro en mente» (HNS England, 2015) resalta especialmente en «*mejorar el acceso de los padres a programas de intervención basados en técnicas para el apoyo y fortalecimiento del apego, evitar traumas tempranos, crear resiliencia y mejorar el comportamiento»* y «*garantizar que las personas que son o han sido víctimas de abusos sexuales y/o explotación reciban una evaluación completa y una derivación a los servicios que necesiten, incluyendo a los servicios especializados de salud mental».* La idea de las reacciones asociadas al trauma se comprende solo de forma parcial, y en otras ocasiones, las referencias tienden a mostrar una «epidemia», como cuando se dice que uno de cada 10 niños/as de entre 5 a 16 años de edad tienen un «problema diagnosticable» («Una perspectiva a cinco años»), o la necesidad de que los profesores identifiquen estas «enfermedades» emergentes, etc., y un mayor acceso a los servicios para «tratar» estas condiciones «médicas». La promesa de la Coalición de Gobierno, en marzo de 2015, de proporcionar 1,25 mil millones de libras para la nueva financiación de los servicios de salud mental en la infancia, aunque oportuna, no se acompañó de debate alguno sobre qué modelo podría constituir la base más adecuada de estos servicios, teniendo en cuenta la probable naturaleza de las dificultades que sus clientes presentarían.

En relación a las intervenciones para adultos, sólo hay un reconocimiento muy fragmentario de la necesidad de abordar el trauma, la adversidad y los contextos sociales. Escocia es el país que más ha avanzado en este sentido. Su estrategia de salud mental para 2012-2015 incluye como prioridad el tratamiento de los traumas psicológicos en los servicios de atención primaria y de salud mental, y fomenta la capacitación del personal en el campo del trauma (Scottish Government, 2012). La guía nacional escocesa sobre terapias psicológicas (NHS Education for Scotland, 2015) incluye una sección sobre «trastornos de estrés por trauma complejo» y el modelo de trauma en tres etapas en la sección de adultos, y sobre el trauma complejo y el trauma sexual en la sección de la infancia. En un reciente y ambicioso proyecto, el *NHS Education for Scotland*[83] se ha encargado de desarrollar y ofrecer un marco informado sobre el trauma a múltiples niveles, para organizaciones, formadores, personal y personas afectadas por el trauma, basado en el supuesto de que la comprensión del trauma y su impacto es asunto de todos (véase https://www.nes.scot.nhs.uk/). En Inglaterra, el Departamento de Salud ha hecho obligatoria el indagar de un modo sistemático acerca del maltrato en los ámbitos de salud mental, y las evaluaciones muestran algunos cambios en las prácticas (McNeish y Scott, 2008). La recomendación 52 del documento

[82] Departamento de Trabajo y Pensiones.
[83] Educación del Sistema Nacional de Salud para Escocia.

«*Tackling Child Sexual Exploitation*»[84] (Department of Health, 2015b) hace una breve referencia a la necesidad de «*capacitar al personal en los enfoques informados sobre el trauma en la asistencia de los servicios de salud mental».* El Departamento de Salud de Inglaterra tiene previsto establecer un programa que analice las repercusiones de la investigación sobre los ACEs, y se está promoviendo la práctica informada sobre el trauma en el servicio penitenciario (como se describe más adelante).

Al margen de estos ejemplos alentadores, el aumento del acceso al «tratamiento» de las «enfermedades mentales» es el principal objetivo de toda la política de salud mental del Reino Unido. Se dice que estas intervenciones deben ofrecerse antes («Una perspectiva a cinco años»); en paralelo a la respuesta a los problemas de salud física («No hay salud sin Salud Mental»); a los grupos excluidos del tratamiento, como «madres», «delincuentes», «BAMEs»[85], «personas mayores» («Una perspectiva a cinco años» y «Reforma de los Servicios de Salud Mental, 2010-2015»); y de manera más amplia (por esto, el programa IAPT[86] recibió 400 millones de libras entre 2011 y 2015, para mejorar el acceso a las terapias psicológicas). La calidad y la eficacia se deben garantizar ofreciendo «intervenciones y métodos adecuados, basados en la evidencia, que ofrezcan a las personas una mayor posibilidad de elección y control sobre sus propias vidas, en un entorno menos restrictivo» («No hay salud sin Salud Mental»). Se promete un aumento significativo del acceso al asesoramiento para niños/as y jóvenes y para personas con diagnósticos de «enfermedades mentales graves» y de «trastornos de la personalidad» en la siguiente fase del programa de IAPT («Implementar un plan a cinco años»).

Es evidente que hay que acoger con mucho beneplácito estos principios y planes, pero la apelación a un mejor acceso a los servicios de salud mental fracasa en reconocer hasta qué punto la práctica basada en el diagnóstico puede reforzar y oscurecer de forma activa la desconexión entre los contextos sociales y el sufrimiento, restar importancia a la necesidad de una asistencia que reconozca el impacto de las adversidades, y que en sí misma puede ser incapacitante y volver a traumatizar. Se tiene poco en cuenta las formas precisas en las que las desigualdades de poder y privilegios, que se dan en las identidades subordinadas o devaluadas, influyen profundamente tanto en la naturaleza de las adversidades como en las respuestas de las personas a ellas. Esta ausencia de reconocimiento contribuye al enfoque descontextualizado que se manifiesta de forma patente en todas las agendas y recomendaciones.

Se puede contrastar con el documento de la Oficina de la Organización Mundial de la Salud para Europa «Salud mental, resiliencia y desigualdades»[87] (Friedli, 2009), que los expresa con mucho mayor claridad: «*los niveles de sufrimiento mental entre las comunidades se debe entender menos en términos de patología individual y más como una respuesta asociada a la pobreza y a la*

[84] La lucha contra la explotación sexual de los niños.
[85] BAME: termino que se usa para denominar a los *millennials* de piel oscura, asiáticos y a otras minorías étnicas, que suelen tener un mayor riesgo de tener empleos precarios que sus pares blancos. (*N. de los T.)*
[86] «*Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT)». Programa para mejorar el acceso a las terapias psicológicas. (*N. de los T.*)
[87] «*Mental health, resilience and inequalities*».

injusticia social, que erosionan los recursos emocionales, espirituales e intelectuales esenciales para el bienestar psicológico […], tanto las conductas perjudiciales para la salud como la violencia […] pueden ser estrategias de supervivencia frente a múltiples problemas, la ira y la desesperación asociadas a la precariedad laboral, la pobreza, las deudas, la mala vivienda, la exclusión y otros indicadores de un estatus social bajo […], además las actuales estrategias económicas y fiscales para el crecimiento pueden estar perjudicando las relaciones dentro de la familia y de la comunidad: el crecimiento económico a expensas de la recesión social» (p.iii-iv). Prosigue: «*Una preocupación por los síntomas individuales puede llevar a una "psicología descarnada", que separa lo que sucede dentro de las cabezas de las personas de la estructura social y el contexto. La intervención terapéutica clave se convierte entonces en «cambiar la forma de pensar» en vez de remitir a las personas a las fuentes de ayuda para los desencadenantes clave de los problemas psicológicos: deudas, mala vivienda, violencia, criminalidad. Es necesario pensar más críticamente acerca de la contribución relativa al bienestar mental de las habilidades psicológicas individuales y sus atributos (por ejemplo, la autonomía, los sentimientos positivos y la autoeficacia) y las circunstancias de la vida de las personas: vivienda, empleo, ingresos, y estatus. Esto también supone reconocer que la "felicidad", el "pensamiento positivo" y "confiar" no siempre son respuestas adaptativas»* (p.7).

En conclusión, hay una aceptación general, en la actual política de salud mental del Reino Unido, de que las adversidades sociales son tanto causa como consecuencia del sufrimiento mental, y que la intervención debe tener lugar tanto a nivel social como individual, incluso aun cuando la precisión es fragmentaria y no llegan a desafiar las políticas gubernamentales que sustentan la desigualdad y la injusticia. Al mismo tiempo, estas ideas de avance, si tomamos estos documentos como referencia, son menoscabadas por los supuestos no cuestionados de la medicalización. Los factores sociales se «asocian» a los problemas de salud mental en vez de ser su origen. El sufrimiento emocional se concibe como una «enfermedad» que necesita «tratarse» en vez de una respuesta inteligible a las circunstancias de la vida. La prevención de las adversidades es menos prioritaria que la necesidad de aumentar el acceso al «tratamiento». Se prometen más servicios de salud mental, pero la idoneidad del modelo diagnóstico en el que se basan ni se cuestiona ni se debate. A pesar del reconocimiento de las ACEs como factores causales de sufrimiento, no hay debate sobre la necesidad de orientar las intervenciones estándar (IAPT, Intervención Temprana, equipos de crisis, psiquiatría de enlace, etc.) para que reconozcan el impacto de estas adversidades. El examen de las cuestiones asociadas a la «etnia» y la cultura también destaca por su ausencia general. Finalmente, como se analiza más adelante, los intentos de reducir el estigma se ven menoscabados por la dependencia del concepto de «enfermedad mental».

Igualdad de trato

Sin duda, esta nueva agenda será cada vez más influyente en los próximos años, y merece una consideración aparte. La *Health and Social Care Act*[88] de

[88] Ley de Salud y Asistencia Social.

2012 reconoce las obligaciones del Secretario de Estado en relación a la salud física y mental, y suministra la base para lo que se ha dado en llamar el principio de «igualdad de trato» respecto a salud mental. Este principio fundamenta el informe «No hay salud sin Salud Mental» (Department of Health, 2011b), la estrategia de salud mental de Inglaterra, y el trabajo de la *Commissioning Board* del NHS[89]. Se vio aún más reforzada con el objetivo de la Coalición de Gobierno que equipara la salud mental con la salud física (Royal College of Psychiatrists, 2013).

El término «igualdad de trato» significa esencialmente considerar la salud mental del mismo modo que la salud física. Comparada con la asistencia a la salud somática, el objetivo es tener la misma accesibilidad a la asistencia y a los tratamientos más eficaces y seguros; esfuerzos similares para mejorar la calidad asistencial; la asignación de tiempo, esfuerzo y recursos según las necesidades; el mismo estatus para la formación y la práctica asistencial; unas expectativas igualmente ambiciosas para los usuarios de los servicios; y la misma situación en cuanto evaluación de resultados sanitarios http://www.rcpsych.ac.uk/policyandparliamentary/whatsnew/parityofesteem.Aspx.

Formando parte del esfuerzo para conseguir estos objetivos, un informe, encargado por el Gobierno, solicitaba que se prestara una «Asistencia integral de la persona» en todos los centros asistenciales de salud (Royal College of Psychiatrists, 2013). El informe reconoce (citando, entre otros, los estudios sobre los ACE) la fuerte relación entre los problemas de salud mental y física y sus orígenes comunes en relación a una serie de adversidades sociales, y de ahí la necesidad de abordarlos superando las fronteras de las disciplinarias y las organizaciones. Este fue uno de los elementos centrales de «Una perspectiva a cinco años» (NHS England, 2016a), que aboga por integrar la asistencia de salud mental y la somática, al igual que el informe «Mejor Salud Mental para todos»: «*Históricamente, se ha dado una desconexión entre la asistencia en salud mental y en la somática, pero ahora se entiende que se trata de una separación arbitraria; la salud mental y la salud somática están totalmente integradas y son codependientes. La mente y el cuerpo están intrínsecamente unidos a nivel fisiológico (p.12) […]. La perspectiva de salud pública que considera la salud somática como algo independiente de la salud mental ya no tiene sentido»* (Faculty of Public Health, 2016, p.14). Una de las soluciones sugeridas es la puesta en marcha de equipos de psiquiatría de enlace en los ámbitos de agudos, en los seguros, en asistencia primaria y en los comunitarios, para todas las edades. Se prevé que para 2020/2021 todos los hospitales de agudos cuenten con equipos de psiquiatría de enlace, lo que representa una expansión significativa de los puestos de trabajo (NHS England, 2016b). El informe conjunto de *King's Fund*[90] y el *Royal College of Psychiatrists* «Salud mental y los nuevos modelos asistenciales: Lecciones

[89] El Consejo de Comisionados del Servicio Nacional de Salud.

[90] *King's Fund* es una organización benéfica independiente que «trabaja para mejorar la salud y la asistencia en Inglaterra». Se compone de un grupo de expertos que participa en los esfuerzos asociado al NHS de Inglaterra, que resalta que «No estamos alienados con intereses políticos, profesionales o de otro tipo». Además, desde 1997 financia junto a GlaxoSmithKline un sistema de premios anuales a las mejores prácticas. Véase en: https://www.kingsfund.org.uk/ (*N. de los T.)*

desde la vanguardia»[91] (Naylor et al., 2017) manifiesta planes ambiciosos para desplegar dispositivos comunitarios de múltiples especialidades (MCP) y modelos de sistemas de atención primaria y de agudos (PACS) en la mayor parte de Inglaterra. El informe se justifica usando varios ejemplos de personas con necesidades complejas, por ejemplo, las personas que pueden sufrir tanto una enfermedad física crónica como una «depresión». El supuesto implícito es que la «depresión» consiste en una enfermedad diferenciada que necesita la intervención de un experto independiente, de un nuevo miembro del equipo, habitualmente cualificado desde un punto de vista médico. La lista de «proyectos de vanguardia» descritos en el informe sugiere que las recomendaciones se están trasladando ampliamente a la práctica, sobre todo contratando psiquiatras consultores en los dispositivos asistenciales, en los que normalmente no formaban parte de su cometido.

Este argumentario y la evolución de los servicios requieren un examen cuidadoso. Sin duda es cierto que los servicios de salud mental tienen graves carencias de recursos y financiación. La ubicación conjunta de los servicios de salud física y mental en la atención primaria y comunitaria podría ayudar a fomentar formas de trabajo más integrales (NHS England, 2016b). Es muy deseable derribar las barreras artificiales de los servicios entre los entornos de salud mental y somática y bienestar social. Los servicios de salud somática mejorarán claramente si se presta más atención a las necesidades psicosociales de las personas, pero esto se logrará mejor mediante una formación más holística del personal existente y/o el apoyo y la supervisión de los profesionales pertinentes, que con asesores o psicólogos sanitarios. Por lo tanto, aunque se puede respaldar la igualdad de trato con recursos en todas estas áreas, esto no se debe vincular a una justificación que expande la medicalización del sufrimiento, dada su abrumadora falta de sustento en pruebas y la falta de buenos resultados en general (Drury, 2014). De hecho, la evidencia sugiere que esto en realidad podría ser dañino. Estos desarrollos en concreto resultan injustificados dado el creciente cuestionamiento a la medicalización, incluso en los mismos servicios de salud mental, aunque es posible que tengan relación con esto.

Como hemos resaltado a lo largo de este documento, el sufrimiento psicológico y emocional no son problemas del mismo tipo que las enfermedades médicas, aunque coexistan, tengan efectos sinérgicos, y compartan algunas raíces comunes procedentes de las adversidades. Esto no niega que se pueda realizar un trabajo útil dentro de estos nuevos equipos de enlace y consultoría, al igual que en cualquier equipo de salud mental. No obstante, ya que la salud mental se ha convertido en una prioridad declarada para todos los partidos políticos, la promoción acrítica de la agenda «igualdad de trato» representa un riesgo importante no sólo de reforzar la medicalización dentro de los servicios de salud mental, sino también de incorporar intervenciones inapropiadas o perjudiciales de forma aún más extensa en los sistemas de asistencia sanitaria y social de forma global. Un proceso similar se ha observado en los Estados Unidos con la polémica *Mental Health Reform Act 2016*[92], también conocida como *Murphy Bill*[93]. Se une a la apelación a integrar la salud mental y la

[91] «*Mental Health and new models of care: Lessons from the vanguard*».
[92] Ley de Reforma de la Salud Mental de 2016.
[93] Proyecto Murphy.

somática, con un mayor énfasis en las intervenciones coercitivas y uno menor en la ayuda de los pares y la asistencia informada sobre el trauma.

Parte del problema puede estar en el propio término de «salud mental». Si bien el término se puede considerar más adecuado que el de «enfermedad mental», los dos significados dependen uno del otro. Como se explica en el apartado «Uso del lenguaje» (más adelante), es esencial usar una terminología distinta para desarrollar prácticas nuevas y más eficaces.

Servicios independientes, voluntariado, autoayuda y dirigidos por supervivientes

Aunque está fuera del ámbito de este documento ofrecer una visión general de los servicios y organizaciones no oficiales, de voluntariado, de autoayuda y de los que están dirigidos por supervivientes, es importante señalar que muchos de estos ofrecen una ayuda extremadamente valiosa, que pueden estar basados en modelos no médicos y no diagnósticos. Hay ejemplos en «Comprender la Psicosis y la Esquizofrenia» (BPS, 2017)[94]. Los apéndices de la publicación abreviada del Marco describen algunos proyectos particularmente reseñables (véanse los Apéndices 11-14)[95].

Campañas antiestigma

La discriminación hace referencia a diversas formas de trato desigual y de exclusión de participar plenamente en la sociedad que proceden de la pertenencia de una persona a un grupo particular, como el de las personas que han sido etiquetadas psiquiátricamente. El estigma refleja actitudes sociales negativas hacia estas personas, que a menudo se interiorizan en un sentimiento de vergüenza y de ser diferente. Ambos son un obstáculo importante para la recuperación (Corrigan y Kosyluk, 2013; Pyle y Morrison, 2014), y algunas personas describen el estigma y la discriminación como más incapacitantes que sus dificultades previas (Schulze y Angermeyer, 2003).

Las campañas contra el estigma, como la actual campaña británica «*Time to Change*»[96], apoyada por las dos principales organizaciones sin ánimo de lucro británicas de salud mental, *MIND* y *Rethink Mental Illness* (www.time-to-change.org.uk), se centran más en el estigma que en la discriminación (esta última, incluye las barreras sociales al empleo y la educación, la legislación discriminatoria sobre prestaciones y vivienda, etc.). Las campañas se basan casi siempre en la estrategia de «la enfermedad mental es una enfermedad como cualquier otra», e intentan persuadir al público para que piense en términos de enfermedades médicas con base biológica, un mensaje que a menudo se refuerza con personas famosas de mucho prestigio. Sin embargo,

[94] «*Understanding Psychosis and Schizophrenia*». Hay traducción al español en descarga libre en varias páginas web, p.ej., http://www.infocop.es/pdf/comprenderpsicosis.pdf o en https://ome-aen.org/libro-comprender-la-psicosis-y-la-esquizofrenia/ (*N. de los T.)*

[95] La versión española y en descarga libre de «El Marco Poder Amenaza y Significado. Publicación abreviada» en https://aen.es/blog/2018/08/15/traduccion-inedita-al-espanol-de-el-marco-de-poder-amenaza-y-significado/ (*N de los T.*).

[96] Tiempo de cambiar.

se ha demostrado de forma sistemática que este enfoque aumenta, en lugar de disminuir, el prejuicio, el miedo y el pesimismo sobre la recuperación (Angermeyer et al., 2011; Kvaale et al., 2013; Read et al., 2006; Read, Haslam y Magliano, 2013) tanto en el Reino Unido como en el resto del mundo. Una revisión de 2013 sobre la relación entre las actitudes y las creencias causales sobre la «esquizofrenia», la «psicosis» o la «enfermedad mental» en 16 países encontró que las creencias causales de tipo biogenético se relacionaban intensamente con actitudes negativas, mientras que ocurre lo contrario con las creencias psicosociales (Read, Haslam y Magliano, 2013). Un metaanálisis de este mismo grupo de investigación coincide en que la «medicalización» del sufrimiento humano mediante «explicaciones biogenéticas» aumenta el pesimismo sobre la recuperación y la percepción de peligrosidad (Kvaale et al., 2013).

Las actitudes estigmatizantes son menos frecuentes en los países con ingresos bajos y medios, lo que puede explicar en parte las mayores tasas de recuperación en esos países. Por ejemplo, una visión general de las actitudes hacia las personas que cumplían con criterios de «depresión mayor» en 34 países mostró que el estigma y la discriminación eran peores en los países con ingresos altos que en los más pobres (Lasalvia et al., 2016). Los investigadores lo explicaron en términos de una promoción más amplia de las explicaciones según los modelos biomédicos, que han «probado ser extremadamente perjudiciales» y son «responsables de un pesimismo injustificado y destructivo sobre las posibilidades de recuperación» (p.6). Los usuarios de servicios que aceptan las creencias biológicas causales son menos optimistas sobre la recuperación, hacen menos esfuerzo en recuperarse y/o es más probable que utilicen el alcohol para sobrellevar la situación (Birchwood et al., 1993; Kemp et al., 2014; Read, 2007). Los profesionales de salud mental que tienen creencias causales biogenéticas pueden ser menos empáticos con sus clientes (Lebowitz y Ahn, 2014).

Un componente central de los planes para mejorar lo que se conoce como la «alfabetización en salud mental» (o los «conocimientos e ideas sobre los trastornos mentales que ayudan a su identificación, manejo y prevención», Jorm et al., 1997) es enseñar a las personas a identificar las «enfermedades mentales» comunes, tal como se definen en términos biomédicos. No obstante, también se ha demostrado que en general esto conduce a tener actitudes más negativas (Angermeyer et al., 2004; Read et al., 2006; Read, Haslam y Magliano, 2013). Por ejemplo, los estudios sobre la predisposición a considerar ciertas conductas como «esquizofrénicas», muestran que dicho etiquetaje se relaciona positivamente con la percepción de peligrosidad; imprevisibilidad; falta de «humanidad» y de responsabilidad percibida de los actos; miedo, rechazo y deseo de tener distancia social; y pesimismo sobre la recuperación (Angermeyer et al., 2004; Angermeyer y Matschinger, 2005; Kingdon et al., 2008; Magliano et al., 2003, 2011; Martínez et al., 2011; Wright et al., 2011). Al contrario, los estudios experimentales demuestran sistemáticamente que la atribución de explicaciones psicosociales causales mejora las actitudes (Kvaale et al., 2013; Read et al., 2006, 2013).

Algunos usuarios de servicios han manifestado dudas sobre los mensajes de las campañas antiestigma. Tal como dijo una persona: «El problema de las campañas antiestigma es que, primero asumen el modelo de enfermedad y

después intentan cambiar esta percepción del público. Pero necesitamos deshacernos del estigma desde la raíz eliminando los diagnósticos inservibles. Si tuviéramos una interpretación correcta de lo humano y que identificara como cuestión central "¿qué podemos hacer con el sufrimiento humano?", entonces estaríamos en camino de acabar con el estigma de una vez por todas» (citado en Beresford et al., 2016, p.25). A la luz de la evidencia de que el enfoque de «una enfermedad como cualquier otra» ni se basa en la evidencia ni es eficaz, la forma más útil de avanzar sería una campaña pública sobre las limitaciones del modelo diagnóstico y la disponibilidad de alternativas, acompañada de un cambio de perspectiva para hacer campañas contra la discriminación verdadera a la que se enfrentan las personas que han recibido diagnósticos psiquiátricos. Los informes públicos accesibles como «Comprender el Trastorno Bipolar» (BPS, 2010) y «Comprender la Psicosis y la Esquizofrenia» (BPS, 2017) han contribuido en buena medida a difundir el mensaje de que las experiencias que a menudo se denominan «psicosis» son «experiencias normales que pueden ser una reacción al trauma, al maltrato y a la pobreza. Denominarlas síntomas de enfermedad mental, psicosis o esquizofrenia es sólo una forma de pensar sobre ellos, con ventajas y desventajas» (BPS, 2017, p.6).

Resumen

Las políticas actuales sobre salud mental tienen muchas fortalezas importantes. Pero también tiene limitaciones que son igualmente importantes, debidas a que no cuestionan y, por lo tanto no ofrecen verdaderas alternativas, la medicalización del sufrimiento emocional con todas sus consecuencias. La ubicación de estos servicios dentro del sistema nacional de salud, NHS, que está diseñado principalmente para tratar problemas somáticos y procesos de enfermedad, contribuye a esta confusión. Peter Kinderman ha defendido que «la salud mental y el bienestar son fundamentalmente un fenómeno psicológico y social, con aspectos médicos […] y no […] un fenómeno médico con elementos psicológicos y sociales suplementarios, por lo tanto, se deduce que el lugar adecuado para la asistencia en salud mental es dentro del sistema de bienestar o asistencia social» (Kinderman, 2014, p.94). Piensa que tanto el apoyo comunitario como el residencial para el sufrimiento psicológico y emocional tienen que estar bajo el control de las autoridades locales, (como ya ocurre con algunos, aunque no con todos, los servicios de discapacidad intelectual, servicios para personas mayores y menores, y un pequeño número de servicios de salud mental) y sugiere que: «En un escenario como este, las personas adoptarían un *modelo explicativo psicosocial*, y el modelo de enfermedad de los trastornos mentales sería innecesario» (p.17). Curiosamente, la idea de ubicar los servicios de salud mental bajo las administraciones locales se debatió cuando se creó el NHS, al inicio en 1948, pero finalmente se rechazó porque que la investigación estaba a punto de dar un gran paso adelante en el tratamiento médico de estas «enfermedades» (Kinderman, 2014).

Servicios principales

La perspectiva informada sobre el trauma

La evidencia del impacto de las adversidades se ha llevado a la práctica de forma más extensa en los Estados Unidos, donde se originó tanto el concepto de «asistencia informada sobre el trauma» como también los estudios sobre las ACEs, experiencias de adversidad en la infancia (Sweeney et al., 2016). Estados Unidos desarrolla una política nacional en dicho campo a través del *National Centre for Trauma-Informed Care*[97], creado por SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*)[98], que define dicho enfoque como:

«El enfoque informado del trauma puede implementarse en cualquier dispositivo asistencial u organización, y es diferente de las intervenciones específicas o tratamientos para el trauma, que se diseñaron específicamente para abordar las consecuencias del trauma y facilitar la sanación… Cuando un programa de servicios humanos da el paso de instaurar el enfoque informado sobre el trauma, toda su organización, gestión y el sistema de prestación de servicios se evalúa y puede modificarse para incluir una comprensión básica de cómo el trauma afecta a la vida de una persona que busca asistencia» (SAMHSA, 2015).

De acuerdo con las detalladas directrices australianas (www.blueknot.org.au), los sistemas informados sobre el trauma, sea en salud mental, salud física, bienestar social, discapacidad intelectual, salud pública y prevención, clínica forense, libertad condicional, prisiones, bienestar infantil, protección en la infancia, abuso de sustancias o de educación, reconocen que:

- Los efectos del trauma complejo (acumulativos, subyacentes) son globales, y cuando no se han resuelto, afectan negativamente a la salud mental y física a lo largo de la vida.
- La mayoría de las personas que reciben tratamiento en los servicios públicos de salud mental y de abuso de sustancias tienen historias de trauma.
- El maltrato infantil, en todas sus formas, y el abandono crónico, son antecedentes clave del trauma complejo, aunque no sean las únicas causas.
- Cuando está sin resolver, el trauma complejo causa problemas persistentes, no solo en quienes lo experimentan, sino también en sus hijos (efectos intergeneracionales) y en la sociedad en general (Blue Knot Foundation, 2012, p.xxviii).

Se han desarrollado directrices y guías similares y ejemplos prácticos en Columbia Británica, Canadá (Arthur et al., 2013).

Desde la perspectiva del Marco PAS, el modelo informado sobre el trauma tiene mucho que ofrecer. También tiene riesgos y limitaciones, entre los que se incluyen:

- Conceptualizar la perspectiva como una explicación alternativa a la «esquizofrenia», «trastorno bipolar», el «TDAH», etc., tal vez reduciendo las

[97] Centro Nacional para la Atención Informada sobre el Trauma.
[98] Administración de Servicios para Abuso de Sustancias y Salud Mental.

adversidades a la condición de «desencadenante» y, de este modo, mantener las categorías y el pensamiento diagnóstico.

- Conservar el lenguaje médico, evitando así un reto fundamental a la medicalización, por ejemplo, con propuestas de nuevas categorías de trastorno postraumático complejo o trastorno del trauma en el desarrollo (van der Kolk, 2014) o la propuesta de añadir el trastorno de estrés postraumático complejo en el CIE-11. Un ejemplo de este tipo de asimilación se puede observar en un trabajo reciente sobre el papel causal del trauma en la «psicosis» (Johnstone, 2009).
- Usar «trauma» como una expresión descontextualizada que, al igual que el diagnóstico, puede oscurecer la naturaleza terrible de los sucesos y situaciones a las que hace referencia.
- La ausencia de un pensamiento teórico claro debido al uso del término «trauma», a la vez como causa y como efecto.
- Encuadrar la comprensión del impacto de la adversidad de una forma simplista y reduccionista; por ejemplo, «todos los problemas de salud mental son causados por un trauma» o «el abuso sexual provoca el oír voces».
- Pasar por alto los aspectos más crónicos, insidiosos y persistentes del ejercicio negativo del poder, como la desigualdad, la discriminación, la falta de oportunidades, la exclusión social, la imposición de significados ideológicos, etc., a favor de un enfoque centrado en abusos concretos cometidos por perpetradores individuales (Burstow, 2003).
- Centrarse en las consecuencias a nivel individual del impacto negativo del poder, mientras que se soslayan las implicaciones preventivas, de salud pública y de política social.
- El uso de la literatura sobre el trauma para apoyar la expansión de los modelos psiquiátricos dentro del ámbito de la salud física y de otros sistemas de bienestar humano, sobre la base de que las enfermedades físicas comparten raíces comunes con la «enfermedad mental» (véase «igualdad de trato» tratada antes).

Pensamos que estos riesgos se pueden minimizar al considerar el enfoque informado para el trauma desde la perspectiva del Marco PAS. No todas las personas que se encuentran en salud mental y en servicios asociados han experimentado sucesos traumáticos específicos identificados y, de forma distinta, no todas las personas que han vivido experiencias de ese tipo tendrán daños permanentes o necesitarán ayuda profesional. Sin embargo, todos, en algunos ámbitos de nuestras vidas, somos sujetos del impacto negativo del poder. Tal y como se ha explicado en el Capítulo 4, el término «adversidad», se define para incluir las experiencias negativas continuadas o repetidas que se incrustan en la vida y en las relaciones de las personas, y también en los discursos, estructuras, prácticas y condiciones materiales de nuestro mundo social, este concepto puede integrarlas mejor que los términos «trauma» o «abuso». Con estas salvedades, creemos que el enfoque informado sobre el trauma, es muy coherente con el Marco PAS.

Un trabajo reciente en Estados Unidos reconoce la necesidad de prestar la misma atención a los «entornos comunitarios de adversidad», las raíces de las experiencias de adversidad en la infancia (ACEs), para prevenir una acumulación de adversidades y los ciclos intergeneracionales, con efectos

sobre la mala salud (Pinderhughes et al., 2015). En ocasiones denominado trauma histórico o intergeneracional, el trauma comunitario no se refiere solo al conjunto de personas de un entorno que han sufrido experiencias traumáticas por su exposición a la violencia, sino que es «producto de un impacto acumulativo y sinérgico de incidentes regulares de violencia interpersonal, histórica e intergeneracional, y también de la exposición continua a la violencia estructural. La violencia estructural hace referencia al daño que las personas, las familias y las comunidades experimentan por la estructura económica y social, las instituciones sociales, las relaciones sociales de poder, el privilegio y desigualdad e injusticia que pueden dañar a las personas y las comunidades al impedirles satisfacer sus necesidades básicas» (p.22). Puede «quebrar los vínculos sociales, el sentido de comunidad, y socavar los recursos de apoyo previos» (p.11). Los «síntomas» se pueden manifestar en el entorno sociocultural (las personas), en el entorno físico/arquitectónico (el lugar) y el entorno económico (la disponibilidad de recursos y oportunidades). En vez de centrar todas las intervenciones sobre el individuo, con un modelo médico ampliado, se defiende la necesidad de abordar las consecuencias del trauma comunitario tal como se manifiesta en la quiebra de las redes de apoyo, las relaciones sociales y las normas sociales positivas, en toda la comunidad. De forma acumulada, esto erosiona la resiliencia de las personas y conduce a círculos viciosos que incrementan la desconfianza y la fragmentación. Idealmente, estas estrategias se construyen sobre el conocimiento, la experticia y el liderazgo local o nativo (hay ejemplos en Pinderhughes et al., 2015). De forma clara, aquí tenemos lecciones útiles para las políticas de salud pública del Reino Unido.

Implementar servicios que reconocen el rol causal y el impacto de las adversidades (adultos, personas mayores, justicia penal y forense, niños/as y adolescentes, adicciones, neuropsicología, discapacidad intelectual y salud somática)

Los principios básicos de los servicios informados sobre el trauma son «seguridad», «confianza», «elección», «colaboración» y «empoderamiento» (Fallot y Harris, 2009), junto a la atención de las cuestiones culturales, históricas y de género (SAMHSA, 2015). Estos principios se ejecutan mediante:

- un cambio asistencial hacia formas de trabajo «colaborativo»;
- un giro desde un modelo basado en síntomas y enfermedad a uno de desarrollo de habilidades;
- el reemplazo de la pregunta central «¿Qué es lo que está mal en ti?» por «¿Qué te ha pasado?» (Blue Knot Foundation, 2012, p.14).

El Marco PAS sugiere, tal y como se explicó en el Capítulo 6, que la cuestión «¿Qué te ha pasado?» se puede ampliar a «¿Cómo ha actuado el Poder en tu vida?» y debe complementarse con «¿Cómo te afectó?» (¿Qué tipo de Amenazas representó?) y «¿Qué has tenido que hacer para sobrevivir?» (¿Qué tipo de Respuestas a la Amenaza estás usando?).

En Estados Unidos, los principios de la práctica informada sobre el trauma se han aplicado a proyectos de campos tan diversos como escuelas, albergues para personas sin hogar, refugios, programas de apoyo para padres y madres, clínicas para padres e hijos, delincuencia juvenil y una amplia gama de

intervenciones comunitarias y de salud pública innovadoras (www.acesconnection.com; SAMHSA, 2015; http://communityresiliencecookbook.org/tastes-of-success). También hay proyectos y servicios informados sobre el trauma en Canadá, Australia y Nueva Zelanda (Sweeney et al., 2016; www.asca.org.au). Sin embargo, en conjunto todos estos sistemas de salud mental siguen teniendo una fuerte base biomédica.

Tal como se explicó antes, la asistencia informada sobre el trauma está en sus inicios en muchos lugares del Reino Unido (Sweeney et al., 2016). Una excepción la encontramos en *Clinical Link Pathway for Trauma in the Adult Mental Health Service in Tees, Esk and Wear Valleys NHS Foundation Trust*[99], que se ha diseñado para personas cuya sufrimiento proviene de un trauma, independientemente de su diagnóstico (está descrita en el Apéndice 7 de la publicación abreviada. Véase también los Apéndices 2, 4, 5 y 6). Sin embargo, la bibliografía se conoce cada vez más, como se ha visto en las referencias de los estudios ACE y en los informes recientes de política sanitaria antes descritos. Otro desarrollo alentador es la puesta en marcha de un proyecto a gran escala de dos años «*Beyond Violence*»[100], dirigido por la psicóloga estadounidense Stephanie Covington, para desarrollar una práctica basada en el trauma informado para mujeres que incurrieron en delitos penales (Covington, 2013, 2015). El ambicioso proyecto es introducir esta perspectiva en todas las prisiones y en el personal penitenciario del Reino Unido. El progreso se evaluará en función de los principios del trauma informado y de la capacidad de dar una respuesta de género.

Un mensaje central de este enfoque es que resulta necesario que todos los sistemas en el campo del bienestar humano sean conscientes del impacto causal de las adversidades, y que por lo tanto es necesario que haya un nivel mayor de integración y colaboración entre ellos. Se halla un alto nivel de trauma y adversidad en los servicios habituales de «salud mental» para niños, adultos y personas de más edad, y entre las personas con adicciones (Brown et al., 2013), en las personas con discapacidad intelectual, incluyendo entre otros el abuso físico y sexual (Keesler, 2014; Sequeira y Hollins, 2003; Sinason, 1992), también en las personas que han cometido delitos (Miller y Najavits, 2012) y en las que tienen daño cerebral y otros problemas neurológicos (Bay y McLean, 2007; Buckingham y Daniolos, 2013; Hunt et al., 2004).

Como se explicó en el Capítulo 6, el modelo informado sobre el trauma tiene dos aspectos vinculados: asegurar que los sistemas en su conjunto estén basados en la conciencia de la prevalencia y el impacto de las adversidades; y brindar intervenciones orientadas a procesar los efectos emocionales de las adversidades. Estas intervenciones habitualmente se basan en el modelo del trauma en tres etapas, que consiste en Seguridad y estabilización, a través de prestar atención a la seguridad en los contextos sociales y relacionales actuales, educación sobre el impacto del trauma y la adquisición de habilidades de afrontamiento y autorregulación; Procesamiento de recuerdos y emociones mediante de una gama de posibles terapias, a menudo se incluye la terapia

[99] Clínica de Enlace para el Trauma en Adultos del Servicio de Salud Mental de los Valles de Tees, Esk y Wear, NHS Foundation Trust.
[100] Superar la violencia.

centrada en la compasión (Lee y James, 2012); y la Integración, o volver a conectarse con la vida de uno mismo y las relaciones (Blue Knot Foundation, 2012; Briere y Scott, 2013; Courtois y Ford, 2015; Herman, 2001; McFetridge et al., 2017). Las terapias centradas en el trauma hacen hincapié en las relaciones terapéuticas compasivas y la validación, dentro de las que se pueden reparar las vulneraciones en los apegos tempranos. Los recursos de apoyo comunitario, como las líneas de ayuda y las organizaciones, los servicios de crisis, los espacios de respiro y alojamiento son también una parte importante del proceso de recuperación.

Al trasladar esto a la práctica, las implicaciones concretas para los servicios abarcan:

- Todo el equipo, incluyendo al personal administrativo y al de apoyo, debe recibir formación y educación sobre hechos, cifras e intervenciones en relación a las adversidades, y en el modelo de las tres etapas. Todo esto debe incorporar las cuestiones referentes a la cultura y la diversidad
- La creación de nuevos planes de estudio en el modelo informado sobre las adversidades para todas las profesiones, que posibilite incluir una cantidad mucho mayor de formación compartida.
- Cada sector de los servicios (por ejemplo, CAMHS[101], Personas mayores, Discapacidad Intelectual, Intervención Temprana, Equipos Asertivos, Intervención en Crisis y Tratamiento a Domicilio, Asistencia en Demencia, Rehabilitación, Clínica Forense, Adicciones, «Trastornos Alimentarios» y «Trastornos de Personalidad», todos los grupos asistenciales y de derivación, así como los entornos sanitarios en general) debe reconocer los factores causales compartidos del sufrimiento en sus respectivas poblaciones.
- Con este reconocimiento tendría que haber mucha menos fragmentación en los equipos especializados (EI, AO, CRHTT, etc.)[102], y de todo el riesgo inevitable de problemas de comunicación y planes de intervención incoherentes.
- Las adversidades se deben identificar tan pronto como sea posible en el contacto de la persona con los servicios, incluyendo en la actividad de los *Child and Adolescent Mental Health Services*, CAMHS. Si bien la «Indagación sistemática»[103] es una política del Departamento de Salud, el personal aún se muestra reticente a llevarla a cabo, debido sobre todo a la falta de confianza en cómo responder a las revelaciones. «Responder eficazmente a la violencia y el abuso, Resumen 2»[104] (Scott et al., 2015a)

---

[101] Acrónimo de *Child and Adolescent Mental Health Services* (UK), Servicios de Salud Mental para Niños y Adolescentes. (*N de los T.*)

[102] EI, E*arly Intervention* (Intervención Temprana); AO, *Older Adults* (Personas de más edad); CRHTT: *Crisis Resolution and Home Treatment* (Intervención en Crisis y Tratamiento Domiciliario). (*N de los T.*)

[103] «*Routine Enquire*», que puede equivaler a «*Universal Screening*», que traducimos como Indagación sistemática, se refiere a la entrevista que debe indagar sobre varios temas predeterminado. Este modelo de entrevista de indagación incluye preguntar sobre el tema de las adversidades a cualquier persona que contacte con el servicio, independiente de si es hombre, mujer o niño/a, o de que parezca pertenecer o no a una población de riesgo, o del profesional que la atienda, y en cualquier servicio. (*N. de los T.*)

[104] «*Responding Effectively to Violence and Abuse Briefing 2*», véase en: http://natcen.ac.uk/our-research/research/responding-effectively-to-long-term-consequences-of-violence-and-abuse-(reva)/ (*N. de los T.*)

presenta una serie de recomendaciones sobre cómo apoyar la «Indagación sistemática» mediante la formación, la supervisión y la auditoría.

- Todo el personal debe formarse en el trabajo de la Etapa 1, estabilización, y una parte del personal de «salud mental» y de los servicios próximos debe capacitarse en la Etapa 2, el trabajo de procesamiento del trauma (con algunas excepciones; por ejemplo, en la asistencia a las demencias).
- Todo el personal debe tener lo que se ha definido como «competencia narrativa» (Grant, 2015, p.52): «la capacidad humana para asumir, interpretar y responder adecuadamente a las historias de otros».
- Es necesario que exista una conciencia a nivel de servicio sobre el impacto potencialmente retraumatizante de las intervenciones, especialmente cuando hay coerción e involuntariedad. Es más posible que esto ocurra en los ingresos, en los tratamientos involuntarios, el uso de fármacos, y el TEC, pero también puede darse en otras terapias e intervenciones (como se explica más adelante), y también en las prácticas habituales, como en la asistencia individual, etc. Cuando las narrativas, las formulaciones y las terapias no se ofertan de manera sensible y reflexiva se pueden experimentar como impuestas, invalidantes y/o patologizadoras (Division of Clinical Psychology, 2011, y consultar *Supporting Safe Therapy*[105] en http://www.supportingsafetherapy.org/clients).
- Los profesionales deben recibir apoyo y validación por las instituciones de una forma que les trasmita seguridad y que les proporcionen vínculos seguros, para que puedan responder a las necesidades emocionales de otros. El personal que no puede acceder a supervisión, que está sujeto a la presión constante de la inseguridad laboral, a las reestructuraciones, a la cultura de los objetivos, etc., no podrá ni tolerar ni trabajar con el alto nivel de angustia asociado a actuar como testigo de las consecuencias del trauma y la adversidad. Tendrá el riesgo de quemarse o de actuar de manera insensible, invalidante o de volver a traumatizar de forma activa (Francis, 2013; Onyett, 2014).
- Se necesita una colaboración activa con los usuarios de servicios en todos los niveles de la organización, y es esencial el apoyo de, o los contactos con, las organizaciones dirigidas por usuarios de servicio, grupos de apoyo, etc. Debe acogerse de forma positiva a los usuarios de servicios que suministran formación y al personal que tiene experiencia en primera persona de dificultades de salud mental.
- Los entornos físicos deben ser seguros y acogedores, y deben minimizar la posibilidad de retraumatizar mediante factores como las salas mixtas, la falta de privacidad, la exposición a la conducta perturbadora de otros, etc.
- Todos los elementos de los servicios deben garantizar la máxima oportunidad de elegir, control y consentimiento informado.
- Se necesita una estrecha colaboración con los servicios locales, como la policía, los servicios de violencia doméstica, los refugios, las organizaciones benéficas y con otros que trabajan en los abusos.
- La asociación y el aprendizaje de organizaciones no oficiales, como *Hearing Voices Network* (Red de escuchadores de voces) también es esencial.

Estas recomendaciones tienen el apoyo de los supervivientes. Por ejemplo, una investigación en el Reino Unido encontró que los supervivientes de

[105] Apoyar la seguridad en la terapia.

violencia y abuso describieron los siguientes componentes más importantes de los servicios: la oferta de una «Indagación sistemática» en atención primaria, en los servicios para menores, en los de salud mental para menores y adolescentes (CAMHS), y en los servicios comunitarios, y seguramente en aquellos que se ocupan de los problemas de drogas y alcohol; que el personal de estos servicios tenga una buena formación y apoyo y que pueda hacer derivaciones directas a los servicios especializados, tanto en el sector oficial como en el voluntario; apoyo grupal y entre pares accesible para supervivientes, hombres y mujeres de todo tipo de maltrato; algunos servicios de crisis o de respiro, no hospitalarios disponibles, gestionados por supervivientes; y servicios que se conocen, se comunican, y se coordinan entre ellos. (Scott et al., 2015b).

Muchas de estas recomendaciones forman parte de las políticas y prácticas existentes. Por ejemplo, en los servicios destinados a personas con discapacidad intelectual, la idea de conseguir un apego seguro a los servicios de discapacidad intelectual, de forma global, con independencia de cualquier otra intervención específica, ha ganado vigencia y parece tener sentido para los usuarios de servicios de «difícil contacto» o de «puerta giratoria». Se promueve ampliamente la práctica de empoderamiento, que se designa de formas distintas, como planificación centrada en la persona o indvidualización, aunque existe el riesgo de que el único cambio sea el del uso del lenguaje. La financiación de organizaciones de defensa propia, como *People First*[106], necesita un apoyo más consistente. Se está incrementando el uso de los enfoques sistémicos en los servicios de discapacidad intelectual (por ejemplo, Baum y Lynggaard, 2006). Estos evitan la dependencia de las categorías diagnósticas y (en el mejor de los casos) promueven una actitud más reflexiva[107], que encaja bien con un análisis del funcionamiento del poder en las relaciones a todos los niveles. Recientemente, ha habido una apelación para implementar la perspectiva informada sobre el trauma en este ámbito, en reconocimiento de la alta prevalencia de adversidades en este grupo de clientes (Keesler, 2014).

En contextos de medicina general, se reconoce cada vez más el impacto de los sucesos traumáticos (por ejemplo, quemaduras, parto complicado) y de las mismas intervenciones (por ejemplo, recibir un diagnóstico terminal o someterse a una operación). También hay conciencia de que los mismos profesionales pueden traumarse debido a su trabajo, por ejemplo, tras asistir a un accidente de tráfico como paramédico, o al intento fallido de resucitar a un bebé. Gran parte de esta sensibilización se centra en un suceso específico, en vez de ser un reflejo completo, y a largo plazo, de contextos de adversidad que podrían contribuir a las condiciones de salud física y a las conductas nocivas y a estilos de vida insanos. Los equipos de psiquiatría de enlace se pueden consultar en referencia a un suceso médico, como un ataque cardíaco, cuando provoca sufrimiento severo, pero es probable que esto se considere como el

[106] *People First* (Las personas son lo primero), es una organización dirigida por y para personas con dificultades de aprendizaje, que vela por los derechos de esta población a distintos niveles, http://peoplefirstltd.com/ (*N. de los T.*)

[107] El campo semántico de la palabra «reflexivo», en inglés «reflective», en el ámbito de la psicoterapia y en educación incluye a menudo ambos sentidos el de reflexionar y el de reflejar, p. ej., de forma explícita lo hace el popular término «el equipo reflexivo» de Andersen, que inspira el trabajo al que se hace referencia en este punto. (*N. de los T.*)

«desencadenante» de un «trastorno» o «enfermedad» psiquiátrica subyacente. Entonces, el paciente corre el riesgo de adquirir un diagnóstico psiquiátrico junto al de salud somática. La terapia centrada en la compasión, los modelos basados en las fortalezas y los enfoques narrativos son muy populares en los entornos de la salud física o somática, y ofrecen oportunidades para introducir las perspectivas informadas sobre el trauma, lo mismo que mediante el trabajo indirecto realizado por los psicólogos de la salud a través de la formación, la formulación en equipo, etc.

Un cuerpo emergente de evidencia sugiere que las intervenciones basadas en los principios informados sobre el trauma son efectivas para disminuir el estado de ánimo bajo, las reacciones al trauma, las autolesiones, las conductas suicidas, y la revictimización (Briere y Scott, 2013; Courtois y Ford, 2015). También hay señales de que la asistencia informada sobre el trauma puede ayudar a reducir los «síntomas de salud mental» en general, incrementar las estrategias de afrontamiento, mejorar la salud física, y reducir el tiempo de los ingresos hospitalarios (Sweeney et al., 2016). La terapia grupal basada en estos principios es particularmente útil para reducir la vergüenza, la culpa y el aislamiento, así como el estado de ánimo bajo y las tendencias suicidas (Lau y Kristensen, 2007; y véase el Apéndice 5 de la publicación abreviada). Se ha constatado que incorporar una formulación sobre el trauma informado en los servicios hospitalarios y comunitarios conduce a una reducción significativa en los niveles de sufrimiento de los usuarios del servicio y aumenta las habilidades de autogestión en un gran estudio del *MH Trust*[108] (Araci y Clarke, 2016). Se ha hallado que los entornos de la asistencia informada sobre el trauma reduce los niveles de contención y aislamiento en las plantas de hospitalización (Arthur et al., 2013) y es más efectiva que la atención habitual en las mujeres con abuso de sustancias y en los servicios de salud mental (Veysey y Clark, 2004). A nivel de prevención primaria, tanto la investigación nacional (véase la sección sobre Contexto social, político y económico anterior) como la internacional proporcionan evidencia robusta de que proyectos comunitarios de distintos tipos pueden reducir sustancialmente las muchas consecuencias negativas para la salud, educativas y sociales, frutos de las adversidades (hay ejemplos en www.acestoohigh.com; y en http://communityresiliencecookbook.org/tastes-of-success). Una guía detallada basada en la investigación acerca de la práctica informada sobre el trauma en el Reino Unido se encuentra disponible en McFetridge et al. (2017) y en Australia en *Blue Knot Foundation*, 2012 (disponible en www.blueknot.org.au) y en Canadá en Arthur et al. (2013).

Los principios de la asistencia no diagnóstica del Marco PAS, que reconoce el impacto causal de las adversidades, son esencialmente coherentes con otras cinco tendencias actuales, dependiendo en alguna medida de la forma en que se definan y apliquen, que se describen a continuación.

[108] Consorcio de Salud Mental (MH Trust) presta servicios de asistencia sanitaria y social a las personas con trastornos de salud mental. Provee recursos, psicoterapia, formación, apoyo a la familia, centros de día, vivienda, etc. Hay 60 consorcios, que trabajan con las autoridades locales y las organizaciones de voluntariado. (*N de los T.*)

El modelo social de discapacidad

La Convención de las Naciones Unidas sobre los «Derechos de las personas con discapacidades» representa un alejamiento de la percepción de las personas con discapacidad como objetos de caridad y tratamiento médico, y una aproximación a la de ciudadanos con derechos, que pueden tomar decisiones sobre sus vidas en base al consentimiento libre e informado, y son miembros activos de la sociedad. Por lo tanto, la Convención se basa en un modelo social de discapacidad, que la considera como el resultado de «…la interacción entre las personas con déficits con las barreras debidas a la actitud y al entorno que obstaculizan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás» (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2008, Preámbulo). En otras palabras, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja no solo unas características personales, sino también las barreras asociadas con el transporte, el empleo, las actitudes negativas y muchos otros factores.

Aunque los usuarios de servicios con frecuencia abogan por una atención mucho mayor a las circunstancias sociales de las personas y a otras cuestiones sociales más amplias, han expresado una mezcla de visiones sobre el modelo social de discapacidad como una alternativa al modelo médico. Algunos valoran la perspectiva de derechos humanos y agradecen la oportunidad de vincularse a un movimiento más amplio sobre la discapacidad, mientras que otros no quieren aceptar una identidad de discapacidad y se lamentan de las consecuencias de la condición (Beresford et al., 2016). Desde la perspectiva del Marco PAS, se considera que el malestar psicológico se origina en las respuestas esperables y comprensibles ante la adversidad y, por lo tanto, el lenguaje de las estrategias de supervivencia es más apropiado que el de la discapacidad. Sin embargo, resaltar la disminución de las barreras sociales para las personas que con frecuencia experimentan estados de sufrimiento emocional es muy útil.

Recuperación

El concepto «recuperación» se ha redefinido en los últimos 20 años, más o menos. Tal como se usa en medicina general, a menudo significa haber tratado con éxito una afección y la vuelta al estado de salud previo. Pocas veces se debate sobre la infrecuencia de este resultado en la práctica psiquiátrica estándar. Una excepción se encuentra en los escritos de David Whitwell, un psiquiatra que, considerando un periodo de 20 años, ha llegado a creer que «...la recuperación prometida por el tratamiento médico es un mito, que aunque se presenta como un objetivo, rara vez se alcanza» (Whitwell, 2005, p.ii). Intentando encontrar antiguos usuarios de servicios de «salud mental» que se pudieran ajustar a esta definición, organizó un estudio en el que invitó a sus colegas médicos a presentar los nombres de personas que consideraban que se habían «recuperado» en este sentido. Después de buscar durante 9 meses, solo se pudieron identificar a 13, y, en la entrevista, todos tenían dificultades permanentes importantes, muchas de las cuales las atribuían a su contacto con los servicios de salud mental (Whitwell, 1999).

Actualmente la recuperación se define como «un proceso, profundamente personal y único, de cambio de las propias actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y/o roles». Esta definición, que surge de los propios

usuarios de servicios o supervivientes, contrasta con las definiciones más tradicionales de «recuperación clínica» (Slade y Longden, 2015). Más bien, la recuperación se conceptualiza como una forma de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y significativa, tal como la define la persona, incluso con fluctuaciones y limitaciones producidas por los estados de sufrimiento (Anthony, 1993). El movimiento tiene sus raíces en las descripciones que los usuarios de servicios hacen de sus viajes a través de «un proceso transformador en el que el viejo self se aleja gradualmente y emerge un nuevo sentido del self» (Deegan, 2001). Enfatiza las historias personales en vez de los diagnósticos: «El punto de partida de los servicios orientados a la recuperación es alentar a la persona a contar su historia… Por lo tanto, debemos dar al uso de los relatos el lugar central que merecen en las prácticas de la recuperación» (ImROC, 2014). Los servicios orientados a la recuperación deben basarse en los principios clave de la recuperación identificados por Repper y Perkins (2003): esperanza, control y acceso a las «oportunidades para construir una vida más allá de la enfermedad».

Esta nueva definición de «recuperación» se ha convertido en la guía de los servicios de salud mental en el Reino Unido y otros países. El programa ImROC (*Implementing Recovery through Organisational Change)*[109] se estableció en 2008 por el Departamento de Salud de Inglaterra, para apoyar a que los servicios se oriente más hacia la recuperación (Shepherd et al., 2009). Las «academias de recuperación» se basan en un modelo educativo y utilizan la coproducción para desarrollar y ofertar cursos a los estudiantes, que consisten en una mezcla de usuarios de servicios y profesionales (coaprendizaje). El énfasis se coloca en suministrar un entorno en el que las personas puedan desarrollar su propia comprensión de los problemas de salud mental y la mejor manera de gestionarlos (Perkins et al., 2012).

A pesar de estos principios importantes, hay una sospecha generalizada, entre los profesionales y los usuarios y supervivientes de servicios, de que su filosofía ha sido subvertida por el objetivo gubernamental de retirar las prestaciones a las personas y que vuelvan al trabajo, en vez de ampliar sus oportunidades vitales (Beresford et al., 2016; McWade, 2016). Hay pocos indicios de que el modelo de recuperación esté reemplazando al modelo médico tradicional en la prestación de servicios; más bien, hay denuncias de que los equipos y servicios se han reetiquetados como «orientados a la recuperación» sin que se hayan acompañado de cambios en la filosofía o las actitudes. En el peor de los casos, se ha visto que la retórica de la recuperación proporciona una justificación para el alta o el cierre de los servicios. El lenguaje médico conserva su preponderancia, y en la práctica, las narrativas personales no reemplazan a las categorías diagnósticas (Beresford, 2016; Harper y Speed, 2012; Pilgrim y McCranie, 2013; se puede consultar https://recoveryinthebin.org/). Tal vez también el movimiento se puede considerar como una forma de evitar preguntas difíciles sobre por qué la «recuperación clínica» es tan infrecuente, al trasladar la responsabilidad de la «recuperación» a los propios usuarios de servicios.

Un informe reciente se ha centrado sobre todo en los intentos de recuperar parte de la visión original de la «psicosis» mediante la promoción de principios

[109] Implementar la recuperación mediante el cambio organizacional.

basados en la evidencia que incluyen: la persona que vive con la experiencia es la que mejor puede juzgar la recuperación; muchas personas con problemas de salud mental se recuperan, en el sentido de que retoman sus vidas; y el diagnóstico carece de una base sólida (Slade y Longden, 2015). Señala que algunas personas toman una decisión positiva y beneficiosa cuando no aceptan su diagnóstico y buscan ayuda fuera de los servicios de salud mental, y que no debiera ser un requisito tener un diagnóstico formal y estar comprometido con los servicios de salud mental para acceder a las prestaciones y derechos. Al revisar la evidencia, los autores concluyen que «el uso indiscriminado de los diagnósticos de enfermedades mentales, como si estos no estuvieran en tela de juicio, y como si reflejaran enfermedades específicas e inmutables a nivel individual, es difícil de justificar y puede tener consecuencias perjudiciales» (p.19).

Bienestar

Existe una ambigüedad similar, de forma general, en el campo de la promoción del *bienestar*, que es común a toda la documentación de las políticas sobre salud mental, y plasmada en las *Health and Wellbeing boards*[110] de Inglaterra que coordinan las estrategias de salud a nivel local. La creciente popularidad de este concepto supone el reconocimiento social de los determinantes de salud mental, que todos podemos experimentar estados mentales menos positivos, y que todos podemos dar algunos pasos para cambiarlos. Como se señala en «*Psychological health and wellbeing*»[111] (Tai et al., 2009), esta perspectiva puede ofrecer una alternativa útil e inclusiva al modelo de «trastorno», y como tal «puede ayudar a unificar un número de iniciativas políticas. De forma importante, podría aportar una perspectiva ética o un marco para el funcionamiento de los servicios, incluyendo el desarrollo de mediciones o indicadores más apropiados, centrada en los resultados sociales y en la funcionalidad antes que en los resultados basados en síntomas» (p.5). Una consecuencia es que las intervenciones de los CAMH, con los niños traumatizados, deben ir más allá de los programas estándar del «tratamiento médico» o de la Terapia Cognitivo Conductual entre los que satisfacen los criterios diagnósticos de «enfermedad mental» (p.13). Esto prepara el escenario para una recomendación más amplia que indica que la «asistencia de salud mental se ubica mejor en un marco social que en uno médico» (Tai et al., 2009, p.5).

Un mensaje ligeramente diferente surge de «Cinco pasos al Bienestar» (Aked et al., 2008), una iniciativa de promoción que tiene como objetivo cambiar la conducta de las personas para mejorar su bienestar, que se define sobre dos elementos: «sentirse bien», (felicidad, satisfacción, disfrute, curiosidad y compromiso) y «funcionar bien» (tener relaciones positivas, control sobre la vida, sentido de tener objetivos). Se anima al individuo a lograrlo mediante cinco actividades clave: conexión, actividad, prestar atención, seguir aprendiendo, y dar. Sin embargo, el enfoque explícitamente individualizado (ya que las «acciones dirigidas a un nivel social o gubernamental no se aplican a los cambios que el individuo puede hacer sobre su propia vida») es

[110] Juntas de Salud y Bienestar.
[111] Salud Psicológica y Bienestar.

problemático. El bienestar individual no puede lograrse si no se abordan los factores sociales que condicionan su ausencia, y la insinuación de la responsabilidad personal en el impacto de los factores estructurales más amplios es preocupante.

Atención centrada en la persona y coproducción

La atención centrada en la persona considera a los usuarios de servicios, a sus familias, y a los profesionales como partes a nivel de igualdad al tomar decisiones respecto a la asistencia (de Silva, 2014). Apoya que las personas adquieran conocimientos y habilidades para gestionar su salud y tomar decisiones conscientes sobre su salud y su atención (Health Foundation, 2014) mediante una variedad de enfoques que incluyen la toma de decisiones compartidas, la autogestión y la planificación individualizada de la asistencia (Coulter y Colins, 2011). Sin embargo, al menos en los sistemas de salud mental, estos objetivos deseables aún tienen que superar la realidad generalizada de que «cuando el cliente es obediente, la toma de decisiones compartidas es una virtud; pero cuando no hay acuerdo sobre el tratamiento, el cliente carece de "conciencia de enfermedad" y la toma de decisiones compartidas es un riesgo» (Drake y Deegan, 2009).

Incorporar la toma de decisiones compartidas en las rutas asistenciales[112], en los sistemas, y en las actitudes y comportamientos de los equipos de trabajo, para promover la elección y la toma de decisiones compartidas en la asistencia médica, supone un reto importante, y aún queda un largo camino por recorrer (Foot et al., 2014; Health Foundation, 2014). Se puede facilitar con una mayor participación del personal, de los usuarios del servicio y de los cuidadores en el diseño y la evaluación de los servicios (Social Care Institute for Excellence, 2012). *Experience-based co-desing* (EBCD)[113], por ejemplo, utiliza la experiencia en las rutas asistenciales para planificar la mejora del servicio (Bate y Robert, 2006; Tsianakas et al., 2012).

Un concepto relacionado es la coproducción, en la que profesionales, usuarios de servicios y familias comparten poder en el diseño y la prestación de servicios (Slay y Stephens, 2013). Coproducción significa prestar servicios públicos en una relación igualitaria y recíproca entre profesionales, personas usuarias de servicios, sus familias y la comunidad. Cuando las actividades se coproducen de este modo, tanto los servicios como los vecinos se convierten en agentes de cambio mucho más efectivos (Boyle y Harris, 2009). Esta es una manera de pensar sobre el poder, los recursos, las colaboraciones, los riesgos y los resultados, en vez de un simple modelo de prestación de servicios (Needham y Carr, 2009), y es el núcleo principal de la política en salud mental (p. e., NHS England, 2016b). Al igual que en la atención centrada en la persona, se precisará un importante cambio del sistema para permitir que la atención mental coproducida se haga realidad (Shepherd et al., 2009). Shepherd y sus colegas (2010) identificaron 10 retos en las organizaciones que abarcan el mejorar la calidad de la experiencia, la formación dirigida por usuarios y el uso de expertos por experiencia en la plantilla laboral, por ejemplo, como trabajadores de apoyo entre pares.

---

[112] Canales de derivación, flujos asistenciales.
[113] Diseño conjunto basado en la experiencia.

Los amplios objetivos de la atención centrada en la persona y la coproducción son muy deseables. Sin embargo, la investigación resulta limitada en ambos enfoques y, por lo tanto, hay poca evidencia empírica sobre su impacto o efectividad (King's Fund, 2013). La medida en que la coproducción y el respeto a la diversidad y la elección en la comprensión y la gestión de los problemas de salud mental pueden retar o proporcionar alternativas a los modelos y prácticas tradicionales basados en el diagnóstico aún no está claro, y estos potenciales desafíos y conflictos de interés están hasta ahora sin debatir en la literatura.

Apoyo entre pares

Tanto en los dispositivos de salud mental y no solo, la personas se han reunido para darse apoyo mutuo en circunstancias adversas durante siglos (Davidson et al., 2012). Seebohm et al. (2010) sugieren que el apoyo entre pares y los grupos de autoayuda se caracterizan por la ayuda mutua y la reciprocidad, lo mismo que en muchos grupos de usuarios de servicios. El apoyo entre pares se puede ofrecer de forma individual o en grupo, y puede usar diferente terminología según distintos grupos marginalizados para reflejar sus propias historias de organización comunitaria. Por ejemplo, Seebohm et al. (2010) documentan la tradición de la autoayuda en las comunidades de personas negras. Un artículo explora las diferentes formas que se usan y se entienden los términos «autoayuda», «apoyo entre pares» y «grupos de usuarios de servicios» (Faulkner y Kalathil, 2012). Solo en las dos últimas décadas el término ha empezado a usarse en relación a algo más intencional y, a veces, con una naturaleza más intervencionista (Repper y Carter, 2011; hay ejemplos de proyectos en http://www.peerworker.sgul.ac.uk).

En su vertiente más natural, el apoyo entre pares es simplemente el intercambio de apoyo entre personas que comparten algo en común: participan en la base de que hay algo que comparten, más o menos o igual. A veces se llama «autoayuda» o «apoyo mutuo», el apoyo entre pares puede surgir en cualquier lugar donde se junten los usuarios del servicio: en la plantas de los hospitales, en los centros de día y en los centros de acogida, y en grupos organizados de usuarios de servicio. Refleja una tendencia humana, la de que las personas que tienen algo en común comparten sus experiencias y se ayudan los unos a los otros. Las circunstancias adversas, como los ingresos hospitalarios, pueden crear una sensación de compañerismo que puede dar más apoyo que el propio tratamiento reglado que se les ofrece (Faulkner y Layzell, 2000; Walsh y Boyle, 2009).

En su versión más reciente, el «Apoyo de pares intencionado (IPS)»[114] se ha usado dentro de una perspectiva de recuperación para describir el compromiso de las personas con experiencias de vida para ayudar a otros a avanzar en su viaje de recuperación. Los IPS tienen sus raíces en los Estados Unidos con el trabajo de Shery Mead, una consultora a la vez que par, que lo define como «apoyo entre pares con un propósito: el apoyo mutuo para avanzar hacia la vida que deseamos llevar» (Mead, 2003). Su finalidad central es construir relaciones mutuas dentro de las cuales podamos «explorar los sucesos de nuestras vidas y las historias que creamos a partir de ellos» (Mead y Filson, 2016, p.109). Tal como se resalta a lo largo del documento, tratar de

[114] IPS acrónimo en su siglas en inglés, *Intentional Peer Support*.

comprender lo que les ha ocurrido a las personas, en lugar de preguntar qué es lo que va mal con ellas, permite crear nuevas historias que pueden desafiar las creencias existentes sobre la culpa, la vergüenza y la enfermedad. Como Mead y Filson (2016) señalan, esto se opone a muchos de los principios fundamentales de los servicios oficiales. Sin embargo, creen que estos diálogos, conexiones y relaciones al final tienen el poder de generar cambio social.

En cambio, lo mismo que el concepto de «recuperación» anterior, existe el riesgo de que el apoyo entre pares sea asimilado por los servicios de salud mental, mediante una intervención dirigida por los servicios, a pesar de sus orígenes y su base en la ayuda mutua y el activismo (véase Penney y Prescott, 2016). Las personas que vivieron experiencias pueden ser contratadas por los servicios para brindar apoyo entre pares a los usuarios del servicio, a veces como miembro de un equipo cuyo rol puede estar poco definido. Por lo tanto, el apoyo entre pares puede significar muchas cosas diferentes para muchas personas diferentes. Algo de todo, esto tiene que ver con el lenguaje, pero también con la ética y los valores, y con la posibilidad de que podemos usar las mismas palabras para describir cosas muy diferentes. En la revisión de resultados de *Mind* (2013), se identificaron las siguientes categorías generales:

- grupos de autoayuda;
- apoyo mutuo entre pares;
- apoyo de pares intencionado;
    - basados en la recuperación;
    - no basados en la recuperación;
- asesoría entre pares;
- apoyo de pares en línea.

Mind resumió el núcleo de los principios fundamentales en mutualidad, respeto, perspectiva sin prejuicios, inclusión e igualdad. También resaltó el valor de que es entre pares, o dirigido por pares o independientes de los servicios reglados. Desde esta labor, muchas otras organizaciones han identificado valores y principios basados en el apoyo entre pares, por ejemplo «*Together for Mental Wellbeing*»[115] (Basset y Faulkner, 2010; Basset et al., 2010; Faulkner y Basset, 2010), y el recién creado proyecto de investigación ENRICH, con sede en Saint George, en la Universidad de Londres. Es cada vez más importante definir estos términos en el contexto de una creciente individualización. El movimiento hacia la financiación oficial y el interés por la investigación (basado en resultados tradicionales como el reingreso hospitalario) puede dejar la autoayuda de los servicios comunitarios, el activismo y el liderazgo sin fondos ni apoyo en un momento en el que son más necesarios que nunca.

Los principios y el espíritu que subyacen al apoyo de los usuarios de servicios o del apoyo entre pares, son la fuente de sus fortalezas concretas; el reto es cómo conservarlos y permanecer fieles a los orígenes del apoyo entre pares cuando se introducen en los servicios. Su base es una perspectiva no diagnóstica y comprender el sufrimiento mental de las personas mediante la historia personal, algo que no puede encajar fácilmente en los servicios actuales de salud mental, sin que haya un cambio cultural en alguna medida.

[115] Juntos hacia el bienestar mental.

Todas estas tendencias están, en mayor o menor medida, obstaculizadas por un aspecto nuclear en la prestación de servicios que se discutirá ahora: la coerción.

Coerción

Uno de los aspectos más controvertidos de los servicios de salud mental es la coerción, o el poder legal que permite a los trabajadores de salud mental llevar cabo el ingreso involuntario, la intervención involuntaria forzosa («tratamiento obligatorio»), la contención y el aislamiento obligatorio.

En líneas generales, hay tres circunstancias en las que ocurre. La primera, los delincuentes con «trastornos mentales» pueden ingresar obligadamente en las clínicas forenses de salud mental, en las que el equilibrio entre el uso de la coerción y establecer alianzas terapéuticas es particularmente problemático (Miles, 2016). En segundo lugar, las personas diagnosticadas con problemas de salud mental que no han cometido un delito penal pueden ingresar o ser tratadas en contra de sus deseos, conforme a diversos artículos de la *Mental Health Act*[116] (Mental Health Act, 1983/2007). En tercer lugar, en Escocia desde 2005 y en Inglaterra y Gales desde 2008, las personas que han estado ingresadas en base a algunos artículos de la *Mental Health Act* pueden ser obligadas a aceptar y cumplir con un «tratamiento supervisado» de intervenciones voluntarias en entornos comunitarios mediante *Órdenes de Tratamiento Comunitario*[117], y pueden volver al hospital si no lo hacen. Las condiciones pueden incluir la asistencia a las citas médicas y a tomar medicamentos.

Las personas con diagnósticos de «psicosis» o «trastorno de la personalidad antisocial» reciben un tratamiento más coercitivo: el primero en los servicios de agudos de salud mental y los últimos en los servicios de salud mental forenses. El otro grupo de sujetos con altos niveles de coerción son los que están profundamente deprimidos y con ideación suicida activa. También está bien constatado que las personas de raza negra, especialmente los jóvenes africanos y afrocaribeños tienen una probabilidad desproporcionada de ser sometidos a ingresos involuntarios y a recibir medicación obligada (Mental Health Act Commission, 2009).

Además de estas manifestaciones visibles de los poderes legales, se puede dar lo que se ha descrito como una «gama de presiones» (Szmukler y Appelbaum, 2001) que abarca la *persuasión* (por ejemplo, se puede recordar las consecuencias que tuvo el no cooperar en el pasado); *influencia* (por ejemplo, cuando el profesional expresa su decepción o su desaprobación respecto a las elecciones o deseos del usuario de servicios); *incentivos* (cuando, por ejemplo, se ofrecen ventajas a cambio de aceptar); y *amenaza* (cuando se le dice al usuario de servicios que si no está de acuerdo con el plan de forma voluntaria, se hará mediante una intervención involuntaria, de todos modos).

---

[116] Ley de Salud Mental.

[117] *Community Treatment Orders,* es una orden legal de tratamiento en la comunidad (CTO) es dictada por un juzgado, que establece lo que una persona tiene que aceptar para vivir en la comunidad, como medicación y terapia, asesoramiento, control, rehabilitación y otros servicios. Un término similar en España es Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI), que utilizaremos como equivalente cuando sea pertinente. (*N. de los T.*)

Los críticos libertarios[118] han argumentado que mientras el ingreso y el tratamiento involuntarios sigan siendo posibles, el contacto voluntario sincero se convierte en algo sin sentido (Szasz, 1970). Así, la amenaza de la coerción puede empañar todas las interacciones del usuario de servicios con el sistema de salud mental, aunque los profesionales individuales sean muy compasivos, pueden sentirse inclinados a ocultar sus verdaderos sentimientos y necesidades. En la práctica, los relatos de los usuarios de servicios que ingresan en el hospital de manera no obligada señalan que el uso coercitivo de la amenaza es frecuente, y que muchos ingresos son en realidad «pseudovoluntarios» (Rogers, 1993). La posibilidad siempre presente de la coacción daña también a la filosofía de la atención centrada en la persona, la coproducción y la recuperación, aunque esto rara vez se reconoce.

Igual de preocupante es el impacto de las intervenciones coercitivas que se experimentan como traumatizantes y retraumatizantes. Estos fenómenos son muy habituales en el entorno de los pacientes hospitalizados (Freuh et al., 2005) y no se puede sobrestimar el impacto de ser aislado, ingresado, contenido, medicado a la fuerza, o tratado con terapia electroconvulsiva contra su voluntad. Las personas manifiestan que se sienten aterrorizadas, humilladas, avergonzadas, degradadas y maltratadas, y también un impacto duradero sobre su confianza en los profesionales de salud mental (Johnstone, 1993; May, 2001; Meyer et al., 1999). En este sentido, una persona describió su ingreso como «fuente de profundos sentimientos de humillación y vergüenza, así como el origen de una profunda sensación de fracaso, arbitrariedad e injusticia, y de estigma […] fue una herida inmensa […], lo experimenté como un asalto brutal a mi identidad» (Poursanidou, n.d.). Los investigadores han reconocido que «hay una abundante evidencia acerca de que experimentar tratamientos coercitivos a menudo suponen un trauma psicológico, de una forma compatible con una definición amplia de trauma» (Lu et al., 2011, p.73). Es muy probable que esas experiencias, junto a otros incidentes denunciados a menudo, como la agresión física o sexual, el acoso, el maltrato verbal y el hecho de presenciar que se trata a otros pacientes de la misma manera (Freuh et al., 2005), hagan revivir las experiencias pasadas de impotencia, abuso, daño, y de ser controlado, como se señala en la bibliografía de la asistencia informada sobre el trauma.

Se piensa que los profesionales, y también otros, justifican la coerción por dos motivos generales: la supuesta falta de reconocimiento de la necesidad de tratamiento por parte de las personas y, por lo tanto, para actuar en su propio interés, y/o la necesidad de proteger a terceros. Ambos motivos se recogen en la frase «riesgo para sí mismo o para otros». La ligazón cultural entre locura e irracionalidad y la idea de que ciertas experiencias y acciones son síntomas de una enfermedad subyacente, en vez de respuestas con significado ante la adversidad, también pueden hacer que las intervenciones coercitivas parezcan una respuesta razonable. En cualquier momento dado, alrededor de 20.000 personas están retenidas en hospitales psiquiátricos en contra de su voluntad (Kinderman, 2014). Es muy preocupante que el número de ingresos obligatorios haya aumentado considerablemente en los últimos 30 años (Health

[118] Libertario aquí no tiene una equiparación directa con el sentido anarquista del término, como se entiende habitualmente en España. Para ampliar se puede consultar, por ejemplo, la entrada en la wikipedia https://es.wikipedia.org/wiki/Libertarismo (*N. de los T.*)

y Social Care Information Center, 2013) y que el uso de los Tratamientos Ambulatorios Involuntarios (TAI - CTO) haya superado con creces las previsiones iniciales (Care Quality Commission, 2016). El ensayo controlado y aleatorizado OCTET, financiado por el gobierno (Burns et al., 2013), el tercero de este tipo, encontró que aplicar los TAI no disminuía los reingresos de las personas con diagnóstico de «psicosis» y concluyeron, en línea con los ensayos previos, que su uso no compensaba la «reducción significativa de la libertad personal de los pacientes». Otra tendencia potencialmente preocupante es el afán de la Intervención Temprana en la «psicosis». Mientras que algunos equipos de Intervención Temprana trabajan con un modelo fuertemente psicosocial, también se ha argumentado a favor de la medicación obligada para aquellos a los que se considera que están en riesgo de desarrollar «psicosis», aumentando así su exposición a los efectos adversos de la medicación para dificultades que tal vez nunca se desarrollen (Bentall y Morrison, 2002; Miller y McGlashan, 2003).

Es evidente que el uso de la coerción plantea importantes cuestiones éticas, dado que las personas diagnosticadas de problemas de salud mental son el único colectivo sujeto a coacción sin que hayan cometido un delito (Pilgrim, 2012; Pilgrim y Tomasini, 2012). Con muy pocas excepciones (por ejemplo, en el caso de algunas enfermedades contagiosas, o de un tratamiento de urgencia, como cuando alguien está inconsciente, o existe la sospecha que una persona es terrorista), no hay un derecho legal que permita actuar de esta manera con personas que no tienen un diagnóstico psiquiátrico. Las personas conservan el derecho de rechazar el tratamiento de las enfermedades somáticas, incluso aunque esto ponga en riesgo su salud. No se interviene mediante la coacción en conductas que causan daño a uno mismo, como es el caso de fumar. Tampoco se obliga a que las personas tomen fármacos preventivos para evitar recaídas en las enfermedades somáticas. Además, todo el argumentario a favor de la coerción se basa en el supuesto de que los «tratamientos» aplicados son verdaderamente beneficiosos, cuando las pruebas indican que las personas pueden tener razones muy sólidas para rechazarlos, tanto en base a sus efectos inmediatos como en términos de su impacto a largo plazo sobre la salud física y mental.

Desde la perspectiva del marco PAS, estas prácticas discriminatorias y, a menudo, retraumatizantes, se fundamentan y justifican en los supuestos subyacentes a los diagnósticos psiquiátricos. La *British Psychological Society*[119] ha argumentado que estas decisiones de intervención se deben basar en la capacidad de comprensión, en vez de si tienen un diagnóstico psiquiátrico o no (BPS, 1999). De forma similar, Peter Kinderman ha argumentado que «un enfoque más coherente y adecuado sería aceptar que otros tomen las decisiones en su nombre, si no pudiera tomar las decisiones por sí mismo, independientemente de si tiene un diagnóstico» (Kinderman, 2014, p.11). Esto se podría implementar aplicando los principios generales de los poderes notariales, las decisiones anticipadas de *Mental Capacity Acts*[120] (2005, Inglaterra y Gales; 2016, Irlanda del Norte) o *Adults with Incapacity*[121] (Escocia, 2000), sin asumir que recibir un diagnóstico de «trastorno mental»

[119] Colegio Británico de Psicología.
[120] Leyes sobre capacidad mental.
[121] Ley de Adultos con Discapacidad.

elimina necesariamente la capacidad para tomar decisiones, e idealmente, sin referirse a la presencia hipotética de un «trastorno mental» en absoluto.

Las Naciones Unidas han ido más allá, con la apelación del Relator Oficial sobre la Tortura y otros tratos Crueles, Inhumanos para prohibir las intervenciones psiquiátricas forzosas, incluyendo los fármacos, la TEC, la psicocirugía, el ingreso y el aislamiento (Méndez, 2013). Un informe posterior de la ONU señaló que a pesar del énfasis del Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad sobre el respeto pleno a la capacidad legal y de la prohibición absoluta del ingreso involuntario en base al déficit y acerca de la eliminación del tratamiento involuntario, esta posición no se defiende de forma sistemática dentro del marco de los derechos humanos (ONU, 2017). En consecuencia, «la negación de la capacidad legal frecuentemente conduce a la privación de libertad y a las intervenciones médicas forzosas, lo que plantea cuestiones no solo sobre la prohibición de las retenciones arbitrarias y el trato cruel, inhumano o degradante, sino también sobre el derecho a la salud» (p.8). El informe indica que, aunque llevará tiempo cambiar la práctica, «la coerción en psiquiatría perpetúa los desequilibrios de poder en las relaciones asistenciales, causa desconfianza, exacerba el estigma y la discriminación, y hace que muchos se alejen, temerosos de buscar ayuda en los servicios de salud mental convencionales» (p.15). Ir más allá del pensamiento diagnóstico resulta esencial para tener un debate racional sobre estos asuntos.

Puesta en funcionamiento, acceso, diseño y resultados de los servicios de salud mental

Puesta en funcionamiento y acceso

Los acuerdos para poner en funcionamiento los servicios varían según las diferentes especialidades y las diferentes partes del Reino Unido. Cualquier debate sobre la puesta en funcionamiento de servicios de salud mental en Inglaterra plantea la cuestión de hasta qué punto el pago por resultados es una forma productiva y relevante de planificar, administrar y financiar servicios. Hay un ajuste particularmente deficiente en el trabajo de salud mental, donde la vinculación entre un diagnóstico y una intervención estándar (como por ejemplo, el remplazo de cadera por una artritis) simplemente no existe, porque no hay dos personas que, incluso teniendo el mismo diagnóstico psiquiátrico, tengan las mismas necesidades. Los mismos inconvenientes se aplican en referencia a la gerencia y la cultura sobre objetivos en general, es decir, introduce un «programa de reglas de juego» o «incentivos» en el sistema que menoscaba la experiencia profesional y la intuición, aumenta las prácticas defensivas y desvía la atención directa hacia tareas administrativas muy costosas y lentas (Drury, 2014; Boyle, 2011). Abrir los servicios a las dinámicas del mercado acelera el proceso desmotivador debido al cambio constante, y también a la fragmentación de los servicios y de la gestión, al control y la medición a expensas del trabajo real con los usuarios de servicios (Verhaeghe, 2012). En cambio, «resulta necesario reconocer el componente humano vital en los servicios: el elemento para construir relaciones, que es un requisito previo a que se pueda dar un cambio real sobre el terreno, y que se opone completamente al asunto de medir, estandarizar y recompensar» (Boyle, 2011, p.634).

Se ilustran algunos principios generales en referencia a la puesta en funcionamiento con especial referencia a los servicios de *AMH (Action Mental Health)*[122] en Inglaterra.

En Inglaterra, el contexto general de la puesta en funcionamiento se ha desplazado hacia la atención primaria, las autoridades locales y las necesidades de la comunidad local. Desde la aprobación de la *Health and Social Care Act*[123] de 2012, los servicios de salud en Inglaterra son una tarea de los *Clinical Commissioning Groups* (CCG)[124]. A su vez, estos reciben la instrucción de las *Health and Wellbeing Boards*[125] locales, unos organismos oficiales que tienen representantes de los servicios sociales, los servicios para la infancia, el departamento de salud pública y otros, como la policía, los bomberos y los servicios de ambulancias. El objetivo general es integrar la asistencia en salud mental, salud física y atención social, enlazando los servicios de medicina de familia con los servicios comunitarios y sociales más amplios, reuniendo a los grupos de la comisión clínica y a las juntas locales para desarrollar una comprensión compartida de las necesidades de salud y bienestar de la comunidad. Esta *Joint Strategic Needs Assessment* (JSNA)[126] constituye la base de una acción estratégica. Tiene por objeto incluir actividades sobre los determinantes sociales de salud y las desigualdades en materia de salud, tal como se aplican en las comunidades municipales. Algunas *Health and Wellbeing Boards* (HWB) han incluido objetivos basados en la Revisión Marmot, 2010 «*Fair Society, Healthy Lives*»[127].

Las Juntas se diseñaron para habilitar la puesta en funcionamiento de servicios conjuntos, integrar los servicios sanitarios y los sociales, unir servicios del NHS (Sistema Nacional de Salud) y de los ayuntamientos locales, y fortalecer la legitimación democrática y la participación. Esta integración tiene mucho sentido para los marcos informados sobre el trauma y del Marco PAS, dada la concurrencia y las raíces comunes entre los problemas físicos, emocionales y sociales. Podría ampliarse para incluir otros servicios, como los educativos a varios niveles y las organizaciones del tercer sector. La información regular a las escuelas locales, iglesias, grupos de padres, universidades y empresarios locales sobre los asuntos claves de la zona en materia de salud mental podría ayudar también a desarrollar enfoques comunitarios.

Los CCG específicos y los *NHS Mental Health Trusts*[128] negocian qué servicios se pondrán en funcionamiento y cuáles serán los criterios de acceso a los mismos. Se pretende crear servicios en los que se puedan desarrollar las directrices del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE)[129], basadas principalmente en las categorías diagnósticas de la psiquiatría.

---

[122] *Action Mental Health* (AMH), Acción en salud mental, es una asociación de cuatro importantes organizaciones sin ánimo de lucro de salud mental en el Reino Unido, que tiene el objetivo de apoyar a las personas afectadas por enfermedades mentales, véase http://actionformentalhealth.org/ (*N. de los T.)*

[123] Ley de Salud y Bienestar Social.

[124] Agrupación de Comisiones Clínicas.

[125] Juntas de Salud y Bienestar.

[126] Evaluación Estratégica de Necesidades Conjunta.

[127] Sociedad justa, vidas saludables.

[128] Consorcios de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (NHS).

[129] Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Asistencia.

Además, el *Department of Health*[130] genera modelos a implementar en base a las estrategias gubernamentales. Sin embargo, en la práctica hay una variación importante que debida a las necesidades locales, y los servicios no siempre se basan en categorías diagnósticas. Una investigación reciente sobre 15 consorcios del norte de Inglaterra (Allsopp, 2017) reveló que, en términos prácticos, el diagnóstico no era ni necesario ni suficiente para la toma de decisiones o para establecer los criterios de acceso al servicio. En cambio, los servicios se pueden diseñar para colectivos particulares, como veteranos militares o personas sin hogar; se pueden dirigir a las necesidades, como hospitalización, rehabilitación, IATP[131] o terapias psicológicas; o pueden orientarse a un problema específico, como la asistencia psicosexual o el abuso de alcohol y sustancias. Incluso aún cuando los servicios se expresan en términos generales diagnósticos, como «Trastorno de la personalidad» o «Trastornos Alimentarios», los criterios reales de ingreso y exclusión a menudo dependen igualmente de la calificación de gravedad como de esas categorías. Por lo tanto, los servicios típicamente se basan sobre definiciones valorativas como «alucinaciones angustiosas o creencias delirantes de suficiente intensidad y frecuencia» o «deterioro social o funcional leve o moderado». En los equipos de intervención temprana, el requisito se puede basar explícitamente no en cumplir actualmente ciertos criterios diagnósticos, sino en experimentar ciertos «síntomas». Del mismo modo, el acceso a los CMHT[132] generalmente se decide mediante calificativos «severo y persistente» o «complejo y duradero» o «que causa una discapacidad sustancial». Un consorcio manifestó explícitamente: «Las decisiones sobre si una persona debe ser aceptada en los servicios se basan en su salud y en sus necesidades sociales en conjunto, y no sólo en el diagnóstico». En otras palabras, y de forma opuesta a lo que a veces se proclama, la puesta en marcha del servicio y los criterios de acceso no necesitan basarse en categorías diagnósticas, ya sea parcial o totalmente, y en la práctica a menudo no se basan. Lo mismo ocurre con las clínicas forenses, donde en la práctica es el riesgo el factor decisivo. Cuando se mencionan los diagnósticos, parecen servir en buena medida como indicador de los niveles de gravedad o riesgo, o a la tendencia a favorecer ciertas competencias gremiales concretas.

Como se analiza más adelante en «Acceso a la ayuda social, a vivienda y a las prestaciones sociales», la conclusión es que sería relativamente sencillo reemplazar los términos médicos por otros no médicos como «experimentar sufrimiento mental severo temporal y continuo o que se produce regularmente», sin asumir que estos estados constituyan una «enfermedad».

Por lo tanto, en general, la estructura de la junta HWB en combinación con la flexibilidad del funcionamiento de las prácticas permite un cambio de énfasis hacia la consideración de que las dificultades emocionales y de comportamiento necesitan una combinación de servicios de salud pública, bienestar social y psicoterapia, en vez de consideraciones de tipo médico, y crear servicios que no se basen en categorías diagnósticas. Un ejemplo de esto es un proyecto que promociona entornos psicológicamente

[130] Departamento de Salud.
[131] IAPT, *Improving Access to Psychological Therapies*, plan de acceso a las terapias psicológicas. (*N. de los T.*)
[132] Centros y servicios de salud mental para niños y adolescentes.

fundamentados en albergues para personas sin hogar en Lambeth. Una combinación de financiación por el NHS, el municipio, y fondos de beneficencia permitió a la psicóloga Emma Williamson y a su equipo introducir principios psicológicos en todos los aspectos del funcionamiento de los albergues, lo que condujo a una reducción significativa del sufrimiento emocional, el uso de drogas y alcohol, y las conductas delictivas, así como a una mayor habilidad para retener a los inquilinos (Williamson y Taylor, 2015).

Del mismo modo, educación, servicios sociales y el sistema de justicia penal no se basan en el diagnóstico para planificar y funcionar, sino en la identificación de problemas, el grado de necesidad, y la base de evidencia, para acceder a los servicios, y ninguno de ellos necesita sustentarse en el diagnóstico. Las encuestas nacionales o regionales pueden usar cualquiera o todos los constructos dimensionales analizados antes a la hora de determinar la necesidad de una serie de servicios en una localidad o región determinada.

En el Marco PAS, los límites que sugieren las agrupaciones diagnósticas, independientemente de cómo se definan, no existen y, como se analiza a continuación, suponen unos principios de diseño de servicios muy diferentes.

Evaluar los niveles generales de necesidad en una población

Como suele ocurrir, el determinar el nivel general de necesidades en una población concreta debe tener en cuenta los niveles de pobreza que, estadísticamente, es el elemento de predicción más robusto de los problemas de salud mental, en parte por su repercusión en las tasas de violencia, trauma y abusos (Read, 2010; Read, Johnstone y Taitimu, 2013) y también mediante muchos otros procesos que analizados en el Capítulo 4. Las encuestas (antes mostradas) sobre la prevalencia de los ACE en Inglaterra, Escocia y Gales, dan una imagen más detallada. Como se explicó al principio del capítulo, los ACE se han usado en Australia y Estados Unidos para estimar los costes a lo largo de la vida de las adversidades en la infancia. El Patrón Fundamental (Capítulo 6) también se puede acomodar para distintos fines generales a nivel poblacional o comunitario, tales como para estimar el coste de las adversidades a lo largo de la vida; la estimación probable de la prevalencia de problemas complejos de salud mental en una población determinada; planificar las estrategias de prevención más eficaces; fundamentar las estrategias y prioridades de salud, etc. Las encuestas de morbilidad psiquiátrica para adultos basadas en la población, que se llevan a cabo cada siete años, también proporcionan información importante que vincula la información demográfica con el sufrimiento mental (véase en NHS Digital https://digital.nhs.uk). Allsopp y Kinderman (2017) han señalado que incluso mediante los sistemas de clasificación existentes, DSM y CIE, los sistemas de códigos psicosociales que documentan la negligencia, el abandono, la gente sin vivienda, la pobreza, la discriminación, etc., se podrían usar para tener una recopilación más sistemática de la información acerca de los determinantes sociales de los problemas de salud mental.

En Inglaterra, el proyecto «*Responding Effectively to Violence and Abuse*, (REVA)»[133] ha usado los datos del Departamento de Salud para explorar la relación entre la violencia, el abuso y las presentaciones de salud mental. De

[133] Respuesta eficaz a la violencia y el abuso.

forma similar los estudios sobre los ACE (Experiencias de adversidad en la infancia), encuentran unas relaciones fuertes y consistentes, que indican que las personas del grupo «abuso físico y sexual amplio» son unas 15 veces más propensas, comparadas a las que tienen una experiencia de violencia y abuso menor, para cumplir con los criterios de tres o más trastornos mentales (Scott et al., 2015c). Se recomienda que «las personas de las comisiones asociadas a los servicios de salud y delitos sean muy conscientes de la vinculación entre la violencia interpersonal, el abuso y la salud mental, y las necesidades relacionadas de la población, y financiar en consecuencia, y no solo en base a los datos de la justicia penal o de salud» (Scott et al., 2015a, p.9). Se hacen observaciones similares para las comisiones en «*Commissioning services for women and children who are victims of violence: a guide for health commissioners*»[134] (Department of Health, 2011a) y en «*Securing excellence in commissioning sexual assault services for people who experience sexual violence*»[135] (NHS England, 2013). La identificación de las necesidades no garantiza la financiación, pero al menos puede ayudar a señalar dónde están las prioridades y cuál es la mejor manera de gastar el dinero.

Se ha defendido que los incentivos de los servicios deben cambiar para que las iniciativas preventivas basadas en la comunidad también sean recompensadas (Harper, 2016).

Diseño de los servicios: clasificación y rutas asistenciales

En Inglaterra, *Care Packages and Pathways Project* (CPP)[136] es un modelo de servicio que clasifica a usuarios de servicios adultos y a las personas de más edad que tienen necesidades parecidas. La *Mental Health Clustering Tool*[137] basada parcialmente en la escala HONOS (Health of the Nations Outcome Scales)[138] se usa para encajar a los usuarios de servicios individuales en una clasificación más adecuada. Quienes están más arriba en las 3 grandes categorías, «no psicótico», «psicótico» y «orgánico», representan unos niveles más altos de gravedad, necesidad y discapacidad. Se sugiere un paquete asistencial, o conjunto de medidas asistenciales, apropiado basado en la evidencia, según NICE y otras directrices aprobadas, para cada uno de los 20 «grupos asistenciales». Cada grupo tiene una tarifa de precios y un plan de seguimiento diferente, donde los precios reflejan la cantidad de tiempo y recursos que posiblemente se necesitarán para atender a una persona clasificada en ese grupo. A continuación se calcula el coste para fines de contratación mediante el «pago por resultados». El objetivo es posibilitar a las comisiones, a los administradores y a los que proveen los servicios determinar qué atención se necesita, quién puede prestarla, cuánto costará y cómo se pueden diseñar los servicios para ofertar los paquetes asistenciales de forma eficiente y efectiva. También se han desarrollado versiones para los servicios

[134] Comisión de servicios para mujeres y niños víctimas de violencia: una guía para las comisiones de salud.
[135] Asegurar la excelencia en la puesta en funcionamiento de los servicios de atención a la agresión sexual, para personas que sufren violencia sexual.
[136] Proyecto de paquetes y rutas asistenciales.
[137] Herramienta para clasificación en salud mental.
[138] Escala de evolución HoNOS, se puede consultar su versión en español en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-6_HONOS.pdf (*N. de los T.*)

dirigidos a niños y adolescentes, para personas con discapacidad intelectual y para servicios forenses (Cohen-Tovée, 2012).

Se ha encontrado que el CPP no resulta satisfactorio por varios motivos. Los grupos traspasan los diagnósticos en la admisión tácita a los servicios, y que estas categorías no proporcionan una base válida para clasificar problemas similares y reunirlos o para indicar el tratamiento, como si lo hace en cambio la medicina general. Como resultado, los grupos constituyen una mezcla confusa de categorías diagnósticas y niveles de necesidad, gravedad, complejidad (leve, grave, etc.). Aunque los grupos no se basan exclusivamente en el diagnóstico, se da una división diagnóstica entre los grupos que van del 1 al 8 (excluyendo «psicosis») y los que van del 10 a 17 (personas con «psicosis»). Además, como la evidencia sintetizada por NICE se basa en los diagnósticos, cada grupo sugiere una mezcla muy compleja de posibles intervenciones con poca especificidad grupal. Esta selección de recomendaciones, aunque contiene elementos útiles, se abre a recibir todas las críticas sobre las jerarquías actuales de conocimiento, las limitaciones de los ensayos controlados aleatorizados (ECA), su falta de aplicabilidad a los entornos de la vida real, y la marginación de las respuestas y la experiencia de los usuarios de servicios. Alrededor del 10 por ciento de los usuarios del servicio, no encajan claramente en ningún grupo (Cohen-Tovée, 2012) y los profesionales manifiestan que toman decisiones arbitrarias sobre dónde ubicarlos. Finalmente, está claro a partir de este documento (y de la práctica existente) que no puede existir un paquete asistencial específico prescrito para un individuo específico, sea cual sea el grupo clasificado en el que se le incluya. Las necesidades sólo se pueden decidir en base a una evaluación individual y serán diferentes en cada persona, independientemente del grupo o el diagnóstico.

Una mayor confusión surge cuando los grupos se trasladan a la práctica. En Inglaterra, los servicios de HAM ahora se agrupan en rutas. A veces, se basan en agrupaciones o combinaciones de agrupaciones; otras veces en los diagnósticos; y otras veces, la solución se encuentra en punto medio, o se basa en un nuevo conjunto que reúne a varias asignaciones. Además, cada ruta se puede dividir en intervención temprana, atención de agudos, asistencia compleja, etc. Lo que estos intentos tienen en común es que ninguno de ellos funciona satisfactoriamente en la práctica. Las dificultades y necesidades de las personas se entrecruzan tanto entre las nuevas agrupaciones como en los diagnósticos. Hay que tomar decisiones arbitrarias sobre qué «síntomas» prevalecen sobre otros, y la experticia se encuentra fragmentada a lo largo del servicio.

Cohen-Tovée (2012) sugirió formas en las que el modelo CPP, a pesar de sus limitaciones, puede utilizarse para encargar servicios psicológicos basados en las necesidades y una formulación biopsicosocial, más que en los diagnósticos. Posteriormente, la *Division of Clinical Psychology* (DCP, 2013) contribuyó al trabajo de adaptar las intervenciones psicológicas recomendadas a las agrupaciones. Propuso un marco de tres niveles que consistía en intervenciones genéricas, intervenciones para una condición específica, e intervenciones complejas, definidas de la siguiente manera:

«Las intervenciones genéricas tienen como objetivo a grupos de personas (por ejemplo, personas con sufrimiento mental) donde los principios psicológicos

generales de las teorías psicológicas genéricas pueden aplicarse a grandes grupos de personas. Este nivel cubre las intervenciones de baja intensidad en el marco de programa IAPT. Las intervenciones para una condición específica implican la aplicación de teorías psicológicas específicas para mejorar condiciones concretas (por ejemplo, terapia cognitiva para la depresión), y recoge los enfoques de tratamiento manualizados. Este nivel cubre las intervenciones de alta intensidad en el marco IAPT. Las intervenciones complejas-multimodales suponen la aplicación de teorías que superan el abordaje de una condición o un diagnóstico específico, y posibilitan una comprensión más detallada del significado de las experiencias personales. Los profesionales de este nivel pueden trabajar desde una perspectiva integradora, recurriendo a distintas perspectivas teóricas que resulten apropiadas» (DCP, 2013a).

El DCP sugiere que estos tres niveles de intensidad pueden operar a través de las agrupaciones (y diagnósticos) y se pueden adaptar a los niveles de las competencias del personal, con el nivel más alto centrado en las formulaciones individuales.

La perspectiva PAS sugiere una versión modificada y más sencilla de estos principios (aplicable de manera ligeramente distinta en los dispositivos sanitarios, donde la intervención en sí misma puede ser causa habitual e inevitable de una reacción traumática; y en la asistencia a las demencias, la neuropsicología, y otros servicios que trabajan con déficits cognitivos). Las narraciones o formulaciones compartidas basadas en los principios del PAS no se reservarían para el nivel más alto, pero serían el punto de partida para todos. El siguiente paso, las «intervenciones genéricas», abarcaría la educación y las habilidades de estabilización de la Etapa 1, junto a la atención a las circunstancias económicas, materiales y sociales, ofrecidas a todos los usuarios de los servicios en cualquier combinación que les fuera útil. Esto podría incluir estrategias grupales o individuales para problemas y dificultades particulares descritas en términos del lenguaje ordinario y no médicos, como «Afrontar la ansiedad», «Creencias inusuales», «Estado de ánimo bajo», «Sufrimiento asociado a la alimentación» o «Flashbacks», etc. Las intervenciones terapéuticas profundas de la Etapa 2, grupales o individuales, se ofrecerían a los que quisieran usarlas, incluido el trabajo de procesamiento del trauma, si fuera apropiado. Algunas de estas intervenciones podrían basarse en las experiencias de adversidades particulares (por ejemplo, grupos para supervivientes de abuso sexual o de violencia doméstica). En la Etapa 3, al igual que también en la Etapa 1, la integración sería el aspecto central para todos los roles profesionales. En todas las etapas, se prestará atención a las necesidades económicas y sociales, y se establecerán vínculos estrechos con las organizaciones de autoayuda y de voluntarios. En ningún momento las categorías diagnósticas parecen necesarias. Se puede considerar un posible modelo en *Clinical Pathway for Trauma at Tees Esk and Wear Valleys NHS Foundation Trust*[139] (Sweeney et al., 2016; véase Apéndice 7 en la publicación abreviada).

El modelo que se sugiere no es uno de rutas o agrupaciones, sino más bien es un «menú», en el que cada uno hace una selección personal dentro de una

[139] Rutas y Programas Informados sobre el Trauma en Salud Mental de Personas Adultas, en los valles de Tees, Esk y Wear, Consorcio del Sistema Nacional de Salud.

amplia gama de «entrantes», y la mayoría hará una elección dentro de una oferta más profunda de «platos principales». Clarke (2015) muestra un ejemplo de este tipo de estructura en los servicios de hospitalización en salud mental.

Registros electrónicos

Toda persona que usa los sistemas de asistencia médica tiene un registro electrónico (ECR) que incluye información de datos clínicos, asistencia y resultados. Si no hay espacio para describir las dificultades de las personas de formas no diagnósticas, esta información no se tendrá en cuenta en los análisis y las decisiones del servicio. Michael Berger (2013) y Ben Donner (2014) han debatido sobre algunas consecuencias complejas de los modelos y enfoques psicológicos. Berger sugiere, por ejemplo, que hay varias formas de obtener información desde una entrada de texto libre, como es el caso de las formulaciones (Berger, 2013, Apéndice 1). Sin embargo, hay mucho trabajo por hacer para incorporar los aspectos de la asistencia psicológica y psiquiátrica en los registros electrónicos (BPS, 2011), aunque algunos sistemas de registro, como *Rio*[140], brindan un espacio tanto para las formulaciones como para los diagnósticos. En principio, no hay razón para que esto no esté disponible en todos los sistemas.

Resultados del servicio

Una medida de resultado es una evaluación de la calidad de la atención, evaluada en el momento final de la intervención. «Los efectos de una intervención es el resultado que más importa a las personas cuando buscan tratamiento, incluyendo la mejora funcional y la capacidad de vivir la vida de un modo normal y productivo» (The International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) www.ichom.org). La información sobre los resultados es necesaria a fin de de encargar y planificar servicios más efectivos, evaluar las intervenciones, identificar deficiencias y brechas, establecer qué intervenciones son apropiadas para cada problema y desarrollar puntos de referencia locales y nacionales para las mejores prácticas. El marco de resultados del NHS (NHS Outcomes Framework, 2014) se sitúa junto a los marcos de resultados para la atención social de adultos (Departamento de Salud, (2013) y la salud pública (Public Health England, s.d.). Los PROMS son las medidas de resultados manifestadas por los pacientes; los PREMS son las medidas de la experiencia comunicadas por los pacientes; y los CROMS son las medidas de resultados calificadas por los médicos[141].

El informe de seguimiento «Una perspectiva a cinco años en Salud Mental» recomienda una combinación entre medidas nacionales y locales, usando estas últimas de forma flexible para que reflejen las necesidades y prioridades

[140] Véase por ejemplo, https://www.servelec.co.uk/product-range/rio-epr-system/ (*N. de los T.*)

[141] PROM, acrónimo de *Patient Reported Outcome Measures*, son las medidas de resultados comunicados por los pacientes, se dirigen a medir el incremento de la salud de los pacientes sometidos a una intervención médica, como el reemplazo de cadera, en base a las respuestas a los cuestionarios antes y después de la intervención. PREM, acrónimo de *Patient Reported Experience Measures*, mediciones de la experiencia comunicada por el paciente, trata de lo qué piensan los pacientes del proceso asistencial, por ejemplo, del trato digno, información suministrada, etc. CROMS, acrónimo de *Clinician Reported Outcomes Measures*, mediciones de resultados expresadas por los médicos. (*N. de los T.*)

de la población local (NHS England y NHS Improvement, 2016). La AMH (*Action Mental Health),* debido a que se aplica a más largo plazo respecto a la salud mental de niños y adolescentes, discapacidades intelectuales, y también sobre la salud mental forense y perinatal, resalta que los resultados sociales y los objetivos de la vida personal, como el empleo, la educación y la situación de la vivienda, pueden ser más significativos que un enfoque que se limita solo a los resultados del «tratamiento» y de los «síntomas». Su definición del término «experto por experiencia» incluye que «el sufrimiento mental es una experiencia humana significativa, y [...] que la persona dé sentido a sus propias experiencias dentro del contexto de su historia personal» (p.22). No se sugieren, ni existen, medidas de resultados específicos que evalúen el grado en que esto se respeta, especialmente en relación a una posible preferencia por la comprensión no diagnóstica. Sin embargo, se puede suponer que en principio podría haber un objetivo local tipo CQUIN (*Commissioning for Quality and Innovation*)[142] hacia este propósito, en el caso de que hubiera una organización con suficiente visión de futuro.

En general, cada vez se es más consciente que los resultados en salud mental, y otros servicios asociados, mostrados en términos de «reducción de síntomas», no se relacionan necesariamente con los resultados sociales o funcionales, es decir, con la capacidad de vivir su vida. Esto requiere perspectivas dimensionales en vez de categoriales, que se basan no en categorías diagnósticas, sino en niveles de funcionalidad y bienestar, que son más importantes para los usuarios de servicios. Las medidas dimensionales admiten el hecho de que dificultades de salud mental «más leves», como la ansiedad, puedan ser tan incapacitantes como las más «severas». También se ajustan a un cambio más amplio de las políticas de los servicios de salud mental, desde un énfasis en el «tratamiento» para reducir «síntomas» hacia un enfoque más integral que tenga en cuenta el bienestar, la recuperación, los objetivos personales, el funcionamiento social y la calidad de vida.

Existe una gran variedad de medidas de resultado no diagnósticas entre las que se puede elegir (Hay ejemplos en NHS England y en NHS Improvement, 2016). La *Global Assessment of Functioning* GAF[143] es una escala de 0 a 100, diseñada para registrar el impacto general de los «síntomas» en la función social y ocupacional. El DSM-IV también incluyó (en la sección «Para estudios adicionales») otras dos medidas dimensionales: la *Global Assessment of Relational Functioning* (GARF) y la *The Social and Occupational Functioning Assessment Scale* (SOFAS)[144] (Goldman et al., 1992), que analizan el funcionamiento social y ocupacional en vez de los «síntomas». Las escalas GAF, GARF y SOFAS tienen alto nivel de fiabilidad entre evaluadores (Hilsenroth et al., 2000), y son rápidas y fáciles de administrar. Hay una medida que reemplazó al GAF en el DSM-5, el *WHO Disability Assessment Schedule*

---

[142] Comisión de calidad e innovación.

[143] Escala de Evaluación Global de Funcionamiento (GAF), se encuentra en español en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/433/pdf/14-GAF.pdf (*N. de los T.*)

[144] Escala de Evaluación de Funcionamiento Social y Ocupacional, se puede consultar en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-4_SOFS.pdf (*N. de los T.*)

(WHODAS 2.0)[145], que evalúa «Cognición, Movilidad, Autocuidado, Convivencia, Actividades de vida y Participación». Esta escala también tiene una excelente fiabilidad y operatividad (OMS, 2016).

Otra posibilidad es el uso de medidas dimensionales de Calidad de Vida (Quality of Life, QoL) (Connell et al., 2014), que se utiliza a menudo en los ámbitos de salud general. Algunas de estas medidas de calidad de vida se desarrollaron explícitamente como alternativa o ampliación del enfoque diagnóstico basado en síntomas y categorías (Hogan, 2003; Department of Health, 2011b). En este sentido, las posibilidades incluyen la *World Health Organization Quality of Life*[146] (Skevington et al..., 2004) y la *Assessment of Quality of Life* (Richardson et al., 2013). En el campo de la discapacidad intelectual, ha habido varios intentos de desarrollar medidas de resultados relevantes para los objetivos y las aspiraciones de los usuarios de servicios, por ejemplo, la escala de logro de objetivos *Ridgeway Routine Outcome Measure* (Weston et al., 2011).

Teniendo pruebas de que el sufrimiento emocional y la conducta problemática surgen en respuesta a las adversidades, las medidas de resultados relevantes se deben diseñar en consecuencia. Por ejemplo, el PROMS se desarrolla junto con las mujeres y los niños que fueron víctimas de violencia. Este cubre áreas como: estar sano, sentirse seguro, disfrutar y logros (Department of Health, 2011b). De forma similar, la herramienta *Supporting Survivor Outcomes* (SSO) se ha desarrollado junto a usuarios de servicios de salud mental, que son sobrevivientes de violencia y abuso. Incluye una gama de mediciones que se pueden aplican tanto a los usuarios del servicio como a los mismos servicios, tanto oficiales como voluntarios (Scott et al., 2015d). El SSO va más allá de los resultados «clínicos» y abarca otros aspectos importantes sobre funcionalidad y bienestar que podrían encontrarse afectados negativamente por la violencia y el abuso.

Otra posibilidad es centrarse no sólo en lo que falta o está mal, sino también evaluar lo que se *necesita* (Thornicroft, 2003), y asignar y evaluar los servicios sobre estas bases. Tal enfoque tiene la ventaja obvia de abordar si un servicio en particular es capaz de atender o no la(s) necesidad(es) en cuestión. La *Camberwell Assessment of Need* (CAN)[147] (Phelan et al., 1995) se puede administrar en diferentes niveles de detalle y complejidad, abarca 22 dominios de necesidades sociales y de salud. Aunque se usa más a menudo para evaluar las necesidades de las personas que ya han accedido a un servicio, también se podría usar formando parte de un proceso para determinar quién debe recibir el servicio en primera instancia. Se ha adaptado para grupos específicos con problemas de salud mental, como personas mayores, personas con dificultades intelectuales y madres y mujeres embarazadas. También se

---

[145] Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad, se puede consultar en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf;jsessionid=8BE5CB89C64DF2EFA576078EDBEE4C35?sequence=1 (*N. de los T.*)

[146] Escala de calidad de vida Whoqol-Bref, se puede consultar en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/426/pdf/Anexo_3-1_WHOQOL-BREF.pdf (*N. de los T.*)

[147] Cuestionario Camberwell para la evaluación de necesidades, se puede consultar en http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/433/pdf/17-CAN-R.pdf (*N. de los T.*)

puede usar para evaluar las perspectivas del usuario de servicios, familiares y el personal.

Dado el reciente énfasis sobre el Bienestar y la Recuperación, hay una literatura en aumento sobre cómo evaluar los resultados en estos términos. Algunas recomendaciones para resultados relevantes incluyen: la medición de aquello que los usuarios de servicios sienten que han logrado en base a sus objetivos personales; tener un mayor sentido de esperanza, control y oportunidades, más allá de la enfermedad; tener una mejor calidad de vida; contar con el apoyo del personal (ImROC, 2014). En el informe se enumera una gama de medidas de evaluación adecuadas, incluidos los instrumentos PROMS, PREMS y *Quality of Life*. Cualquiera o todos estos instrumentos de medición pueden usarse o adaptarse al objeto de decidir el nivel de acceso y el tipo de necesidad en relación con los servicios de salud mental. De hecho, tales decisiones no se basan necesariamente en los diagnósticos actuales, como ya se explicó.

El «Retorno de la Inversión Social» (SROI) es una técnica que permite a las comisiones calcular el beneficio social general por la inversión en un servicio, más allá de los resultados inmediatos obtenidos. Estas mediciones son particularmente importantes teniendo en cuenta la evidencia del impacto de las adversidades en todas las áreas, en salud, bienestar, educación y en el sistema de justicia penal (www.sroi-uk.org). Desde una perspectiva de salud pública, las mediciones de bienestar general pueden ser tan importantes como las relacionadas con la prevalencia de los trastornos específicos. «Mejor Salud Mental para todos» (Faculty of Public Health, 2016) enumera una variedad de fuentes de datos sobre mediciones comunitarias de factores como: aislamiento social, capital social y conectividad, satisfacción vital, etc.

En resumen, la literatura sobre resultados se ha alejado algo de la disminución de síntomas y las mediciones basadas en los diagnósticos, al reconocer el hecho de que tienen poco significado en referencia a las metas y las vidas cotidianas de las personas. En cambio, hay un énfasis positivo en el diseño de resultados basados en lo que los usuarios del servicios realmente valoran más, incluyendo algunas mediciones útiles acerca del impacto de las adversidades que llevan a las personas a los servicios en primera instancia. Sin embargo, la terminología médica no ha desaparecido; por ejemplo, en las medidas de recuperación se sigue utilizando el término enfermedad al lado de otros términos no médicos como bienestar. En general, hay poco reconocimiento de que los resultados en realidad pueden empeorar debido a las intervenciones inadecuadas basadas en la medicalización; o de que recibir un diagnóstico puede causar o agravar el sufrimiento; o que la narrativa de «enfermedad» no es la única posible.

Acceso a la ayuda social, la vivienda y las prestaciones sociales

Las autoridades locales y los departamentos gubernamentales toman decisiones sobre quiénes pueden acceder y qué personas son las candidatas para recibir prestaciones, ayuda social y vivienda. Es esencial que los enfoques no diagnósticos no restrinjan el acceso a estos recursos tan necesarios. Sin embargo, lo mismo que para los servicios de salud mental, las evaluaciones de admisión y de derechos no deben basarse en diagnósticos y no siempre lo hacen.

En el sistema actual, el tener acceso y los derechos se fundamentan en una serie de conceptos bastante imprecisos. Por ejemplo, la financiación de la atención social en virtud de la *Care Act* 2014 (Ley de Asistencia) se concede cuando los adultos tienen necesidades debido a una «discapacidad o enfermedad física o mental» que les impide lograr dos «resultados» o indicadores que tengan «un impacto significativo sobre el bienestar del adulto». Los términos «discapacidad o enfermedad física o mental» no se definen más detalladamente en la ley.

Las prestaciones sociales por incapacidad laboral se basan en la «*Work Capability Assessment*» (Evaluación de la capacidad laboral) que valora cómo afectan las «condiciones de salud, enfermedad y discapacidad» al funcionamiento diario. Los médicos de cabecera y otros profesionales relevantes deben confirmar esta condición, enfermedad o discapacidad. Luego, los solicitantes deben exponer cómo ello afecta a su competencia para gestionar ciertas situaciones, incluyendo «aprender a realizar tareas», «conciencia de los riesgos y peligros», «afrontar cambios», «poder centrarse» y «afrontar situaciones sociales». Luego se realiza una evaluación cara a cara. Se otorgan prestaciones concretas como el PIP (*Personal Independence Payment*, que sustituye al Disability Living Allowance)[148], cuando se acepta que la persona tiene una condición de salud o discapacidad a largo plazo o dificultades con actividades relacionadas con la vida diaria y/o la movilidad.

La *Equality Act*[149] (2010) establece que «una persona tiene una discapacidad si tiene un déficit mental y este déficit tiene un efecto adverso sustancial y a largo plazo en su capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas normales» (p.4). «Déficit mental» no se define: «El término [...] debe reconocerse en su significado ordinario» y «no es necesario establecer la causa del déficit, ni el déficit debe necesitar ser la consecuencia de una enfermedad». Sin embargo, la directriz prosigue diciendo que «una discapacidad puede surgir de una amplia gama de déficits que pueden ser [...] condiciones de salud mental con síntomas como ansiedad [...] y enfermedades mentales como depresión y/o esquizofrenia».

El municipio proporciona alojamiento a las personas que tienen una «necesidad prioritaria». Una de las razones por las que se puede considerar una necesidad prioritaria se refiere a que una persona sea vulnerable, lo que podría ocurrir «debido a la vejez, enfermedad mental o discapacidad».

En resumen, está claro que los sistemas actuales de prestaciones y derechos sociales no se basan en la calificación de diagnósticos específicos, sino en una serie de supuestos o condiciones problemáticas, cuyo eje es la «discapacidad», que se define con más detalle en referencia a «déficit mental, enfermedad y afección». Esto funciona en un formato binario claro; están presentes o no lo están. Si están presentes, entonces se consideran otros asuntos más complejos, en gran parte asociados a la funcionalidad. Si se considera que los supuestos no se cumplen, cualquier otro proceso de análisis

[148] Subsidio para la independencia personal (*Personal Independence Payment*) es una prestación complementaria de asistencia social del Reino Unido que se destina a ayudar a los adultos con costes adicionales debido a padecer una enfermedad crónica o una discapacidad. Es una prestación instaurada recientemente y sustituye a la *Disability Living Allowance* (DLA) en las personas de 16 a 64 años. (*N. de los T.*)

[149] Ley de Igualdad.

ya no tiene sentido. La política parece basarse en la idea de que «enfermedad», «condición» y «discapacidad» son relativamente intercambiables, como si fueran versiones de lo mismo. Si las personas demuestran su presencia mediante una ratificación profesional, podrán tener un acceso básico a un sistema que evaluará aún más la funcionalidad relevante (por ejemplo, la capacidad para trabajar, para alcanzar un rendimiento, para llevar a cabo tareas, o la forma en la que una vivienda inadecuada o inexistente puede afectar a la enfermedad). El sistema también proporcionará dinero, ayuda o vivienda alternativa y dará a las personas el derecho a no ser discriminadas y tener acceso a los mismos servicios que todos los demás.

En este momento, los profesionales que son reacios a diagnosticar pueden ayudar a que las personas consigan ayuda y beneficios mediante un proceso de omisión, sin tener que decir si alguien tiene un diagnóstico, déficit, o discapacidad específica, o si no lo tiene. Si un CMHT[150] deriva hacia una instancia municipal para una evaluación de ayuda, por ejemplo, diciendo que alguien escucha voces y que esto se relaciona con experiencias traumáticas y que tiene un impacto significativo en su funcionalidad, entonces la evaluación de la ayuda se efectuará sin mucha más consideración o referencia adicional a cualquier déficit incapacitante. De forma concluyente, se asume de forma general la suposición no cuestionable de que cualquier persona que reciba los servicios de un CMHT tiene una «discapacidad mental».

La situación es muy parecida respecto a las prestaciones sociales. Es posible que se precise la notificación de un médico que indique que alguien está demasiado «enfermo» para trabajar, pero los detalles que se escriben en la notificación no son lo primordial. Si un profesional ha completado un formulario de prestaciones por discapacidad con una descripción detallada del impacto en su funcionamiento diario, los encargados de tomar decisiones sobre las prestaciones volverán a suponer con toda probabilidad que existe el «déficit» y la «discapacidad» porque, en su opinión, cualquier persona que recibe los servicios de salud mental tiene un problema de salud mental que consiste en una discapacidad que le impide. Si bien las presunciones subyacentes se sustentan en una base médica, no es necesario invocar ningún diagnóstico psiquiátrico específico.

Dado que los términos diagnósticos son en buena medida irrelevantes para el proceso de toma de decisiones, una vez que un profesional confirme la presencia de una «condición de salud mental», sería relativamente sencillo reemplazar los términos médicos por otros no médicos, por ejemplo, podríamos desplegar algo así como: «Experimentar sufrimiento mental severo temporal y constante o de forma frecuente». Los médicos de cabecera ya hacen algo similar cuando firman partes de enfermedad que confirman que alguien padece una afección inespecífica, como «estrés» o «agotamiento». «Severo» también podría requerir «duradero» o «frecuente», para excluir a las personas en las que el sufrimiento es muy pasajero. Sin embargo, no se debe suponer que estos estados constituyen una enfermedad que es permanente e inmutable. Como señalan Slade y Longden (2015), las personas pueden estar no solo «en remisión» sino también «bien». Además recomiendan que sea posible registrar

[150] Siglas de *Community mental health team*, Equipo de Salud Mental Comunitario.

el desacuerdo con el diagnóstico asignado en los formularios de solicitud sin poner en peligro sus derechos. Los mismos términos y procedimientos también podrían usarse para confirmar la vulnerabilidad en relación a la ayuda social y las necesidades de vivienda.

Las estrategias anteriores todavía se basan en un sistema basado en el déficit, en virtud del cual las personas deben definirse como «incapaces», «discapacitadas» o «diferentes», para recibir ciertos derechos y ayudas. Una alternativa más radical es la idea de una renta básica universal, que reemplace la de bienestar social con un pago único y universal al que todos los ciudadanos tengan derecho. Uno de sus objetivos es garantizar que todas las personas tengan una mejor oportunidad de acceso a los recursos básicos para afrontar los períodos de extremo sufrimiento sin necesidad de demostrar que están «impedidos». Un informe de *Psychologists for Social Change*[151] (2017) concluyó que la renta básica universal tiene el potencial de mejorar la salud psicológica, el bienestar y reducir el sufrimiento emocional y, es probable que tenga un impacto significativo en los determinantes sociales de salud mental y en los cinco indicadores psicológicos de una sociedad saludable, a saber, seguridad, conexión, significado, confianza y agencia. Ha habido ensayos de esta idea en Canadá, Finlandia e India. Hay proyectos actuales en Utrecht y en varias otras ciudades holandesas; y están en debate planes en Escocia, Canadá y Suiza. Sin embargo, dependiendo de factores como el nivel de ingresos asignado y la forma en que se financie el plan, podría resultar que en la práctica fuera algo mucho menos avanzado de lo que parece (Recovery in the Bin, 2017).

Esta idea se vincula al campo en crecimiento del modelo «Desarrollo comunitario basado en capacidades o recursos» (ABCD)[152] tanto en el Reino Unido como a nivel internacional (www.abcdinstitute.org). Al centrarse en los recursos o activos en vez de los déficits («Cambiar de lo que está mal a la fortaleza»), la tarea cambia desde evaluar la discapacidad y la necesidad, hasta la cuestión de cómo construir comunidades que realmente acojan a las personas más marginadas y cómo usar sus competencias y talentos. En dicho sistema, los usuarios de servicios de salud mental y otras personas que enfrentan dificultades particulares son considerados como ciudadanos con recursos en vez de receptores pasivos de asistencia, y se les ayuda a ofrecer todo lo que puedan a la comunidad, en lugar de pedirles una descripción de lo que no pueden hacer. A pesar del peligro siempre presente, de trasladar la responsabilidad del impacto de las adversidades sociales a sus víctimas, este movimiento puede suministrar lecciones útiles para la política social.

Una encuesta reciente encontró que había mucho apoyo entre los usuarios de servicios para una perspectiva basada en recursos o activos y derechos universales, como una alternativa al requisito humillante de demostrar un déficit, para poder acceder a la ayuda económica (Beresford et al., 2016). Los entrevistados también sugirieron que un sistema de prestaciones basado en un modelo social y no médico, cuestionaría, en vez de agravar, la hostilidad y la

[151] Psicólogos por el cambio social.
[152] *Asset Based Community Development*, ABCD. Se trata de un modelo y perspectiva de desarrollo comunitario, que se ha ensayado también en otros campos distintos al de bienestar social. Para ampliar información se puede consultar en esta página. http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2011/01/03/132305 (*N. de los T.*)

discriminación hacia las personas usuarias de los servicios de salud mental, y que valorar sus objetivos y aportaciones abriría las puertas al trabajo voluntario como una opción válida sin miedo a perder las prestaciones (p. 53-54). El derecho a una renta básica universal podría eliminar gran parte del miedo, la vergüenza y la desesperación que se produce cuando las personas se ven obligadas a depender de bienestar social.

Apoyo educativo

Los niños y niñas que tienen necesidades educativas especiales pueden acceder a apoyo adicional a través de la evaluación realizada por un *Special Educational Needs Co-ordinator* (SENCO)[153] en nombre de la autoridad local. Se basa en los informes de otras personas relevantes, como maestros o médicos de cabecera, que conocen al menor. El diagnóstico no es esencial para el proceso, ya que la decisión se basa sobre todo en una evaluación funcional de las habilidades comunicativas, dificultades sociales o emocionales, entre otras. En consecuencia, se pueden ofrecer varias formas de ayuda, incluyendo un plan EHC[154] que agrupa las necesidades educativas, sanitarias y de atención social del niño en un único documento legal. La evaluación puede incluir o no un diagnóstico (físico o mental), pero no se presupone que los niños con necesidades educativas especiales tengan también una «discapacidad». Por lo tanto, hay margen para hacer recomendaciones basándose en los problemas en vez de en los diagnósticos de salud mental (Department for Education, 2014).

Terapia e intervenciones terapéuticas

No todos desean o necesitan una terapia formal. Para muchas personas, los aspectos más importantes son los factores inespecíficos, como el que el personal pueda ofrecer una relación constante, de apoyo y de confianza en vez de una terapia como tal, junto a soluciones dirigidas a la vida cotidiana, como actividades significativas, grupos sociales, oportunidades laborales, apoyo práctico, ayuda con la vivienda y prestaciones, etc. Otras seguirán buscando las mejores formas de ayuda en organizaciones no oficiales y dirigidas a usuarios de servicios, incluyendo proyectos comunitarios y culturales específicos. En los servicios oficiales, el énfasis en la terapia individual, como la forma principal o ideal de intervención, se debe equilibrar con un estímulo para mantener una perspectiva más «de abajo a arriba», en vez de enfoques «de arriba hacia abajo» dirigidos por expertos, como el apoyo al desarrollo de la autoayuda y los grupos de apoyo entre pares. El Marco PAS sugiere, tal como los psicólogos comunitarios han defendido desde hace muchos años, que se debe incluir la recogida de las experiencias de poder e impotencia de las personas en relación a sus circunstancias vitales inmediatas (trabajo, educación, vivienda, redes sociales, etc.) y otras más distantes (economía, política y cultura; Tew, 2005). Como se indicó antes, también se debe reconocer que la psicoterapia, como cualquier intervención, se puede practicar

[153] Coordinador de Necesidades Educativas Especiales.
[154] Plan EHC (*Education, Health and Care plan* – Plan de Educación, Salud y Cuidados). Se trata de un plan basado en las necesidades de un alumno con necesidades educativas especiales y las medidas que se tomarán para satisfacerlas. (*N. de los T.*)

de formas ineficaces, traumatizantes e incluso abusivas (Barlow, 2010; Jarrett, 2008).

Desde una perspectiva PAS, el problema es que la terapia se impone y se añade, con demasiada frecuencia, al modelo básico de «trastorno» propio del positivismo médico y, por lo tanto, es secundaria o subordinada a este modelo. De este modo, tenemos terapias para el «trastorno límite de la personalidad», la «psicosis», etc. Si bien estas pueden contener elementos útiles, los mensajes desalentadores procedentes de un diagnóstico psiquiátrico pueden menoscabar los aspectos útiles de una terapia (Honos-Webb y Leitner, 2001). De hecho, hay evidencia de que diferentes modelos de terapia tienden a producir resultados ampliamente similares (Luborsky et al., 2002; Paley y Lawton, 2001). Esto se puede deber a que la alianza terapéutica, basada en los requisitos terapéuticos básicos de empatía, calidez y autenticidad, ha sido identificada repetidamente como el aspecto y el agente de cambio más importante de cualquier terapia (Sparks et al., 2008). La sugerencia de un conjunto básico de actitudes tiene respaldo en el hallazgo de que los terapeutas experimentados de diferentes orientaciones teóricas, se parecen más entre sí, que los principiantes entrenados en un mismo enfoque (Luborsky et al., 2002). Los terapeutas más efectivos parecen ser los que más se esmeran en conseguir y mantener una buena relación terapéutica (Okiishi et al., 2003) y los mejores resultados se encuentran cuando se sintoniza el enfoque terapéutico con la teoría del cambio del cliente y sus significados subjetivos (Robinson, 2009; véase el Apéndice 3 de la publicación abreviada[155]).

Esta investigación sugiere de forma robusta que el atender a la calidad de la relación terapéutica debe trascender la «guerra entre escuelas», donde los enfoques más acomodados a los paradigmas biomédicos y de investigación actuales se defienden en contra de otros más basados en la narrativa, el diálogo, la relación y la creación de significados. En otras palabras, la investigación y la formación deben cambiar su enfoque a las «relaciones con base empírica» en vez de a «tratamientos con base empírica» (Paley y Lawton, 2001). La implicación es que, «las terapias se cocrean [...], las terapias no pueden estar en un estante, con derechos de autor, manualizadas, antes de estar delante del paciente» (Crittenden, 2006, p.113). El modelo informado sobre el trauma argumenta, de un modo similar, que los terapeutas deben funcionar principalmente como figuras de apego, que pueden brindar su permanencia como testigos, en el procesamiento y en la sanación reparadora (Crittenden, 2006; Herman, 2001). La terapia informada sobre el trauma es relativamente nueva en el Reino Unido (Sweeney et al., 2016), aunque en Escocia, *Matrix*, una guía sobre la oferta de terapias psicológicas basadas en la evidencia, incluye una sección sobre TEPT complejo (NHS Education for Scotland, 2015). Sin embargo, desde una perspectiva PAS, una gama de modelos terapéuticos pueden ser útiles si se consideran dentro del Marco PAS más amplio. Por ejemplo, aunque la TCC ha sido criticada por sus postulados individualizantes (Moloney y Kelly, 2008; Proctor, 2008), puede practicarse de una forma que reconozca el papel central de los elementos de la relación y los factores sociales (Gilbert, 2004; Hagan y Donnison, 1999; Strong et al., 2008),

[155] Se puede consultar y descargar en http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf (*N. de los T.*)

así como la interrelación con el género y la etnia (Haarmans et al., 2016). Incluso en sus formas más simples, puede brindar instrumentos y estrategias útiles en el trabajo de Estabilización de la Etapa 1.

La perspectiva PAS también implica la necesidad de resaltar e integrar una perspectiva sobre las desigualdades sociales dentro de la terapia (Smail, 2001). Se dieron algunos ejemplos en el Capítulo 2, «Perspectivas de justicia social», que incluye la terapia feminista (por ejemplo, Watson y Williams, 1992); los enfoques narrativos (véase el Apéndice 9 de la publicación abreviada); y otros enfoques terapéuticos sustentados en la psicología comunitaria y sus valores centrales de liberación, empoderamiento y justicia social (McClelland, 2013). Los ejemplos bien conocidos de poner en práctica estos principios incluyen, el proceso «*Powermapping*»[156] de Hagan y Smail (Hagan y Smail, 1997a y 1997b; véanse los Apéndices 8, 13 y 14 en la publicación abreviada) y el trabajo de Sue Holland con mujeres del centro urbano (Holland, 1995). También se ha trabajado la integración de esta perspectiva dentro de modelos terapéuticos, como la Terapia Cognitiva Analítica, CAT (Brown, 2010), y la Terapia Cognitivo Conductual, TCC (Hays y Gayle, 2006). Otro avance positivo es un ensayo de controlado y aleatorizado de Dialogo Abierto (*Open Dialogue*) en cuatro consorcios del NHS (Servicio Nacional de Salud), dirigido por el University College London (http://www.nelft.nhs.uk/open-dialogue-pilot).

La terapia intercultural (Kareem y Littlewood, 2000; Thomas, 1992) es un campo en rápida expansión que ofrece perspectivas holísticas y no europeas, que pueden estar ausentes en las terapias más tradicionales. Por ejemplo, la *African Centred Therapy* se basa en la filosofía Ubuntu, o la interrelación de toda la humanidad, la fuerza vital universal y la capacidad de autosanación, y se practica tomando conciencia de todas las formas de opresión (http://www.pattigifttherapy.org/therapies/). Están apareciendo ejemplos de integración, como el trabajo con Constelaciones Familiares basadas en las cosmovisiones zulúes y las tradiciones existencialistas occidentales para abordar el trauma intergeneracional (Cohen, 2006). En términos más amplios, la disciplina Psicología Indígena da apoyo a la sanación culturalmente apropiada en respuesta a la hegemonía de las teorías y prácticas psicológicas occidentales (Dudgeon y Bray, 2016). Se insta a los terapeutas formados en modelos occidentales a respetar, informarse y trabajar al lado de los sistemas de creencias indígenas de sus clientes (Sue y Sue, 2008).

Como se explicó antes, el modelo de tres etapas de Seguridad-Estabilización, Procesamiento, e Integración, ofrece una estructura general para intervenciones terapéuticas dentro de los servicios. En este sentido, se puede ofrecer una amplia gama de terapias, apoyos y estrategias no diagnósticas. La Etapa 1 se puede cumplir mediante una combinación personalizada de estrategias como la relajación y el autocuidado, las técnicas de pisar tierra (*grounding*), mindfulness, meditación, ejercicio, terapia centrada en la compasión (Gilbert, 2013), visualización, etc., así como también con otras habilidades más ortodoxas de la Terapia Cognitiva Conductual (McFetridge et al., 2017). Las estrategias e intervenciones específicas para la escucha de voces o creencias inusuales (distorsiones cognitivas), manejar los cambios de humor, afrontar la disociación y otras, también pueden ser útiles. En línea con

[156] Mapeo o cartografía del poder.

el reconocimiento del impacto de las adversidades sobre el cuerpo, las terapias orientadas al cuerpo se consideran cada vez más como formas de promover la integración, junto a la creatividad a través del arte, la música y la danza (Blue Knot Foundation, 2012; van der Kolk, 2014). La Etapa 2 se puede realizar mediante una variedad de terapias individuales y/o grupales en los servicios, o en los grupos de pares o ayuda mutua fuera de los servicios. La Etapa 3, de integración, fomenta la conexión de nuevo con las personas y actividades significativas, con la comunidad, y la reconstrucción de la vida alineada con sus objetivos y valores.

Compartir el desarrollo de una historia, narración o formulación, guiada por el Marco PAS, puede servir como punto de partida que evolucionará a lo largo del contacto de la persona con los servicios.

IAPT (*Improving Access to Psychological Therapies*)

Los movimientos recientes para incorporar terapias y terapeutas con un objetivo abiertamente político, como el de retirar a las personas de las prestaciones y que vuelvan al trabajo, son difíciles de conciliar con los principios terapéuticos. Esto, junto con la ubicación de los profesionales del IAPT (*Improving Access to Psychological Therapies*)[157] en las agencias de empleo (*Jobcentres*)[158], es uno de los aspectos más controvertidos del programa IAPT. La redescripción del empleo como un resultado «clínico» positivo se opone a la evidencia de que los trabajos inseguros y mal pagados son una causa de sufrimiento emocional y no un remedio del mismo (Butterworth et al., 2011). Un informe reciente sugería que el desempleo se redefiniera como déficit psicológico, y que se implementen intervenciones psicológicas para promover actitudes y conductas más positivas entre los que solicitan prestaciones (Friedli y Stearn, 2015; véase también el Capítulo 2). El BPS ha expresado serias preocupaciones sobre estos desarrollos (BPS, 2016a). En febrero de 2017, el BPS se unió a otras organizaciones de psicología apelando al Gobierno para que suspendiera su sistema de sanciones sobre las prestaciones, debido a su impacto en consecuencias como «indigencia, penurias, ansiedad generalizada y sentimientos de desempoderamiento» (BPS, 2017).

El proyecto IAPT, en conjunto, se ha descrito como posiblemente el mayor cambio en la política de prestación de servicios de salud mental en el Reino Unido de los últimos 50 años (Radhakrishnan et al., 2012, p.37). En 2006, un informe del *Centre for Economic Performance*[159] expresó la declaración tautológica: «la depresión paralizante y la ansiedad crónica son las principales causas de miseria en Gran Bretaña» (p.1). Esta cosificación de los estados de miseria humana se trasladó a la elaboración de un abordaje manualizado y basado en el diagnóstico del sufrimiento, que ha suscitado críticas (p. ej., Marzillier y Hall, 2009). A pesar de sus predicciones optimistas, como modelo de respuesta a gran escala ante el sufrimiento, sus resultados en general han sido decepcionantes. El análisis de las derivaciones, finalizado en 2015-2016,

[157] *Mejora del acceso a las terapias psicológicas* (IAPT) es un programa británico que facilita la posibilidad de tener ayuda psicológica.
[158] Jobcentres, agencias de empleo que dependen del Departamento de Trabajo y Pensiones británico. (*N. de los T.*)
[159] Centro para el rendimiento económico.

señala que alrededor del 44 por ciento, de las personas evaluadas como adecuadas para el servicio IAPT, completó el tratamiento programado, y que alrededor del 50 por ciento rechazó el tratamiento ofrecido o lo abandonó[160]. El análisis de resultados en 2016 señala que alrededor del 27 por ciento de las personas que inician el tratamiento, cumpliendo los criterios para que se les clasifique como caso, logra una recuperación fiable; alrededor del 28 por ciento pasa a la etapa de recuperación. Esto se define mediante puntuaciones en escalas en las mismas sesiones de tratamiento, no mediante un seguimiento a más largo plazo, y puede referirse a cambios relativamente pequeños. Los resultados de quienes llegan a «terminar un proceso de tratamiento», definido por asistir al menos a dos citas de tratamiento, tienen un resultado mejor, donde alrededor del 49 por ciento cambia a encontrase en recuperación y el 46 por ciento logra una recuperación fiable (Community and Mental Health team, Health and Social Care Information Centre, 2016, 2017)[161]. Sin embargo, los resultados de todos los que inician el tratamiento, ya sea que continúen o no, brindan una imagen más clara de la aceptabilidad y eficacia del programa en su conjunto. Estas cifras se deben considerar también junto a la posibilidad de una remisión espontánea o recuperación sin tratamiento. Por ejemplo, un meta-análisis reciente (Whiteford et al., 2013) señalo tasas de remisión espontánea en depresión del 23% en tres meses, del 32% en seis meses y del 53% en 12 meses, en grupos que se pueden comparar ampliamente con los que acceden a los servicios del IAPT. Otra comparación importante se puede hacer con los servicios anteriores al IAPT, como en atención primaria o el consejo de las organizaciones voluntarias. De nuevo aquí, las cifras no son tranquilizadoras: los costes parecen ser menores y los resultados son mejores, comparados a los del IAPT (Timimi, 2015).

La siguiente fase del proyecto, IAPT SMI (Enfermedad Mental Grave), puede tener problemas similares de aceptabilidad y eficacia, a menos que se hayan asimilado esas lecciones. La inversión en intervenciones psicosociales para personas con diagnósticos de «trastorno bipolar», «psicosis» y «trastorno de personalidad» es oportuna, pero la propuesta de desarrollo de la IAPT para estas categorías de «enfermedad mental severa», corre el riesgo de reforzar el modelo diagnóstico, individualizador, y que atiende insuficientemente a los efectos causales conocidos de las políticas sociales y las adversidades sociales y relacionales. En vez de ello, los profesionales tendrán que ser fieles a las guías de práctica clínica NICE para estos «trastornos», con todos los problemas que se explican más adelante, en «Investigación». Hemos proporcionado un ejemplo de cómo se puede ejecutar el IAPT de un modo en el que sea menos probable el enredarse en estas trampas (véase el Apéndice 2 en la publicación abreviada).

[160] Se señalan otra clase de motivos para poner fin a una derivación en este grupo, entre ellas el traslado a otro servicio, o a uno que no sea de la IAPT, el fallecimiento o el «no se sabe». Es la razón por la que las cifras mostradas aquí no suman el 100%.

[161] No se disponen de los datos acerca de la proporción de personas que ingresan en el tratamiento de la IAPT, siendo clasificado como caso, sólo de los que «completan un proceso de tratamiento». Hemos usado esta última cifra, de quienes entran en tratamiento, porque no hay pruebas fiables de que, en los servicios de terapia en general, las dos cifras sean sistemáticamente distintas de un modo u otro (Whiteford et al., 2013).

Formulación psicológica

Tal como se explicó en el Capítulo 6, el Marco PAS suministra una serie de principios y una posible estructura para la coconstrucción de narrativas y formulaciones, tanto a nivel individual, familiar o de equipo. Los patrones generales proporcionan unas síntesis, antes inexistentes, basadas en la evidencia, para unas regularidades que pueden servir de base a las formulaciones específicas. Esperamos que esto enriquezca la teoría y la práctica de todas las distintas formas narrativas y ayude a minimizar alguno de sus riesgos inherentes, por ejemplo, el de individualizar, la insensibilidad cultural, el de imponer los puntos de vista de los «expertos» y la minimización del papel causal de las adversidades, tanto relacionales como sociales (Division of Clinical Psychology, 2011). Esperamos que también este documento, y las futuras publicaciones basadas en él, sirvan como un recurso para la construcción de narrativas personales por cualquiera que desee hacerlo, ya sea en contacto con los servicios o no.

La formulación psicológica se puede definir como el proceso de coconstruir una hipótesis o la «mejor conjetura», a partir de la investigación y la teoría sobre los orígenes de las dificultades de una persona en el contexto de sus relaciones, circunstancias sociales, sucesos vitales y el sentido que da a todo ello. Desde una perspectiva basada en la formulación, el trabajo de cada profesional de salud mental se debe basar en el principio de que, por inusuales, confusos, peligrosos, destructivos, caóticos, abrumadores, atemorizantes o en apariencia irracionales que sean los pensamientos, sentimientos y conductas de una persona, de algún modo tienen sentido. Estos principios están en total consonancia con el Marco PAS.

En el Reino Unido, la formulación tiene la ventaja de que resulta familiar en los servicios, varias profesiones la defienden como una competencia central, y una pequeña pero creciente cantidad de investigación y evaluación respalda sus beneficios (Araci y Clarke, 2016; Berry et al., 2009; DCP, 2011). En la actualidad es una habilidad central en todas las profesiones asociadas con salud mental y otras afines, que se ha actualiza en el «*Mental Health Core Skills Framework*»[162] (Department of Health, 2017). La formulación la usan todos los psicólogos clínicos en salud mental de adultos, niños/as y adolescentes, y en el entorno forense, pero también proporciona una comprensión más holística en los ámbitos de discapacidad intelectual, personas de más edad y en Salud, en los que una condición médica o de neurodesarrollo puede ser el centro de intervención principal (DCP, 2011). Tal como está, la formulación se encuentra bien posicionada como plataforma para promover alternativas a los diagnósticos psiquiátricos funcionales en los sistemas existentes. La *Division of Clinical Psychology*[163] (DCP) la recomienda como una alternativa al diagnóstico psiquiátrico funcional, pero no como la única (DCP, 2013b, p.9). La guía «*Good practice guidelines for the use of psychological formulation*»[164] (2011) del DCP hace una distinción importante entre la formulación psiquiátrica, como un añadido a un diagnóstico psiquiátrico, y la formulación psicológica, como una alternativa al diagnóstico

[162] Marco de Habilidades Básicas de Salud Mental.
[163] División de Psicología Clínica.
[164] Directrices de Buenas Prácticas para el Uso de la Formulación Psicológica.

psiquiátrico (p17). La práctica de la formulación en equipo es cada vez más frecuente en los servicios de salud mental para adultos y, en menor medida, en las personas de más edad (Dexter-Smith, 2015), dificultad intelectual (Ingham, 2015), niños y adolescentes (Milson y Phillips, 2015), y en los dispositivos forenses (Lewis-Morton et al., 2015) y sanitarios (Cole, 2013) (véase el Apéndice 4 de la publicación abreviada).

La información aportada por los usuarios de servicios sugiere que, si bien la formulación a menudo se experimenta como un aumento de la comprensión y la confianza, como algo que proporciona poder, como alivio y como algo que posibilita el seguir adelante (Redhead et al., 2015), también se puede experimentar como algo triste, aterrador o abrumador (Chadwick, Williams y Mackenzie, 2003; Morberg Pain, Chadwick y Abba, 2008). Ofrecer una comprensión basada en la formulación de las dificultades puede parecer menos apropiado que un diagnóstico (Leeming et al., 2009). Los principios de las mejores prácticas del proceso de formulación resaltan la importancia de la colaboración, ser respetuoso con las opiniones de los usuarios del servicio sobre la precisión y la utilidad, usar un lenguaje ordinario y accesible, tomar una postura no culpabilizadora, e incluir las fortalezas y los logros (DCP, 2011, p.29-30). Se espera que los profesionales adopten una postura reflexiva que reduzca el riesgo de usar la formulación de manera insensible, sin consentimiento o que quita poder (DCP, 2011, p.21). Se necesita saber más sobre la aceptabilidad de la formulación tanto de la persona como del equipo que atiende a los usuarios, junto al posible impacto en indicadores como el uso de medicamentos, el número de ingresos, las tasas de recuperación, etc. (Cole et al., 2015). También hay que ser consciente de que, debido a que los modelos psicológicos inevitablemente proceden de discursos sociales más amplios, las formulaciones se podrían usar, intencionadamente o no, para confundir y reforzar el sentimiento de estar atrapado, así como para iluminar y empoderar (Grant, 2015; Johnstone, 2013). «La formulación en sí misma es un concepto occidental que podría tener poco sentido en entornos culturales distintos» (DCP, 2011, p.18).

Probablemente no sea casual que, la formulación y los debates sobre el papel que desempeña, hayan conseguido una relevancia creciente a raíz de los retos al diagnóstico psiquiátrico (por ejemplo, Craddock y Mynors-Wallis, 2014). Se necesita estar alerta para promover, proteger y desarrollar aquellos aspectos de la formulación que van a contracorriente de la medicalización y el diagnóstico psiquiátrico. Esto incluye el riesgo de resituar la narrativa y la creación de significado, que son actividades y atributos humanos universales, en habilidades exclusivas de los profesionales.

El objetivo principal de la formulación psicológica está en línea con el mensaje clave de este documento: restaurar el significado de la locura y el sufrimiento, sobre la base de estas experiencias, en última instancia, como respuestas humanas comprensibles ante situaciones insoportables. Como ya se señaló, esta postura no se alinea de manera simple con el contexto profesional de fondo, y los miembros de la *Critical Psychiatry Network*[165] se han unido a psicólogos clínicos para instar a eliminar el lenguaje del trastorno a favor de un

[165] Red de Psiquiatría Crítica.

enfoque narrativo basado en la formulación (por ejemplo, Kinderman et al., 2013; Timimi, 2014).

Medicación

A menudo se plantea la cuestión «¿Qué papel juega la medicación?» en respuesta a las críticas realizadas al diagnóstico. La respuesta breve es que los fármacos psiquiátricos seguirán teniendo un papel importante en el alivio del sufrimiento de muchas personas, y que todas deberían tener la oportunidad de tomar una decisión informada sobre aquello que para ellas funciona mejor. Sin embargo, la imagen más extendida, como se señala en un reciente informe del Relator Especial de la ONU acerca del derecho a la salud, es que hay «un sesgo hacia el tratamiento con fármacos psicótropos en primera instancia, a pesar de la evidencia acumulada de que no son tan efectivos como se pensaba antes, que producen efectos secundarios nocivos y, en el caso de los antidepresivos, en concreto en la depresión leve y moderada, el beneficio obtenido se puede atribuir al efecto placebo» (ONU, 2017, p.6).

La decisión informada depende, en primer lugar, de recibir una información completa y precisa, siendo necesario entender y explicar el modo de acción de los medicamentos psiquiátricos de un modo distinto. El Marco PAS es consistente con las descripciones contrastadas de la psiquiatra Joanna Moncrieff sobre el modelo «centrado en la enfermedad» y el «centrado en el fármaco». El desarrollo y uso de fármacos en medicina general a menudo se dirige a revertir, o revertir parcialmente o compensar las presuntas causas biológicas de las enfermedades y los síntomas somáticos (por ejemplo, reemplazar el suministro de insulina del cuerpo, destruir tumores cancerígenos, matar bacterias, etc.). Este modelo «centrado en la enfermedad», aun cuando no siempre se aplica en la práctica médica, no se aplica en absoluto en la práctica psiquiátrica, debido a que las agrupaciones diagnósticas no nos brindan información sobre causas biológicas. Más bien, la acción de los fármacos psiquiátricos se ajusta al modelo «centrado en el fármaco», en el sentido que tienen una gama de efectos globales como sedación o embotamiento emocional, tanto de los estados mentales «normales» como de los «anormales» (Moncrieff, 2008). De hecho, las afirmaciones de que las drogas corrigen «desequilibrios químicos» están siendo retractadas rápidamente por figuras importantes del campo (Pies, 2014). Una analogía más precisa es la de tomar alcohol como alivio de la ansiedad en las situaciones sociales, en vez de, por ejemplo, la insulina para restaurar un déficit fisiológico. El Marco PAS sugiere otra analogía: el intenso dolor tras el fallecimiento de la pareja se puede aliviar enormemente usando a corto plazo fármacos que ayudan a dormir, pero no describiríamos esto como el tratamiento de una enfermedad. Ni el Marco PAS, ni el modelo de acción «centrado en el fármaco» justifican el decir a las personas que los fármacos psiquiátricos son esenciales para prevenir o tratar la enfermedad, o presionarlas u obligarlas a tomarlas contra su voluntad.

El modelo centrado en el fármaco considera que algunos estados cerebrales anormales generados por los fármacos psiquiátricos pueden ser de gran ayuda en algunas circunstancias. Algunos usuarios de servicios han explicado que se encuentran en mejores condiciones para afrontar una ansiedad desbordante o las voces hostiles. Otros han hablado de un difícil equilibrio entre los efectos

beneficiosos y los desagradables (Carrick et al., 2004). Muchos han descrito sensaciones insoportables de vacío, temor e inquietud que pueden ser peores que las dificultades para las que se recetaron los medicamentos (Moncrieff et al., 2009). El problema es que aunque los fármacos psiquiátricos pueden ayudar a controlar los sentimientos y la conducta, requiere pagar un precio, porque también bloquean los sistemas que regulan la constancia, la motivación, el dolor y el placer (van der Kolk, 2014, p.225-227). Del mismo modo, si bien estos medicamentos a veces pueden hacer posible el llevar a cabo una terapia o ayudar en la etapa inicial de estabilización, también pueden obstaculizar el trabajo terapéutico a largo plazo al restringir el flujo emocional y disminuir la motivación. Van der Kolk (2014) resume los pros y los contras de diferentes tipos de fármacos psiquiátricos en el trabajo con personas que han sufrido adversidades y sucesos traumáticos, y recomienda una detallada negociación para determinar qué es lo que puede resultar más útil en situaciones concretas. Los principios de la prescripción centrada el fármaco se esbozan en Yeomans et al., (2015).

Desde el Marco PAS, otras repercusiones acerca sobre el uso de fármacos son:

- Se debe abandonar la terminología engañosa o confusa como «antipsicóticos», «antidepresivos» y «estabilizadores del estado de ánimo», ya que no describen su modo de acción y ayudan a preparar el escenario para una prescripción automática como respuesta a ciertas dificultades.
- Los profesionales necesitan tener urgentemente una información actualizada sobre la evidencia emergente de las limitaciones y daños potenciales causados por todos los tipos de fármacos psiquiátricos, y recibir formación del uso de fármacos desde el modelo centrado en el fármaco. Esto se refiere no sólo a los psiquiatras, médicos/as de cabecera y enfermeros/as psiquiátricos/as, sino que, tal como se sugiere en el informe NIMHE 2008 «*Medicines management: Everybody's business*»[166], a todos los profesionales que trabajan en ámbitos en los que se usan fármacos psiquiátricos. Ya que cualquiera de estas personas puede trasmitir inadvertidamente mensajes inexactos o fallar al desafiar las malas prácticas (NIMHE, 2008).
- Los medicamentos psiquiátricos se deben prescribir en base a una elección plenamente informada, con los usuarios de servicios formando parte de la decisión a nivel de igualdad (Deegan, 2007, 2010).
- La ayuda para retirar los fármacos psiquiátricos debe estar disponible de manera sistemática en los servicios de salud mental, mediante folletos informativos, asesoramiento profesional, grupos de apoyo, etc.
- Se ha mostrado una inquietud específica sobre el uso de fármacos psiquiátricos en las discapacidades intelectuales para sedar, manejar y controlar a las personas (Public Health England, 2015). Del mismo modo, el mal uso y el uso excesivo de neurolépticos en personas mayores con demencia para el control de la conducta ha sido objeto de un informe del Department of Health (Bannerjee, 2009). En ambas poblaciones, relativamente con menos poder, la prescripción es frecuente incluso en

[166] La gestión de los medicamentos es un asunto de todos.

ausencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico, siendo probable que las deficiencias cognitivas que ya existen se exacerben y se acorten sus vidas. Esta es materia de urgente preocupación.

Adoptar estos principios podría hacer posible una reducción sustancial y, por lo tanto un ahorro de costes, del uso de medicamentos psiquiátricos, tanto los recetados por los médicos de familia como por los psiquiatras. Se puede prever un ahorro aún mayor en el futuro, dada la creciente cantidad de evidencia, en todos los tipos de fármacos psiquiátricos, de que podrían ser menos efectivos de lo que se pensaba (por ejemplo, Bentall, 2009; Kirsch, 2009; Moncrieff, 2015) y en realidad pueden aumentar la discapacidad a largo plazo (Viola y Moncrieff, 2016; Whitaker, 2010) y también el deterioro cerebral y la muerte prematura (Hutton et al., 2014). Existe una extraña reticencia a reconocer las consecuencias del hecho de que las tasas de prescripción son consistentemente mucho más altas en los entornos de pobreza social, y la paradoja de que este flujo masivo de fármacos no parece reducir el número de personas con diagnósticos de enfermedad mental que reciben prestaciones por discapacidad en esta población, y que más bien la tendencia es la contraria (Jorm et al., 2017; Viola y Moncrieff, 2016).

Un desarrollo alentador reciente es el compromiso del Ministerio de Salud de Noruega de suministrar camas psiquiátricas para las personas que desean intervenciones sin fármacos, o dejar los medicamentos. La primera unidad de este tipo se abrió en Tromso, a la que seguirán otras (Whitaker, 2017). Este movimiento se ha visto influenciado por el éxito del Diálogo Abierto que tiene un uso reducido de fármacos, y a corto plazo, o no los usa en muchos, en la psicosis y sus resultados consistentemente mejores a largo plazo (véase el Apéndice 10 de la publicación abreviada).

El sistema legal

Ya hemos debatido algunos aspectos del sistema legal en los servicios de salud mental (véase la sección sobre «Coerción»). En realidad, el pensamiento diagnóstico está profundamente arraigado en todo el sistema legal. Además de la ley referente a la práctica de salud mental y los servicios, también se hace presente en el sistema de justicia penal, en concreto en relación a la «protección del enfermo» y en las declaraciones de responsabilidad disminuida; en los juzgados de familia, y otros juzgados de lo civil, por ejemplo, en relación a las decisiones sobre la custodia o sobre daños y lesiones personales; y en los juzgados, al decidir la reclusión, el riesgo y las medidas de de libertad. En línea con esto, la petición de informes por parte de los juzgados a menudo incluyen evaluaciones respecto al diagnóstico de una persona o para saber si alguien tiene una «enfermedad mental» (Kinderman, 2014). La influencia del pensamiento diagnóstico refleja en parte el alcance cultural de la medicalización. También refleja el hecho de que el sistema legal se ocupa de cuestiones asociadas a la racionalidad, la responsabilidad y la justificación de coerción, de la razones por las qué las personas se comportaron de una forma «anormal» concreta, de cómo es probable que se comporten en el futuro y, en consecuencia, qué podría sucederles: cuestiones a las que el diagnóstico psiquiátrico y sus postulados parecen dar respuesta.

Sin embargo, como hemos visto, los diagnósticos psiquiátricos no pueden explicar o predecir los actos de las personas ni abordar las cuestiones de

responsabilidad. Ni los enfoques diagnósticos ni los no diagnósticos pueden dar respuesta a cuestiones morales sobre lo que *debería* hacerse con las personas, si habría que privarlas de su libertad, «sancionarlas» o «tratarlas». Estas cuestiones se reconocen de forma parcial dentro del sistema legal. Por ejemplo:

- Aunque existen variantes entre las jurisdicciones, la ley, de un modo general, no depende de sistemas o criterios diagnósticos particulares, ni siquiera de un sistema diagnóstico como tal. Sin embargo, el uso de términos como «trastorno mental», «enfermedad mental», «dolencia mental» y «afección médica reconocida» hace que surja la pregunta «¿Qué trastorno, enfermedad o afectación médica tiene?». Esto resulta patente en el documento producido tras el debate de la *English Law Commission*, «*Insanity and Automatism*»[167] (Law Commission, 2013), en el que la Comisión declaraba que para defender la propuesta de «no ser penalmente imputable debido a una condición médica reconocida» tendría que incluir el diagnóstico de un médico que acredite esa condición.
- Existe una suposición muy asentada de que la «enfermedad mental, el trastorno, la dolencia», etc., puede hacer que las personas se comporten de ciertas maneras «anormales». Sin embargo, el documento de debate «*Insanity and Diminished responsibility*» de la *Scottish Law Commission*[168] (Scottish Law Commission, 2003) reconocía que los conceptos simples y directos de causalidad eran inadecuados para explicar los actos de las personas y que la ley necesita tener en cuenta que están mediados por pensamientos, sentimientos y estados psicológicos. En cambio, sugería el concepto «vínculo de conexión» entre un «trastorno mental» y una conducta penal. Aunque todavía conserva la idea que el «trastorno mental» o «enfermedad mental» influye sobre la conducta de las personas, esto podría posibilitar otras formas de explicación.
- En el sistema judicial, es responsabilidad del Tribunal emitir juicios en base a la evidencia presentada, de modo que la vinculación entre los diagnósticos de trastorno mental y los actos concretos no se da por sentada.

Todo esto sugiere que, en la práctica, el funcionamiento de la ley no requiere necesariamente de diagnósticos o de explicaciones basadas en ellos. Del mismo modo, los diagnósticos no son obviamente pertinentes a las cuestiones que en realidad la ley plantea en el sistema de justicia penal, de salud mental, los juzgados de familia y en los tribunales. Estas cuestiones incluyen la capacidad consentir y tomar decisiones personales importantes, la capacidad cuidar a los hijos e hijas o de gestionar los bienes; preguntas sobre el alcance del daño psicológico, por ejemplo, de un accidente; cuestiones causales en relación con actos socialmente inaceptables y en apariencia inexplicables; sobre hasta qué punto alguien entiende el significado y las consecuencias posibles de sus actos y el grado de control sobre sus emociones o conductas. También hay cuestiones sobre la necesidad y el acceso a la atención adecuada, y las consecuencias de no proporcionarla; cuestiones sobre el riesgo, es decir, sobre la probabilidad de una conducta futura en una persona,

[167] «Locura y Automatismo» de la Comisión Jurídica Inglesa.
[168] «Locura y responsabilidad disminuida», de la Comisión Jurídica Escocesa.

las consecuencias, y las intervenciones apropiadas. Preguntas como estas se pueden abordar, y ya se está haciendo, sin referirse a diagnóstico alguno (véase más abajo).

La idea de abordar las cuestiones legales al margen de un marco medicalizado no es nueva. En 1973, en sus pruebas para la *Butler Commission* para «*Mentally Abnormal Offenders*»[169], el BPS criticó enérgicamente el presupuesto legal de «enfermedad mental» como causa de conducta delictiva. También criticó la dicotomía jurídica entre personas racionales, que parecen ser responsables de sus propias decisiones y del control de sus actos, y la conducta de la persona, que en apariencia es inmotivada, antinatural o irracional, a la que se considera incapaz de ejercer un control completo sobre sus actos, decisiones, deseos o voluntad (BPS, 1973, p.332). Señala la necesidad de considerar las influencias externas (eventos actuales, experiencias pasadas) en todas las conductas, y la naturaleza social de los juicios de anormalidad, irracionalidad y responsabilidad, el BPS sugirió que se adoptara un modelo de funcionamiento basado en un continuo, y cuestionó el concepto de responsabilidad penal y la distinción entre delincuentes «mentalmente normales» y «anormales». Las indicaciones iban más lejos, al señalar que estas distinciones se solicitaban, en parte, para cumplir con las funciones de la justicia retributiva y para permitir la separación legal entre «sanción» y «tratamiento». Todo esto es un eco del punto que señalamos al principio del documento, que la adopción de un enfoque no diagnóstico o no médico puede hacer visibles algunas cuestiones sociales y morales importantes que el diagnóstico, o al menos el concepto de trastorno mental, parecía dar respuesta.

Más recientemente, en relación a la actuación de los psicólogos como peritos o expertos en los Juzgados de Familia, aunque se puede aplicar a un entorno más amplio, las pautas de BPS (2016b) resaltan la integración de las pruebas evolutivas, psicológicas, sociales, relacionales y neuropsicológicas mediante la formulación psicológica, con un enfoque dimensional más que categórico. Las directrices también indican que «aplicar una amplia gama de teorías y principios psicológicos a contextos específicos proporciona un marco teórico válido para el análisis y la predicción» (p.4). Del mismo modo, Peter Kinderman (2015) argumenta que ya existen alternativas a los diagnósticos para los informes de los juzgados de salud mental y que son más útiles. Por lo tanto, las descripciones de los problemas individuales pueden reemplazar los diagnósticos; las teorías psicológicas y otras teorías relevantes pueden ayudar a explicar la conducta compleja y suministrar una base para evaluar el riesgo; y las formulaciones no diagnósticas pueden proporcionar una base para el trabajo profesional basado en la evidencia y ajustado a cada persona. En SAMHSA (2013) se encuentra disponible una síntesis diseñada para orientar a los tribunales y jueces acerca del papel de las adversidades en la conducta delictiva, junto a sugerencias precisas de uso del lenguaje y los procedimientos judiciales que evitan volver a traumar a las personas. El Marco PAS puede suministrar un recurso adicional para el análisis y la predicción, y se podría defender que el vínculo explicitado entre las amenazas y las respuestas a las amenazas puede ser particularmente útil en los ámbitos forenses y jurídicos.

[169] Comisión de Butler sobre «Delincuentes mentalmente alterados».

Investigación

Con frecuencia se defiende que las categorías diagnosticas son necesarias en la investigación. Es cierto que los investigadores necesitan usar métodos que sean concordantes entre los investigadores, las instituciones, los países, etc., pero solo serán útiles si tienen validez y fiabilidad. Teniendo en cuenta que este no es el caso para muchas de las categorías del diagnóstico funcional, su uso puede acarrear no solo resultados confusos y contradictorios, sino que también puede obstaculizar de forma activa el avance de la investigación.

Lamentablemente, las categorías diagnósticas se siguen utilizando, en parte debido a la inercia institucional, y se mantienen a través de ciclos que se autoalimentan, como un círculo vicioso. Así, los investigadores las usan porque, de lo contrario, las revistas de alto impacto no publicarán los resultados, y después quienes evalúan la investigación, como el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE)[170], observan que la literatura de investigación se organiza en base a esas categorías y, por lo tanto, basan sus directrices en esas «condiciones»; entones quienes financian la investigación se centran en categorías concretas y esto influye entonces sobre el modo en el que los investigadores realizan su trabajo.

De hecho, las guías de práctica clínica NICE, en sus versiones completas, reconocen el problema grave, tanto conceptual como metodológico, que suponen los diagnósticos, pero por otro lado las *Quick Reference Guides*[171] realizan sus recomendaciones sobre estos conceptos, como puntos iniciales, aunque no tengan validez. (Midlands Psychology Group, 2010). La *Critical Psychiatry Network*[172] remitió una exhaustiva crítica a las partes interesadas de las guías de práctica clínica sobre el «TDAH», y recibió la siguiente respuesta: «[…] no se pueden dejar de usar los diagnósticos porque en tal caso nos quedaríamos sin una directriz a seguir» (citado en Midlands Psychology Group, 2010), ilustrando quizás el circulo vicioso que se ha mencionado antes. Las guías de práctica clínica NICE, a pesar de tener un estatus no obligatorio, pueden ejercer una influencia poderosa sobre los *Care Packages and Pathways*[173], y sobre las intervenciones que estas organizaciones ofrecen y los estándares mediante los que evalúan. En el proceso, los términos diagnósticos se cosifican y se integran más en la investigación y en los servicios, y los matices (como la evidencia de que la relación terapéutica es igualmente, o incluso más, importante que la intervención terapéutica específica) se desvanecen y se sustituyen por paquetes asistenciales estandarizados para las personas, cuyas necesidades en realidad no encajan en ellos. Puede ser que los psicólogos clínicos (y otros profesionales) que intervienen en la elaboración de estas guías tengan que desafiar estos presupuestos diagnósticos y sus consecuencias de una forma más clara y abierta, así como que deban de ser más cautos a la hora de orientarse por ellos en la investigación y la práctica clínica (Court et al., 2016).

Puede que lo más importante sea que los usuarios de servicios o supervivientes se involucren, desde una posición central, en la producción del conocimiento sobre sus propias experiencias (Sweeney, 2016). Se ha dado un

[170] Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE), en el Reino Unido.
[171] Guías de consulta rápida.
[172] Red de Psiquiatría Crítica.
[173] Rutas y paquetes asistenciales.

aumento de la influencia y la colaboración de los usuarios de servicios en la investigación convencional y en consecuencia ha habido algunos progresos hacia la valoración del saber experiencial, equilibrando los efectos marginadores de los discursos positivistas (Beresford, 2016; véase el debate en el Capítulo 2). Aun así, numerosos factores limitan la posibilidad de que los estudios dirigidos por los supervivientes sean considerados como aceptables en términos de metodología, de financiación, y resultados, especialmente cuando se expresan en un lenguaje no diagnóstico (Sweeney, 2016). Aún queda un largo camino hasta que los usuarios de servicios o supervivientes puedan coger el liderazgo de sus propios estudios y generen su propio saber, aunque la emergente disciplina *Mad Studies* brinda una importante y novedosa plataforma (Sweeney, 2016).

Debido a que las categorías diagnosticas tienen muchas funciones (véase Capítulo 1) es poco probable que podamos elaborar un criterio único que las satisfaga todas. Aunque a pesar de que el avance se encuentra obstaculizado, los investigadores y los clínicos esperan que surja esa alternativa. Sin embargo, es hora de aceptar que es mejor tener una gama de enfoques mejor ajustados a sus funciones, por ejemplo, a la epidemiologia, la eficacia terapéutica, la planificación de servicios, la jurídica y otras. Por tanto, en esta sección analizaremos algunas estrategias alternativas de investigación que no se basan en categorías diagnósticas. Se mostrará primero que es necesario revitalizar los métodos de investigación que ya tienen un espacio en la tradición psicológica de investigación y, después, la necesidad de nuevos métodos que aborden nuevas cuestiones. Sin embargo la simple identificación de estos enfoques no resulta suficiente. Es necesario retirar los incentivos perniciosos al uso de las categorías diagnosticas. Esto significa que los investigadores, las revistas, la financiación y los que evalúan la investigación, como NICE, deben demostrar el apoyo y aceptar otras perspectivas. Aquí, las instituciones profesionales como el BPS podrían abrir el camino.

Enfoques alternativos bien fundados que procede de las tradiciones de investigación psicológica (pero a menudo infrautilizadas)

Hay muchas áreas de la psicología, que han tenido éxito, en las que los investigadores pudieron conceptualizar un fenómeno y desarrollar constructos válidos, que pueden medirse con fiabilidad, idealmente desde varios puntos de vista (por ejemplo autoinformes, métodos experimentales que utilizan indicadores observables, etc.) y que son lo suficientemente transparentes para que puedan usarlos distintos grupos de investigación; por ejemplo, el constructo indefensión aprendida de Seligman (1972) o el constructo escuchar voces (1972). Esto ha permitido el estudio de procesos psicológicos concretos; algunas de estas investigaciones se han denominado como basadas en las experiencias o basadas en las quejas, como defiende Persons (1986) y asume Richard Bentall y sus colegas, usando un enfoque dimensional más que categorial. Kinderman (2014) defiende el uso de «listados de problemas» validados. El uso del término descriptivo en lenguaje ordinario de «escuchar voces» ha sido muy productivo en un amplio grupo de investigadores que surgen del *Hearing Voices Movement* (Longden, 2017). Estas y otras consideraciones podrían servir de base para investigaciones no diagnosticas en muchos ámbitos.

Por ejemplo, dentro de una investigación epidemiológica y no etiológica se podría hacer lo siguiente:

- Usar datos poblacionales recopilados sobre experiencias concretas o «síntomas» (por ejemplo en las encuestas sobre «Morbilidad Psiquiátrica»).
- Vincular esto a la información sobre circunstancias sociales (por ejemplo, los sucesos de adversidad, como el abuso sexual en la infancia, discriminación, otros).
- Elaborar umbrales realistas (por ejemplo, desarrollar un análisis empírico de los niveles de experiencias problemáticas y de sufrimiento que son estadísticamente inusuales y funcionalmente perturbadoras o incapacitantes en la población en general, en vez de confiar en las decisiones de los comités).
- Considerar las implicaciones de un enfoque basado en una formulación específica para la persona en vez de las formulaciones específicas en base al trastorno.
- Utilizar una estructura o red para análisis de quejas, experiencias o dolencias (Fried et al., 2016).
- Usar descripciones en lenguaje ordinario como «escuchar voces», «listados de problemas» validados como puntos de inicio.

Como hemos visto en capítulos anteriores, algo de esto se ha hecho ya, por ejemplo, en los estudios sobre las ACEs y otras investigaciones a nivel de la población. Sin embargo, como ya se dijo, todavía se tiende a realizar asunciones diagnosticas.

Eficacia terapéutica y evaluación del cambio terapéutico

Incluso dentro de la corriente principal de la investigación actual se acepta que la buena calidad de la investigación no depende de las categorías diagnosticas de más alto nivel, sino que incluye la medición de resultados concretos o de «síntomas» que se puedan evaluar en los diferentes estudios. Esto es necesario considerarlo en la investigación del cambio terapéutico, pero también lo siguiente:

- Cuando se usan ensayos controlados y aleatorizados, también se debería usar el criterio de «número necesario a tratar», es decir, cuántas personas necesitarían recibir la intervención experimental para que una persona consiga un beneficio que no habría conseguido si estuviera en el grupo control. Todavía este criterio estadístico se usa poco. Un estudio halló que solo uno de cada 100 artículos seleccionados al azar en el *APA's Journal of Consulting and Clinical Psychology,* entre 2000-2008, usaron este indicador (Shearer-Underhill y Marker, 2010). Esto se puede complementar con el criterio «numero necesario para perjudicar» para conseguir un análisis imparcial.
- El uso de la perspectiva de diseño de persona única («caso») (Barkham et al., 2010).

- El uso de una gama de métodos, incluyendo el estudio de «casos» para la construcción teórica[174], diseños de sujeto único, y mediciones de múltiples resultados (Barkham et al., 2010).
- El uso de medidas que permitan la evaluación de resultados individualizados, por ejemplo, el *Shapiro's Personal Questionnaire* (Shapiro, 1961) pide al cliente que describa en sus propias palabras una experiencia problemática o «queja» concreta (o «síntoma» en un contexto diagnóstico). Entonces a cada queja se le da una puntuación en una escala y de este modo se le puede pedir al cliente que asigne un valor a lo largo de la intervención (Barkha, et al., 1989).
- El uso de mediciones basadas en objetivos y escalas de evaluación de las terapias centradas en la solución (George et al., 1999). Las preguntas ya graduadas se pueden usar para evaluar el avance hacia determinados objetivos, la confianza en mantener el progreso, etc.
- El uso de otros indicadores de los procesos psicoterapéuticos, por ejemplo, la relación o la significación de los sucesos terapéuticos.
- Hay que tener en cuenta que es poco probable que una única norma de resultados sea apropiada para todas las investigaciones, porque estamos abordando patrones complejos de conductas en un contexto y porque distintas personas valorarán resultados diferentes. Si bien esto puede limitar las comparaciones entre un gran número de estudios, también puede permitir que las comparaciones sean más útiles.
- En reconocimiento de la complejidad del proceso y el resultado terapéutico, usar una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos.
- Adoptar un enfoque transteórico centrado en los procesos de cambio más que en las terapias de una escuela determinada (Wampold y Imel, 2015).
- Desarrollar nuevos métodos para evaluar un rango más amplio de intervenciones ya disponibles, tanto dentro como fuera de los servicios oficiales, en un trabajo conjunto entre usuarios, cuidadores y profesionales.

Desarrollar nuevos paradigmas

Tal como hemos resaltado, uno de los problemas de usar las actuales mediciones de «síntomas» o «quejas», dentro o fuera del marco diagnóstico, es que consideran a las experiencias problemáticas de un modo descontextualizado, tienden a despojar a las experiencias de su significado personal, social y cultural. En contraste, algunos análisis de los modismos de salud mental sugieren formas con las que se podría volver a una comprensión en salud mental mediante un lenguaje más corriente y ordinario. Así Barke et al. (2000) han explorado el significado de «crisis nerviosa» en el siglo XX, mientras que Kaiser et al. (2015) han investigado el modismo «pensar demasiado». Además Horwitz y Wakefield han analizado los cambios históricos en la forma de entender tanto la tristeza como el miedo (2007 y 2012 respectivamente).

[174] La construcción de la teoría a partir de los estudios de casos es una estrategia de investigación que implica el uso de uno o más casos para crear constructos teóricos, propuestas y/o teorías de alcance medio a partir de pruebas empíricas basadas en casos. (*N de los T.*)

Las investigaciones plurales e interdisciplinares podrían ser de ayuda para el desarrollo de descripciones y explicaciones desde múltiples perspectivas de otros modismos y experiencias; se podrían desarrollar comprensiones más contextualizadas en lo social, lo comunitario y intercultural, desde la psicología y otras disciplinas como la sociología y la antropología, y desde los relatos de las propias personas con sufrimiento. En concordancia con esto los investigadores «supervivientes» del movimiento «*Mad Studies*» han solicitado la oportunidad de desarrollar sus propias metodologías y marcos de investigación no diagnósticos, en los que se puedan valorar y escuchar sus voces y experiencias (Russo y Sweeney, 2016).

Al pensar de un modo más contextual sobre la eficacia terapéutica podríamos tener en cuenta las implicaciones de considerar la psicoterapia como una práctica de sanación socialmente asentada (Wampold e Imel, 2015), en vez de pensarla en términos de la «metáfora del fármaco» que subyace en los actuales ensayos clínicos controlados y aleatorizados de psicoterapia (Stiles y Stiles, 1989).

Trish Greenhalgh (2016) ha identificado una gama de métodos de investigación provenientes de la tradición narrativa, que podrían suministrar una perspectiva más amplia para la investigación en el ámbito de la salud. Aunque estos métodos se dirigen sobre todo a la salud física no precisan diagnósticos y se puede aplicar igualmente al sufrimiento psicológico y emocional. Estos métodos incluyen la tradición de estudios de persona única («casos»); los informes individuales de «enfermedad» recogidos mediante entrevistas cualitativas; los estudios narrativos de las organizaciones asistenciales de salud o de los sistemas que conforman el contexto institucional de los tratamientos y las experiencias individuales; las narrativas culturales o históricas en las que alguna «enfermedad» concreta se encuentra integrada, por ejemplo las metanarrativas de los grupos subordinados y/o las comunidades desplazadas; el análisis de los discursos de las políticas que suponen encuadrar de modos concretos que orientan a la acción o a la inacción; y el análisis de las narrativas de muchas voces en comunidades en línea y de movimientos sociales. Greenhalgh argumenta que estos métodos se pueden usar en combinación con mediciones más tradicionales del estatus sanitario de la población para obtener comparaciones transnacionales en temas de salud que están fuertemente influidos por los contextos culturales, así como para entender mejor las experiencias personales asociadas a la salud y las opciones de estilo de vida, y para sustentar el diseño y la evaluación de las intervenciones destinadas a influir en ellos.

Al menos algo de esto ya está en marcha. Un buen ejemplo de ello es el reciente informe *Samaritans*[175], sobre las altas tasas de suicidios entre varones en situaciones de desventaja en la mitad de la vida (Wyllie et al., 2012). Combinando entrevistas con la teoría y la evidencia de una serie de disciplinas, como la sociología, la psicología, la economía y los estudios de género, los investigadores pudieron «situarse tras las estadísticas» para desvelar una imagen de cómo los sentimientos de derrota, estar atrapado e inutilidad se producen dentro de un contexto social, económico y cultural concreto, con importantes mensajes para la política y la práctica. Todo esto no se basa en

[175] Samaritans es una organización que trabaja en campo del suicido, desde hace 60 años. Realiza informes anuales, https://www.samaritans.org/ (*N. de los T.)*

categorías diagnósticas. Además de apoyar desarrollos como este, el Marco PAS sugiere la necesidad urgente de realizar más investigaciones usando distintos métodos, sobre los aspectos psicológicos del funcionamiento del poder y sobre la naturaleza y el impacto de las experiencias de no tener poder o impotencia. Es esencial que esta investigación no recree la comprensión individualizadora. El Marco también sugiere la necesidad de investigar cómo se puede incorporar esto en las intervenciones y en el diseño, implementación, y evaluación de la política social dirigida a reducir el sufrimiento y promocionar el bienestar.

Este y otros desarrollos necesitan plantear preguntas distintas, métodos de investigación distintos y (a menudo) investigadores diferentes. Los tipos de preguntas de investigación que se hacen en la actualidad están sobredeterminadas por la clase de métodos de investigación que privilegian quienes financian la investigación, mientras que las mismas preguntas privilegian a menudo la investigación etiólogica basada en la biología, por encima de la investigación sobre las intervenciones y la prevención (MQ, 2015, pp.7-8) y no involucran a los usuarios de servicios para coproducir o para iniciar, el conocimiento. Irónicamente, este desequilibrio puede estar apoyado por el hecho de que las investigaciones biológicas basadas en el diagnóstico fracasan en producir resultados positivos (véase el capítulo 5), lo que sugiere la necesidad de realizar más investigaciones (biologicistas) sobre las causas y desalienta los intentos de prevención primaria.

¿Qué lenguaje podemos utilizar en vez de la terminología diagnóstica?

En la introducción de este documento consideramos de forma breve la cuestión del lenguaje y la terminología. En este capítulo, hemos hecho una serie de sugerencias a propósito de la investigación, la puesta en funcionamiento de servicios, etc. Terminamos volviendo a esta cuestión especialmente en relación a los usos cotidianos, porque cambiar el lenguaje medicalizado es quizás el paso siguiente más importante y fundamental que puede apuntalar los demás. Esto va mucho más allá que intercambiar un término estigmatizador o cuestionado por otro. Más bien implica reemplazar todo el discurso de lo que se denomina «salud mental». «Discurso» hace referencia a ciertas formas estructuradas de hablar y usar el lenguaje, usualmente incuestionadas, que moldean y transmiten el saber y las practicas que se derivan de este (Foucault, 1979, 1980). El discurso nunca se usa en el vacío, sino que su comprensión depende siempre de otros enunciados no formulados que «incluyen convicciones profundamente arraigadas y esquemas explicativos fundamentales en las formas de dar sentido al mundo en una época dada» (Sawicki, 1991, p.104). Así que, tal como explicamos en el Capítulo 3, cambiar el lenguaje no tiene que ver solo con el uso de un vocabulario alternativo, sino abrir nuevas formas de pensar, experimentar y actuar. Hasta que esto ocurra, simplemente continuaremos reproduciendo las prácticas ya existentes por otras formas algo diferentes aunque igualmente insatisfactorias.

Debido a ello han aparecido varios intentos para esbozar lenguajes alternativos, tanto para las perspectivas profesionales (DCP, 2014b) como para usuarios y supervivientes (Wallcraft y Michealson, 2001). Las directrices de las

perspectivas informadas sobre el trauma han sugerido igualmente un cambio del término «síntoma» a «adaptación», de «trastorno» a «respuesta», y otros más (Arthur et al., 2013, p.24). Las publicaciones del BPS «*Understanding bipolar disorder*»[176] y «*Understanding psychosis*»[177] han reconocido este debate y han animado a que los servicios usen la terminología que elija el usuario (BPS, 2010, 2017). Aun así, este es un asunto complejo, que no tiene una única respuesta. En vez de esto, sugerimos un amplio rango de términos y frases no médicas, que puedan ser adecuadas para diversos fines y circunstancias. En otras palabras, en vez de «un nuevo dogma» necesitamos «una diversidad sensible en el lenguaje» (Beresford et al., 2016, p.27). Al mismo tiempo, reconocemos que el lenguaje medicalizado no va a cambiar de la noche a la mañana, este desarrollo del lenguaje es un proceso en marcha que solo se puede dar junto a un cambio general en la forma de pensar acerca del sufrimiento; que la terminología existente se seguirá utilizando, y por lo tanto será necesario que otros la usen para objetivos prácticos, como el acceso a los servicios o para encontrar la literatura relevante, y los grupos de autoayuda; y que algunas personas todavía seguirán hallando útiles los términos diagnósticos para las descripciones abreviadas de sus problemas diarios.

Más importante aún, apoyamos el derecho de cada persona a elegir sus propios términos. Actualmente, este derecho funciona en una sola dirección; a aquellos que desean que sus problemas sean definidos mediante un modelo diagnóstico no se les niega esta posibilidad. El derecho correspondiente a rehusar las etiquetas psiquiátricas, o incluso a ser informado de los debates o sus limitaciones, raramente, o más bien nunca, se oferta. De hecho, en numerosos ámbitos de salud mental, justicia penal u otros escenarios de bienestar social, puede ser insensato o peligroso que los usuarios rechacen un diagnóstico y optar por comprensiones alternativas.

Al mismo tiempo que se defiende el derecho de las personas a describir sus dificultades como deseen, afirmamos que es un principio igualmente importante que los profesionales, investigadores, educadores, profesores, ONG y las organizaciones benéficas, los políticos y los demás que se relacionan con el ámbito de salud mental utilicen un lenguaje y conceptos que puedan considerarse como acertados y basados en la evidencia. Como los diagnósticos en psiquiatría no alcanzan estos estándares, resulta obvio que no se puede considerar profesional, científico o éticamente justificado el presentar los diagnósticos psiquiátricos como si fuesen enunciados válidos sobre las personas y sus dificultades. Recogiendo una analogía de la historia de la psiquiatría, una vez que quedó claro que algunos términos como el de «útero errante» eran equivocados, ningún profesional debería proponerlos, y mucho menos imponerlos. La desaparición de la categorías actuales ha sido pronosticada por los psiquiatras muy reconocidos Paul Bebbington (véase en la Introducción) y Robin Murray, que declaran suponer que el término «esquizofrenia» quedará tan obsoleto como el de «hidropesía» (2017).

---

[176] «Comprender el trastorno bipolar». Se puede descargar en inglés en: https://shop.bps.org.uk/publications/publication-by-series/dcp-briefing-paper/understanding-bipolar-disorder.html (*N. de los T.)*

[177] «Comprender la psicosis y la esquizofrenia». Se puede descargar en español en varias páginas web, como en: https://primeravocal.org/comprender-la-psicosis-y-la-esquizofrenia/ o https://postpsiquiatria.blogspot.com/ (*N. de los T.)*

Términos que en la actualidad existen probablemente sobrevivirán en el lenguaje ordinario durante un tiempo, teniendo en cuenta que tarda un tiempo el que la terminología popular se ponga al día, pero ya no pueden ser conceptos que cuenten con un aval profesional.

Pero como hemos subrayado, no solo debe cambia la terminología diagnóstica. Si de verdad deseamos empezar a pensar y actuar de forma diferente, los numerosos usos del lenguaje que conllevan, apoyan y perpetúan el actual modelo (paciente, síntoma, diagnóstico, psicopatología, enfermedad, trastorno, dolencia, pronóstico, remisión, etc.) también deben cambiar. Se sugieren tres principios en la *Guidelines on Language* para el uso de documentos profesionales de la *Division of Clinical Psychology* (DCP, 2014b)[178]: 1) Cuando sea posible evitar el uso del lenguaje diagnóstico en referencia a las presentaciones psiquiátricas funcionales (p. ej., «cambios de humor extremos» y no «trastorno bipolar»; «pensamientos de suspicacia» y no «paranoia»). 2) Reemplazar los términos que asumen un diagnóstico o una perspectiva biomédica estrecha por un lenguaje psicológico u uno ordinario (p. ej., «problema» en vez de «síntoma»; «intervención» y no «tratamiento»). 3) En situaciones en las que el uso del diagnóstico y la terminología asociada sea difícil o imposible de evitar, se debe indicar su problemática y su naturaleza controvertida (p. ej., con una nota introductoria). Estos principios se pueden aplicar también de forma más general. Por ejemplo, los investigadores frecuentemente usan un lenguaje medicalizado, como enfermedad, síntomas y psicopatología de un modo innecesario. Esto nos solo reconfigura una visión problemática de la realidad, sino que distrae la atención de los investigadores de las descripciones de aquello que en realidad están estudiando y se arriesgan a perder valiosos conocimientos sobre las experiencias de las personas. Esto no quiere decir que quienes investigan no deban inferir conceptos o procesos. Más bien, la evidencia presentada aquí sugiere que todo esto sería más válido si reflejara los contextos sociales y relacionales, así como las experiencias y las conductas individuales. La «disociación», por ejemplo, se refiere a un proceso funcional, dependiente del contexto, en el que participan tanto los individuos como los grupos sociales más grandes.

Hemos indicado, que de todas formas no existe un substituto completamente satisfactorio para términos como «enfermedad mental», «trastorno mental» o «salud mental» y en ocasiones en algunos sitios hemos encontrado que ha sido inevitable usar estos términos en este documento. No puede haber una frase o palabra única que las reemplace adecuadamente, ya que la gama de pensamientos, emociones y acciones que pueden conducir a un diagnóstico psiquiátrico incluye casi toda la experiencia humana, que surge de una compleja multitud de factores causales, y en última instancia dependen del juicio social y la cultural local. Una solución sería adoptar una gama de términos intercambiables, no médicos, y usar el (o los) que encaje mejor en la circunstancia o en lo uso particular. En este documento hemos ido alternando entre sufrimiento emocional y psicológico, problemas, dificultades emocionales, experiencias inusuales y comportamiento perturbado o perturbador. Las directrices sobre el lenguaje del DCP sugieren «sufrimiento emocional,

[178] Directrices o guía para el uso del lenguaje en los documentos profesionales, de la División Clínica de la Psicología, Reino Unido, el título del documento referido es «*Guidelines on language in relation to functional psychiatric diagnosis*». (*N. de los T.)*

sufrimiento mental, sufrimiento mental severo, estado extremo, sufrimiento psicológico».

Como hemos explicado en este documento, el acceso a los servicios, prestaciones, vivienda, etc., pueden verse, como ya lo es en cierta medida, condicionados en base al aval de un profesional que indica que la persona experimenta un sufrimiento emocional severo que impacta sobre su funcionamiento diario o algo similar. Para fines más específicos, las descripciones de los problemas no médicos como «escuchar voces hostiles» o «pensamientos de suspicacia» o «ánimo muy bajo» o «sentimientos suicidas» o «autolesiones», pueden, como hemos sugerido, ser un punto de partida útil para la investigación y el trabajo clínico, o como la base para ofrecer intervenciones concretas, desarrollar la documentación, o organizar grupos de apoyo. El diseño y la puesta en marcha de servicios se pueden basar de forma similar en las necesidades, en grupos específicos de población, o en la clasificación de problemas más que en diagnósticos. Los términos que clasifican, como el de «trauma complejo», ya se usan en algunos ámbitos y rutas asistenciales (Sweeney et al., 2016) e, incluso teniendo en cuenta nuestras precauciones sobre el término «trauma», son más relevantes para los problemas de las personas y sus necesidades reales que las agrupaciones diagnósticas actuales. Incluso si los sistemas actuales exigen que se registre un diagnóstico, el DSM-5 y las propuestas del CIE-11 permiten opciones como «Trastorno por estrés agudo», «Trastorno adaptativo», «Trastorno disociativo» o «Trauma complejo», que reconocen causas psicosociales más que médicas, y son en general menos estigmatizantes que términos como «esquizofrenia» a los que pueden remplazar (véase el capítulo 6). Algunos registros electrónicos habilitan espacio para un breve resumen de un tipo similar a una formulación, normalmente al lado del diagnóstico, pero posiblemente en el futuro en vez del diagnóstico. Las cuestiones asociadas al lenguaje de uso diario también son complejas. Uno de los dilemas más complicados para los que han recibido etiquetas psiquiátricas es cómo describir su sufrimiento a otros de una manera concisa que exprese sus dificultades y resulten razonables y comprensibles. Las numerosas desventajas del diagnóstico psiquiátrico pueden verse compensadas por su función de legitimar y (aparentemente) explicar el sufrimiento a los amigos, la familia, los empresarios y otra gente común. Como exponen Leeming et al. (2009), puede parecer que las narrativas y las formulaciones pueden dar la impresión de ser una defensa insuficiente contra las atribuciones de vergüenza o debilidad, y debido a la compleja información que contienen, pueden no ser apropiadas para todos los objetivos. Es probable que los títulos de los Patrones Generales provisionales no sean adecuados para explicar el sufrimiento a los otros, aunque las versiones adaptadas pueden ser aceptables para algunas personas (por ejemplo, «Experimento, tengo dificultades con, estoy viviendo con las consecuencias de la violencia o el abandono, abuso, trauma, o pérdida, penuria»).

Puede ser necesario encontrar un equilibrio entre los verbos y frases, más precisos, pero también más largos, y los nombres o sustantivos. Hemos usado el ejemplo del duelo en varios momentos. Debido a que esta es una forma de experiencia universal de sufrimiento, una frase como «reacción ante el duelo» en general se entiende que no hace referencia a una enfermedad o condición específica que alguien «tiene», sino a un proceso emocional reconocido, es otra forma de decir «estoy pasando un duelo». La educación pública podría

ayudarnos a llegar al punto en el que se entiendan frases como «reacción al trauma», «dificultades con la separación», «problemas de apego», «conflictos de identidad», «exclusión social» o «respuesta a una amenaza grave» se entiendan como procesos similares de sobrevivir al impacto de sucesos y adversidades de la vida. Tendría que quedar espacio también para conceptos como «crisis espiritual». Algunos usuarios desean reclamar palabras como «locura», por ejemplo el movimiento «*Mad pride*» (orgullo loco), mientras que otros definitivamente no lo desean (Beresford et al., 2016).

Estos ejemplos no son conceptos psicológicos definidos de forma precisa, pero en este punto, como hemos explicado, los patrones humanos de respuesta ante la adversidad no se ajustan, ni pueden ajustarse, a categorías nítidas. Si deseamos formas concisas de describir las respuestas de las personas en dificultades con la adversidad, entonces estas se plasman mejor mediante «conceptos difusos», que en términos filosóficos, hace referencia a categorías abiertas, inexactas y, aún y todo, útiles y significativas en su contexto, tal como lo son muchos ejemplos del uso ordinario del lenguaje (Haack, 1996). Es interesante que la existencia de versiones legas o vulgares del lenguaje psiquiátrico, como por ejemplo «tensión» o «crisis nerviosa», sugiere que los términos generales o los conceptos difusos, como «crisis emocional o psicológica», podrían servir como sustitutos de los términos actuales pseudomédicos (Barke et al., 2000). Sin duda se puede objetar que no son categorías precisas, pero tampoco lo son aquellas a las que se pretende reemplazar. La cuestión crucial es si son lo suficientemente precisas para los fines que se pretenden. Está claro que pueden serlo y, más aún, no tienen las numerosas desventajas de los diagnósticos y la identidad de «enfermo mental».

Un problema fundamental es, como se señala en la Introducción, el hecho de no encontrar un punto medio entre lo que se ha llamado la dicotomía «cerebro o culpa» (Boyle, 2013). En otras palabras, «como sociedad parece que nos resulta difícil encontrar un término medio entre “tienes una enfermedad física somática y por tanto tu sufrimiento es real y nadie tiene la culpa” y “tus dificultades son imaginarias, es culpa tuya o de otros, y debes recuperarte”» (Johnstone, 2014, p.2). Se necesita de forma urgente una información de salud pública sobre las limitaciones de los modelos actuales. El Marco PAS ofrece, en cambio, los recursos para evitar esta trampa, construyendo relatos no diagnósticos, no culpabilizadores, y descriptivos sobre la fortaleza y la supervivencia. Al hacerlo, abre la posibilidad de sustituir el diagnóstico por una serie de descripciones en lenguaje corriente de estas experiencias humanas universales.

Conclusión

Como indicamos al inicio de este capítulo, no hay una forma clara, perfecta o sencilla de superar el pensamiento diagnóstico que impregna las teorías, prácticas, instituciones y discursos tanto políticos como sociales actuales. Hemos sugerido que el cambio necesario debe ocurrir de muchas formas y a muchos niveles, tanto dentro como fuera de «Salud Mental» y de los otros sistemas relacionados. En todos estos ámbitos, pero sobre todo en el primero, se encuentra siempre presente el peligro de la «cooptación», un proceso por el que las ideas desafiantes, a nivel profesional, social o político, son asimiladas

por los grupos dominantes y «se diluyen y transforman en no amenazantes e ineficaces» (Boyle, 2013; Penney y Prescott, 2016, p.35). No queremos decir que esto se haga necesariamente de un modo planificado o consciente. Sin embargo, como vimos en el Capítulo 1, hay muchos factores que apoyan la persistencia del pensamiento diagnóstico, y los intentos de superarlo, a menudo, conservan muchos de sus postulados básicos. Esto se pone de manifiesto, por ejemplo, en el proyecto del *National Institute of Mental health's RDoC*, con su hipótesis inicial de que «los trastornos mentales son trastornos cerebrales», así como de un modo más general la presentación de las relaciones y circunstancias sociales como «sucesos vitales» o «estresores» que pueden activar vulnerabilidades subyacentes. Hemos argumentado que parte de esto surge como influencia subyacente del positivismo que facilita el posicionamiento de la medicalización por defecto. Varios aspectos del Marco PAS tienen el potencial de señalar el camino para superar el pensamiento diagnóstico. El Marco PAS hace hincapié en el funcionamiento negativo de diferentes formas de poder material, simbólico y discursivo, y las amenazas que esto puede crear, desafiando una percepción del «contexto social» como una serie de sucesos y estresores cuantificables; la vinculación explícita entre las amenazas y las respuestas a las amenazas restaurando el significado, la función y la inteligibilidad; y el énfasis en la corporalidad, la adaptación evolutiva a las amenazas, y las interacciones reciprocas entre la experiencia y la biología, que habilita un papel a la biología muy diferente al de las teorías basadas en «déficits» genéticos o bioquímicos. Esperamos que esto permita hacer más fácil mantener un modelo centrado en las personas corporalizadas, que actúan con significado en contextos sociales y culturales complejos, para dirigir la prevención hacia las circunstancias de la vida de las personas, y para superar la dañina dicotomía entre «cerebro o culpa».

Sin embargo, las cuestiones relacionadas con el desarrollo e implementación de alternativas al pensamiento diagnóstico y a la medicalización no se resolverán sin la fuerza motriz de aquellos a quienes se les ha adjudicado diagnóstico psiquiátrico. Esto precisa del respaldo de un cambio de rumbo en los mensajes al público general sobre las alternativas a la narrativa de la medicalización. Esperamos que nuestro Marco PAS pueda contribuir a cumplir estos objetivos.

Apéndice

EVIDENCIA QUE DA APOYO A LOS PATRONES GENERALES

A continuación se presentan pruebas basadas en la investigación relacionada con cada uno de los Patrones Generales Provisionales propuestos. Hay que tener en mente una serie de cuestiones:

- Todos los Patrones Generales proceden de un amplio conjunto de pruebas que conforman el Patrón Fundamental, tal y como se indica a lo largo de este documento. Además, cada Patrón General recoge la evidencia que sugiere regularidades dentro del Patrón Fundamental.
- La bibliografía no pretende ser un compendio completo de toda la literatura pertinente en relación a cada Patrón General, sino un indicador de resúmenes o síntesis, metaanálisis y revisiones importantes de la literatura.
- Debido al predominio de los postulados diagnósticos, gran parte de la evidencia que exponemos a continuación se expresa en estos términos. Esto tiene limitaciones obvias, pero al citar estos estudios no se quiere decir que respaldemos las categorías que se asumen en ellos. Sin embargo, si se toman como una representación de las experiencias y expresiones comunes de sufrimiento y se contemplan desde el punto de vista del Marco PAS, estos estudios se pueden utilizar para sugerir regularidades de significado y función, que son los elementos centrales de los patrones.
- En muchos casos, hay investigaciones, que se remontan a varias décadas, que atestiguan un reconocimiento amplio de estos Patrones Generales en contextos culturales occidentales, aunque puede haber variaciones en alguna de sus manifestaciones concretas. Por lo tanto, las referencias más antiguas son tan pertinentes como las más recientes.
- No se pretende que sea un conjunto completo o definitivo de patrones, sino un punto de partida para seguir investigando y delineando las regularidades en la experiencia y la expresión del sufrimiento, que pueden orientar la teoría, la práctica, y las narrativas personales. Acogeremos con agrado las respuestas procedentes de la investigación, la práctica clínica y los testimonios personales sobre el desarrollo de este proceso en curso.

EL PATRÓN FUNDAMENTAL

Todos los Patrones Generales surgen y se basan en el conjunto de pruebas que constituyen el Patrón Fundamental, y por lo tanto se sustentan en este. Esta evidencia se resume a lo largo de todo el documento, especialmente en el Capítulo 4. La síntesis que se presenta a continuación también incluye resúmenes.

Adversidades

Las adversidades económicas, sociales y relacionales se pueden dar a lo largo de la vida de cualquier persona y en cualquier momento, y son una característica permanente de la vida humana. Sin embargo las adversidades sufridas en la infancia pueden ejercer una influencia enorme en la salud mental y física de la persona. El grupo de estudios clave se encuentra en los estudios sobre las Experiencias de Adversidad en la Infancia (ACE, *Adverse Childhood Experiences*) y la literatura relacionada. El estudio acerca de las Experiencias

de Adversidad en la Infancia (ACE), realizado por los *Centers for Disease Control and Prevention*[179] y la *Kaiser Permanente*[180], contó con más de 17.000 participantes, pertenecientes a un plan de una aseguradora médica de los Estados Unidos y, por ello, es una de las mayores investigaciones jamás realizadas acerca de la asociación entre el maltrato infantil y la salud y el bienestar en la edad adulta. Los datos se recogieron durante dos años, entre 1995 y 1997, y se realizó un seguimiento de los participantes durante un período de 15 años. Se puntuó a los participantes, desde 0 hasta 10, respecto a si sufrieron alguna adversidad relacional o familiar concreta. Las investigaciones siguientes han indagado sobre una gama más amplia de adversidades personales, sociales y ambientales. Los resultados documentan unas relaciones robustas y significativas entre los ACE y una amplia gama de problemas de salud física y mental, problemas sociales o conductuales siendo adultos, costes económicos y sociales, y mortalidad temprana. Las altas puntuaciones en los ACEs se correlacionan de forma significativa con «depresión», «trastornos del estado de ánimo», «trastornos de ansiedad», «psicosis», «trastorno de estrés postraumático», abuso de sustancias, intentos de suicidio, alucinaciones y uso de fármacos neurolépticos, múltiples parejas sexuales, y el aumento de la probabilidad de ser víctima de una agresión sexual o de violencia doméstica. Se demostró que los ACEs aumentan el riesgo de abuso de sustancias, violencia interpersonal, y conductas delictivas. También se relacionan con problemas de salud física, incluyendo enfermedades hepáticas, pulmonares obstructivas crónicas (EPOC), cardíacas, autoinmunes y cáncer de pulmón. En general, los ACE son la causa de «enfermedades mentales graves» y de abuso de drogas y alcohol que se pueden prevenir en mayor medida. Los ACE se transmiten de un modo intergeneracional con enormes costes personales, sociales y económicos.

Otras adversidades que seguidamente midió la *National Child Traumatic Stress Network*[181] fueron la agresión sexual y la violación, las lesiones graves y los accidentes, las enfermedades y los traumas por enfermedad, la agresión física, el secuestro, los desastres naturales, el desplazamiento forzoso y la violencia interpersonal extrema, junto a la guerra y el terrorismo y la violencia política. También estas adversidades se asocian a un nivel educativo y laboral más bajo, y a un mayor uso de los servicios médicos, sociales y de bienestar.

Se ha demostrado que el impacto de las ACE es acumulativo y sinérgico. Cuantas más experiencias ACE acumula una persona, más resulta probable que sufra una crisis y problemas de salud mental en la edad adulta, con un aumento más o menos gradual, que a menudo se manifiesta en una marcada aceleración a partir de cuatro o más ACEs. Además, algunos sucesos de adversidad en la infancia parecen que tienen un impacto sinérgico, es decir, que su efecto combinado es mayor que la suma de sus efectos individuales. En las mujeres, parece darse una sinergia particularmente fuerte con el abuso sexual en la infancia y algo menos vivir con dificultades económicas. En los hombres, crecer con dificultades económicas parece ser el factor de sinergia

[179] Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
[180] *Kaiser Permanente* es un consorcio americano de atención médica, contiene un plan de salud sin ánimo de lucro en Estados Unidos. Dirige hospitales y consultorios médicos, en los que trabajan unos 300.000 empleados, https://healthy.kaiserpermanente.org/ (*N. de los T.*).
[181] Red Nacional de Estrés Traumático en el Niño.

más poderoso, junto al abuso sexual en la infancia. Que los padres sufran depresión o ansiedad o sean usuarios de drogas supone una sinergia tanto en hombres como para mujeres. Cuanto más joven se es, mayor será el impacto. Los discursos sociales sobre los roles de género parecen configurar cómo se experimentan y se expresan las adversidades; por ejemplo, es más posible que las niñas reaccionen con disociación y los hombres con exceso de actividad e inatención.

Los investigadores hipotetizan que los ACE en la infancia tienen el efecto de aumentar elementos de riesgo, como fumar, beber o comer en exceso, y autolesiones, que pueden considerarse como formas de encarar el impacto emocional del trauma; y que el impacto del trauma en la infancia sobre el cerebro y el cuerpo, que se encuentra en proceso de desarrollo, causa desregulación de los procesos fisiológicos, incluyendo la respuesta al estrés. En el Capítulo 5, el apartado «Biología» explora estos complejos mecanismos y sus contextos relacionales, materiales y sociales con más detalle.

A menudo estas adversidades de la infancia se experimentan, y también se configuran las respuestas ante ellas, dentro de un contexto más amplio de desventaja social y desigualdades de poder, que también tienen vinculaciones robustas y arraigadas con una amplia gama de diagnósticos de salud mental, en parte debido a que proporcionan un contexto en el que las adversidades se multiplican. Luego, el impacto de las adversidades se transmite entre las generaciones. En las sociedades industrializadas y desarrolladas, la desigualdad económica facilita aún más la incidencia y la prevalencia de todo tipo de adversidades. Estudios recientes en los Estados Unidos han empezado a investigar la relación entre los patrones de Experiencias Adversas en la Comunidad, como las que ocurren en las comunidades que se encuentran muy afectadas por la violencia estructural, la pobreza y el sufrimiento individual.

Los estudios sobre las Experiencias de Adversidad en la Infancia (ACE) se recogen en la siguiente bibliografía:

Arthur, E., Seymour, A., Dartnall, M. et al. (2013). *Trauma-informed practice guide*. British Colombia Centre of Excellence for Women's Health. Accesible en: http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf

Hughes, A., Bellis, M.A., Hardcastle, K.A. et al. (2017) The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health, 2,* e356–366.

Pinderhughes, H., Davis, R. y Williams, M. (2015). *Adverse Community Experiences and resilience: A framework for addressing and preventing community trauma*. Prevention Institute, Oakland, CA. Accesible en: https://www.preventioninstitute.org/publications/adverse-community-experiences-and-resilience-framework-addressing-and-preventing

Putnam, K.T., Harris, W.W. y Putnam, F.W. (2013). Synergistic childhood adversities and complex adult psychopathology. *Journal of Traumatic Stress, 26*(4), 435–442.

Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., Layne, C.M. et al. (2014). Modeling constellations of trauma exposure in the National Child Traumatic Stress Network Core Data Set. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6* (Suppl 1), S9–S17.

www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/index.html

www.acestudy.org

www.acestoohigh.com

www.blueknot.org.au

www.canarrative.org

Una visión de la literatura general sobre el impacto de las adversidades se puede hallar en:

Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization.

Herman, J.L. (2001). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror.* New York: Basic Books. [trad. cast.: *Trauma y recuperación. Como superar las consecuencias de la violencia.* España: Espasa, 2004].

Kezelman, C.A. y Stravropoulos, P.A. (2012). *Practice guidelines for treatment of complex trauma and trauma informed care and service delivery*. Milsons point, NSW: Blue Knot Foundation, www.blueknot.org.au.

Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post 2010*. London: IHE. Accesible en: http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/coventry-marmot-city-evaluation-2020

Psychologists against Austerity (2015). *The psychological impact of austerity: A briefing paper*. Author. Accesible en: https://psychagainstausterity.files.wordpress.com/2015/03/paa-briefing-paper.pdf

Read, J., Goodman, L., Morrison, A. et al. (2013). Childhood trauma, loss and stress. In J. Read y J. Dillon (Eds.) *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis* (2nd edn, pp.223–252).London: Routledge.

van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking. [trad. cast.: *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma.* España: Eleftheria, 2017].

Wilkinson, R. y Pickett, K. (2009). *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane [trad. cast.: *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Turner Publications, 2009]..

www.traumacenter.org

Una visión general sobre los factores causales en «salud mental» se puede consultar en:

Bentall, R.P. (2004). *Madness explained: Psychosis and human nature.* London: Penguin.

Cromby, J., Harper, D. y Reavey, P. (Eds.) (2013). *Psychology, mental health and distress*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Read, J. y Dillon, J. (Eds.) (2013). *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis* (2nd edn). London: Routledge. [trad. cast.: *Modelos de locura. Aproximaciones psicologicas, sociales y biologicas a la esquizofrenia,* Barcelona, Herder Editorial, 2007; y *Modelos de locura II,* Barcelona, Herder Editorial, 2017].

PATRONES GENERALES PROVISIONALES

1. Identidades.
2. Sobrevivir al rechazo, a estar atrapado, y a la invalidación.
3. Sobrevivir a las perturbaciones en los apegos y a las adversidades en la infancia y la adolescencia.
4. Sobrevivir a la separación y a la confusión de identidad.
5. Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado, al aislamiento y a la pérdida.
6. Sobrevivir a la exclusión social, a la vergüenza y al poder coercitivo.
7. Sobrevivir a las amenazas únicas.

Patrón general provisional: 1. identidades

Este Patrón general se conceptualiza como fundamento y apoyo de los otros seis patrones generales y sus variantes. La evidencia citada a continuación hace referencia a una lista de identidades entre muchas otras posibles.

Todos y todas podemos experimentar sufrimiento, incluso quienes tienen un estatus social más privilegiado. Sin embargo, de forma general, algunas identidades conllevan mucho más poder compensatorio, mejor estatus, más control y mejor acceso al capital social, al objeto de encarar el sufrimiento que otras, y también mejores y opciones más abundantes de apoyo, huida, protección, seguridad y sanación. Por tanto, de forma habitual, aunque no siempre, este patrón describe a alguien, cuya identidad o aspectos de identidad tiene un estatus subordinado o devaluado. Esto puede hacer referencia a la etnia, nacionalidad, orientación sexual, identidad de género, religión, discapacidad, o haber sido definido como «enfermo mental», pero también se puede asociar a grupos de mayor tamaño, identificados como mujeres, personas mayores o de la clase trabajadora. El compartir varias identidades marginalizadas (negro y discapacitado, mujer y pobre, homosexual y «enfermo mental») supone un grado de discriminación y amenaza mayor, y que aumenta la posibilidad de experimentar otras adversidades sociales y relacionales, y también más problemas de salud. En cambio, de un modo protector, las personas pueden experimentar una fuerte solidaridad social dentro del propio grupo y/o tener elementos de su identidad que culturalmente son más apreciados.

Como norma general, todos los diagnósticos de salud mental, de un modo habitual, son personas con identidades devaluadas, especialmente si pertenecen a varios grupos devaluados. El hecho de atribuir a alguien la identidad de «enfermo mental» puede aumentar y amplificar las experiencias de vergüenza, exclusión y marginación, además de ser una fuente importante de estigma y discriminación, en sí misma. Por esto, la identidad de «enfermo mental» se trata de una forma más detallada.

El impacto general de la marginación, devaluación y discriminación

Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press [trad. cast.: *Injustica epistémica. El poder y la ética del conocimiento*, Barcelon, Herder, 2019].

Karlsen. S. y Nazroo, J.Y. (2002). Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *American Journal of Public Health, 92*, 624–631.

Levin, S. y van Laar, C. (Eds.) (2006). *Stigma and group inequality: Social psychological perspectives*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Sue, D.W. (2010). *Microaggressions in everyday life: Race, gender, and sexual orientation.* Chichester: Wiley.

Interseccionalidad

McManus, S., Scott, S. y Sosenko, F. (2016). *Joining the dots – the combined burden of violence, abuse and poverty*. DMSS Research and Heriot Watt University report for Agenda.

Rosenfield, S. (2012). Triple jeopardy? Mental health at the intersection of gender, race, and class. *Social Science & Medicine, 74*(1), 1791–1796.

Walby, S. (2007). Complexity theory, systems theory and multiple intersecting social inequalities. *Philosophy of the Social Sciences, 37*(4), 449–470.

Weber, L., Madden, M. y Hyde, J.S. (1998). A conceptual framework for understanding race, class, gender and sexuality. *Psychology of Women Quarterly, 22*, 13–32.

Identidad social, salud y bienestar

Haslam, S.A., Jetten, J., Postmes, T. et al. (2009) Social identity, health and well-being: An emerging agenda for applied psychology. *Applied Psychology: An International Review, 58*(1), 1–23 (and other papers in this Special Issue).

Jetten, J., Haslam, C. y Haslam, S.A. (Eds.) (2012). *The social cure: Identity, health and well-being*. New York and Hove: Psychology Press.

Subpatrones

Estar identificado o identificarse como «enfermo/a mental»

Los efectos estigmatizantes de las etiquetas psiquiátricas en el Reino Unido y en el mundo

Angermeyer, M. y Matschinger, H. (2005). Labeling –stereotype– discrimination: An investigation of the stigma process. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*, 391–395.

Angermeyer, M., Holzinger, A., Carta, M. et al. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness. *British Journal of Psychiatry, 199*, 367–372.

Chartonas, D., Kyratsous, M., Dracass, S. et al. (2016). Personality disorder: Still the patients psychiatrists dislike? *Psychiatric Bulletin, 40*(4), 1–6.

Kvaale, E., Haslam, N. y Gottdiener, W. (2013). The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review, 33*, 782–794.

Lasalvia, A., van Bortel, T., Bonetti, C. et al. and the ASPEN/INDIGO Study Group (2015). Cross-national variations in reported discrimination among people treated for major depression worldwide: The ASPEN/ INDIGO international study. *British Journal of Psychiatry, 207*(6), 507–514.

Martinez, A., Piff, P., Mendoza-Denton, R. et al. (2011). The power of a label: Mental illness diagnoses, ascribed humanity and social rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology, 30*, 1–23.

Read, J., Haslam, N. y Magliano, L. (2013). Prejudice, stigma and 'schizophrenia'. In J. Read y J. Dillon (Eds.), *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis* (pp.157–177). London: Routledge. [trad. cast.: Prejuicio, estigma y «esquizofrenia»: El papel de la ideología epigenética. En Read, J. y Dillon, J. (editors). *Modelos de locura II*, Barcelona, Herder, 2017].

Discriminación contra las personas con etiquetas psiquiátricas asignadas

Gonzales, L., Davidoff, K.C., Nadal, K.L. et al. (2015). Microaggressions experienced by persons with mental illnesses: An exploratory study. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 38*(3), 234–241.

Sayce, L. (2000). *From psychiatric patient to citizen: Overcoming discrimination and social exclusion*. Basingstoke: Macmillan.

Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press.

Time to Change (2008). *Stigma shout: Service user and carer experiences of stigma and discrimination*. Author. Accesible en: http://www.time-to-change.org.uk/sites/default/files/Stigma%20Shout.pdf

Las tasas elevadas de problemas de salud física en las personas con etiquetas psiquiátricas, incluyendo los efectos de los medicamentos psiquiátricos

De Hert, M., Detraux, J., van Winkel, R. et al. (2012). Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nature Reviews Endocrinology, 8*, 114–126.

Naylor, C., Parsonage, M., McDaid, D. et al. (2012). *Long-term conditions and mental health: The cost of co-morbidities*. London: The King's Fund.

Las respuestas personales a la etiqueta psiquiátrica

Callard, F. (2014). Psychiatric diagnosis: The indispensability of ambivalence. *Journal of Medical Ethics*, *40*(8), 526–530.

Castillo, H. (2000). Temperament or trauma? Users' views on the nature and treatment of personality disorder. *Mental Health Care, 4*(21), 53–58.

Coleman, R. (1999). *Hearing voices and the politics of oppression*, En C. Newnes, G. Holmes y C. Dunn (Eds.) *This is madness* (pp.149–63). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Coleman, R. (2017). *The Ron Coleman story.* Author. Accesible en http://www.workingtorecovery.co.uk/ron- coleman/the-ron-coleman-story.aspx

Hayne, Y.M. (2003). Experiencing psychiatric diagnosis: Client perspectives on being named mentally ill. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 10*, 722–729.

Leeming, D., Boyle, M. y Macdonald, J. (2009). Accounting for psychological problems: How user-friendly are psychosocial formulations? *Clinical Psychology Forum, 200*, 12–17.

Longden, E. (2010): Making sense of voices: A personal story of recovery. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches, 2*(3), 255–259.

Pitt, L., Kilbride, M., Welford, M. et al. (2009). Impact of a diagnosis of psychosis: User-led qualitative study. *Psychiatric Bulletin, 33*, 419–423.

Pyle, M. y Morrison, A. (2013). 'It's just a very taboo and secretive kind of thing': Making sense of living with stigma and discrimination from accounts of people with psychosis. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches, 6*, 195–205.

Romme, M., Escher, S., Dillon, D. et al. (Eds.) (2009). *Living with voices: 50 stories of recovery*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Laura Delano, blog en: http://www.madinamerica.com/2013/02/reflections-on-a-psychiatric-indoctrination- or-how-i-began-to-free-myself-from-the-cult-of-psychiatry/

Rachel Waddingham blog en: https://www.madinamerica.com/2013/08/does-language-matter/

http://psychdiagnosis.weebly.com/stories-of-harm.html

www.openparadigmproject.com

www.madinamerica.com/category/personal-stories/

Estar identificada o identificarse como mujer

A menudo, en todo el mundo, se representa y se trata a las mujeres como inferiores o secundarias, intelectual, económica y socialmente. Hay evidencia

extensa del impacto negativo de todo esto en la salud mental de las mujeres y las niñas mediante una amplia gama de manifestaciones.

Bates, L. (2014). *Everyday sexism*. London: Simon & Schuster [trad. cast.: *Sexismo cotidiano.* España: Capitán Swing, 2017].

Fine, C. (2011). *Delusions of gender*. London: Icon Books. [trad. cast.: *Cuestión de sexos. Ni las mujeres son de Venus ni los hombres de Marte: cómo nuestras mentes, la sociedad y el neurosexismo crean la diferencia.* España: Roca, 2011].

Freeman, D. y Freeman, J. (2013). *The stressed sex: Uncovering the truth about men, women, and mental health*. Oxford: Oxford University Press.

Gavey, N. (2005). *Just sex? The cultural scaffolding of rape*. London: Routledge.

House of Commons Women and Equalities Committee (2016). *Sexual harassment and sexual violence in schools*. London: House of Commons. Lafrance, M.N. (2009). *Women and depression: Recovery and resistance.* London: Routledge.

Nicolson, P. (2015). *Gender, power, and organisations* (2nd edn). Hove: Routledge. [trad. cast.: *Poder, género y organizaciones ¿Se valora a la mujer en la empresa?* España: Narcea, 1997].

Oram, S., Khalifeh, H. y Howard, L.M. (2016). Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry*, Available online 15 November 2016, ISSN 2215-0366, http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9

Salter, M. (2012). Invalidation: A neglected dimension of gender-based violence and inequality. *International Journal for Crime and Justice, 1*, 3–13.

Ussher, J.M. (2011). *The madness of women: Myth and experience*. Abingdon, Oxon: Routledge.

Valenti, J. (2016). *Sex object*. New York: Harper Collins.

World Health Organization (2000). *Women's mental health: An evidence based review. Department of mental health and substance dependence*. Author: Geneva. Accesible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66539/WHO_MSD_MDP_00.1.pdf

World Health Organization (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Author: Geneva. Accesible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43310 [trad. cast.: *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica : primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe*. Accesible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43390].

World Health Organization (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines*. Author: Geneva. Accesible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/ [trad. cast.: *Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Resumen.* Accesible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7705/WHORHR13_10_esp.pdf].

Estar identificado o identificarse como varón

Aunque habitualmente la identidad «masculina» no es una identidad devaluada, los privilegios que se asocian a la misma suelen acarrear límites estrictos para los aspectos positivos de esta identidad y algunos aspectos que no encajan en este marco son muy devaluados, como las expresiones emocionales o las conductas que se consideran como «femeninas». Esto se refleja en las elevadas tasas de suicidio, de violencia dirigida a otros, el uso problemático de drogas y alcohol, así como en los problemas de ansiedad y el estado de ánimo bajo.

Addis, M. (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology Science and Practice*, 15, 153–168.

Archer, J. (Ed.) (1994). *Male violence*. London: Routledge.

Classen, T.J. y Dunn, R.A. (2012). The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States. *Health Economics*, 21, 338–350.

Connell, R. (2005). *Masculinities* (2nd edn). Cambridge: Polity [trad. cast.: *Masculinidades*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2011].

Emslie, C., Rridge, D., Ziebland, S. et al. (2005). Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Social Science and Medicine*, 62, 2246–2257.

Frosh, S., Phoenix, A. y Pattman, R. (2002). *Young masculinities: Understanding boys in contemporary society*. London: Palgrave.

Schrock, D. y Schwalbe, M. (2009). Men, masculinity and manhood acts. *Annual Review of Sociology*, 35, 277–295.

Estar identificado/a o identificarse como miembro de un grupo étnico minoritario (en el Reino Unido)

Las personas de grupos étnicos minoritarios que viven en el Reino Unido tienen tasas mucho más altas de problemas de salud mental diagnosticados, tanto comunes como graves, comparadas con la población británica blanca. Esto es válido tanto si han nacido en el Reino Unido, como si se trasladaron allí desde otras partes del mundo, y se ha demostrado que se relaciona con las experiencias y las percepciones de racismo, junto a numerosas otras formas de desventaja social. A continuación se presentan ejemplos significativos. Hay comunidades concretas (como la turca, polaca, rumana, hindú, pakistaní, ugandesa, asiática, somalí, húngara, y otras.) que pueden hacer frente a los desafíos mediante sus propias pautas características.

Brown, L.S. (2009). Cultural competence: A new way of thinking about integration in therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 19(4), 340–353.

Comas-Díaz, L. (2011). *Multicultural approaches to psychotherapy*. En Norcross, J., Freadheim D. y Vandenboss, G.I. (Eds.) *History of psychotherapy: Continuity and change* (2nd edn). Washington, DC: American Psychological Association.

Fearon, P., Kirkbride, J., Morgan, C. et al. (2006). Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: Results from the MRC AESOP Study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1541–1550.

Karlsen, S., Nazroo, J.Y., McKenzie, K. et al. (2005). Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in England. *Psychological Medicine*, 35(12), 1795–1803.

Kposowa, A.J., Tsunokai, G.T. y Butler, E.W. (2001). The effects of race and ethnicity on schizophrenia: Individual and neighborhood contexts. *Race, Gender & Class*, 9(1), 33–54.

Littlewood, R. y Lipsedge, M. (1997). *Aliens and alienists: Ethnic minorities and psychiatry* (3rd edn). London: Routledge.

Morgan, C. y Hutchinson, G. (2010). The social determinants of psychosis in migrant and ethnic minority populations: A public health tragedy. *Psychological Medicine*, 40, 705–709.

Rogers-Sirin, L., Ryce, P. y Sirin, S.R. (2014). *Acculturation, acculturative stress, and cultural mismatch and their Influences on immigrant children and adolescents' well-being*. En R. Dimitrova et al. (Eds.) *Global perspectives on well-being in immigrant families* (pp.11–30). New York: Springer.

Series *The Change Institute Series* (2009), publicadas por el Department for Communities and Local Government, on *Understanding Muslim ethnic communities*. www.changeinstitute.co.uk

Series Greater London Authority (2009) Series sobre *Communities* in London. Greater London Authority, City Hall.

Las personas de origen irlandés, en el Reino Unido tienen un historial tan malo o incluso peor que el de muchos de los principales grupos étnicos minoritarios que residen en Inglaterra, en términos de «salud mental» y también de salud somática, y esta desventaja persiste en la segunda y tercera generación.

Fitzpatrick, M. y Newton, J. (2005). Profiling mental health needs: What about your Irish patients? *The British Journal of General Practice*, 1, 55 (519), 739–740.

Leavey G. (1999). Suicide and Irish migrants in Britain: Identity and integration. *International Review of Psychiatry*, 11, 168–172.

Leavey, G., Clarke, G., King, M. et al. (1997). Health research on the Irish in Britain: Invisible and excluded. *Psychiatric Bulletin*, 21, 739–740.

Mind Factsheet. *Irish people in Britain*. Accessible en: http://www.lemosandcrane.co.uk/dev/resources/Mind%20-%20The%20mental%20health%20of%20Irish%20people%20in%20Britain.pdf

Reid-Galloway, C. y Stewart, G. (2001). *Mental health of Irish-born people in Britain*. London: MIND.

Estar identificado o identificarse como persona de ascendencia africana o afrocaribeña

Las personas negras de origen africano y afrocaribeño tienen tasas particularmente elevadas de diagnósticos de «psicosis». Se ha comprobado que se relaciona con los niveles de desventaja social, por lo general más altos, como pobreza, racismo y discriminación. Los varones afrocaribeños están sobrerrepresentados en la asistencia psiquiátrica de agudos y en urgencias, y reciben intervenciones más coercitivas. También están mucho más representados en el sistema de justicia penal. Los jóvenes negros que viven en entornos urbanos tienen tasas especialmente altas de diagnósticos de «psicosis», incluyendo porcentajes más elevados de «paranoia», que se pueden atribuir en parte a los estereotipos sobre la violencia, aunque el hecho de vivir en un barrio de mayoría negra parece ser un factor protector. Las mujeres de raza negra experimentan múltiples adversidades relacionadas con el racismo, la pobreza y las desigualdades de género, y manifiestan tasas elevadas de violencia sexual y revictimización.

Boast, N. y Chesterman, P. (1995). Black people and secure psychiatric facilities: Patterns of processing and the role of stereotype. *British Journal of Criminology*, 35(2), 218–235.

Boydell, J., van Os, J., McKenzie, K. et al. (2001). Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: Ecological study into interactions with environment. *British Medical Journal*, 323, 1336–1338.

Bresnahan, M., Begg, M.D., Brown, A. et al. (2007). Race and risk of schizophrenia in a US birth cohort: Another example of health disparity? *International Journal of Epidemiology*, 36(4), 751–758.

Das-Munshi, J., Bécares, L., Boydell, J.E. et al. (2012). Ethnic density as a buffer for psychotic experiences: Findings from a national survey (EMPIRIC). *British Journal of Psychiatry*, 201, 282–290.

Heinz, A., Deserno, L. y Reininghaus, U. (2013). Urbanicity, social adversity and psychosis. *World Psychiatry,* 12(3), 187–197.

Janssen, I., Hanssen, M., Bak, M. et al. (2003). Discrimination and delusional ideation. *British Journal of Psychiatry*, 182(1), 71–76.

King, C. (2016). *Whiteness in psychiatry: The madness of European misdiagnoses*. In J. Russo y A. Sweeney (Eds.) *Searching for a rose garden* (pp.69–76). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Kirkbride, J.B., Errazuriz, A., Croudace, T.J. et al. (2012). Incidence of schizophrenia and other psychoses in England, 1950–2009: A systematic review and analysis. *PLoS One*, 7(3), e31660.

Metzl, J.M. (2010). *The protest psychosis: How schizophrenia became a black disease*. Boston: Beacon Press.

Neighbors, H.W., Trierweiler, S.J., Ford, B.C. et al. (2003). Racial differences in DSM diagnosis using a semistructured instrument: The importance of clinical judgment in the diagnosis of African Americans. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(3), 237–256.

Prins, H., Backer-Holst, T., Francis, E. et al. (1993). *Report of the Committee of Inquiry into the Death in Broadmoor Hospital of Orville Blackwood and a review of the deaths of two other Afro-Caribbean Patients. Big, black and dangerous?* The Special Hospitals Service Authority.

Read, J., Johnstone, L. y Taitimu, M. (2013). *Psychosis, poverty and ethnicity*. In J. Read y J. Dillon (Eds.), *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis* (2nd edn, pp.191–209). London: Routledge. [trad. cast.: Psicosis, pobreza y etnia. En Read, J. y Dillon, J. (editors). *Modelos de locura II*, Barcelona, Herder, 2017].

Rosen, C., Jones, N., Longden, E. et al. (2017). Exploring the intersections of trauma, structural adversity, and psychosis among a primarily African-American sample: A mixed-methods analysis. *Frontier Psychiatry* 8(57). doi: 10.3389/fpsyt.2017.00057

Sharpley, M., Hutchinson, G., McKenzie, K. et al. (2001). Understanding the excess of psychosis among the African-Caribbean population in England. *British Journal of Psychiatry*, 178(40), 60–68.

Estar identificada o identificarse como mujer negra

Bryant-Davis, T., Ullman, S.E., Tsong, Y. et al. (2010). Struggling to survive: Sexual assault, poverty, and mental health outcomes of African American women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(1), 61–70.

Crenshaw, K.W. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43, 1241–1299.

Holland, S. (2011). *Psychotherapy, oppression and social action: Gender, race and class in black women's depression*. In R.J Perelberg y A.C. Miller (Eds.) *Gender and power in families* (pp.256–269). London: Karnac.

hooks, b. (1999). *Ain't I a woman: Black women and feminism*. Boston: South End Press.

Jones, L.V. y Guy-Sheftall, B. (2015). Conquering the Black girl blues. *Social Work*, 60(4), 343–350.

Jones, L.V., Hopson, L., Warner, L. et al. (2015). A qualitative study of black women's experiences in drug abuse and mental health services. *Journal of Women and Social Work*, 30(1), 68–82.

McNeish, D. y Scott, S. (2014). *Women and girls at risk. Evidence across the life course*. Barrow Cadbury Trust, Lankelly Chase Foundation y The Pilgrim Trust. Accesible en: http://lankellychase.org.uk/wp-content/uploads/2015/12/Women-Girls-at-Risk-Evidence-Review-040814.pdf

Sciolla, A., Glover, D.A., Loeb, T.B. et al. (2011). Childhood sexual abuse severity and disclosure as predictors of depression among adult African-American and Latina Women. *Journal of Nervous and Mental Disease & Volume*, 199(7), 471–477.

Estar identificado/a o identificarse como persona con discapacidad intelectual

En particular, las personas con discapacidad intelectual «leve» pueden experimentar vergüenza y devaluación, y muchos de estos intentan distanciarse de otras personas con discapacidad intelectual y de los servicios

de apoyo, lo que aumenta los sentimientos de aislamiento y «diferencia», dentro de una sociedad altamente individualizada y orientada al éxito. Este grupo también tiene más probabilidades que sus pares de sufrir experiencias de abuso físico, sexual y emocional y abandono.

Grandin, T. (1984). My experiences as an autistic child and review of selected literature. *Journal of Orthomolecular Psychiatry*, 13, 144–174.

Keesler, J.M. (2014). A call for the integration of trauma-informed care among intellectual and developmental disability organizations. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 11(1), 34–42.

MENCAP (2007). *Death by indifference*. London: Author. Accesible en: https://www.mencap.org.uk/

Sequeira, H. y Hollins, S. (2003). Clinical effects of sexual abuse on people with learning disability: Critical literature review. *British Journal of Psychiatry*, 182, 13–19.

Sinason, V. (1992). *Mental handicap and the human condition.* London: Free Association Books.

Taylor, J.L. y Knapp, M. (2013). *Mental health and emotional problems in people with intellectual disabilities*. In J.L.Taylor, W.R. Lindsay, R.P. Hastings y C.Hatton (Eds.) *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities* (pp.1-14). Oxford: Wiley-Blackwell.

Estar identificado/a o identificarse como gitano/a o nómada (*traveller*)

Por lo general este grupo tiene peores niveles de bienestar y de salud.

Department of Health (2004). *The health status of gypsies and travellers in England*. London: Department of Health Publications.

Race Equality Foundation (2008). *The health of gypsies and travellers in the UK*. Better Health Briefing Paper 12. Race Equality Foundation.

Estar identificado o identificarse como lesbiana, gay, bisexual, trans y/o queer (LGBTQ)

Se han encontrado tasas más elevadas de problemas de «salud mental» diagnosticados entre las personas de los colectivos LGBTQ.

Almeida, J., Johnson, R.M., Corliss, H.L. et al. (2009). Emotional distress among LGBT youth: Influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 1001–1014.

Burton, C.M., Marshal, M.P., Chisolm, D.J. et al. (2013). Sexual minority-related victimization as a mediator of mental health disparities in sexual-minority youth: A longitudinal analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(3), 394–402.

Lehavot, K. y Simoni, J.M. (2011). The impact of minority stress on mental health and substance use among sexual minority women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 159–170.

Lewis, N.M. (2009). Mental health in sexual minorities: Recent indicators, trends, and their relationships to place in North America and Europe. *Health and Place*, 15(4), 1029–1045.

Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697.

Estar identificado o identificarse como una persona de más edad

Las personas de más edad, o ancianas, de un modo más acusado tienen experiencias de tristeza, desesperanza, ansiedad y soledad, como consecuencia del aislamiento social, pobreza, discriminación, duelos por sus parejas, amigos y familia, limitaciones físicas y un peor estado de salud, que abarcan el dolor crónico, las dolencias crónicas, como diabetes o enfermedades cardiovasculares. Esto se manifiesta de forma más marcada, en concreto en el Reino Unido, por la pérdida de la estructura familiar extensa, junto a varios mensajes culturales que quitan valor a la edad, la sabiduría o la experiencia.

Cattan, M., White, M., Bond, J. et al. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25, 1, 41–67.

Dover, S. y McWilliam, C. (1992). Physical illness associated with depression in the elderly in community based and hospital patients. *Psychiatric Bulletin*, 16, 612–13.

Drentea, P. y Reynolds, J.R. (2012) Neither a borrower nor a lender be: The relative importance of debt and SES for mental health among older adults. *Aging Health*, 24(4), 673–695.

Keyes, C.L.M. (2004). The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: The complete mental health perspective and moderating role of age and gender. *Aging and Mental Health*, 8(3), 266–274.

Mental Health Foundation (2015). *Fundamental facts about mental health*. Section 2.1.4, Older Adults. Author. Accesible en: https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/fundamental-facts-about-mentalhealth-2016.pdf

Ostir, G.V., Markides, K.S., Peek, M.K. et al. (2001). The association between emotional wellbeing and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 63, 210–215.

Serby, M. y Yu, M. (2003). Overview: Depression in the elderly. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 70(1), 38-44.

Estar identificado o identificarse como persona con estatus socioeconómico bajo

Baumburg, B., Bell, K. y Gaffney, D. (2011). *Turn to us: Benefits stigma in Britain*. London: Elizabeth Finn Care.

Chase, E. y Walker, R. (2012). The co-construction of shame in the context of poverty: Beyond a threat to the social bond. *Sociology*, 47, 739–754.

Cromby, J. y Harper, D. (2009). Paranoia: A social account. *Theory and Psychology*, 19, 335–361.

Farah, M.J., Shera, D.M., Savage, L. et al. (2006). Childhood poverty: Specific associations with neurocognitive development. *Brain Research*, 1110, 166–174.

Fell, B. y Hewstone, M. (2015). *Psychological perspectives on poverty*. York: Joseph Rowntree Foundation.

Fujiwara, T. y Kawachi, I. (2008). A prospective study of individual level social capital and major depression in the United States. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 627–633.

Gibb, J., Rix, K., Wallace, D. et al. (2016). *Poverty and children's personal and social relationships*. London: National Children's Bureau. Accesible en: https://www.jrf.org.uk/report/poverty-and-childrens-personal-and-social-relationships

Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 7, 174–189.

Johnson, S.L., Wibbels, E. y Wilkinson, R. (2015). Economic inequality is related to cross-national prevalence of psychotic symptoms. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50, 1799–1807.

Jo, Y.M. (2012). Psycho-social dimensions of poverty: When poverty becomes shameful. *Critical Social Policy*, 33, 514–531.

Kirkbride, I.B., Jones, P.B., Ullrich, S. et al. (2014). Social deprivation, inequality and the neighbourhood level incidence of psychotic syndromes in east London. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 169–180.

Marmot, M. (2004). *Status syndrome: How your social standing directly affects your health and life expectancy*. London: Bloomsbury.

Melzer, D., Fryers, T. y Jenkins, R. (2004). *Social inequalities and the distribution of common mental disorders*. Hove: Routledge.

Mullainathan, S. y Shafir, E. (2014). *Scarcity. The true cost of not having enough*. London: Penguin. [trad. cast.: *Escasez. ¿Por qué tener muy poco significa tanto?* España: Fondo de Cultura Económica, 2016].

Tirado, L. (2014). *Hand to mouth. The truth about being poor in a wealthy world*. London: Virago.

Psychologists against Austerity (2015). *The psychological impact of austerity: A briefing paper*. Author. Accesible en: https://psychagainstausterity.files.wordpress.com/2015/03/paa-briefing-paper.pdf

Wilkinson, R. y Pickett, K. (2009). *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane [trad. cast.: *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Turner Publications, 2009].

Estar identificado o identificarse como persona con discapacidad física

Honey, A., Emerson, E. y Llewelly, G. (2011). The mental health of young people with disabilities: The impact of social conditions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(1), 1-10.

Patrón General Provisional 2: sobrevivir al rechazo, a estar atrapado y a la invalidación

Al igual que los demás patrones generales, éste describe un continuo, donde la presencia de un menor número de amenazas y factores agravantes y de un mayor número de factores protectores supone necesitar menos respuestas a las amenazas y menos incapacitantes.

Con frecuencia, se han producido malos tratos interpersonales, abusos, invalidación y abandono, de forma prolongada, en situaciones sobre las que no había control, de dependencia, en aislamiento y estando atrapado/a. En estas situaciones la persona se encontraba, o se encuentra, indefensa e impotente ante la amenaza emocional y/o física, mientras que a menudo depende de los perpetradores para su supervivencia. Estas situaciones surgen de forma más frecuente en contextos de desigualdades de poder, como la pobreza, la diferencia social, el paro, las desigualdades de género y la guerra. Los diagnósticos más comunes son el «trastorno límite de la personalidad», el «trastorno bipolar», el «trastorno disociativo», el «trastorno depresivo mayor», el «trastorno por estrés postraumático, TEPT», el abuso de sustancias y alcohol y la «psicosis», aunque no todas las personas que reciben alguno de estos diagnósticos encajan en este patrón, y estos

diagnósticos asignado también pueden encajar en otros patrones. Hay un solapamiento con «Sobrevivir a las amenazas únicas», en particular en relación a los hombres (y mujeres) que han estado expuestos/as al combate. En los ámbitos de los servicios, el patrón se identifica con mayor frecuencia en las mujeres. Describe a algunas mujeres (menos a menudo a hombres) que se encuentran en el sistema de justicia penal. Hay una superposición con el patrón «Sobrevivir a la exclusión social, la vergüenza y al poder coercitivo» y con «Sobrevivir a las amenazas únicas». Como todos los patrones, este también puede describir a personas que han nunca fueron diagnosticadas formalmente.

Este patrón puede describir a algunas personas diagnosticadas de «trastorno límite de la personalidad»

Revisión general, en el Capítulo 13, «Disordered personalities?», en J. Cromby, D. Harper y P. Reavey (2013). *Psychology, mental health and distress*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Herman, Perry, van der Kolk y otros llevaron a cabo un extenso trabajo de campo en relación al DSM-IV, para proponer una nueva categoría, «Trastornos de estrés extremo sin especificar» o «Reacción al trauma complejo» como abreviación. Su definición de «Reacción al trauma complejo» consiste en:

El daño psicológico que procede de la exposición prolongada al trauma, en la vida social y/o interpersonal, en un contexto de dependencia, cautividad o de estar atrapado/a (una situación en la que la víctima no tiene una forma viable de huir), que se traduce en la ausencia o la disminución del control, indefensión, y distorsiones de la identidad y del sentido de sí mismo. Entre los casos, figuran las personas que han sufrido maltrato, abandono o abuso crónico en una relación de cuidado, los rehenes, los prisioneros de guerra, los supervivientes de los campos de concentración y los supervivientes de algunos cultos religiosos. Especialmente cuando esto ocurre en la infancia, y es protagonizado por los cuidadores, puede dar lugar a perturbaciones en los apegos, confusión en los límites, dificultades en la regulación emocional, profunda desconfianza y vergüenza, problemas de atención y concentración, disociación, alteraciones en la percepción corporal, falta de control conductual, y perturbación de la identidad y el concepto de sí mismo.

Los investigadores encontraron que el patrón «Trauma complejo» describía a muchos, aunque no a todos, de los diagnosticados de «Trastorno de personalidad límite».

Herman, J.L., Perry, J.C. y van der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490–495.

Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391.

van der Kolk, B.A., Perry, J.C. y Herman. J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1665–1671.

van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D. et al. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389–399.

van der Kolk, B.A. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. London: Penguin. [trad. cast.: *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma.* España: Eleftheria, 2017].

Los trabajos desde una perspectiva psicoanalítica identifican también un patrón similar, aunque descrito en términos diagnósticos. Se puede encontrar un resumen en: Bateman, A. y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalisation-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.

La crítica feminista sostiene que las respuestas y conductas diagnosticadas como «Trastorno límite de la personalidad» se pueden considerar como respuestas comprensibles a estar atrapada, a la invalidación, el abuso y el desempoderamiento, expresadas de unos modos que desafían la socialización femenina (ira, autolesiones, etc.) y, por lo tanto, cuando se observan estas maneras en las mujeres, aumentan las posibilidades de recibir un diagnóstico. Este patrón se sitúa en un contexto más amplio de los intereses de poder, que incluye la negación de la prevalencia y el impacto del maltrato doméstico y el abuso sexual, y las consecuencias del combate. Lo primero se experimenta más, y de forma mucho más frecuente, en las mujeres y lo segundo en los hombres.

Burstow, B. (2003). Toward a radical understanding of trauma and trauma work. *Violence against Women*, 9(11), 1293–1317.

Herman, J.L. (2001). Trauma and recovery: The aftermath of violence – From domestic abuse to political terror. New York: Basic Books. [trad. cast.: *Trauma y recuperación. Como superar las consecuencias de la violencia.* España: Espasa, 2004].

Proctor, G. (2007). *Disordered boundaries? A critique of 'borderline personality disorder'*. En H. Spandler y S.Warner (Eds.) *Beyond Fear and Control: Working with young people who self-harm* (pp.105–120). Ross-on-Wye: PCCS Books Ltd.

Recovery In The Bin Anonymous (2016). A simple guide on how to avoid receiving a diagnosis of 'personality disorder'. *Clinical Psychology Forum*, 279, 13–16.

Salter, M. (2012). Invalidation: A neglected dimension of gender-based violence and inequality. *International Journal for Crime and Justice*, 1, 3–13.

Sansone, R.A. y Sansone, L.A. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(5), 16–20.

Shaw, C. y Proctor, G. (2005). Women at the margins: A critique of the diagnosis of personality disorder. *Feminism and Psychology*, 15(4), 483–490.

Este patrón puede describir a algunas mujeres dentro del sistema judicial

Browne, A., Miller, B. y Maguin, E. (1999). Prevalence and severity of lifetime physical and sexual victimization among incarcerated women. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(3–4), 301–322.

Covington, S.S. y Bloom, B.E. (2007). Gender responsive treatment and services within correctional facilities. *Women & Therapy*, 29, 3–4.

Warner, S. y Wilkins, T. (2004). Between subjugation and survival: Women, borderline personality disorder and high security mental hospitals. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(3), 265–278.

Este patrón puede describir a algunas personas diagnosticadas de «psicosis» o «trastorno bipolar»

Catone, G., Marwaha, S., Kuipers, E. et al. (2015). Bullying victimisation and risk of psychotic phenomena: Analysis of British national survey data. *The Lancet Psychiatry*, 2(7), 618–624.

Cunningham, T., Hoy, K. y Shannon, C. (2016). Does childhood bullying lead to the development of psychotic symptoms? A meta-analysis and review of prospective studies. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 8(1), 48–59.

Daruy-Filho, L., Brietzke, E., Lafer, B. et al. (2011). Childhood maltreatment and clinical outcomes of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(6), 427–434.

Etain, B., Henry, C., Bellivier, F. et al. (2008). Beyond genetics: Childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 10(8), 867–876.

Etain, R., Mathiew, F., Henry, C. et al. (2010). Preferential association between childhood emotional abuse and bipolar disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 23(3), 376–383.

Garno, J.L., Goldberg, J.F., Ramirez, P.M. et al. (2005). Impact of childhood abuse on the clinical course of bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 186(2), 121–125. Hyun, M., Friedan, S.D. y Dunner, D.L. (2000). Relationship of childhood physical and sexual abuse to adult bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2(2), 131–135.

Larsson, S., Aas, M., Klungsøyr, O. et al. (2013). Patterns of childhood adverse events are associated with clinical characteristics of bipolar disorder. *BMC Psychiatry*, 13:97 http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/97

Leverich, G.S., McElroy, S.L., Suppes, T. et al. (2002). Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biological Psychiatry*, 51(4), 288–297.

Liotti. G. y Gumley, A. (2008). *An attachment perspective on schizophrenia: The role of disorganized attachment, dissociation and mentalization*. In M.J. Dorahy, I. Schafer y A. Moskowitz (Eds.) *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology* (pp.117–133). West Sussex: John Wiley & Sons [trad. cast.: Una perspectiva del apego en la esquizofrenia: importancia del apego desorganizado, la disociación y la mentalizacion. En M.J. Dorahy, I. Schafer y A. Moskowitz (Eds.) *Psicosis trauma y disociación. Nuevas perspectivas sobre la psicopatología grave*, Madrid, Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y Otras Psicosis, 2011].

Romero, S., Birmaher, B., Axelson, D. et al. (2009). Prevalence and correlates of physical and sexual abuse in children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 122(1–3), 144–150.

Shevlin, M., McAnee, G., Bentall, R. et al. (2015). Specificity of association between adversities and the occurrence and co-occurrence of paranoia and hallucinations: Evaluating the stability of childhood risk in an adverse adult environment. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 7(3), 206–216.

Trotta, A., Di Forti, M., Mondelli, V. et al. (2013). Prevalence of bullying victimisation amongst first-episode psychosis patients and unaffected controls. *Schizophrenia Research*, 150(1), 169–175.

Van Nierop, M., van Os, J., Gunther, N. et al. (2014). Does social defeat mediate the association between childhood trauma and psychosis? Evidence from the NEMESIS-2 Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(6) 467–476.

Este patrón a menudo conduce a la disociación como respuesta clave para afrontar la situación, a veces se diagnostica como «trastorno disociativo»

Anderson, C.L. y Alexander, P.C. (1996). The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest. *Psychiatry*, 59(3), 240–254.

Hardy, A., Fowler, D., Freeman, D. et al. (2005). Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(8), 501–507.

Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 5(4), 196–204.

Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 472–486.

Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 55–73.

Lyone-Ruth, K. (2015). Dissociation and the parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Attachment*, 9(3), 253–276(24).

Schäfer, I., Harfst,T., Aderhold, V. et al. (2006). Childhood trauma and dissociation in female patients with schizophrenia spectrum disorders: An exploratory study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 194(2), 135–138.

van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. y Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 413–423.

Vogel, M., Spitzer, C., Kuwert, P. et al. (2009). Association of childhood neglect with adult dissociation in schizophrenic inpatients. *Psychopathology*, 42(2), 124–130.

Watson, S., Chilton, R., Fairchild, H. et al. (2006). Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(5), 478–481.

Subpatrones

Sobrevivir al maltrato doméstico

Las respuestas ante la amenaza de las mujeres que han superado o que aún viven el maltrato doméstico incluyen ansiedad, ánimo bajo, miedo, culpa, vergüenza, un riesgo más alto de suicidio y problemas de salud física. Se sabe menos del maltrato doméstico en las relaciones homosexuales y transexuales o en las situaciones en las que las víctimas son hombres.

Afifi, T. (2009). Mental health correlates of intimate partner violence in marital relationships in a nationally representative sample of males and females. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 1398–1417.

Anderson, F. (2016). Childhood maltreatment and adulthood domestic and sexual victimisation among people with severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(7), 961-970.

Bostock, J., Plumpton, M. y Pratt, R. (2009). Domestic violence against women: Understanding social processes and women's experiences. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 19, 95-110.

Boyda, D., McFeeters, D. y Shevlin, M. (2015). Intimate partner violence, sexual abuse, and the mediating role of loneliness on psychosis. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 7(1), 1-13.

Eby, K.K. (2004). Exploring the stressors of low-income women with abusive partners: Understanding their needs and developing effective community responses. *Journal of Family Violence*, 19, 221-232.

Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99–132.

Jonas, S., Khalifeh, H., Bebbington, P.E. et al. (2014). Gender differences in intimate partner violence and psychiatric disorders in England: Results from 2007 adult psychiatric morbidity survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23(2), 189–199.

Oulette-Morin, I., Fisher, H.L., York Smith, M. et al. (2015). Intimate partner violence and new-onset depression: A longitudinal study of women's childhood and adult histories of abuse. *Depression and Anxiety*, 32(5), 316–324.

Shevlin, M., O'Neill, T., Houston, J.E. et al. (2013). Patterns of lifetime female victimisation and psychotic experiences: A study based on the UK Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 15–24.

Trevillion, K., Oram, S., Feder, G. et al. (2012) Experiences of domestic violence and mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLOS One*, 7 (12).

Sobrevivir como refugiado/a, solicitante de asilo, víctima de la trata o como persona desplazada

En general, los solicitantes de asilo, los refugiados y las personas víctimas de la trata o las desplazadas han experimentado muchas situaciones extremadamente amenazantes y pérdidas importantes, además de pobreza, inseguridad y estrés constante debido a los procesos legales. Como resultado de estas adversidades acumuladas, pueden cumplir criterios para una serie de diagnósticos psiquiátricos, incluyendo «psicosis». Puede darse un solapamiento con «Sobrevivir a la amenaza única o amenazas» y con «Sobrevivir al rechazo, a estar atrapado y a la invalidación».

Fazel, M., Wheeler, J. y Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in Western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314.

Hollander, A., Dal, H., Lewis, G. et al. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other nonaffective psychoses: Cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ*, 352, i1030.

Jankovic, J., Bremner, S., Bogie, M. et al. (2012). Trauma and suicidality in war affected communities. *European Psychiatry*, 28, 514–520.

Kroll, J., Yusuf, A.I. y Fujiwara, K. (2011). Psychoses, PTSD and depression in Somali refugees in Minnesota. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(6), 481–493.

Mental Health Foundation (2015). *Fundamental facts about mental health. Section 2.2.9.* London: Author. Accesible en: https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/fundamental-facts-about-mentalhealth-2016.pdf

Oram, S., Stockl, H., Busra, J. et al. (2012). Prevalence and risk of violence and the physical, mental and sexual health problems associated with human trafficking: Systematic review. *PLoS Medicine*, 9, e1001224.

Parrett, N.S. y Mason, O.J. (2010). Refugees and psychosis: A review of the literature. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 2(2), 111–121.

Rhodes, J.E., Parrett, N.S. y Mason, O.J. (2016). A qualitative study of refugees with psychotic symptoms. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 8(1), 1–11.

Robjant, K., Hassan, R. y Katona, C. (2009). Mental health implications of detaining asylum seekers: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 194, 306–312.

Steel, Z., Chey, T., Silove, D. et al. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537–549.

Tufan, A.E., Alkin, M. y Bosgelmez, S. (2013). Post-traumatic stress disorder among asylum seekers and refugees in Istanbul may be predicted by torture and loss due to violence. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(3), 219–224.

Sobrevivir al trauma intergeneracional e histórico

El trabajo con las familias de los supervivientes del Holocausto sentó las bases para la comprensión del «trauma intergeneracional», que puede afectar a las segundas, terceras e incluso a las siguientes generaciones de una familia, mediante complejos procesos relacionales y quizás epigenéticos. Un concepto asociado es el de trauma histórico, en el que pueblos enteros o grupos

colonizados sufren la pérdida del idioma, las tradiciones, el genocidio y otras formas de destrucción deliberada de sus vidas y su cultura. Hay pruebas de que estos efectos también se pueden transmitir a las siguientes de generaciones.

Burstow, B. (2003). Toward a radical understanding of trauma and trauma work. *Violence against Women*, 9(11), 1293–1317.

Coyle, S. (2014). Intergenerational trauma: Legacies of loss. *Social Work Today*, 14(3), May/June.

Duran, E., Duran, B., Brave Heart, M.Y.H. et al. (1998). *Healing the American Indian soul wound*. En Y. Danieli (Ed.) *International handbook of multigenerational legacies of trauma* (pp.341–354). New York: Plenum.

Gerard Fromm, M. (Ed.) (2012). *Lost in transmission: Studies of trauma across generations*. London: Karnac.

Kellerman, N.P.F. (2013). Epigenetic transmission of Holocaust trauma: Can nightmares be inherited? *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 50(1), 33–39.

Pinderhughes, H., Davis, R. y Williams, M. (2015). *Adverse Community Experiences and resilience: A framework for addressing and preventing community trauma*. Prevention Institute, Oakland, CA. Accesible en: https://www.preventioninstitute.org/sites/default/files/publications/Adverse%20Community%20Experiences%20and%20Resilience.pdf

Yehuda, R., Halligan, S.L. y Grossman, R. (2001). Childhood trauma and risk for PTSD: Relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD, and cortisol excretion. *Developmental Psychopathology*, 13, 733–753.

Patrón General Provisional 3: Sobrevivir a las perturbaciones en los apegos y a las adversidades en la infancia y en la juventud

Al igual que todos los demás patrones generales, éste describe un continuo, donde la presencia de un menor número de amenazas y factores agravantes y la de un mayor número de factores protectores y de mejora, supone una necesidad menor de respuestas a las amenazas y menos incapacitantes.

Este patrón describe situaciones en las que las relaciones tempranas y los entornos de los/as niños/as se encontraban afectados por una mezcla compleja de factores asociados al poder, como historias de trauma intergeneracional y adversidad, falta de recursos materiales, presiones sociales y aislamiento social. Los niños expuestos a traumas y adversidades, especialmente en el contexto de las relaciones tempranas, de maltrato, inseguras o de abandono, pueden recibir diagnósticos como «trastornos del vínculo», «TDAH», «trastorno oposicionista desafiante», «depresión», fobias, «trastornos de la alimentación» y «trastornos de ansiedad», entre otros. También se pueden encontrar síntomas y enfermedades somáticas. En niños/as mayores, este patrón se puede solapar con «Sobrevivir a la separación y a la confusión de identidad» o «Sobrevivir a la exclusión y a la derrota en la competencia siendo joven», y también se puede encontrar asociado a un historial delictivo. Al igual que en el resto de los patrones, este también puede describir a personas que nunca han sido formalmente diagnosticadas.

En parte, el patrón se basa en el trabajo de campo de van der Kolk y colegas para el DSM-IV, que propusieron el diagnóstico de «trastorno por trauma en el desarrollo» para los menores y adolescentes que mostraban los síntomas de la categoría diagnóstica propuesta para adultos de «Trauma Complejo». En la primera etapa sintetizaron los resultados de 130 estudios que incluían a más de 100.000 niños y adolescentes de todo el mundo. A continuación se elaboró y validó una escala de evaluación en base a los datos de 350 niños para demostrar que entre tres y ocho diagnósticos comórbidos, que se emplean con menores traumatizados, se podían reemplazar mediante un solo término que indicase claramente el origen común de sus dificultades, «una combinación de trauma y problemas en los apegos». Los principales criterios eran: exposición a múltiples o prolongados sucesos adversos; desregulación afectiva y fisiológica; desregulación de la atención y la conducta; desregulación relacional y del self; síntomas del espectro postraumático que se mantienen durante al menos seis meses; y deterioro en la funcionalidad en varias áreas. Entre los eventos causales figuraban «Presenciar o sufrir episodios repetidos y graves de violencia interpersonal, y perturbaciones importantes en el cuidador principal, la separación del cuidador principal o estar expuesto al maltrato emocional grave y persistente».

van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.

Una combinación de trauma interpersonal violento (p. ej., abuso sexual o maltrato físico) y no violento (p. ej., abandono o maltrato emocional) puede ser particularmente dañino.

Kisiel, C.L., Fehrenbach, T., Torgersen, E. et al. (2014). Constellations of interpersonal trauma and symptoms in child welfare: Implications for a developmental trauma framework. *Journal of Family Violence*, 29, 1-14.

Otras revisiones y síntesis

Allen, J.P., Hauser, S.T. y Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11 Year Follow Up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 254–263.

Fonagy, P. (2003). Towards a developmental understanding of violence. *British Journal of Psychiatry*, 183, 190–192.

Fox, B.H., Peres, N., Cass, E. et al. (2015). Trauma changes everything: Examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent and chronic juvenile offenders. *Child Abuse & Neglect*, 46, 163–173.

McCrory, A., Brito, S.A. y Viding, E. (2011). The impact of childhood maltreatment: A review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in Psychiatry*, 2, 48.

Timimi, S. y Maitra, B. (Eds.) (2006). *Critical voices in child and adolescent mental health*. London: Free Association Books.

Winsper, C., Wolke, D., Bryson, A. et al. (2016). School mobility during childhood predicts psychotic symptoms in late adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(8), 957–966.

Subpatrones

Sobrevivir a ser testigo de maltrato doméstico siendo niño/a o adolescente

Estos/as niños/as pueden manifestar una tendencia, sobre todo si son varones, a actuar con violencia (crueldad con los animales, agresión y arrebatos de mal genio, delincuencia, peleas, acoso escolar, amenazas, malas relaciones con los pares, falta de respeto a las mujeres, maltrato doméstico en la edad adulta). Por otro lado, sobre todo las niñas, pueden recurrir a la sumisión, al aislamiento, y sentir una gran responsabilidad por el padre maltratado, que se manifiestan en altos niveles de culpa, ansiedad, dependencia, y ansiedad ante la separación. Más tarde, los adolescentes y los adultos pueden buscar afecto mediante conductas sexuales de riesgo. Y cuanto más grave sea la violencia en el hogar, mayor es el impacto en los niños y niñas.

Bebbington, P., Bhugra, D., Brugha, T. et al. (2004). Psychosis, victimisation and childhood disadvantage. *British Journal of Psychiatry*, 185(3), 220–226.

Davies, C.A., Evans, S.E. y DiLillo, D.K. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 131–140.

Fisher, H.L., Schreier, A., Zammit, S. et al. (2013). Pathways between childhood victimization and psychosislike symptoms in the ALSPAC birth cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 1045–1055.

Holt, S., Buckley, H. y Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 797–810.

Kitzman, K.M., Gaylord, N.K., Holt, A.R. et al. (2003). Child witness to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339–352.

Vetere, A. (2011). *Children who witness violence at home*. En M. Rapley, J. Moncrieff y J. Dillon (Eds.) *Demedicalizing misery: Psychiatry, psychology and the human condition* (pp.110–122). Hampshire: Palgrave Macmillan.

Volpe, J.S. (1996). *Effects of domestic violence on children and adolescents: An overview*. The American Academy of Experts in Traumatic Stress. Accesible en: https://www.aaets.org/traumatic-stress-library/effects-of-domestic-violence-on-children-and-adolescents-an-overview.

Whitfield, C.L., Anda, R.F., Dube, S.R. et al. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: Assessment in a large health maintenance organization. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(2), 166–185.

Wolfe, D.A., Crooks, C.V., Lee, V. et al. (2003). The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(3), 171–187.

Stop Violence Against Women. *Effects on Children Witnessing Abuse*, Canadá, Accesible en: www.domesticviolenceinfo.ca/article/effects-on-children-witnessing-abuse-252.asp.

Sobrevivir al abuso sexual siendo niño /a o adolescente

El abuso sexual en la infancia puede tener múltiples efectos permanentes, tanto en la infancia como en la edad adulta, dependiendo en parte de factores agravantes y de mejora. Es un poderoso ACE sinérgico, tanto en niños como en niñas. Las niñas que sufrieron abuso sexual experimentan estado de ánimo bajo, conductas de autolesión, disociación, dificultades cognitivas, adormecimiento, impulsividad, desconfianza, más a menudo que sus pares que

no sufrieron abusos, junto a la falta de amistades y relaciones sexuales problemáticas en la adolescencia. El daño suele ser más grave si el causante es el padre biológico, si hubo o hay contacto genital, y cuanto más temprano se inicie, o si hay múltiples autores y hay violencia. El abuso sexual infantil también hace que las «alucinaciones» sean más probables, que suponen un alto grado de disociación («escapar cuando no se puede escapar»), aunque no predice de forma específica de estas experiencias, ni es el predictor único.

Bebbington, P., Cooper, C., Minot, S. et al. (2009). Suicide attempts, gender, and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1135–1140.

Cutajar, M.C., Mullen, P.E., Ogloff, J.R.P., et al. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse and Neglect*, 34, 813–822.

Fiering, C. y Taska, L.S. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment*, 10(4), 337–349.

Hanson, K.R. (1990). The psychological impact of sexual assault on women and children: A review. *Annals of Sex Research*, 3(2), 187–232.

Putnam, K.T., Harris, W.W. y Putnam, F.W. (2013). Synergistic childhood adversities and complex adult psychopathology. *Journal of Traumatic Stress*, 26(4), 435–442.

Shevlin, M., McAnee, G., Bentall, R. et al. (2015). Specificity of association between adversities and the occurrence and co-occurrence of paranoia and hallucinations: Evaluating the stability of childhood risk in an adverse adult environment. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 7(3), 206–216.

Trickett, K.P., Noll, J.G. y Puttnam, F.W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Developmental Psychopathology*, 23(2), 453–476.

Sobrevivir al acoso escolar o *bullying* en la infancia o adolescencia

Se puede entender el acoso escolar («*bullying*») como un proceso de aplicación de normas grupales en los grupos de pares. En este contexto, refleja las normas del colegio, los medios y las redes sociales, y las del entorno social más amplio, de tal forma que los niños que parecen «desviarse» de las normas por su apariencia, estatus socioeconómico, capacidad o discapacidad, género, sexo y orientación sexual, cultura, raza o religión, son el objeto de acoso más frecuente. De este modo, la cultura de la intimidación y el acoso suele tener su origen en una falta general de tolerancia a la diferencia. Los acosadores también pueden necesitar ayuda; los niños tienen más posibilidades de acosar a otros si han sufrido maltrato por parte de sus padres, especialmente maltrato físico o sexual, o si han presenciado violencia doméstica.

El impacto a corto plazo del acoso escolar o bullying puede incluir un rendimiento escolar deficiente y un mayor absentismo, así como estado de ánimo bajo, pérdida de autoestima, ansiedad, autolesiones e incluso suicidio, y también cefaleas, insomnio, dolores de estómago y enuresis, así como experiencias «psicóticas», tales como escuchar la voz de los acosadores. El acoso relacional es más frecuente en las chicas, y la agresión física es más común entre chicos. El acoso escolar es un factor causal de varias formas de sufrimiento siendo ya adulto/a (véase también «Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado, la desconexión y la pérdida», y «Sobrevivir a la exclusión social, la vergüenza y al poder coercitivo»).

Revisiones y síntesis:

Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H.L. et al. (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 168(1), 65–72.

Beran, T. y Li, Q. (2007). The relationship between cyberbullying and school bullying. *The Journal of Student Wellbeing*, 1(2), 15–33.

Campbell, M. y Morrison, A.P. (2007). The relationship between bullying, psychotic-like experiences and appraisals in 14–16-year olds. *Behaviour Resarch and Therapy*, 45(7), 1579–1591.

Crick, N.R. y Bigbee, M.A. (1998). Relational and overt forms of peer victimization: A multi-informant approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 337–347.

Department of Education and Training (2015). *A review of literature (2010–2014) on student bullying by Australia's Safe and Supportive School Communities Working Group*. Author. Accesible en: https://bullyingnoway.gov.au/UnderstandingBullying/Documents/review-of-literature2010-2014.pdf

Englander, E. (2007). Is bullying a junior hate crime? Implications for interventions. *American Behavioral Scientist*, 51(2), 205–212.

Jack, A.H. y Egan, V. (2017). Trouble at school: A systematic review to explore the association between childhood bullying and paranoid thinking. *Psychosis*, 9(3), 260–270.

Kelleher, I., Harley, M., Lynch, F. et al. (2008). Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. *British Journal of Psychiatry*, 193(5), 378–382.

Kim, Y.S. y Leventhal, B. (2008). Bullying and suicide. A review. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20(2), 133–154.

Lataster, T., van Os, J., Drukker, M. et al. (2006). Childhood victimisation and developmental expression of non-clinical delusional ideation and hallucinatory experiences: Victimisation and non-clinical psychotic experiences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 423–428.

Mackie, C.J., Castellanos-Ryan, N. y Conrod, P.J. (2011). Developmental trajectories of psychotic-like experiences across adolescence: Impact of victimization and substance use. *Psychological Medicine*, 41(1), 47–58.

Roland, E. (2002). Bullying, depressive symptoms and suicidal thoughts. *Educational Research*, 44(1), 55–67.

Salmon, G., James, A. y Smith, D.M. (1998). Bullying in schools: Self reported anxiety, depression, and self esteem in secondary school children. *BMJ*, 317, 924.

Schreier, A., Wolke, D., Thomas, K. et al. (2009). Prospective study of peer victimization in childhood and psychotic symptoms in a non-clinical population at age 12 years. *Archives of General Psychiatry*, 66(5), 527–536.

Spandler, H. (2001). *Who's hurting who? Young people, self-harm and suicide* (2nd edn). Gloucester: Handsell Publications.

United Nations Children's Fund (UNICEF) (2014). *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*. Author. Accesible en: http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf

Williams, K., Chambers, M., Logan, S. et al. (1996). Association of common health symptoms with bullying in primary school children. *BMJ*, 313, 17.

Wolke, D., Lereya, S.T., Fisher, H.L. et al. (2014). Bullying in elementary school and psychotic experiences at 18 years: A longitudinal, population-based cohort study. *Psychological Medicine*, 44(10), 2199–2211.

Sobrevivir a intervenciones médicas invasivas durante la infancia

Los/as niños/as que se deben someter a intervenciones médicas repetidas, dolorosas e invasivas, pueden resultar traumatizados. Se sabe, ya que hay

algunas pruebas, que en parte es debido a que los niños más pequeños elaboran una explicación «moral» del tratamiento que le proporciona la asistencia sanitaria, interpretando que los profesionales médicos y los padres les causan dolor de forma intencional, como castigo a sus malas acciones. El tratamiento también puede implicar un nivel de «estar atrapado» o reclusión («retención por motivos clínicos») que, si bien es inevitable en ciertas circunstancias, puede exacerbar el sufrimiento psicológico.

Bibace, R. y Walsh, M.E. (1981). Children's conceptions of illness. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 14, 31–48.

Sobrevivir al conflicto como persona joven en el norte de Uganda

Existe una versión de posesión espiritual llamada «cen» que se encuentra en el norte de Uganda, donde la guerra civil ha dado lugar a la brutalidad generalizada y al secuestro y reclutamiento forzoso de niños como soldados. Algunos adolescentes y adultos jóvenes relatan, en este contexto, que su ser ha sido ocupado por el fantasma malvado de una persona muerta. Se ha encontrado que el «cen» se asocia con niveles muy elevados de trauma bélico y con el secuestro. El espíritu al que se refieren, a menudo se identifica con el de alguien al que estos niños se vieron obligados a matar.

Neuner, F., Pfeiffer, A., Schauer-Kaiser, E. et al. (2012). Haunted by ghosts. *Social Science and Medicine*, 75(3), 548–554.

Patrón General Provisional 4: Sobrevivir a la separación y la confusión de identidad

Al igual que los otros Patrones Generales, éste describe un continuo, y la presencia de un menor número de amenazas y de elementos agravantes y de un mayor número de factores protectores supone usar un menor número de respuestas a las amenazas y menos incapacitantes.

Este patrón general describe los problemas de separación y la confusión sobre la identidad, a menudo se acompaña de otras adversidades. Es característico de las sociedades individualistas, en cuya tradición la separación de la familia nuclear se hace al finalizar la adolescencia, al inicio de la edad adulta, y que se acompaña de altas expectativas de logro, aunque también puede aparecer en etapas anteriores o posteriores de la vida.

Los discursos sociales sobre la independencia, el emprendimiento, el esfuerzo, el trabajo duro, la competitividad y el éxito pueden añadir más presión al joven. Algunos diagnósticos frecuentes son «psicosis», «esquizofrenia», «anorexia», «bulimia» o «trastorno obsesivo-compulsivo», aunque no todas las personas que tienen estos diagnósticos son descritas por este patrón y las que tienen estos diagnósticos también pueden ajustarse a otros patrones. En adolescentes y adultos jóvenes, puede darse un solapamiento con el patrón general «Sobrevivir a la perturbación en los apegos y las

adversidades en la infancia y la adolescencia». Al igual que todos los patrones, este también puede describir a gente que no ha sido nunca diagnosticada formalmente.

El patrón puede describir a algunas personas diagnosticadas de «esquizofrenia», «psicosis» o «primer episodio psicótico», especialmente en los adultos más jóvenes

Algunas síntesis o revisiones y la literatura al respecto se pueden encontrar en:

Cromby, J., Harper, D. y Reavey, P. (2013). *Psychology, mental health and distress*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Harrop, C. y Trower, P. (2003). *Why does schizophrenia develop at late adolescence? A cognitive developmental approach to psychosis*. Chichester: John Wiley & Sons.

Johnstone, L. (1999). *Do families cause schizophrenia?* En C. Dunn, C. Newnes y G. Holmes (Eds.) *This is madness: A critical look at psychiatry and the future of mental health services* (pp.119-134). Ross-on Wye: PCCS Books.

Johnstone, L. (1993). Family management in 'schizophrenia': Its assumptions and contradictions. *Journal of Mental Health*, 14, 255–261.

de Sousa, P., Varese, F., Sellwood, W. et al. (2014). Parental communication and psychosis: A meta analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 756–768.

La combinación entre una mala atención y un control elevado parece ser especialmente dañina:

Alanen, Y.O. (1997). *Schizophrenia: Its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac Books Ltd. [trad. cast.: *La esquizofrenia. Sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente*. Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 1997. Accesible en: http://www.cursoesquizofrenia.com/Castellano/pdf/LA_ESQUIZOFRENIA.pdf].

Doane, J.A., West, K.L., Goldstein, M.J. et al. (1981). Parental communication deviance and affective style. *Archives of General Psychiatry*, 38, 679–715.

Goldstein, M.J. (1984). Family factors that antedate the onset of schizophrenia and related disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71(S.319), 7–18.

Rosenthal, D. (1963). *The Genain quadruplets*. New York: Basic Books.

Read, J. y Gumley, A. (2008). Can attachment theory help explain the relationship between childhood psychosis and adversity? *Attachment: New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis*, 2(1), 1–35.

Martindale, B.V., Bateman, A., Crowe, M. et al. (2000). Psychosis: Psychological approaches and their effectiveness – putting psychotherapies at the centre of treatment. London: Gaskell, The Royal College of Psychiatrists [trad. cast.: *Las psicosis. Los tratamientos psicológicos y su eficacia,* Barcelona, Herder, 2009].

Scott, R.D. (1973a). The treatment barrier: Part 1. *British Journal of Medical Psychology*, 46(1), 45–55.

Scott, R.D. (1973b). The treatment barrier: Part 2. The patient as an unrecognized agent. *British Journal of Medical Psychology*, 46(1), 57–67.

Este patrón puede describir a algunas personas diagnosticadas de «trastornos de la alimentación», especialmente adultas jóvenes

La restricción alimentaria, las conductas purgativas y los atracones pueden manifestar temas similares, en un contexto cultural que pone un énfasis especial en la imagen corporal de las mujeres (pero también cada vez más de los hombres), la complexión y el peso. Estas presiones culturales son particularmente intensas en las sociedades occidentales, aunque se van

ampliando junto a la expansión de la industrialización. El sufrimiento asociado a la alimentación en las mujeres (y cada vez más en los hombres) se complica debido a los mensajes relacionados con el género y sus roles y expectativas, a menudo opuestos, que conducen a una necesidad en aumento de ejercer un control sobre el cuerpo, el peso y las pautas alimentarias.

Revisión en el capítulo 12, '*Distressed bodies and eating*' en Cromby, J., Harper, D. y Reavey, P. (2013). *Psychology, mental health and distress*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

All Party Parliamentary Group on Body Image (2012). *Reflections on body image*. London: All Party Parliamentary Group on Body Image and Central YMCA. Accesible en: https://www.equallyours.org.uk/parliamentary-report-on-reflections-on-body-image/ .

Bordo, S. (1996). *Anorexia nervosa: Psychopathology as the crystallisation of culture*. En A. Garry y M. Pearsall (Eds.) *Women, knowledge and reality; explorations in feminist philosophy* (pp.388–418). New York: Routledge.

British Psychological Society (en prensa). *Understanding eating disorders: How psychological struggles can manifest as eating problems*. Leicester: Author.

Dallos, R. (2001). ANT – Attachment narrative therapy: Narrative and attachment theory approaches in systemic family therapy with eating disorders. *Journal of Family Psychotherapy*, 12(2), 43–72.

Evans, P.C. (2003). 'If only I were thin like her, maybe I could be happy like her': The self-implications of associating a thin female ideal with life success. *Psychology of Women Quarterly*, 27(3), 209–214.

Gordon, R. (2000). *Eating disorders: Anatomy of a social epidemic*. Oxford: Blackwell [trad. cast.: *Anorexia y bulimia: anatomía de una epidemia social*, Barcelona, Ariel, 1994].

Malson, H. (2009). *The thin woman: Feminism, post-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa*. London: Routledge,

Nasser, M., Katzman, M.A. y Gordon, R.A. (Eds.) (2002). *Eating disorder and cultures in transition*. London: Routledge.

Orbach, S. (1978). *Fat is a feminist issue*. London: The Hamlyn Publishing Group Ltd. Troisi, A., Massaroni, P. y Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 89–97.

Vogel, E.A., Rose, J.P., Roberts, L.R. et al. (2014). Social comparison, social media, and self-esteem. *Psychology of Popular Media Culture*, 3(4), 206–222.

Este patrón puede describir a algunas personas diagnosticadas con «trastorno obsesivo-compulsivo» (TOC), especialmente adultos jóvenes

Doron, G., Moulding, R., Nedeljkovic, M. et al. (2012). Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychological Psychotherapy*, 85(2), 163-178.

Doron, G., Sar-El, D., Mikulincer, M. et al. (2012). Experimentally-enhanced attachment security influences obsessive compulsive related washing tendencies in a non-clinical sample. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 8(1), 1–8.

Ivarsson, T. (2008). *Obsessive-compulsive disorder in adolescence*. In H. Steele y M. Steele (Eds.) *Clinical applications of the adult attachment interview* (pp.213–235). New York: The Guilford Press.

Ivarsson, T., Granqvist, P., Gillberg, C. et al. (2010). Attachment states of mind in adolescents with obsessivecompulsive disorder and/or depressive disorders: A controlled study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(11), 845–853.

Lochner, C., du Toit, P.L., Zungu-Dirwayi, N. et al. (2002). Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and Anxiety*, 15(2), 66–68.

Mathews, C.A., Kaur, N. Y Stein, M.B. (2008). Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and Anxiety*, 25(9), 742–751.

Yarbro, J., Mahaffey, B., Abramowitz, J. et al. (2013). Recollections of parent-child relationships, attachment insecurity, and obsessive-compulsive beliefs. *Personality and Individual Differences*, 54, 355–360.

Subpatrones

Sobrevivir a las transiciones en la mitad de la vida

Brinig, M.F. y Alan, D.W. (2000). '*These boots are made for walking': Why most divorce filers are women*. American Law and Economics Association, 319, 126–169.

Gannon, L.R. (1999). *Women and aging: Transcending the myths*. London: Routledge.

Johnstone, L. (2000). *Users and abusers of psychiatry: A critical look at psychiatric practice*, Capítulo 5, *Women's and men's role problems and psychiatry* (2nd edn, pp.100–129). Hove, New York: Routledge.

Kalmijin, M. y Poortman, A.R. (2006). His or her divorce? The gendered nature of divorce and its determinants. *European Sociological Review*, 22, 201–214.

Lafrance, M.N. (2009). *Women and depression: Recovery and resistance*. London: Routledge.

Rotermann, M. (2007). *Marital breakdown and subsequent depression*. Health Reports, 18, 33–44.

Stoppard, J.M. (2000). *Understanding depression. Feminist social constructionist approaches*. London: Routledge.

Véase también la amplia literatura sobre los problemas del rol de las mujeres resumida en el Capítulo 4.

Sobrevivir a la separación en las familias inmigrantes

La separación de la familia de origen puede ser una transición particularmente difícil si existen contradicciones entre los valores culturales de la familia y los valores del grupo social dominante.

Bourque F., van der Ven, E. y Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among firstand second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, 41(5), 897–910.

Cantor-Graae, E. y Selten, J. (2005). Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12–24.

Coid, J.W., Kirkbride, J.B., Barker, D. et al. (2008). Raised incidence rates of all psychoses among migrant groups: Findings from the East London first episode psychosis study. *Archives of General Psychiatry*, 65(11), 1250–1258.

Fearon, P., Kirkbride, J., Morgan, C. et al. (2006). Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: Results from the MRC AESOP Study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1541–1550.

Gupta, V., Johnstone, L. y Gleeson, K. (2007). Exploring the meaning of separation in second generation young South Asian women in Britain. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 481–495.

Hwang, W. y Wood, J. (2010). Acculturative family distancing and depression in Chinese American families. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 655–667.

Leão, T.S., Sundquist, J., Frank, G. et al. (2006). Incidence of schizophrenia or other psychoses in first- and second-generation immigrants: A national cohort study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(1), 27–33.

Rogers-Sirin, L., Ryce, P. y Sirin, S.R. (2014). *Acculturation, acculturative stress, and cultural mismatch and their influences on immigrant children and adolescents' well-being*. En R. Dimitrova et al. (Eds.) *Global perspectives on well-being in immigrant families* (pp.11-30). New York: Springer.

Selton, J., Cantor-Graae, E. y Kahn, R.S. (2007). Migration and schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2), 111–115.

Series coordinadas por The Change Institute (2009), publicadas por el Department for Communities and Local Government, sobre *Understanding Muslim ethnic communities*. Accesible en: www.changeinstitute.co.uk

Patrón General Provisional 5: Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado, al aislamiento y a la pérdida

Al igual que otros patrones generales, éste describe un continuo, donde la presencia de un menor número de amenazas y elementos agravantes y de un mayor número de factores protectores y de mejora, supone una menor necesidad de respuestas a las amenazas y menos incapacitantes.

Este patrón describe a personas que se encuentran atrapadas en situaciones de estrés interpersonal o ambiental y/o de exclusión social de forma duradera. El amplio patrón de amenazas y respuestas a las amenazas, tanto pasadas como presentes, dan lugar a significados fundamentalmente de derrota, de estar atrapado, de aislamiento y pérdida. Este patrón de sufrimiento es más común en los grupos con menos poder, por ejemplo, mujeres, gente de estatus de social bajo, personas de más edad o minorías étnicas, especialmente en contextos de austeridad, desigualdad e injusticia social. Estos grupos son también los que sufren con mayor frecuencia las consecuencias adversas de un índice alto del paro, salarios bajos, malas condiciones laborales, etc. En un plano más amplio, puede describir el impacto general de lo que significa sobrevivir en situaciones de desigualdad e injusticia social y la consiguiente fragmentación de las comunidades, que afecta a todos sus miembros. Los diagnósticos más comunes son «depresión», «depresión clínica» o «trastorno depresivo mayor», «trastorno de ansiedad», «trastorno de ansiedad generalizada», «agorafobia», alcoholismo y drogadicción, «trastorno obsesivo compulsivo», «acumulación», «depresión postparto», «bulimia», y «duelo complicado» o «trastorno de duelo prolongado», junto a sentimientos suicidas, aunque no todas las personas con estos diagnósticos se ajustan al patrón y estos diagnósticos también pueden ajustarse a otros patrones. Además, las dificultades de estas personas pueden agravarse por la mala salud física, el dolor y la discapacidad. Al igual que todos los patrones, éste también puede describir a personas que nunca han sido formalmente diagnosticadas.

Revisiones y síntesis

Tal y como se describe en el capítulo 6, las teorías de Paul Gilbert son de particular importancia en este patrón, y pueden aplicarse también a los estados de «ánimo bajo» de otros patrones generales. Sugiere que estamos preparados para sentir un elevado sufrimiento cuando existe aislamiento, exclusión social, derrota social y «derrota en la competencia». Esto puede dar lugar a una alteración del equilibrio entre los tres principales sistemas de regulación afectiva: (1) sistemas de amenaza (asociados a elevados niveles de

activación y emociones como la ira, la ansiedad y el desagrado); (2) sistemas de regulación de la calma o sosiego, de unión, y de las emociones (asociados a sentimientos de conexión, seguridad y satisfacción) y (3) sistemas de motivación e impulso y alegría (asociados a la recompensa, la búsqueda de objetivos, sensaciones de energía y placer). Como consecuencia pueden darse experiencias subjetivas de disminución de placer, motivación, energía, conexión y seguridad. A veces esto ocurre en el contexto de estar hipercentrado dentro de un sistema de metas y «motivación» y el consiguiente agotamiento.

En condiciones de austeridad y desigualdad, las poblacionales, de forma global, pueden experimentar un aumento de los niveles de humillación y vergüenza; miedo y desconfianza; inestabilidad e inseguridad; aislamiento y soledad; sensación de estar atrapado y de impotencia. Esto se aplica independientemente del trasfondo personal y la experiencia de otras adversidades. También afecta a los miembros con mayor nivel económico de la sociedad, incluso aun cuando estén protegidos de los impactos materiales.

British Psychological Society. (en prensa). *Understanding depression*. Leicester: Author.

Chandola. T. y Zhang, N. (2017). Re-employment, job quality, health and allostatic load biomarkers: Prospective evidence from the UK Household Longitudinal Study. *International Journal of Epidemiology*, 1–11, doi: 10.1093/ije/dyx150

Cromby, J., Harper, D. y Reavey, P. (2013). *Psychology, mental health and distress*, Capítulo 9, '*Sadness and worry*'. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy for counselling and depression* (3rd edn). London: Sage.

Melzer, D., Fryers, T. y Jenkins, R. (2004). *Social inequalities and the distribution of the common mental disorders*. Hove: Psychology Press.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E. et al. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: Results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851–858.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2010). *Depression in adults with chronic physical health problems: The NICE guideline on treatment and management*. London: Author.

Psychologists against Austerity (2015). *The psychological impact of austerity: A briefing paper*. Author. Accesible en: https://psychagainstausterity.files.wordpress.com/2015/03/paa-briefing-paper.pdf

Taylor, P.J., Gooding, P., Wood, A.M. et al. (2011). The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological Bulletin*, 137, 3, 391–420.

Wilkinson, R. y Pickett, K. (2009). *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. London: Penguin Books Ltd [trad. cast.: *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Turner Publications, 2009].

Este patrón describe a algunas personas diagnosticadas de «depresión», «depresión clínica» o «trastorno depresivo mayor», que es más común en mujeres que en varones.

Brown, G.W. y Harris, T. (1978). *The social origins of depression*. London: Tavistock Press.

Brown, G.W., Ni Bhrolchain, M. y Harris, T. (1975). Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population. *Sociology*, 9, 225–254.

Brown, G.W. (1996). *Onset and course of depressive disorders: Summary of a research programme*. En C. Mundt, M.J. Goldstein, K. Hahlweg y P. Fielder (Eds.) *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (pp.151–167). London: Royal College of Psychiatrists.

Dryden, C. (1999). *Being married, doing gender. A critical analysis of gender relationships in marriage*. London: Routledge.

Fujiwara, T. y Kawachi, I. (2008). A prospective study of individual level social capital and major depression in the United States. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 627–633.

Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy for counselling and depression* (3rd edn). London: Sage.

Jack, D.C. y Ali, A. (Eds.) (2010). *Silencing the self across cultures: Depression and gender in the social world*. Oxford: Oxford University Press.

Johnstone, L. (2000). *Users and abusers of psychiatry: A critical look at psychiatric practice*, Capítulo 5, *Women's and men's role problems and psychiatry* (2nd edn, pp.100–129). Hove, New York: Routledge.

Kendler, K.S., Hettema, J.M., Butera, F. et al. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives General Psychiatry*, 60(8), 789–796.

Lafrance, M.N. (2009). *Women and depression: Recovery and resistance*. London: Routledge.

Siddaway, A.P., Taylor. P.J, Wood, A.M. et al. (2015). A meta-analysis of perceptions of defeat and entrapment in depression, anxiety problems, posttraumatic stress disorder, and suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 194, 149–159.

Taylor, P., Gooding, P., Wood, A.M. et al. (2011). The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological Bulletin*, 137(3), 391–420.

MacInnes, T., Aldridge, H., Bushe, S. et al. (2014). *Monitoring poverty and social exclusion*. London: Joseph Rowntree Foundation.

Martin, L.A., Neighbors, H.W. y Griffith, D.M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1100–1106.

Mills, C., Zavaleta, D. y Samuel, K. (2014). *Shame, humiliation and social isolation: Missing dimensions of poverty and suffering analysis*. OPHI Working Papers 71, University of Oxford.

La desconexión de los grupos sociales se asocia al ánimo bajo:

Cruwys, T., Haslam, S.A., Dingle, G.A. et al. (2014). Depression and social identity: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 18, 215–238.

Sani, F., Madhok, V., Norbury, M. et al. (2015). Greater number of group identifications is associated with lower odds of being depressed: Evidence from a Scottish community sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 50, 1389–1397.

El ánimo bajo es también una respuesta posible ante las adversidades, como el abuso sexual o físico y ser testigo de violencia en la infancia

Schilling. E.A., Aseltine, R.H. y Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: A longitudinal survey. *BMC Public Health*, 7, 30.

Sitko, K., Bentall, R.P., Shevlin, M. et al. (2014). Associations between specific psychotic symptoms and specific childhood adversities are mediated by attachment styles. *Psychiatry Research*, 217(3), 202–209.

Este patrón describe a algunas personas diagnosticadas de «Trastorno de acumulación compulsiva»

Una respuesta posible a la inseguridad y la pérdida es la colección y acumulación de distintas posesiones, aunque la acumulación de objetos también puede tener otras funciones o significados.

Division of Clinical Psychology (2015). *A psychological perspective on hoarding: DCP Good Practice Guidelines*. Leicester: British Psychological Society.

Hartl, T.L., Duffany, S.R., Allen, G.J. et al. (2005). Relationships among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(2), 269–276.

Este patrón describe a algunas personas que experimentan reacciones prolongadas a la pérdida y el duelo.

Bonanno, G.A. (2010). *The other side of sadness: What the new science of bereavement tells us about life after a loss*. New York: Basic Books.

Davies, J. (2012). *The importance of suffering: The value and meaning of emotional discontent*. New York, Hove: Routledge.

Horwitz, A.V. y Wakefield, J.C. (2012). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York: Oxford University Press.

Subpatrones

Sobrevivir a la derrota en la competencia

Algunas personas manifiestan el éxito hacia afuera, mediante una fuerte motivación al logro y a competir, que procede de las expectativas sociales y familiares. Si las expectativas deseadas no se cumplen, o no es posible mantener esa motivación, o si de forma súbita la persona se encuentra en el paro, o en otra crisis que escapa a su control, pueden aparecer respuestas a la amenaza del tipo «derrota en la competencia», agotamiento, autocrítica, sentimientos de fracaso, vergüenza, desesperanza y pensamientos suicidas.

Los varones son más vulnerables a estos mensajes, y son el grupo con más riesgo de suicidio. Entre estos, son los hombres económicamente más desfavorecidos, de mediana edad los que tienen las tasas de suicidio más elevadas. Un informe reciente de *Samaritans* sugiere que esto se puede entender como una combinación de factores que incluyen un fracaso percibido a la hora cumplir con los estándares masculinos de éxito y control, en el contexto de una ruptura de relaciones, y los cambios y las presiones socioeconómicas.

Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L. y Schmied, V. (2005). 'Big build': Hidden depression in men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 921–931.

Classen, T.J. y Dunn, R.A. (2012). The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States. *Health Economics*, 21, 338–350.

Gilbert, P., McEwan, K., Bellew, R. et al. (2009). The dark side of competition: How competitive behaviour and striving to avoid inferiority are linked to depression, anxiety, stress and self-harm. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(2), 123–136.

Jefferis, D.J., Nazareth, I., Marston, L. et al. (2011). Associations between unemployment and major depressive disorder: Evidence from an international, prospective study (the predict cohort). *Social Science and Medicine*, 73, 1627–1634.

Samaritans (2017). *Suicide statistics report 2017*. Author. Accesible en: http://www.samaritans.org/about-us/our-research/facts-and-figures-about-suicide

Siddaway, A.P., Taylor. P.J, Wood, A.M. et al. (2015). A meta-analysis of perceptions of defeat and entrapment in depression, anxiety problems, posttraumatic stress disorder, and suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 194, 149–159.

Taylor, P., Gooding, P., Wood, A.M. et al. (2011). The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological Bulletin*, 137(3), 391–420.

Troop, N.A. y Hiskey, S. (2013). Social defeat and PTSD symptoms following trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(4), 365–379.

Wyllie, C., Platt, S., Brownlie, J. et al. (2012). *Men, suicide and society: Why disadvantaged men in mid-life die by suicide*. Samaritans. Accesible en: http://www.samaritans.org/sites/default/files/kcfinder/files/press/Men%20Suicide%20and%20Society%20Research%20Report%20151112.pdf.

Sobrevivir a la exclusión y a la derrota en la competencia siendo una persona joven

Los adolescentes y adultos jóvenes del Reino Unido manifiestan niveles muy altos de autolesiones, rechazo a su cuerpo, sufrimiento en relación a la comida, ansiedad, miseria, consumo de alcohol y drogas, etc., en un contexto de presión social en aumento para alcanzar logros en un entorno muy competitivo, con una comparación constante de su estatus, a través de las redes sociales y medios de comunicación. El «ideal de delgadez» ha dado lugar a una preocupación casi universal en torno al peso en las mujeres jóvenes. Los varones jóvenes pueden tener una preocupación similar en relación a estar en forma y tener una musculación bien definida.

Una revisión general en:

The Children's Society (2015). *The good childhood report*. Accesible en: http://www.childrenssociety.org.uk/what-we-do/resources-and-publications/the-good-childhood-report-2015.

All Party Parliamentary Group on Body Image (2012). *Reflections on body image*. London: All Party Parliamentary Group on Body Image and Central YMCA. Accesible en: https://www.equallyours.org.uk/parliamentary-report-on-reflections-on-body-image/ .

Accordino, D.B., Accordino, M.P. y Slaney, R.B. (2000). An investigation of perfectionism, mental health, achievement, and achievement motivation in adolescents. *Psychology in the Schools, 37*(6), 535–545.

Bardone-Cone, A.M., Wonderlich, S.A., Frost, R.O. et al. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review, 27*(3), 384–405.

Bellew, R., Gilbert, P., Mills, A. et al. (2006). Eating attitudes and striving to avoid inferiority. *Eating Disorders, 14*(4), 313–322.

Ditch the Label (2013). *The cyberbullying report 2013*. Author. Accesible en: https://www.ditchthelabel.org/research-papers/the-cyber-bullying-survey-2013

Evans, P.C. (2003). 'If only I were thin like her, maybe I could be happy like her': The self-implications of associating a thin female ideal with life success. *Psychology of Women Quarterly, 27*(3), 209–214.

Schweizer, R., y Hamilton, T.J. (2002). Perfectionism and mental health in Australian university students: Is there a relationship? *Journal of College Student Development, 43*(5), 684–695.

Stice, E., Presnell, K. y Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology, 21*(2), 131–138.

Stowkowy, J. y Addington, J. (2012). Maladaptive schemas as a mediator between social defeat and positive symptoms in young people at clinical high risk for psychosis. *Early Intervention Psychiatry, 6*(1), 87–90.

Troop, N.A., Allan, S., Treasure, J.L. et al. (2003). Social comparison and submissive behaviour in eating disorder patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76*(3), 237–249.

Troop, N.A. y Baker, A.H. (2008). The specificity of social rank in eating disorder versus depressive symptoms. *Eating Disorders, 16*(4), 331–341.

Valmaggia, L.R., Day, F., Garety, P. et al. (2015). Social defeat predicts paranoid appraisals in people at high risk for psychosis. *Schizophrenia Research, 168*(1-2), 16–22.

Vogel, E.A., Rose, J.P., Roberts, L.R. et al. (2014). Social comparison, social media, and self-esteem. *Psychology of Popular Media Culture, 3*(4), 206–222.

Sobrevivir a la exclusión y a la derrota en la competencia cuando no se es alguien típico o adecuadamente ajustado

Cuanto más estrecha sea la gama de formas aceptables de ser, y más individualistas y competitivas sean las normas sociales, es más probable que las personas que no son típicas, de distintas formas, experimenten sentimientos de fracaso, deficiencia, vergüenza y exclusión. Algunos ejemplos incluyen: tener discapacidad intelectual; tener características asociadas al diagnóstico de Asperger o del espectro autista; ser LGBTQ; tener una apariencia visible distinta; etc. Esto puede conducir a diversas respuestas ante las amenazas, que van desde el estado de ánimo bajo, mala autoestima, ansiedad, autolesiones y malestar con la comida, hasta expresiones de sufrimiento diagnosticables, como por ejemplo «psicosis». Los análisis y las referencias relacionadas con estos aspectos de la diferencia se encuentran en el Patrón General «Identidades».

Bender, W.N., Rosenkrans, C.B. y Crane, M-K. (1999). Stress, depression and suicide among students with learning disabilities: Assessing the risk. *Learning Disabilities Quarterly, 22*(2), 143–156.

Marshal, M.P., Dietz, L.J., Friedman, M.S. et al. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health, 49*, 115–123.

McDermott, S., Moran, R., Platt, T. et al. (2005). Depression in adults with disabilities, in primary care. *Disability and Rehabilitation, 27*(3), 117–123.

Hacer frente al parto y la crianza

A veces se diagnostica como «depresión postparto». El parto puede involucrar elementos de amenaza como «estar atrapada», invasión física, falta de previsión, la pérdida de roles y estatus anteriores, falta de control, etc., y en algunas mujeres puede reactivar historias de trauma sexual o físico. Las madres, y a veces los padres, que han recibido una crianza alejada de la ideal, y/o han experimentado adversidades tempranas, y/o están aisladas, y viven en la pobreza y/o son víctimas de violencia doméstica, tienen más probabilidad de experimentar las demandas emocionales y materiales referentes a la crianza de los hijos como abrumadoras e inevitables.

Boyce, P.M. (2003). Risk factors for postnatal depression: A review and risk factors in Australian populations. *Archives of Women's Mental Health, 6*(suppl. 2), s43–s50.

Brown, G.W. y Harris, T. (1978). *The social origins of depression*. London: Tavistock Press.

Brown, G.W. y Moran, P. (1997). Single mothers, poverty and depression. *Psychological Medicine, 27*, 21–33.

Goodman, J.H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing, 45*(1), 26–35.

Hoschild, R. (1990). *The second shift*. New York: Avon Books.

Inandi, T., Elci, O.C., Ozturk, A. et al. (2002). Risk factors for depression in postnatal first year, in eastern Turkey. *International Journal of Epidemiology, 31*(6), 1201–1207.

Ludermir, A.B., Lewis, G, Valongueiro, S.J. et al. (2010). Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: A prospective cohort study. *The Lancet, 376*, 903–910.

Mauther, M.S. (2010). 'I wasn't being true to myself': Women's narratives of postpartum depression. In D.C. Jack y A. Ali (Eds.) *Silencing the self across cultures: Depression and gender in the social world* (pp.459–484). Oxford: Oxford University Press.

Nicolson, P. (1998). *Postnatal depression. Psychology, science and the transition to motherhood*. London: Routledge.

O'Hara, M.W. y Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry, 8*(1), 37–54.

Sobrevivir al acoso escolar o *bullying* y al acoso escolar o *mobbing*

El acoso escolar o *bullying*, a cierto nivel, se puede entender como un proceso de hacer cumplir normas grupales dentro del grupo de iguales. El *bullying* prolongado en la infancia, siendo adulto, se asocia a estado de ánimo bajo y baja autoestima, dificultades en la confianza y la intimidad en las relaciones de pareja, vergüenza y inseguridad y soledad persistente. En las formas más graves, puede dar lugar a dificultades como «psicosis» y de otro tipo, en la vida adulta, como las descritas en el patrón general «Sobrevivir al rechazo, a estar atrapado y a la invalidación».

Hugh-Jones, S. y Smith, P.K. (1999). Self-reports of short- and long-term effects of bullying on children who stammer. *British Journal of Educational Psychology, 69*(2), 141–158.

Jack, A.H. y Egan, V. (2017). Trouble at school: A systematic review to explore the association between childhood bullying and paranoid thinking. *Psychosis, 9*(3), 260–270.

Olweus, D. (1993). Victimisation by peers: Antecedents and long-term outcomes. In K.H. Rubin y J.B. Asendorpf (Eds.) *Social withdrawal, inhibition and shyness in childhood* (pp.315–342). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Tritt, C. (1997). The relationship between childhood bullying and young adult self-esteem and loneliness. *The Journal of Humanistic Education and Development, 36*(1), 35–44.

El acoso laboral es más frecuente en los entornos empresariales o institucionales que se basan de forma principal en la competencia y la amenaza. Se asocia a ataques de pánico, estado de ánimo bajo, disminución de la autoestima, estar hiperactivado, evitación y síntomas físicos, como cefaleas, insomnio, problemas digestivos, molestias cutáneas, náuseas y palpitaciones cardíacas.

Bond, S.A., Tuckey, M.R. y Dollard, M.F. (2010). Psychosocial safety climate, workplace bullying, and symptoms of posttraumatic stress. *Organization Development Journal, 28*(1), 38–56.

Djurkovic, N., McCormack, D. y Casimir, G. (2004). The physical and psychological effects of workplace bullying and their relationship to intention to leave: A test of the psychosomatic and disability hypotheses. *International Journal of Organization Theory and Behavior, 7*(4), 469–497.

Lahelma, E., Lallukka, T., Laaksonen, M. et al. (2012). Workplace bullying and common mental disorders: A follow-up study. *Journal of Epidemiology and Community Health, 66*(6), e3. doi: 10.1136/jech.2010.115212.

Lutgen-Sandvik, P., Tracy, S.J. y Alberts, J.K. (2007). Burned by bullying in the American workplace: Prevalence, perception, degree and impact. *Journal of Management Studies, 44*(6), 837–862.

Matthiesen, S.B. y Einarsen, S. (2004). Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *British Journal of Guidance and Counselling, 32*(3), 335–356.

Mikkelsen, E.G. y Einarsen, S. (2002). Basic assumptions and symptoms of post-traumatic stress among victims of bullying at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 11*(1), 87–111.

Tehrani, N. (2004). Bullying: A source of chronic post traumatic stress. *British Journal of Guidance and Counselling, 32*(3), 357–366.

Agotamiento cerebral «Brain fag» en África occidental

El «Brain fag» («agotamiento cerebral») en África occidental puede ser la expresión de tensiones parecidas. Se manifiesta principalmente en estudiantes varones de escuelas y universidades, y entre los que estudian para conseguir mejorar sus calificaciones, y de forma especial en los períodos de estudio intenso, incluye cansancio psíquico, sensaciones de dolor o ardor en la cabeza y el cuello, y visión borrosa. Las experiencias parecen asociarse a un intenso deseo de éxito y de mejorar su nivel socioeconómico y el de su familia. Estas presiones surgen en un contexto de rápido cambio social y de la globalización, que generan tensiones con los valores y las prácticas más tradicionales. Es un diagnóstico que parece estar casi en desuso entre los psiquiatras formados más recientemente, que en la práctica solo lo usan en raras ocasiones. También se ha defendido que no es un verdadero «síndrome cultural» sino una noción exportada por Gran Bretaña en el siglo XIX.

Ayonrinde, O. (2008). Brain fag syndrome: New wine in old bottles or old wine in new bottles? *Nigerian Journal of Psychiatry, 6*(2), 47–50.

Ayonrinde, O.A., Obuaya, C. y Adeyemi, S.O. (2015). Brain fag syndrome: A culture-bound syndrome that may be approaching extinction. *British Journal of Psychiatry Bulletin, 39*, 156–161.

Ebigbo, P.O., Lekwas, E.C. y Chukwunenyem, N.F. (2015). Brain fag: New perspectives from case observations. *Transcultural Psychiatry, 52*(3), 311–330.

«Kufingisisa» en la comunidad Khwe en Sudáfrica

La comunidad Khwe en Sudáfrica describe una versión de kufingisisa, un fenómeno que se puede traducir como «pensar demasiado», que se menciona en el DSM-5, y se reconoce en varios lugares del mundo. Si bien este estado no siempre tiene un impacto o unas connotaciones negativas para los Khwe, a veces da cuenta de una rumiación intensa sobre la pobreza extrema, la privación material y los problemas de salud a los que se enfrenta esta comunidad desplazada y marginalizada. Se acompaña de sentimientos de desesperanza y pérdida de control.

den Hertog, T.N., de Jong, M., van der Ham, A.J. et al. (2015). ‘Thinking a lot’ among the Khwe of South Africa: A key idiom of personal and interpersonal distress. *Culture, Medicine and Psychiatry, 29*(3), 357–380.

Kaiser, B.N., Haroz, E.E., Kohrt, B.A. et al. (2015). ‘Thinking too much’: A systematic review of a common idiom of distress. *Social Science and Medicine, 147*, 170–183.

Patrón general provisional: 6. Sobrevivir a la exclusión social, a la vergüenza y al poder coercitivo

Como todos los Patrones Generales, este describe un continuo, donde la presencia de un menor número de amenazas y factores agravantes, y un mayor número de elementos protectores y de mejora, supone una necesidad menor de respuestas a las amenazas y menos incapacitantes.

El patrón describe a alguien cuya familia de origen probablemente vivió en un entorno caracterizado por la amenaza, la discriminación, la pobreza material y la exclusión social. Las personas tienden a usar estrategias de supervivencia desconectándose de sus emociones y de las de los demás, manteniendo una distancia emocional, y permaneciendo hiperalerta ante la amenaza. Las sociedades no equitativas, en las que la desigualdad económica aumenta la competencia social, permiten que estas dinámicas prosperen.

Los diagnósticos más comunes son el «trastornos de personalidad antisocial», el «trastorno de la personalidad límite», el «trastorno de personalidad narcisista», la «paranoia» y el alcoholismo y abuso de sustancias, junto a los trastornos de la conducta alimentaria, la psicosis, el trastorno bipolar y el trastorno depresivo mayor, aunque no todos los que reciben estos diagnósticos encajan en este patrón y estos diagnósticos se asignan también los que se ajustan a otros patrones. Puede haber un historial de delitos penales. Los pensamientos de suspicacia («paranoia») que son característicos de este patrón (aunque también se hallan en otros patrones) se relacionan con perturbaciones en los apegos, la violencia doméstica en la familia de origen, la pobreza, el cuidado institucional, los entornos urbanos inseguros, y las experiencias de acoso o bullying, agresión y otras amenazas físicas. Los pensamientos de suspicacia también se vinculan a experiencias de inmigración y discriminación racial. La violencia y la agresión surgen dentro de contextos similares. En las mujeres, las consecuencias de estos contextos de victimización, es más probable que se internalicen en forma de autolesiones y malestar con la comida, y el patrón puede ser cercano al de «Sobrevivir al rechazo, a estar atrapada y a la invalidación», mientras que los hombres son más propensos a orientar su ira hacia el exterior en forma de violencia y destructividad hacia otros. Como todos los patrones, este puede describir a personas que nunca han recibido un diagnóstico formal.

Revisiones y síntesis:

Chapter 13, '*Disordered personalities?*' In Cromby, J., Harper, D. y Reavey, P. (2013). *Psychology, mental health and distress*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Herman, J.L. (2001). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books [trad. cast.: *Trauma y recuperación. Como superar las consecuencias de la violencia*. España: Espasa, 2004].

Nuckolls, C.W. (1992). Towards a cultural history of the personality disorders. *Social Science and Medicine, 35*, 37–47.

Chapter 10 in Wilkinson, R. y Pickett, K. (2009). *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane [trad. cast.: *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Turner Publications, 2009].

Véase también:

Bentall, R.P. (2013). Understanding psychotic symptoms: Cognitive and integrative models. In J. Read y J. Dillon (Eds.) *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis* (2nd edn, pp.220-237). Hove: Routledge.

Berry, K., Barrowclough, C. y Wearden, A. (2008). Attachment theory: A framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behaviour Research and Therapy, 46*(12), 1275 1282.

Catone, G., Marwaha, S., Kuipers, E. et al. (2015). Bullying victimisation and risk of psychotic phenomena: Analysis of British national survey data. *The Lancet Psychiatry, 2*(7), 618–624.

Putnam, K.T., Harris, W.W., Putnam, F.W. (2013). Synergistic childhood adversities and complex adult psychopathology. *Journal of Traumatic Stress, 26*(4), 435–442.

Read, J. (2010). Can poverty drive you mad? *New Zealand Journal of Psychology, 39*, 7–19.

Read, J., Johnstone, L. y Taitimu, M. (2013). Psychosis, poverty and ethnicity. In J. Read y J. Dillon (Eds.), *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis* (2nd edn., pp.191–209). London: Routledge [trad. cast.: Psicosis, pobreza y etnia. En Read, J. y Dillon, J. (editors). *Modelos de locura II*, Barcelona, Herder, 2007].

Schore, A. (2003). *Affect regulation and repair of the self*. New York: W.W. Norton.

Wyllie, C., Platt, S., Brownlie, J., Chandler, A. y Connolly, S. (2012). *Men, suicide and society: Why disadvantaged men in mid-life die by suicide*. Samaritans. Acesible en: http://www.samaritans.org/sites/default/files/kcfinder/files/press/Men%20Suicide%20and%20Society%20Research%20Report%20151112.pdf.

«Paranoia» o pensamientos de suspicacia

La «paranoia» se asocia a ser varón, de estatus socioeconómico bajo, miembro de un grupo étnico minoritario, a la inmigración y a ser refugiado. Hay más riesgo de «paranoia» en los adultos que cuando fueron niños tuvieron apegos inseguros o abandonos; fueron testigos de violencia y/o agresión física; o estuvieron cautivos o fueron amenazados con un arma. Los estudios han relacionado la «paranoia» con sentimientos de vergüenza, ira, inutilidad, humillación, estar atrapado, impotencia, baja autoestima e injusticia. También surge en contextos de desigualdad de recursos, trabajo marginado, desconfianza comunitaria, explotación, exclusión social y en barrios conflictivos. Se asocia a entornos urbanos adversos. Los afrocaribeños que viven en barrios principalmente blancos experimentan niveles más altos de paranoia. Las perturbaciones en los apegos y la consiguiente baja autoestima predisponen a la «paranoia» posterior. Las reacciones «paranoides» parecen desencadenarse por episodios de baja autoestima e ira, posiblemente como una forma de preservar la autoimagen. Las creencias «paranoides» se dan de forma generalizada, lo que sugiere que se trata de una respuesta a la amenaza evolucionada, posiblemente mediada biológicamente por el sistema dopaminérgico, en el cerebro medio, que anticipa las amenazas e inicia la conducta de evitación.

Revisiones y síntesis en:

Bentall, R.P. (2009). *Doctoring the mind: Why psychiatric treatments fail*. London, Allen [trad. cast.: *Medicalizar la mente: ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona, Herder, 2011].

Cromby, J. y Harper, D. (2009). Paranoia: A social account. *Theory and Psychology, 19*, 335–361.

Harper, D. (2011). The social context of paranoia. In M. Rapley, J. Moncrieff y J. Dillon (Eds.) *De-medicalising misery: Psychiatry, psychology and the human condition* (pp.53–65). London: Palgrave Macmillan.

Véase también:

Bentall, R.P., Wickham, S., Shevlin, M. et al. (2012). Do specific early life adversities lead to specific symptoms of psychosis? *Schizophrenia Bulletin, 38*, 734–740.

Das-Munshi, J., Bécares, L., Boydell, J.E. et al. (2012). Ethnic density as a buffer for psychotic experiences: Findings from a national survey (EMPIRIC). *British Journal of Psychiatry, 201*, 282–290.

Freeman, D. y Freeman, J. (2008). *Paranoia: The 21st century fear*. Oxford: Oxford University Press.

Heinz, A., Deserno, L. y Reininghaus, U. (2013). Urbanicity, social adversity and psychosis. *World Psychiatry, 12*(3), 187–197.

Jack, A.H. y Egan, V. (2017). Trouble at school: A systematic review to explore the association between childhood bullying and paranoid thinking. *Psychosis, 9* (3), 260–270.

Rosen, C., Jones, N., Longden, E. et al. (2017). Exploring the intersections of trauma, structural adversity, and psychosis among a primarily African-American sample: A mixed-methods analysis. *Frontier Psychiatry 8*(57). doi: 10.3389/fpsyt.2017.00057

Ross, C.E., Mirowsky, J. y Pribesh, S. (2001). Powerlessness and the amplification of threat: Neighbourhood disadvantage, disorder and mistrust. *American Sociological Review, 66*, 568–591.

Sitko, K., Bentall, R.P., Shevlin, M. et al. (2014). Associations between specific psychotic symptoms and specific childhood adversities are mediated by attachment styles. *Psychiatry Research, 217*(3), 202–209.

Vassos, E., Pedersen, C.B., Murray, R.M. et al. (2012). Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 38*(6), 1118–1123.

Wickham, S., Taylor, P., Shevlin, M. et al. (2014). The impact of social deprivation on paranoia, hallucinations, mania and depression: The role of discrimination social support, stress and trust. *PloS One*, 9,e105140.

Violencia y agresión

Los entornos tempranos con perturbaciones en los apegos, violencia y/o abandono, pobreza, presenciar violencia y tener padres con problemas de abuso de sustancias están fuertemente (aunque no inevitablemente) asociados a comportamientos violentos y delictivos posteriores, tanto en hombres como en mujeres, así como a historias de abuso sexual y a haber estado bajo cuidado institucional. Hay asociaciones bien establecidas entre un padre rudo o maltratador y la posterior delincuencia y criminalidad, y la falta de un padre (en los hombres). Por esta razón, el patrón describe a muchas personas que están en el sistema de justicia penal, especialmente hombres, ya que la socialización de los géneros les orienta a dirigir la ira hacia afuera.

Allen, J.P., Hauser, S.T. y Borman-Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11 Year Follow Up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 254–263.

Ardino, V. (2012). Offending behaviour: The role of trauma and PTSD. *European Journal of Psychotraumatology, 3*, 18968. http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.18968

Debowska, A. y Boduszek, D. (2017). Child abuse and neglect profiles and their psychosocial consequences in a large sample of incarcerated males. *Child Abuse and Neglect, 65*, 266–277.

de Zulueta, F. (2006). *From pain to violence: The traumatic roots of destructiveness*. Chichester: Whurr Publishers Ltd.

Dodge, K.A., Bates, J.E. y Pettit, G.S. (1990) Mechanisms in the cycle of violence. *Science, 250*, 1678–1683.

Fonagy, P., Target, M., Stelle, M. et al. (1997). The development of violence and crime as it relates to security of attachment. En J.D Osofsky (Ed.) *Children in a violent society* (pp.150–182). New York: The Guilford Press.

Fonagy, P. (2003). Towards a developmental understanding of violence. *British Journal of Psychiatry, 183*, 190–192.

Gilligan, J. (2001). *Preventing violence*. New York: Thames & Hudson.

Liotti, G. y Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 84*, 9–25.

McCrory, A., Brito, S.A. y Viding, E. (2011). The impact of childhood maltreatment: A review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in Psychiatry, 2*, 48.

Miller, N.A. y Najavits, .LM. (2012). Creating trauma-informed correctional care: A balance of goals and environment. *European Journal of Psychotraumatology, 3*, 10.3402/ejpt.v3i0.17246.

Pfäfflin, F. y Adshead, G. (Eds.) (2004). *A matter of security: The application of attachment theory to forensic psychiatry and psychotherapy*. London and New York: Jessica Kingsley Publishers Ltd.

Popenoe, D. (1996). *Life without father*. New York: Free Press.

Webb, R.T., Antonsen, S., Carr, M.J. et al. (2017). Self-harm and violent criminality among young people who experienced trauma related hospital admissions during childhood: A Danish national cohort study. *Lancet Public Health, 2*, e314-22.

La «paranoia» en la población reclusa se asocia a experiencias de haber sufrido *bullying*, ser testigo de violencia doméstica cuando era niño/a, y haber estado bajo cuidado institucional, así como haber experimentado amenazas siendo adulto/a.

Shevlin, M., McAnee, G., Bentall, R. et al. (2015). Specificity of association between adversities and the occurrence and co-occurrence of paranoia and hallucinations: Evaluating the stability of childhood risk in an adverse adult environment. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches, 7*(3), 206-216.

Subpatrones

Cometer maltrato doméstico

La violencia doméstica puede hacer referencia a cualquier relación violenta o coercitiva entre miembros adultos de la familia, pero más comúnmente describe el maltrato en la pareja. Los maltratadores domésticos, como cualquiera que comete un delito o actúa de manera violenta o coercitiva, son responsables de sus acciones. Pero al mismo tiempo, es importante reconocer que a cierto tipo de patrones del PAS se asocia un aumento de la probabilidad de que algunas personas actúen de esta manera. La violencia doméstica realizada por hombres es más frecuente en situaciones de desempleo, estatus socioeconómico bajo y estrés económico. Las experiencias tempranas de victimización y el ser testigo de violencia doméstica también aumenta la probabilidad de esta conducta en los hombres, aunque no en las mujeres. El nivel de exposición a la violencia en la infancia se correlaciona con la gravedad del maltrato infligido de adulto. El maltrato «doméstico» se halla en todos los estratos sociales y algunos hombres maltratadores tienen un perfil de status social alto, con menor número o ningún otro tipo de conducta violenta. Los hombres en este patrón a veces recogen diagnósticos de «trastorno de personalidad narcisista, antisocial o límite», y algunas veces de abuso de alcohol. Se conoce menos del maltrato doméstico realizado por mujeres, aunque se puede relacionar a las perturbaciones en el apego y al trauma temprano, aislamiento social y baja autoconfianza. Se sabe poco sobre el maltrato doméstico entre las relaciones del mismo sexo o en las transgénero, aunque hay sugerencias de que las perturbaciones en los apegos y el ser

testigo de violencia doméstica también pueden resultar relevantes en el maltrato de gays y lesbianas.

Archer, J. (1994). Power and male violence. In J. Archer (Ed.) *Male violence* (pp.121–140). London: Routledge.

Capaldi, D.M., Knoble, N.B., Shortt, J.W. et al. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse, 3*(2), 231–280.

Dasgupta, S.D. (2002). A framework for understanding women's use of nonlethal violence in intimate heterosexual relationships. *Violence Against Women, 8*, 1364–1389.

Davis, K.C., Masters, N.T., Casey, E. et al. (2015). How childhood maltreatment profiles of male victims predict adult perpetration and psychosocial functioning. *Journal of Interpersonal Violence*. doi:10.1177/0886260515613345

Doumas, D., Pearson, C.L., Elgin, J.E. et al. (2008). Adult attachment as a risk factor for intimate partner violence: The 'mispairing' of partner's attachment styles. *Journal of Interpersonal Violence, 23*(5), 616–634.

Goldenson, J., Geffner, R., Foster, S.L. et al. (2007). Female domestic violence offenders: Their attachment security, trauma symptoms, and personality organization. *Violence and Victims, 22*(5), 532–545.

Henning, K. y Holdford, R. (2006). Minimisation, denial, and victim blaming by batterers. *Criminal Justice and Behavior, 33*, 110–130.

Johnson, M.P. (2008). *A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance and situational couple violence*. Lebanon, NH: Northeastern University Press.

Jukes, A. (1999). *Men who batter women*. London: Routledge.

McKenry, P.C., Serovich, J.M., Mason, T.L. et al. (2006). Perpetration of gay and lesbian partner violence: A disempowerment perspective. *Journal of Family Violence, 21*(4), 233–243.

Murrell, A., Christoff, K. y Henning, K. (2007). Characteristics of domestic violence offenders: Associations with childhood exposures to violence. *Journal of Family Violence, 22*(7), 523–532.

Swan, S.C. y Sullivan, T.P. (2009). The resource utilisation of women who use violence in intimate relationships. *Journal of Interpersonal Violence, 24*, 940–958.

Wekerle, C. y Wolfe, D. (1998). The role of childhood maltreatment and attachment style in adolescent relationships. *Development and Psychopathology, 10*(3), 571–586.

Sobrevivir a no tener hogar

A menudo, las personas que llevan mucho tiempo sin hogar suelen manifestar malas relaciones familiares, altas tasas de abuso y violencia emocional y física, incluida la violencia doméstica, el cuidado en instituciones, y el abuso de sustancias, y una serie de adversidades acumuladas. Aproximadamente la mitad pueden haber sufrido lesiones cerebrales por traumatismos, como un golpe en la cabeza durante una agresión o un accidente de tráfico. También, los accidentes cerebrovasculares, los cánceres cerebrales, las demencias y los daños causados por el uso de drogas o alcohol pueden llevar a cambios de personalidad y conducta y problemas de concentración y memoria.

Homeless Link (2014). *Brain injury and homelessness: Good practice guidance for frontline services*. Author. Accesible en: http://www.homeless.org.uk/sites/default/files/site-attachments/Brain%20Injury%20and%20Homelessness%20March%202017_0.pdf.

Jarrett, C. (2010). Helping the homeless. *The Psychologist, 23*(4), 284–287.

McMillan, T.M., Laurie, M., Oddy, M. et al. (2015). Head injury and mortality in the homeless. *Journal of Neurotrauma, 15*, 32(2), 116–119.

Mental Health Foundation (2015). *Fundamental facts about mental health*. London: Author. Accessible en: https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/fundamental-facts-about-mental-health-2016.pdf.

Sobrevivir a la separación, la institucionalización y el privilegio

Las personas de entornos más pudientes pueden mostrar patrones de respuesta algo diferentes. La victimización y el trauma temprano y las respuestas posteriores a la amenaza pueden ser más contenidas, más sutiles, e incluso se las puede considerar como socialmente aceptables o deseables. La falta de empatía y las conductas ofensivas pueden estar enmascaradas por habilidades sociales y una calidez superficial. Por ejemplo, se ha identificado el denominado «síndrome del internado» entre los grupos más privilegiados. La pérdida repentina de los vínculos a una edad temprana, junto a la necesidad de sobrevivir en un entorno nuevo, posiblemente amenazante o abusivo, pueden dar lugar al desarrollo de una imagen de seguridad superficial, que oculta la vulnerabilidad, el miedo y la soledad, incluso ante la propia persona. Es probable que esto de pie a dificultades posteriores en la confianza y la intimidad, y a problemas en las relaciones con las mujeres (en los hombres que fueron a colegios de solo para chicos).

Schaverien, J. (2004). Boarding school: The trauma of the 'privileged' child. *The Journal of Analytical Psychology*, 49(5), 683–706.

Schaverien, J. (2011). Broken attachments: A hidden trauma. *British Journal of Psychotherapy*, 27(2), 138–155.

Duffell, N. y Basset, T. (2016). *Trauma, abandonment and privilege: A guide to therapeutic work with boarding school survivors*. Abingdon: Routledge.

Amok

El Amok[182] es un patrón de conducta que se da en Malasia e Indonesia, y en algunos lugares más. Se puede presentar de diversas formas, pero en una de ellas, un hombre hasta entonces pacífico agarra un arma y e intenta frenéticamente herir o matar a otras personas. A menudo, el episodio acaba con el hombre matándose a sí mismo o abatido por otros. La mitología malaya atribuye este comportamiento a la posesión de espíritus. De un modo más amplio, también se considera como una forma de restaurar la reputación de uno mismo, como hombre que debe ser respetado y temido, después de percibir un desprecio. Se ha comparado a los tiroteos en las escuelas de los EE.UU., que parecen asociarse a sentimientos masculinos de humillación, rechazo, fracaso, exclusión, agravio y a la ira.

Saint Martin, M.L. (1999). Running amok: A modern perspective on a culture-bound syndrome. *The Primary Care Companion: Journal of Clinical Psychiatry, 1*(3), 66-70.

Patrón General Provisional: 7. Sobrevivir a amenazas únicas

Al igual que todos los Patrones Generales, este describe un continuo, donde la presencia de menos amenazas y factores agravantes y más

[182] El Amok es un síndrome cultural, relativamente conocido, incluido con frecuencia en los manuales de psicopatología más habituales. En inglés se puede referir a este patrón de conducta con la expresión «*Running Amok*», que a veces se ha traducido como impulso homicida, o también como Amok desbocado o síndrome Amok. Aquí se ha elegido mantener el término Amok. (*N. de los T.*)

factores de mejora y protección, supone necesitar menos respuestas ante la amenaza y menos incapacitantes.

Este patrón se reconoce ampliamente en los entornos occidentales bajo el diagnóstico de «trastorno de estrés postraumático» (TEPT). El patrón también se reconoce en la literatura sobre el trauma, que distingue el trauma de «incidente único» (un suceso «único» e «inesperado», como un desastre natural, un accidente traumático, un ataque terrorista o un episodio único de agresión, abuso o testigo de ese incidente) y el trauma complejo que es acumulativo, repetido y que surge entre personas. Es más probable que las reacciones a los sucesos amenazantes sean más intensas y duraderas, cuando hay antecedentes previos de perturbaciones en los apegos y de otras adversidades, en cuyo caso habrá solapamiento con otros Patrones Generales.

van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D. et al. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 389–399.

Sitko, K., Bentall, R.P., Shevlin, M. et al. (2014). Associations between specific psychotic symptoms and specific childhood adversities are mediated by attachment styles. *Psychiatry Research, 217*(3), 202–209.

Koenen, K.C., Moffitt, T.E., Caspi, A. et al. (2008). The developmental mental-disorder histories of adults with posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 460–466.

Subpatrones

Sobrevivir a la violación

Entre las respuestas a la amenaza y los significados más comunes figuran los sentimientos de responsabilizarse de lo ocurrido y, por consiguiente, de culparse a si mismo/a, vergüenza y acusarse (especialmente en mujeres), junto al enfado y dificultades relacionales y sexuales. Un patrón similar en los hombres incluye respuestas a la amenaza y significados de humillación, negación, represión, vergüenza, impotencia, baja confianza en sí mismo, desconfianza en los hombres adultos, dificultades sexuales, imagen corporal negativa y dudas sobre la orientación sexual, junto a homofobia internalizada. Las víctimas pueden tener ánimo bajo, ansiedad, miedo, pánico y/o ideas suicidas, tras sufrir la agresión, además de presentar hipervigilancia, evitación y pensamientos intrusivos, también pueden consumir alcohol o drogas para encarar la situación. Estos significados están configurados por los discursos sociales sobre los roles de las mujeres y los hombres, sobre la sexualidad masculina y femenina, y sobre quién tiene la responsabilidad de la violación.

Gavey, N. (2005). *Just sex? The cultural scaffolding of rape*. London: Routledge.

Hanson, K.R. (1990). The psychological impact of sexual assault on women and children: A review. *Annals of Sex Research, 3*(2), 187–232.

Littleton, H. y Breitkopf, C.R. (2006). Coping with the experience of rape. *Psychology of Women Quarterly, 30*(1), 106–116.

Miller, A.K., Markman, K.D. y Handley, I.M. (2007). Self-blame among sexual assault victims prospectively predicts revictimization: A perceived sociolegal context model of risk. *Basic and Applied Social Psychology, 29*(2), 129–136.

Myers, M.F. (1989). Men sexually assaulted as adults and sexually abused as boys. *Archives of Sexual Behavior, 18*(3), 203–215.

Norris, J. y Feidman-Summers, S. (1981). Factors related to the psychological impacts of rape on the victim. *Journal of Abnormal Psychology, 90*(6), 562–567.

Petrak, J., Doyle, A., Williams, L. et al. (1997). The psychological impact of sexual assault: A study of female attenders of a sexual health psychology service. *Sexual & Marital Therapy, 12*(4), 339–345.

Weiss, K.G. (2010). Too ashamed to report: Deconstructing the shame of sexual victimization. *Feminist Criminology, 5*(3), 285–310.

Wilson, J.P., Droždek, B. y Turkovic, S. (2006). Posttraumatic shame and guilt. *Trauma, Violence & Abuse, 7*(2), 122–141.

Sobrevivir al combate

Estas respuestas se conocen desde hace mucho tiempo bajo diferentes nombres, como «neurosis de guerra» (shellshock), y se reconocieron oficialmente cuando se incluyó el concepto «trastorno de estrés postraumático» en el DSM-III, tras la guerra de Vietnam. Si los sucesos amenazantes en combate se acompañan de muchos factores agravantes, y ocurre en el contexto de una historia de adversidades previas y perturbaciones en los apegos, es probable que las respuestas a las amenazas sean más severas, y entonces el patrón podría encajar mejor en «Sobrevivir al rechazo, a estar atrapado y a la invalidación». Se ha defendido que los patrones de respuesta, en esencia, son similares a los que experimentan (principalmente) mujeres y niños en el ámbito privado, como consecuencia de una violación, violencia doméstica y abuso sexual. De forma específica, es probable que la guerra exponga a los combatientes a una violencia extrema, violaciones, lesiones y formas grotescas de matar, se sabe que todo ello aumenta la probabilidad de que produzca daño psicológico al testigo de ello. El superviviente puede quedarse en un estado de hiperactivación fisiológica y siempre listo a reaccionar ante las amenazas, con las secuelas de insomnio, reacciones de alarma e irritabilidad. Puede experimentar recuerdos vívidos, fragmentarios e intrusivos de los sucesos del combate en forma de flashbacks y pesadillas. La persona puede intentar manejar todo esto adormeciendo sus sentimientos y distanciándose de sus percepciones, a veces hasta el punto de disociarse de su cuerpo. También pueden usar drogas y alcohol para controlar los sentimientos de impotencia y terror. Al igual que con todos los sucesos traumáticos, de forma general, el sentimiento de traición (por ejemplo, por la falta de justificación de la guerra) aumenta el impacto perjudicial al hacer añicos la fe de los combatientes en sí mismos, en otras personas y en el mundo.

Campbell, M.L.C. y Morrison, A.P. (2007). The psychological consequences of combat exposure: The importance of appraisals and post-traumatic stress disorder symptomatology in the occurrence of delusional-like ideas. *British Journal of Clinical Psychology, 46*(2), 187–201.

Castro, C. (2009). Impact of combat on the mental health and well-being of soldiers and marines. *Smith College Studies in Social Work, 79*(3-4), 247–262.

Cesur, R., Sabia, J.J. y Tekin, E. (2011). *The psychological costs of war: Military combat and mental health*, Discussion Paper No. 5615. IZA. Accesible en: http://ftp.iza.org/dp5615.pdf

Dohrenwend, B.P., Turner, J.B., Turse, N.A. et al. (2006). The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: A revisit with new data and methods. *Science, 313*(5789), 979–982.

Goodwin, L., Wessley, S., Hotopf, M. et al. (2015). Are common mental disorders more prevalent in the UK serving military compared to the general working population? *Psychological Medicine, 45*, 1881–1891.

Grossman, D. (2009). *On killing. The psychological cost of learning to kill in war and society* (Rev. edn). New York: Little, Brown [trad. cast.: *Matar. El coste psicológico de aprender a matar en la guerra y en la sociedad.* España: Melusina, 2019].

Herman, J.L. (2001). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books [trad. cast.: *Trauma y recuperación. Como superar las consecuencias de la violencia*. España: Espasa, 2004].

Hoge, C.W., Castro, C.A., Messer, S.C. et al. (2008). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems and barriers to care. *New England Journal of Medicine, 351*(1), 13–22.

Milliken, C.S., Auchterlonie, J.L. y Hoge, C.W. (2007). Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq War. *JAMA, 298*(18), 2141-2148.

Sobrevivir como refugiado de Camboya

Se han recogido ataques de Khyâl en muchos países de Asia del Sur y de Asia, donde se cree en el khyal, una sustancia parecida al viento que fluye junto a la sangre por todo el cuerpo. A menudo, los síntomas corporales se atribuyen a la interrupción de este flujo. Los ataques de Khyal se caracterizan por palpitaciones, mareos, dificultad para respirar, dolor en las articulaciones y el cuello, tinnitus, dolor de cabeza y pérdida de energía. La creencia explica que el khyâl ha comenzado a fluir repentinamente hacia el corazón, los pulmones y el cuello. Esto hace que las manos y los pies se enfríen, al mismo tiempo que el flujo ascendente del khyâl y la sangre pueden detener el corazón o reventar los vasos sanguíneos del cuello. El khyâl sale desde las orejas o los ojos, lo que causa el tinnitus o la visión borrosa. Los refugiados camboyanos manifiestan que a menudo sufren estos ataques. En este grupo, los ataques a menudo se relacionan con recuerdos o remembranzas de los traumas severos que experimentaron durante el régimen de Pol Pot, que incluye violencia, amenazas de muerte y ser testigo de torturas y asesinatos.

Hinton, D.E., Pich, V., Marques, L. et al. (2010). Khyâl attacks: A key idiom of distress among traumatized Cambodia refugees. *Culture, Medicine and Psychiatry, 34*(2), 244–78.

Bibliografía

Introducción

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edn). Washington, DC: Author. [trad. cast.: *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Medica Panamericana, 2018].

Bebbington, P.E. (2015). A commentary on Kendler. *Psychological Medicine, 45*(6), 1119–1120.

Belluck, P. y Carey, B. (6 May 2013). Psychiatry's guide is out of touch with science, experts say. *New York Times*. Accesible en: http://www.nytimes.com/2013/05/07/health/psychiatrys-new-guide-falls-shortexperts-say.html?pagewanted=all&_r=0.

Belsky, J. (2013). Differential susceptibility to environmental influences. *International Journal of Child Care and Education Policy, 7,* 15–31.

Beresford, P., Perring, R., Nettle, M. et al. (2016). *From mental illness to a social model of madness and distress*. London: Shaping our Lives.

Boyle, M. (2013). The persistence of medicalisation: Is the presentation of alternatives part of the problem? En S. Coles, S. Keenan y B. Diamond (Eds.) *Madness Contested: Power and practice* (pp.3-22). Ross-on-Wye: PCCS Books.

British Psychological Society Division of Clinical Psychology (2017). *Understanding psychosis and schizophrenia. Why people sometimes hear voices, believe things that others find strange, or appear out of touch with reality, and what can help* (A. Cooke, Ed.). Leicester: Author. [trad. cast.: *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?* Accesible en: https://ome-aen.org/libro-comprender-la-psicosis-y-la-esquizofrenia/].

Coulter, J. (1973). *Approaches to insanity*. New York: Wiley.

Cosgrove, L. y Krimsky, S. (2012). A comparison of *DSM-IV* and *DSM-5* panel members' financial associations with industry: A pernicious problem persists. *PLoS Med, 9*(3), e1001190.

Critical Psychiatry Network (2013). *Statement by the Critical Psychiatry Network on the new DSM-5*. Accesible en: http://www.criticalpsychiatry.co.uk/index.php/news/332-statement-by-the-critical-psychiatry-network-onthe-new-dsm-5.

Division of Clinical Psychology (2013). *Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnosis: Time for a paradigm shift*. Leicester: British Psychological Society. Accesible en: http://www.bps.org.uk/system/files/Public%20files/cat-1325.pdf.

Division of Clinical Psychology (2015). *Guidelines on language in relation to functional diagnosis*. Leicester: British Psychological Society. Accesible en: http://www.bps.org.uk/system/files/Public%20files/guidelines_on_language_web.pdf.

Frances, A. (2013). Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, *DSM-5*, big pharma and the medicalization of ordinary life. *Psychotherapy in Australia, 19*(3), 14–18.

Harper, D. (2013). On the persistence of psychiatric diagnosis: Moving beyond a zombie classification system. *Feminism & Psychology, 23*, 78–85.

Hearing Voices Network (2013). *Position Statement on DSM-5 and Psychiatric Diagnosis*. Accesible en: http://www.hearing-voices.org/about-us/position-statement-on-dsm-5/.

Insel, T. (2013, 29 April). *Director's blog: Transforming diagnosis* [Blog post]. Accesible en: http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml.

Johnstone, L. (2000). *Users and abusers of psychiatry: A critical look at psychiatric practice* (2nd edn). London: Routledge.

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

Kennedy, F. (2008). The use of formulation in inpatient settings. En I. Clarke y H. Wilson (Eds.) *Cognitive behaviour therapy for acute inpatient units: Working with clients, staff and the milieu* (pp.39–63). Hove: Routledge.

Kupfer, D. (2013, 3 May). *Chair of DSM-5 task force discusses future of mental health research. American Psychiatric Association*. Accesible en: https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2013/05/Statementfrom-dsm-chair-david-kupfer-md.pdf.

Lafrance, M. (2009). *Women and depression: Recovery and resistance*. New York: Routledge.

Lasalvia, A., van Bortel, T., Bonetti, C. et al. (2015). Cross-national variations in reported discrimination among people treated for major depression worldwide: The ASPEN/INDIGO international study.*British Journal of Psychiatry, 207*, 507–514.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C. et al. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry, 199*, 445–452.

Leeming, D., Boyle, M. y MacDonald, J. (2009). Accounting for psychological problems: How user-friendly are psychosocial formulations? *Clinical Psychology Forum, 200*, 12–17.

Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry, 21*, 452–60.

Pilgrim, D. y Tomasini, F. (2012). On being unreasonable in modern society: Are mental health problems special? *Disability and Society, 27*(5), 631–646.

Pitt, L., Kilbride, M., Welford, M. et al. (2009). Impact of a diagnosis of psychosis: User-led qualitative study. *The Psychiatrist, 33*, 419–423.

Read, J., Haslam, N. y Magliano, L. (2013). Prejudice, stigma and 'schizophrenia'. En J. Read y J. Dillon (Eds.) *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis* (pp.157–177). London: Routledge. [trad. cast.: Prejuicio, estigma y «esquizofrenia»: El papel de la ideología epigenética. En Read, J. y Dillon, J. (editors). *Modelos de locura II*, Barcelona: Herder, 2017].

Roisman, G.I., Newman, D.A., Fraley, R.C. et al. (2012). Distinguishing differential susceptibility from diathesis-stress: Recommendations for evaluating interaction effects. *Development and Psychopathology, 24,* 389–409.

Seeman, N., Tang, S., Brown, A.D. et al. (2016). World survey of mental illness stigma. *Journal of Affective Disorders, 190*, 115–121.

Thoits, P. (1985). Self labeling processes in mental illness: The role of emotional deviance. *American Journal of Sociology, 91*, 221–249.

Capítulo 1: Los problemas de los diagnósticos psiquiátricos y la necesidad de una perspectiva diferente

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edn). Washington DC: Author (1st edn, 1952; 2nd edn, 1968; 3rd edn, 1980; 3rd edn, rev. 1987; 4th edn, 1994; 4th edn, text revision, 2000) [trad. cast.: *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* España: Médica Panamericana, 2018].

Angermeyer, M., Holzinger, A., Carta, M. et al. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 199, 367–372.

Bentall, R.P. (2003). *Madness explained: Psychosis and human nature*. London: Allen Lane. Bentall, R.P. (2010). *Doctoring the mind: Why psychiatric treatments fail.* London: Penguin [trad. cast.: *Medicalizar la mente: ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* España: Herder, 2011].

Bentall, R.P. y Varese, P. (2012). A level playing field? Are bio-genetic and psychosocial studies evaluated by the same standards? *Psychosis, 4*, 183–190.

Boyle, M. (1999). Diagnosis. En C. Newnes, G. Holmes y C. Dunn (Eds.) *This is madness: A critical look at psychiatry and the future of mental health services* (pp.75–90). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Boyle, M. (2002a). *Schizophrenia: A scientific delusion?* (2nd edn). London: Routledge.

Boyle, M. (2002b). It's all done with smoke and mirrors. Or, how to create the illusion of a schizophrenic brain disease. *Clinical Psychology, 12*, 9–16.

Boyle, M. (2013). The persistence of medicalisation: Is the presentation of alternatives part of the problem? En S. Coles, S. Keenan y B. Diamond (Eds.) *Madness contested: Power and practice* (pp.3–22). Ross-on-Wye: PCCS Books.

British Psychological Society (2010). *Understanding bipolar disorder: Why some people experience extreme mood states and what can help*. Leicester: Author. Accesible en: https://shop.bps.org.uk/understanding-bipolar-disorder.html.

Brown, T.A. y Barlow, D.H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the *DSM-IV* anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment, 21*, 256–271.

Clarke, D.E., Narrow, W.E., Regier, D.A. et al. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part 1: Study design, sample stratification, implementation and analytic approach. *American Journal of Psychiatry, 170,* 43–58.

Chalmers, A. (1990). *Science and its fabrication*. Milton Keynes: Open University Press.

Cosgrove, L. y Wheeler, E.E. (2013). Industry's colonisation of psychiatry: Ethical and practical implications of financial conflicts of interest in the *DSM-5*. *Feminism & Psychology, 23*, 93–106.

Deacon, B.J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review, 33*, 846–861.

Frances, A. (2013). *Saving normal*. New York: Harper Collins Publishers [trad. cast.: *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría.* España: Ariel, 2015].

Greenberg, G. (2013). *The book of woe. The DSM and the unmaking of psychiatry*. London: Scribe Publications.

Horwood, F. (2016). Psychosis, antipsychotics and premature mortality: The elephant in the room. *Clinical Psychology Forum, 284,* 11–17.

Insel, T. (2013, 29 April). Post by Former NIMH Director Thomas Insel: Transforming Diagnosis [Blog post]. *National Institute of Mental Health*. Accesible en: https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml.

Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M. et al. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry, 167*, 748–751.

James, O. (2014). Time to accept the null hypothesis of the human genome project? *Attachment: New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis, 8*, 281–296.

Kamens, S. (2013, 15 May). Dr. Insel, or: How psychiatry learned to stop worrying and love the biomarker [Blog post]. *Global Summit on Diagnostic Alternatives*. Accesible en: http://dxsummit.org/archives/251.

Kendell, R.E. (1975). *The role of diagnosis in psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Kennedy, I. (1983). *The unmasking of medicine*. London: Granada Publishing Ltd.

Kirk, S.A., Gomory, T. y Cohen, D. (2013). *Mad science: Psychiatric coercion, diagnosis, and drugs.* New Brunswick (USA): Transaction Publishers.

Kirk, S.A. y Kutchins, H. (1992). *The selling of the DSM: The rhetoric of science in psychiatry*. Hawthorne, NY: Aldine de Gruyter.

Kirmayer, L.J. y Crafa, D. (2014). What kind of science for psychiatry? *Frontiers in Human Neuroscience, 8,* 1–12.

Kvaale, E.P., Haslam, N. y Gottdiener, W.H. (2013). The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review*, *33*, 782–794.

Lynch, T. (2015). *Depression delusion: Vol.1. The myth of the brain chemical imbalance.* Limerick, Ireland: Mental Health Publishing.

Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment*. Houndmills, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Moncrieff, J. (2013). *The bitterest pills.* Houndmills, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Narrow, W.E., Clarke, D.D., Kuramoto, S.J. et al. (2013). *DSM-5* field trials in the United States and Canada, Part III: Development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for *DSM-5*. *American Journal of Psychiatry, 170,* 71–82.

Parsons, S. y Armstrong, A. (2000). Psychiatric power and authority: A scientific and moral defence. En P. Barker y C. Stevenson (Eds.) *The construction of power and authority in psychiatry* (pp.203–222). Oxford: Butterworth Heinemann.

Peterson, B.S. (2015). Research Domain Criteria (RDoC): A new psychiatric nosology whose time has not yet come. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56,* 719–722.

Pilgrim, D. (2015a). The biopsychosocial model in health research: Its strengths and limitations for critical realists. *Journal of Critical Realism, 14,* 164–180.

Phillips, J., Frances, A., Cerullo, M.A. et al. (2012a). The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluralogue. Part 1: Conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 7*(3). doi: 10. 1186/1747-5341-7-3

Phillips, J., Frances, A., Cerullo, M.A. et al. (2012b). The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluralogue. Part 2: Issues of conservatism and pragmatism in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 7*(8). doi: 10. 1186/1747-5341-7-8

Phillips, J., Frances, A., Cerullo, M.A. et al. (2012c). The six most essential questions in psychiatric diagnosis: A pluralogue. Part 3: Issues of utility and alternative approaches in psychiatric diagnosis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 7*:9 doi: 10. 1186/1747-5341-7-9

Read, J. (2005). The bio-bio-bio model of madness. *The Psychologist, 18*, 596–597.

Read, J., Bentall, R.P. y Fosse, R. (2009). Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: Exploring the pathogenic and psychological mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms. *Epidemiologica e Psichiatria Sociale, 18,* 299–317.

Read, J., Haslam, N., Sayce, L. et al. (2006). Prejudice and schizophrenia: A review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 114,* 303–318.

Regier, D.A., Narrow, W.E., Clarke, D.E. et al. (2013). *DSM-5* field trials in the United States and Canada, Part II: Test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *American Journal of Psychiatry, 170*, 59–70.

Rosenberg, C.E. (2002). The tyranny of diagnosis: Specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly, 80*, 237–260.

Ross, C.A. y Pam, A. (1995). *Pseudoscience in biological psychiatry: Blaming the body*. New York: Wiley.

Scull, A.T. (1979). *Museums of madness: The social organisation of insanity in nineteenth century England*. London: Allen Lane.

Shepherd, M. (1976). Definition, classification and nomenclature: A clinical overview. En D. Kemali, G. Bartholini y D. Richer (Eds.) *Schizophrenia Today*. Oxford: Pergamon.

Treasure, T. (2016). Diagnosis as an alibi for treatment. *Journal of the Royal Society of Medicine, 109*, 313–314.

Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. New York: Crown Publishers [trad. cast.: *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales.* España: Capitán Swing, 2015].

World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Author [trad. cast.: *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento*. España: Medvance, 1993].

World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: Author [trad. cast.: *CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación.* España: Meditor, 1993].

Capítulo 2. Principios filosóficos y conceptuales de las alternativas al diagnóstico psiquiátrico

Abe, M. (1975). Mahāyāna Buddhism and Whitehead: A view by a lay student of Whitehead's philosophy. *Philosophy East and West, 25*, 415–428.

Adams, D.M. (2015). The unbearable lightness of being white. *Women and Therapy, 38*, 327-340.

Addison S.M y Coolhart, D. (2015). Expanding the therapy paradigm with queer couples: A relational intersectional lens. *Family Process, 54*, 435–453.

Afuape, T. y Hughes, G. (Eds.) (2016). *Liberation practices: Towards emotional well-being through dialogue*. Hove: Routledge.

Aho, K. (2014). *Existentialism: An introduction*. London: Polity Press.

Alford, B.A. y Beck, A.T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy.* New York: Guilford Press.

Allen, B.J. (1996). Feminist standpoint theory: A Black woman's review of organisational socialization. *Communication Studies, 47*, 257–271.

All-Party Parliamentary Group on Social Mobility (2014). *Character and resilience manifesto*. London: Author. Accesible en: https://issuu.com/appgsocmob/docs/character___resilience_manifesto.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edn). Washington, DC: Author [trad. cast.: *DSM-IV. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson, 1995].

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edn, text rev.). Washington, DC: Author [trad. cast.: *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* España: Masson, 2001].

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edn). Washington, DC: Author [trad. cast.: *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* España: Medica Panamericana, 2018].

Archer, M. (1995). *Realist social theory: The morphogenic approach*. Cambridge: Cambridge University Press [trad. cast.: *Teoría social realista. El enfoque morfogenético*. Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2009].

Archer, M. (2000). *Being human: The problem of agency*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bakhtin, M.M. (1981). *The dialogic imagination: Four essays*. Austin, Texas: University of Texas Press.

Barad, K. (2007). *Meeting the universe halfway: Quantum physics and the entanglement of matter and meaning.* Durham, NC: Duke University.

Barber, B.R. (2007). *Consumed: How markets corrupt children, infantilise adults, and swallow citizens whole.* New York: Norton.

Barnes-Holmes, D. (2000). Behavioral pragmatism: No place for reality and truth. *The Behavior Analyst*, *23*, 191–202.

Barr, B., Taylor-Robinson, D., Stuckler, D. et al. (2015). 'First, do no harm': Are disability assessments associated with adverse trends in mental health? A longitudinal ecological study. *Journal of Epidemiology and Community Health, 70*, 339–345.

Beck, A. (2016). *Transcultural cognitive behaviour therapy for anxiety and depression: A practical guide.* Hove: Routledge.

Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Penguin.

Bentall, R.P. (2003). *Madness explained. Psychosis and human nature*. London: Allen Lane.

Beresford, P. (2010). *A straight talking introduction to being a mental health service user*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Beresford, P. (2015). From 'recovery' to reclaiming madness. *Clinical Psychology Forum, 268*, 16–20.

Beresford, P. (2016). The role of survivor evidence in creating alternatives to psychiatry. En J. Russo y A. Sweeney (Eds.) *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies* (pp.25–34). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Berrios, G. (1988). The early development of Krapelin's ideas on classification: A conceptual history. *Psychological Medicine, 18*, 813–821.

Bhaskar, R. (1986). *Scientific realism and human emancipation*. London: Verso.

Bhaskar, R. (2011). *Reclaiming reality*. Abingdon, Oxon: Routledge.

Billig, M. (1991). *Ideology and opinions.* London: Sage.

Birchwood, M., Fowler, D. y Jackson, C. (Eds.) (2000). *Early intervention in psychosis*. Chichester: Wiley.

Blackman, D.E. (1991). B.F. Skinner y G.H. Mead: On biological science and social science. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 55,* 251–265.

Boas, T.C. y Gans-Morse, J. (2009). Neoliberalism: From new liberal philosophy to anti-liberal slogan. *Studies in Comparative International Development, 44*, 2, 137–161.

Bordo, S. (1996). Anorexia nervosa: Psychopathology as the crystallisation of culture. En A. Garry y M. Pearsall (Eds.) *Women, knowledge and reality: Explorations in feminist philosophy* (pp.388–418). New York: Routledge.

Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry, 16*, 5–13.

Bostock, J. y Diamond, B. (2005). The value of community psychology: Critical reflections from the NHS. *Clinical Psychology Forum, 153* (September), 22–25.

Bowers, J. (1990). All hail the great abstraction: Star wars and the politics of cognitive psychology. En I. Parker y J. Shotter (Eds.) *Deconstructing social psychology* (pp.127–140). London: Routledge.

Boyle, M. (1996). 'Schizophrenia' re-evaluated. En T. Heller, J. Reynolds, R. Gomm et al. (Eds.) *Mental health matters: A reader* (pp.27–35). Basingstoke, Hampshire: Macmillan.

Boyle, M. (1997). *Rethinking abortion: Psychology, gender, power and the law*. London: Routledge.

Boyle, M. (2002). *Schizophrenia: A scientific delusion?* London: Routledge.

Bracken J., Giller J.E. y Summerfield, D. (1997). Rethinking mental health work with survivors of wartime violence and refugees. *Journal of Refugee Studies, 10*(4), 431–442.

Bracken, P., Giller, J.E. y Summerfield, D. (2016). Primum non nocere. The case for a critical approach to global mental health. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25,* 506–510.

Bracken, P. y Thomas, P. (2008). Cognitive therapy, cartesianism and the moral order. En R. House y D. Loewenthal (Eds.) *Against and for CBT: Towards a constructive dialogue?* (pp.86–100). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Bretherton, I. (1992). Attachment and bonding. En V.B. Van Hasselt y M. Hersen (Eds.) *Handbook of social development: A lifespan perspective* (pp.133–155). New York: Springer.

Brett, C.M.C. (2010). Transformative crises. En I. Clarke (Ed.) *Psychosis and spirituality: Consolidating the new paradigm* (2nd edn, pp.155–174). Chichester: Wiley.

Brett, C., Heriot-Maitland, C., McGuire, P. et al. (2014). Predictors of distress associated with psychotic-like anomalous experiences in clinical and non-clinical populations. *British Journal of Clinical Psychology, 53*, 213-227.

Brown, F.J. y Gillard, D. (2015). The 'strange death' of radical behaviourism. *The Psychologist*, *28*, 24–27.

Brown, J.W. (1998). Fundamentals of process neuropsychology. *Brain and Cognition, 38*, 234–245.

Brown, L. (2000). Feminist therapy. En C.R. Synder y R.E. Ingram (Eds.) *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century* (pp.358–380). New York: Wiley.

Brown, L.S. (2009). Cultural competence: A new way of thinking about integration in therapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 19*, 340–353.

Brown, T.A. y Barlow, D.H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the *DSM-IV* anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, *21*, 256–271.

Bruner, J.S. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University [trad. cast.: *Realidad mental y mundos posibles*. España: Gedisa, 2004].

Bruner, J.S. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press [trad. cast.: *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. España: Alianza, 2006].

Bruner, J.S. (1991). The narrative construction of reality. *Critical Inquiry, 18*(1), 1–21.

Buber, M. (1996). *I and thou.* New York: Simon & Schuster. (Original work published 1923.) [trad. cast.: *Yo y Tú*. España: Herder, 2017].

Bhugra, D. y Littlewood, R. (Eds.) (2001). *Colonialism and psychiatry*. Delhi: Oxford University Press India.

Burr, V. (2015). *Social constructionism* (3rd edn). London: Routledge [trad. cat.: *Introduccio al construccionisme social*. España: Edicions Proa, 1997].

Campbell, P., Dillon, J. y Longden, E. (2013). Service users and survivors. En J. Cromby, D. Harper y P. Reavey (Eds.) *Psychology, mental health and distress* (pp.139–157). Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Caplan, P.J. (1987). The name game: Psychiatry, misogyny and taxonomy. *Women and Therapy, 6*, 187–202. Chadwick, P., Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia.* Chichester: Wiley.

Chalmers, D.J. (2006). Strong and weak emergence. En P. Clayton y P. Davies (Eds.) *The re-emergence of emergence* (pp.244–256). Oxford: Oxford University Press.

Chamberlin, J. (1988). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system.* London: MIND.

Chesler, P. (1972). *Women and madness*. Garden City, NJ: Doubleday [trad. cast.: *Mujeres y locura*. España: Txalaparta, 2019].

Chomsky, N. y McChesney, R.W. (2011). *Profit over people: Neoliberalism and global order*. New York: Seven Stories Press.

Claridge, G. (2010). Spiritual crisis: Healthy psychoticism? En I. Clarke (Ed.) *Psychosis and spirituality: Consolidating the new paradigm.* (2nd edn, pp.75–88). Chichester: Wiley.

Clarke, I. (Ed.) (2010). *Psychosis and Spirituality: Consolidating the new paradigm*. Chichester: Wiley.

Clarke, I. (2013) Spirituality: a new way into understanding psychosis. En E.M.J. Morris, L.C. Johns y J.E. Oliver (Eds.) *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis* (pp.160–171). Chichester: Wiley-Blackwell [trad. cast.: Espiritualidad: una nueva forma de comprender la psicosis. En E.M.J. Morris, L.C. Johns y J.E. Oliver (Eds.) *Terapia de aceptación y compromiso y atención plena en la psicosis.* España: Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2016].

Clarke, I. (2015). The emotion focused formulation approach: Bridging individual and team formulation. *Clinical Psychology Forum*, *275*, 28–32.

Cohen, B.M.Z. (2014). Passive aggressive: Maori and the continuance of colonial psychiatry in Aotearoa New Zealand. *Disability and the Global South, 1*(2), 319–339.

Collins, P.H. (1990). *Black feminist thought: Knowledge, consciousness and the politics of empowerment*. Boston: Unwin Hyman.

Cooper, D. (1971). *The death of the family*. Harmondsworth: Penguin [trad. cast.: *La muerte de la familia*. España: Ariel, 1976].

Courtois, C. y Ford, J. (2013). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. New York: Guilford Press.

Crenshaw, K.W.(1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review, 43*, 1241–1299.

Critical Psychiatry Network (2014, 22 July). *Alternatives to Western Psychiatry: Recognising and supporting alternatives to Western Psychiatry* (Statement to All Party Parliamentary Group on global mental health). Accesible en: http://www.criticalpsychiatry.co.uk/index.php/articles/35-documents/395-alternatives-towestern-psychiatry-statement-to-appg.

Cromby, J. (2015). *Feeling bodies: Embodying psychology.* New York: Palgrave Macmillan.

Cromby, J. y Harper, D. (2009). Paranoia: A social account. *Theory & Psychology, 19*, 335-361.

Cromby, J., Harper, D. y Reavey, P. (2013). *Psychology, mental health & distress*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Dallos, R. y Stedmon, J. (2014). Systemic formulation: Mapping the family dance. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.) *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (pp.67–95). Hove: Routledge [trad. cast.: La formulación sistémica: cartografiar el «baile en familia». En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.) *La formulación en la psicología y la psicoterapia. Dando sentido a los problemas de la gente*. España: Desclée De Brouwer, 2017].

Danziger, K. (1985). The methodological imperative in psychology. *Philosophy of the Social Sciences*, *15*, 1–13.

Davar, B. (2014). Globalizing psychiatry and the case of 'vanishing' alternatives in a neo-colonial state. *Disability and the Global South, 1*(2), 266–284.

Davidson, L. y McGlashan, T. (1997). The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, *42*, 34–43.

Davies, B. y Harré, R. (1990). Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour, 20*, 43–63.

Deary, V. (2014). Help yourself. *RSA Journal*, *4*, 36–39.

Deleuze, G. y Guattari, F. (1984). *Anti-Oedipus: Capitalism and schizophrenia.* London: Athlone Press [trad. cast.: *El anti-Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*. España: Paidos, 1985].

Dillon, J. (2009). Jacqui Dillon. En M. Romme, S. Esche, J. Dillon et al. (Eds.) *Living with voices: 50 stories of recovery* (pp.188–193). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Dillon, J. (2011). The personal is the political. En M. Rapley, J.Moncrief y J.Dillon (Eds.) *De-Medicalizing misery: Psychiatry, psychology and the human condition* (pp.141–157). London: Palgrave Macmillan.

Dillon, J. y May, R. (2003). Reclaiming experience. *Open Mind, 120*, 16–17.

Dudgeon, P. y Bray, A. (2016). Indigenous psychology: A brief introduction. *Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy*, 16, 153–162.

Easlea, B. (1981). *Science and sexual oppression. Patriarchy's confrontation with women and nature.* London: Weidenfeld and Nicolson.

Ebigbo, P.O., Lekwas, E.C. y Chukwunenyem, N.F. (2015). Brain fag: New perspectives from case observations. *Transcultural Psychiatry*, *52*, 311–330.

Fanon, F. (2001). *The wretched of the earth*. London: Penguin Modern Classics. (Original work published 1963.) [trad. cast.: *Los condenados de la tierra*. España: Txalaparta, 1999].

Farrell, J.M., Shaw, I.A. y Webber, M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for patients with borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *40*, 317–328.

Fernando, G.A. (2004). Working with survivors of war in non-Western cultures: The role of the clinical psychologist. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counseling in Areas of Armed Conflict, 2*, 108–117.

Fernando, S. (2010). *Mental health race and culture* (3rd edn). Basingstoke, New York: Palgrave.

Fernando, S. (2014). *Mental health worldwide: Culture, globalisation and development*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.

Foucault, M. (1967). *Madness and civilisation*. London: Tavistock Publications [trad. cast.: *Historia de la locura en la época clásica*. España: Fondo de Cultura Económica, 2006].

Fricker, M. (2006). Powerlessness and social interpretation. *Episteme*, *3*, 96–108.

Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice*. *Power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press. [trad. cast.: *Injusticia epistémica*. España: Herder, 2019].

Friedli, L. y Stearn, R. (2015). Positive affect as coercive strategy: Conditionality, activation and the role of psychology in the UK government workfare programmes. *Medical Humanities, 41*, 40–47.

Fromm, E. (1962). *Beyond the chains of illusion*: *My encounters with Marx & Freud.* New York: Simon & Schuster [trad. cast.: *Más allá de las cadenas de la Ilusión. Mi encuentro con Marx y Freud*. México: Herrero Hermanos, 1971].

Fromm, E. (1976). *To have or to be?* New York: Harper & Row [trad. cast.: *¿Tener o ser?* España: Fondo de Cultura Económica, 1995].

Frosh, S. (2012). *A brief introduction to psychoanalytic theory*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.

Fryson, R. y Cromby, J. (2012). Human rights and intellectual disabilities in an era of 'choice'. *Journal of Intellectual Disability Research, 57*(12), 1164–1172.

Gergen, K.J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist, 40*, 266-275.

Gilligan, C. (1981). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gore, N.J., McGill, P., Toogood, S. et al. (2013). Definition and scope for positive behavioural support. *International Journal of Positive Behavioural Support*, *3*, 14–23.

Grof, C. y Grof, S. (1991). *The stormy search for the self*. London: [trad. cast.: *La tormentosa búsqueda del ser. Una guía para el crecimiento personal a través de la emergencia espiritual*. España: La liebre de marzo, 1995].

Hacking, I. (1998). *Mad Travelers: Reflections on the reality of transient mental illnesses*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Hacking, I. (2002). *Historical ontology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Hagan, T. y Donnison, J. (1999). Social power: Some implications for the theory and practice of cognitive behaviour therapy. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *9*, 119–135.

Hager, L.D. (Ed.) (1997). *Women in human evolution*. London: Routledge.

Hallam, R. (2013). *Individual case formulation.* Waltham, MA: Academic Press .

Hallam, R. (2015). *The therapy relationship. A special kind of friendship*. London: Karnac.

Harding, S. (1986). *The science question in feminism*. Milton Keynes: Open University Press [trad. cast.: *Ciencia y feminismo*. España: Morata, 1996].

Harding, S. (1991). *Whose science? Whose knowledge?* Milton Keynes: Open University Press.

Harper, D. y Thompson, A. (2011). *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy.* Chichester: Wiley-Blackwell.

Hartling, L.M. (2008). Strengthening resilience in a risky world: It's all about relationships. *Women and Therapy, 31*, 51–70.

Hartsock, N.C.M. (1983). The feminist standpoint: Developing ground for a specifically feminist historical materialism. En S. Harding y M.B. Hitikka (Eds.). *Discovering reality* (pp.283–310). Dordrecht: D Reidel Publishing Company.

Harvey, A.G., Watkins, E.R., Mansell, W. et al. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.

Hayes, S.C. y Follette, W.C. (1992). Can functional analysis provide a substitute for syndrome classification? *Behavioral Assessment*, *14*, 345–365.

Hayes, S.C., Strosahl, K. y Wilson, K.G. (2011). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd edn). New York: Guilford Press [trad. cast.: *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente*. España: Desclee de Brouwer, 2014].

Heffernan, S., Neil, S., Thomas, Y. et al. (2016). Religion in the recovery journey of individuals with experience of psychosis. *Psychosis, 8,* 346–356.

Hemmings, A. (2008). In response to the chapters. En R. House y D. Loewenthal (Eds.) *Against and for CBT: Towards a constructive dialogue?* (pp.42–51). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Henriques, J., Hollway, W., Urwin, C. et al. (1998). *Changing the subject. Psychology, social regulation and subjectivity*. London: Routledge.

Heriot-Maitland, C., Knight, M. y Peters, E. (2012). A qualitative comparison of psychotic-like phenomena in clinical and non-clinical populations. *British Journal of Clinical Psychology, 51*, 37–53.

Herman, J. (2001). *Trauma and recovery. From domestic abuse to political terror*. London: Pandora [trad. cast.: *Trauma y recuperación. Como superar las consecuencias de la violencia*. España: Espasa, 2004].

Hogwood, J. y Rouf, K. (2016). Genocide and mass sexual violence: Psychological support for women survivors in Rwanda. *Clinical Psychology Forum, 285*, 8–13.

Holland, S. (1992). From social abuse to social action: A neighbourhood psychotherapy and social action project for women. En J.M. Ussher y P. Nicolson (Eds.) *Gender issues in clinical psychology* (pp.68–77). London: Routledge.

Holland, S. (1995). Interaction in women's mental health and neighbourhood develelopment. En S. Fernando (Ed.) *Mental health in a multiethnic society: A multidisciplinary handbook* (pp.139–147). London: Routledge.

hooks, b. (1981). *Ain't I a woman? Black women and feminism.* Boston, MA: South End Press.

Hornstein, G. (2012). *Agnes' jacket: A psychologist's search for the meanings of madness.* Ross-on-Wye: PCCS Books.

Hughes, I. (1997). Can you keep from crying by considering things? Some arguments against cognitive therapy for depression. *Clinical Psychology Forum, 104*, 22–27.

Ingleby, D. (1981). *Critical psychiatry.* London: Penguin [trad. cast.: *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*. España: Crítica, 1982].

Ingleby, D. (2014). How 'evidence-based' is the movement for global mental health? *Disability and the Global South, 1*(2), 203–226.

Jackson, M.C. (2010). The paradigm-shifting hypothesis: a common process in benign psychosis and psychotic disorder. En I. Clarke (Ed.) *Psychosis and Spirituality: Consolidating the new paradigm*. (2nd edn, pp.139–155). Chichester: Wiley.

Jacobs, D. y Cohen, D. (2010). Does 'psychological dysfunction' mean anything? A critical essay on pathology versus agency. *Journal of Humanistic Psychology, 50*, 312–334.

James, O. (2008). *The selfish capitalist.* London: Vermillion.

Jaspers, K. (1963). *General psychopathology*. Manchester: Manchester University Press. (Original work published 1913.) [trad. cast.: *Psicopatología general*. España: Fondo De Cultura Económica, 2014].

Jenkins, J.H. y Barrett, R.J. (Eds.) (2004). *Schizophrenia, culture and subjectivity: The edge of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.

Johnston, J.M., Foxx, R.M., Jacobson, J.W. et al. (2006). Positive behavior support and applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *29*, 51–74.

Johnstone, L. (2000). *Users and abusers of psychiatry*. London: Routledge.

Jordan J.V. (2008a). Valuing vulnerability: New definitions of courage. *Women & Therapy, 31*, 209–233.

Jordan J.V. (2008b). Learning at the margin: New models of strength. *Women & Therapy, 31*, 189–208.

Jung, C.G. (1963). *Memories, Dreams, Reflections.* London: Routledge [trad. cast.: *Recuerdos, sueños, pensamientos*. España: Seix Barral, 2001].

Kagan, C., Burton, M., Duckett, P. et al. (2011). *Critical community psychology*. Chichester: BPS Blackwell.

Kakar, S. (1984). *Shamans, mystics and doctors. A psychological inquiry into India and its healing tradition*. London: Unwin Paperbacks.

Kareem, J. y Littlewood, R. (Eds.) (2000). *Intercultural therapy: Themes, interpretations and practice* (2nd edn). London: Blackwell.

Kasser, T. (2002). *The high price of materialism*. Cambridge, MA: The MIT Press.

Keller, R.C. (2007). *Colonial madness: Psychiatry in French North Africa*. Chicago: University of Chicago Press.

Kellogg, S.H. y Young, J.E. (2008). Cognitive therapy. En J.L. Lebow (Ed.), *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice* (pp.43–79). Chichester: Wiley.

Kelly, G. (1991). *Psychology of personal constructs: Vols. 1 & 2*. New York: Norton. (2nd edn). London: Routledge. (Original work published 1955) [trad. cast.: *Psicología de los constructos personales*. España: Paidós, 2007].

Kenrick, D., Neuberg, S. y Cialdini, R. (2010). *Social psychology: Goals in interaction*. London: Pearson Education.

Kim, U.E. y Berry, J.W. (1993). *Indigenous psychologies: Research and experience in cultural context.* Newbury Park: Sage.

Kim, U.E., Yang, K.A. y Hwang, K. (Eds.) (2006). *Indigenous and cultural psychology: Understanding people in context.* New York: Springer.

Kirk, S.A. y Kutchins, H. (1997). *Making us crazy: DSM: The psychiatric bible and the creation of mental illness.* London: Constable.

Kitzinger, C. y Perkins, R. (1993). *Changing our minds: Lesbian feminism and psychology*. New York: New York University Press.

Klein, N. (2008). *The shock doctrine: The rise of disaster capitalism*. New York: Picador [trad. cast.: *La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desastre*. España: Planeta, 2012].

Kohlenberg, R.J., Hayes, S.C. y Tsai, M. (1993). Radical behavioural psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, *13*, 579–592.

Kotov, R., Krueger, R.F., Watson, D. et al. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology, 126,* 454–477.

Lafrance, M. (2009). *Women and depression: Recovery and resistance*. New York: Routledge.

Laing, R.D. (1967). *The politics of experience*. New York: Pantheon Books [trad. cast.: *La política de la experiencia*. España: Critica, 1977].

Laing, R.D. (2010). *The divided self.* London: Penguin Modern Classics. (Original work published 1960) [trad. cast.: *El yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad*. España: Fondo de Cultura Económica, 1978].

Laing, R.D. y Esterson, A. (1964). *Sanity, madness and the family*. London: Tavistock Publications [trad. cast.: *Cordura, locura y familia*. España: Fondo de Cultura Económica, 1980].

Langer, S. (1967). *Mind: An essay on human feeling*. *Vol. 1*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Lawson, T. (2003). Ontology and feminist theorizing. *Feminist Economics*, *9*, 119–150.

Layard, R. y Clark, D.M. (2014). *Thrive: The power of evidence-based psychological therapies*. London: Allen Lane.

Leahy, R.L. (Ed.) (2004). *Contemporary cognitive therapy: Theory, research and practice.* New York: Guilford Press.

LeFrançois, B. (2016). Foreward. En J. Russo y A. Sweeney (Eds.) *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies* (pp.v–viii). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Lewis, B. (2006). *Moving beyond Prozac, DSM, and the new psychiatry: The birth of post-psychiatry*. Ann Arbor: University of Michigan Press.

Littlewood, R. (2002). *Pathologies of the West. An anthropology of mental illness in Europe and America*. London: Continuum.

Littlewood, R. y Lipsedge, M. (1997). *Aliens and alienists. Ethnic minorities and psychiatry* (3rd edn). London: Routledge.

LSE Centre for Economic Performance, Mental Health Policy Group. (2006). *The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders.* London: London School of Economics and Political Science. Accesible en: http://www.infocoponline.es/pdf/depression1.pdf.

Mansell, W. (2008). What is CBT *really*, and how can we enhance the impact of effective psychotherapies such as CBT? En R. House y D. Loewenthal (Eds.) *Against and for CBT: Towards a constructive dialogue?* (pp.19–32). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Mbaegbu, C.C. (2016). The Mind Body Problem: The hermeneutics of African philosophy. *Journal of Religion and Human Relations, 8*(2), 2–18.

McClelland, L. (2013). Reformulating the impact of social inequalities. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.) *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (2nd edn). Hove: Routledge [trad. cast.: Reformular el impacto de las desigualdades sociales: el poder y la justicia social. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.). *La formulación en la psicología y la psicoterapia. Dando sentido a los problemas de la gente*. España: Desclée De Brouwer, 2017].

McGoldrick, M. y Vardy, K.V. (Eds.) (2008). *Revisioning family therapy: Race, culture and gender in clinical practice.* (2nd edn). New York: Guilford Press.

McWade, B. (2016). Recovery-as-policy as a form of neoliberal state-making. *Intersectionalities*, *5*, 62–81.

Mendelsohn, M., Herman, J.L., Schatzow, E. et al. (2011). *The trauma recovery group: A guide for practitioners.* New York: Guilford Press.

Mental Disability Advocacy Centre and Mental Health Uganda (2014). *'They don't consider me as a person': Mental health and human rights in Ugandan communities*. Budapest/London: MDAC/MDU. Accesible en: http://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/mental_health_human_rights_in_ugandan_communities.pdf.

Mercer, K. (1986). Racism and transcultural psychiatry. En P. Miller y N. Rose (Eds.) *The power of psychiatry*. Cambridge: Polity Press.

Mesle, C.R. (2008). *Process-relational philosophy: An introduction to Alfred North Whitehead*. Conshocken, PA: Templeton Press.

Midlands Psychology Group (2013). Manifesto for a social materialist psychology of distress. En S. Coles, S. Keenan y B. Diamond (Eds.) *Madness contested: Power and practice* (pp.121–140). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Miller, J.B. (1976). *Toward a new psychology of women*. Beacon Press: Boston [trad. cast.: *Hacia una nueva psicología de la mujer*. España: Paidós, 2004].

Miller, J.B. (2008). Telling the truth about power. *Women and Therapy, 31*, 145–161.

Mills, C. (2014). *Decolonizing global mental health: The psychiatrization of the majority world.* Hove: Routledge.

Mills, C. y Fernando, S. (2014). Globalising mental health or pathologising the global south? Mapping the ethics, theory and practice of global mental health. *Disability and the Global South, 1*(2), 188–202.

Mineka, S., Watson, D. y Clark, A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, *49*, 377–412.

Moloney, P. y Kelly, P. (2008). Beck never lived in Birmingham: Why cognitive behaviour therapy may be a less helpful treatment for psychological distress than is often supposed. En R. House y D. Loewenthal (Eds.) *Against and for CBT: Towards a constructive dialogue?* (pp.278–288). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Moncrieff, J. (2008). Neoliberalism and biopsychiatry: A marriage of convenience. En C.I. Cohen y S. Timimi (Eds.) *Liberatory psychiatry, philosophy, politics and mental health* (pp.235–256). Cambridge: Cambridge University Press.

Moncrieff, J. (2010). Psychiatric diagnosis as a political device. *Social Theory & Health, 8*, 370–382.

Morgan, A. y Felton, A. (2013). From constructive engagement to coerced recovery. En S. Coles, S. Keenan y B. Diamond (Eds.) *Madness contested: Power and practice* (pp.56–73). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Nelson, H.E. (1997). *CBT with schizophrenia: A practice manual*. Cheltenham: Stanley Thornes.

Nelson, J. (2003). Once more, with feeling: Feminist economics and the ontological question. *Feminist Economics*, *9*, 109–118.

NICE (2014). *Domestic violence and abuse: How health services, social care and the organisations they work with can respond effectively*. London: Author. Accesible en: https://cdn.ps.emap.com/wp-content/uploads/sites/2/2014/02/NICE-domestic-report.pdf.

Nisbett, R.E. y Wilson, T.D.C. (1977). Telling more we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, *84*, 231–259.

Ocampo, C. (2010). *Is there such a thing as indigenous mental health? Implications for research, education, practice and policy making in psychology*. Washington: American Psychological Association. Accesible en: http://www.apa.org/pi/oema/resources/communique/2010/08/indigenous-mental-health.aspx.

O'Grady, H. (2005). *Woman's relationship with herself: Gender, Foucault and therapy*. London: Routledge.

Okulate, G.T., Olayinka, M.O. y Jones, O.B.E. (2004). Somatic symptoms in depression: Evaluation of their diagnostic weight in an African setting. *The British Journal of Psychiatry, 184*(5), 422–427.

Orford, J. (2008). *Community psychology: Challenges, controversies and emerging consensus*. Chichester: Wiley.

Pan African Network of People with Psychosocial Disabilities (PANUSP) (2011). The Cape Town declaration. *Disability and the Global South, 1*, 385–386.

Piaget, J. (1978). *Behavior and evolution.* New York: Pantheon Books [trad. cast.: *Comportamiento. El Motor de La Evolución*. Argentina: Nueva Visión, 1986].

Pilgrim, D. (2015b). *Understanding mental health: A critical realist understanding*. London: Routledge.

Pilgrim, D. y Bentall, R.P. (1999). The medicalisation of misery. A critical realist analysis of the concept of depression. *Journal of Mental Health*, *8*, 261–274.

Prilleltensky, I. (1989). Psychology and the status quo. *American Psychologist*, *44*, 795–802.

Prilleltensky, I. (1994). Psychology and social ethics. *American Psychologist*, *49*, 966–967.

Prilleltensky, I. y Fox, D. (2007). Psychopolitical literacy for wellness and justice. *Journal of Community Psychology, 35*, 793–805.

Proctor, G. (2007). Disordered boundaries? A critique of 'borderline personality disorder.' En H. Spandler y S. Warner (Eds.) *Beyond fear and control: Working with young people who self-harm* (pp.105–120). New York: 42nd St Reader.

Proctor, G. (2008). CBT: The obscuring of power in the name of science. En R. House y D. Loewenthal (Eds.) *Against and for CBT: Towards a constructive dialogue?* (pp.241–255). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Psychologists Against Austerity (2015). *The psychological impact of austerity: A briefing paper*. Author. Accesible en: https://psychagainstausterity.files.wordpress.com/2015/03/paa-briefing-paper.pdf.

Read, J. y Bentall, R.P. (2010). The effectiveness of electroconvulsive therapy: A literature review. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale,* 19, 333–347.

Raitt, F.E. y Zeedyck, M.S. (2000). *The implicit relation of psychology and law. Women and syndrome evidence.* London: Routledge.

Roberts, G. (1991). Delusional belief systems and meaning in life: A preferred reality? *British Journal of Psychiatry*, *159* (Suppl. 14), S19–S28.

Roberts, R. (2015). *Psychology and capitalism: The manipulation of mind*. Winchester: Zero Books.

Robins, C.J. y Chapman, A.L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments and future directions. *Journal of Personality Disorders*, *18*, 73–89.

Rose, N. (1985). *The psychological complex: Psychology, politics and society in England 1869–1939*. London: Routledge and Kegan Paul.

Rosewater, L.B. y Walker, L.E.A. (Eds.) (1985). *Handbook of feminist therapy: Women's issues in psychotherapy*. New York: Springer.

Russo, J. (2016). Towards our framework, or reclaiming madness part two. En J. Russo y A. Sweeney (Eds.) *Searching for a Rose Garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies* (pp.59–68). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Russo, J. y Sweeney, A. (Eds.) (2016). *Searching for a Rose Garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Safran, J.D. y Muran, J.C. (*2000). Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide.* New York: Guilford Press.

Sampson, E.E. (1981). Cognitive psychology as ideology. *American Psychologist, 36*, 730–743.

Sampson, E.E. (1988). The debate on individualism: Indigenous psychologies of the individual and their role in personal and societal functioning. *American Psychologist*, *43,* 15–22.

Sanati, A. y Kyratsous, M. (2015). Epistemic injustice in assessment of delusions. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *21*, 479–485.

Sarason, S.B. (1981). *Psychology misdirected*. New York: Free Press.

Sayer, A. (2016). *Why we can't afford the rich*. Bristol: Policy Press.

Scheff, T. (1966). *Being mentally ill*. Chicago: Aldine [trad. cast.: *El rol de enfermo mental.* Argentina: Amorrortu, 1973].

Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*, 201–269.

Scull, A.T. (1979). *Museums of madness: The social organisation of insanity in nineteenth century England*. Harmondsworth: Penguin.

Shafran, R., Clark, D.M., Fairburn, C.G. et al. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 902–909.

Shildrick, T. y MacDonald, R. (2013). Poverty talk: How people experiencing poverty deny their poverty and why they blame 'the poor'. *The Sociological Review*, 61, 285–303.

Shotter, J. (1993). *Cultural politics of everyday life.* Milton Keynes: Open University Press.

Skinner, B.F. (1974). *About behaviorism*. New York: Vintage [trad. cast.: *Sobre el conductismo.* España, Fontanella, 1977].

Skultans, V. (2003). From damaged nerves to masked depression: Inevitability and hope in Latvian psychiatric narratives. *Social Science and Medicine, 56*(12), 2421–2431.

Skultans, V. (2007). The appropriation of suffering: Psychiatric practice in the post-Soviet clinic. *Theory, Culture and Society, 24*(3), 27–48.

Slife, B.D. (2004). Theoretical challenges to therapy practice and research: The constraint of naturalism. En M.J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (pp.44–83). New York: Wiley.

Smail, D. (2001). *The nature of unhappiness*. London: Robinson.

Smail, D. (2005). *Power, interest and psychology: Elements of a social materialist understanding of distress*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Smith, A.E. y Siegal, R.F. (1985). Redefining power for the powerless. En L.B. Rosewater y L.E.A. Walker (Eds.) *Handbook of feminist therapy* (pp.13–21). New York: Springer.

Smith, J., Flowers, P. y Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, methods and research.* London: Sage.

Speed, E. y Taggart, D. (2012). It's your problem but you need us to help you fix it: The paradox at the heart of the IAPT agenda, *Asylum Magazine for Democratic Psychiatry-Special Issue on Anti-Capitalism and Mental Health, 19*(3), 23–24.

Spivak, G.C. (1988). Can the subaltern speak? En C. Nelson y L. Grossberg (Eds.) *Marxism and the interpretation of culture* (pp.271–313). Urbana: University of Illinois Press.

Stam, H. (2000). Theorising health and illness: Functionalism, subjectivity and reflexivity. *Journal of Health Psychology*, *5*, 273–283.

Stanford Encyclopaedia of Philosophy (2015). *Stanford Encyclopaedia of Philosophy online*. Accesible en: https://plato.stanford.edu/.

Stoppard, J. (2000). *Understanding depression: Feminist social constructionist approaches*. London: Routledge.

Strong, T., Lysack, M. y Sutherland, O. (2008). Dialogic cognitive therapy? En R. House y D. Loewenthal (Eds.) *Against and for CBT: Towards a constructive dialogue?* (pp.156–168). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Stuckler, D. y Basu, S. (2014). *The body economic*. London: Penguin [trad. cast.: *Por qué la austeridad mata: El coste humano de las políticas de recorte*. España: Taurus, 2013].

Sumathipala, A., Siribaddana, S.H. y Bhugra, D. (2004). Culture-bound syndromes: the story of dhat syndrome. *The British Journal of Psychiatry, 184*(3), 200–209.

Summerfield, D. (2008). How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *The British Medical Journal, 336*, 992–994.

Summerfield, D. (2012). Afterword: Against 'global mental health'. *Transcultural Psychiatry, 49*(3–4), 519–530.

Szasz, T. (1974). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct* (Rev. edn). New York: Harper & Row [trad. cast.: *El mito de la enfermedad mental*. Argentina: Amorrortu, 2015].

Tennov, D. (1973). Feminism, psychotherapy and professionalism. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 5*, 107–111.

Thomas, N., Hayward, M., Peters, E. et al. (2014). Psychological therapy for auditory hallucinations (voices): Current status and key directions for future research. *Schizophrenia Bulletin*, 40 (Suppl. 4), S202–S212.

Thomas, P. y Longden, E. (2013). Madness, childhood adversity and narrative psychiatry: Caring and the moral imagination. *Journal of Medical Humanities, 39,* 119–125.

Timimi, S. (2008). Children's mental health and the global market: An ecological analysis. En C.I. Cohen y S. Timimi (Eds.) *Liberatory psychiatry, philosophy, politics and mental health* (pp.163–182). Cambridge: Cambridge University Press.

Timimi, S. (2010). The McDonaldisation of childhood: Children's mental health in neo-liberal market cultures. *Transcultural Psychiatry, 47*, 686-706 [trad. cast.: La Macdonalización de la infancia: la Salud Mental Infantil en las culturas neoliberales. *Átopos*. 2015; 16.15-34. Accesible en https://drive.google.com/file/d/0B4APT-aL303XLXJkdm5HLVhpeTg/view].

Tweedy, R. (2017). A mad world: Capitalism and the rise of mental illness. *Red Pepper,* 9 August. Accesible en: http://www.redpepper.org.uk/a-mad-world-capitalism-and-the-rise-of-mental-illness/

United Nations (2015). *Sustainable Development Goals: 17 Goals to Transform our World. Goal 5: Achieve Gender Equality and empower all women and girls.* Geneva: Author. Accesible en: https://sustainabledevelopment.un.org/sdg5. [trad. cast.: *Objetivos de desarrollo sostenible. Objetivo 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas*. Accesible en: https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-5-gender-equality.html].

Ussher, J.M. (1991). *Women and madness: Misogyny or mental illness?* London: Harvester Wheatsheaf [trad. cast.: *Mujeres y locura*. España: Txalaparta, 2019].

Ussher, J.M. (Ed.) (1997). *Body talk: The material and discursive regulation of sexuality, madness and reproduction*. London: Routledge.

Ussher, J.M. (2011). *The madness of women: Myth and experience*. London: Routledge.

Ussher, J.M. (2013). Diagnosing difficult women and pathologizing femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism and Psychology, 23*, 63–69.

van Deurzen, E. (2002). *Existential counselling and psychotherapy in practice* (2nd edn). London: Sage.

Verhaeghe, P. (2012/2014) *'What about me?' The struggle for identity in a market-based society* (J. Hedley-Prôle,Trans.). London: Scribe Publications. (Original published 2012).

Venner, F. y Noad, M. (2013). A beacon of hope: Alternative approaches to crisis. En S. Coles, S. Keenan y B. Diamond (Eds.) *Madness contested: Power and practice* (pp.332–348). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Wallcraft, J. (2013). Service user led research on psychosis: Marginalisation and the struggle for progression. In S. Coles, S. Keenan y B. Diamond (Eds.) *Madness contested: Power and practice* (pp.197–212). Ross-on-Wye: PCCS books.

Wallcraft, J. Read, J. y Sweeney, A. (2003). *On our own terms: Users and survivors of mental health services working together for support and change*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Warner, R. (2004) *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy* (3rd edn). Hove: Brunner-Routledge [trad. cast.: *La recuperación de la esquizofrenia. Psiquiatría y economía política*. España, AEN, 2018].

Watson, G. y Williams, J. (1992). Feminist practice in therapy. En J.M. Ussher y P. Nicolson (Eds.) *Gender issues in clinical psychology* (pp.212–236). London: Routledge.

Watson, G., Scott, C. y Ragalsky, S. (1996). Refusing to be marginalized: Groupwork in mental health services for women survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, *6*, 341–354.

Watters, E. (2011). *Crazy like us: The globalization of the Western mind*. London: Robinson.

Weber, M. y Weekes, A. (Eds.) (2009). *Process approaches to consciousness in psychology, neuroscience and philosophy of mind*. Albany: State University of New York Press.

Wertz, F.J. (2011). The qualitative revolution: Science, politics, and ethics of psychology. *The Humanistic Psychologist*, *39*, 77–104.

Wertz, F.J. (2015). Phenomenology: Methods, historical development, and applications in psychology. En M.J. Sugarman y K.L. Slaney (Eds.) *The Wiley Handbook of theoretical and philosophical psychology: Methods, approaches, and new directions for social sciences*. Chichester: Wiley.

Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic*. New York: Broadway Paperbacks [trad. cast.: *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. España: Capitán Swing, 2015].

White, R. (2013). The globalisation of mental illness. *The Psychologist, 26*(3), 182–185.

Whitehead, A. (1978). *Process and reality* (D.R. Griffin y D.W. Sherburne, Eds., corrected edn) New York: The Free Press. (Original work published 1929) [trad. cast.: *Proceso y Realidad*. Argentina: Losada, 1956].

Wilkinson, R. y Pickett, K. (2010). *The spirit level: Why equality is better for everyone.* London: Penguin [trad. cast.: *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Turner Publications, 2009].

Williams, J. y Watson, G. (2016). Women's mental health in context. En D.J. Castle y K. Abel (Eds.) *Comprehensive women's mental health* (pp.1–13). Cambridge: Cambridge University Press.

Willig, C. (2012). Perspectives on the epistemological bases for qualitative research. En H. Cooper (Ed.) *The handbook of research methods in psychology, Volume 1: Foundations, planning, measures, and psychometrics* (pp.5–21). Washington, DC: American Psychological Association.

Winter, D. y Proctor, H. (2013). Formulation in construct psychology. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.) *Formulation in psychology and psychotherapy* (2nd edn, pp.145–172*).* London: Routledge [trad. cast.: La formulación en la psicología de los constructos personales y relacionales: ver el mundo a través de los ojos del cliente. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.) *La formulación en la psicología y la psicoterapia. Dando sentido a los problemas de la gente*. España, Desclée De Brouwer, 2017].

World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Author [trad. cast.: *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento*. España: Medvance, 1993].

World Health Organization (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization. Accesible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y [trad. cast.: *Resumen: Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*, OMS. Accesible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf?sequence=1].

Yardley, L. (Ed.) (1997). *Material discourses of health and illness*. London: Routledge.

Capítulo 3: Significado y narrativa

Andersen, T. (Ed.) (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. London: Norton [trad. cast.: *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. España: Gedisa, 2012].

Angus, L.E. y McLeod, J. (Eds.) (2004a). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*. London: Sage.

Angus, L.E. y McLeod, J. (2004b). Toward an integrative framework for understanding the role of narrative in the psychotherapy process. En L.E. Angus, y J. McLeod (Eds.) *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp.367–374). London: Sage.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edn *DSM-IV*). Washington, DC: Author [trad. cast.: *DSM-IV. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995].

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edn *DSM-5*). Washington, DC: Author [trad. cast.: *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Médica Panamericana, 2018].

Bakhtin, M.M. (1981). *The dialogic imagination: Four essays* (M. Holquist, Ed., C. Emerson y M. Holquist, Trans). Austin & London: University of Texas Press.

Bakhtin, M.M. (1984). *Problems of Dostoevsky's poetics* (C. Emerson, Ed. y Trans.). Minneapolis: University of Minnesota Press [trad. cast.: *Problemas de la poética de Dostoievski*. España: Fondo De Cultura Económica, 2012].

Barrett, R.J. (2004). Kurt Schneider in Borneo: Do first rank symptoms apply to the Iban? En J.H. Jenkins y R.J. Barrett (Eds.) *Schizophrenia, culture, and subjectivity: The edge of experience* (pp.87–109). New York: Cambridge University Press.

Bergson, H. (1908/1991). *Matter and memory* (N.M. Paul y W.S. Palmer, Trans.). New York: Zone Books [trad. cast.: *Materia y memoria. Ensayo sobre la relación del cuerpo con el espíritu*. Argentina: Cactus, 2006].

Berlant, L. (2011). *Cruel optimism.* Durham, NC: Duke University Press.

Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice* (R. Nice, Trans.) Cambridge: Cambridge University Press [trad. cast.: *Bosquejo de una teoría de la práctica*. España: Prometeo, 2012].

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis, 39,* 350–373.

Brown, S.D. y Reavey, P. (2015). *Vital memory and affect*. London: Routledge.

Bruner, J.S. (1990). *Acts of meaning*. Harvard University Press [trad. cast.: *Actos de significado*. España: Alianza, 2006].

Bruner, J.S. (1991). The narrative construction of reality. *Critical Inquiry, 18*(1), 1–21.

Busfield, J. (2010). 'A pill for every ill': Explaining the expansion in medicine use. *Social Science & Medicine, 70*(6), 934–941.

Busfield, J. (2012). Challenging claims that mental illness has been increasing and mental well-being declining. *Social Science & Medicine, 75*(3), 581–588.

Crossley, M.L. (2000). *Rethinking health psychology*. Buckingham, Milton Keynes: Open University Press.

Crossley, M.L. y Crossley, N. (2001). 'Patient' voices, social movements and the habitus; how psychiatric survivors 'speak out. *Social Science & Medicine, 52*(10), 1477–1489.

Coulter, J. (1973) *Approaches to insanity*. New York: Wiley;

Cromby, J. (2015). *Feeling bodies: Embodying psychology*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Davies, B. y Harré, R. (1990). Positioning: The discursive production of selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour, 20*, 4363.

Derrida, J. (1978). *Writing and difference*. Chicago: University of Chicago Press [trad. cast.: *La escritura y la diferencia*. España: Anthropos, 1989].

Denborough, D. (Ed.) (2008). *Collective narrative practice: Responding to individuals, groups, and communities who have experienced trauma*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

De Vos, J. (2012). *Psychologisation in times of globalisation*. Hove: Routledge.

Dillon, J. (2010). The tale of an ordinary little girl. *Psychosis: Psychological, social and integrative approaches, 2*(1), 79–83.

Filson, B. (2016). The haunting can end: trauma-informed approaches in healing from abuse and adversity. En J. Russo y A. Sweeney (Eds.) *Searching for a Rose Garden (*pp.20–24). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Fine, C. (2011). *Delusions of gender*. London: Icon Books [trad. cast.: *Cuestión de sexos. Ni las mujeres son de Venus ni los hombres de Marte: cómo nuestras mentes, la sociedad y el neurosexismo crean la diferencia*. España: Roca., 2011].

Foucault, M. (1967). *Madness and civilisation*. London: Tavistock [trad. cast.: *Historia de la locura en la época clásica*. España: Fondo de Cultura Económica, 2006].

Foucault, M. (1979). *The history of sexuality*. London: Allen Lane [trad. cast.: *Historia de la sexualidad, I, II, III y IV*. España: S XXI, 2019].

Freedman, J. y Combs, G. (2009). Narrative ideas for consulting with communities and organizations: Ripples from the gatherings. *Family Process, 48*(3), 347–362.

Frost, L. (2016). Exploring the concepts of recognition and shame for social work. *Journal of Social Work Practice, 30*(4), 431–446.

Fulford, R. (1999). *The triumph of narrative: Storytelling in the age of mass culture*. New York: Broadway Books.

Garthwaite, K. (2011). 'The language of shirkers and scroungers?' Talking about illness, disability and coalition welfare reform. *Disability and Society, 26*(3), 369–372.

Geekie, J., Read, J., Randal, P. et al. (Eds.) (2011). *Experiencing psychosis: Personal and professional perspectives*. London: Routledge.

Gergen, K.J. (1990). Therapeutic professions and the diffusion of deficit. *The Journal of Mind and Behavior, 11*, 353–368.

Gergen, K.J. (2011). The self as social construction. *Psychological Studies, 56*(1), 108–116.

Gibson, J.J. (1979). *The ecological approach to visual perception*. Boston: Houghton Mifflin [trad. cast.: *La percepción del mundo visual*. Argentina: Infinito, 1974].

Gipps, R. (2013). Assumptions behind CBT: A philosophical appraisal. En K.W.M. Fulford, M. Davies, R. Gipps et al. (Eds.) *Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

Goffman, I. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Pelican [trad. cast.: *Estigma. La identidad deteriorada*. España: Amorrortu, 2009].

Gonçalves, O. y Machado, P. (1999). Cognitive narrative psychotherapy: Research foundations. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 1179–1191.

Gonçalves, M.M. y Stiles, W.B. (2011). Narrative and psychotherapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research, 21*(1), 1–3.

Grant, A., Biley, F. y Walker, H. (Eds.) (2011). *Our Encounters with Madness*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Greenhalgh, T. y Hurwitz, B. (Eds.) (1998). *Narrative based medicine*. London: BMJ Books.

Gunn, J. y Cloud, D.L. (2010). Agentic orientation as magical voluntarism. *Communication Theory, 20*(1), 50–78.

Hagan, T. y Donnison, J. (1999). Social power: Some implications for the theory and practice of cognitive behaviour therapy. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, *9*, 119–135.

Harper, D. y Spellman, D. (2013). Telling a different story: Formulation and narrative therapy. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.) *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (2nd revised edn, pp.96–120). London: Brunner-Routledge [trad. cast.: La formulación y la terapia narrativa: contar una historia diferente. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.) *La formulación en la psicología y la psicoterapia. Dando sentido a los problemas de la gente*. España: Desclée De Brouwer, 2017].

Harper, D. y Speed, E. (2012). Uncovering recovery: The resistible rise of recovery and resilience. *Studies in Social Justice, 6*(1), 9–25.

Hornstein, G. (2011). *Bibliography of first-person narratives of madness in English* (5th edn). Accesible en: http://www.gailhornstein.com/files/Bibliography_of_First_Person_Narratives_of_Madness_5th_edition.pdf

Horwitz, A.V. y Wakefield, J.C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York: Oxford University Press.

Horwitz, A.V. y Wakefield, J.C. (2012). *All we have to fear: Psychiatry's transformation of natural anxieties into mental disorders*. New York: Oxford University Press.

Hughes, G. y Afuape, T. (2016) 'What's our story?' Centralising young people's experiences of 'gangs', crews and collectives to promote wellbeing. En T. Afuape y G. Hughes (Eds.) *Liberation Practices: towards emotional wellbeing through dialogue* (pp.64–77). Hove: Routledge.

Jacobs, D. y Cohen, D. (2010). Does 'psychological dysfunction' mean anything? A critical essay on pathology versus agency. *The Journal of Humanistic Psychology, 50*, 312–334.

Johnston, J. (1974). *Lesbian nation: The feminist solution*. New York: Simon & Schuster.

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

Langer, S. (1967). *Mind: An essay on human feeling (Vol. 1).* Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

LaRosa, J. (2013). *Overview and status of the US self-improvement market*. Marketdata Enterprises. Accesible en: http://www.slideshare.net/jonlar/the-us-self-improvement-market.

Leising, D., Rogers, K. y Ostner, J. (2009). The undisordered personality: Normative assumptions underlying personality disorder diagnoses. *Review of General Psychology, 13,* 230–241.

Leo, J. y Lacasse, J.R. (2008). The media and the chemical imbalance theory of depression. *Society, 45*(1), 35–45.

Lewis, B. (2014). Taking a narrative turn in psychiatry. *The Lancet, 383*(9911), 22–23.

Light, D. (1991). Professionalism as a countervailing power. *Journal of Health, Politics, Policy and the Law, 16*, 499–506.

Longden, E. (2013). *Learning from the voices in my head* (E-book, Book 39.) New York: TED Books.

Mair, M. (1988). Psychology as storytelling. *International Journal of Personal Construct Psychology, 1*(2), 125–137.

Mair, M. (1989). *Between psychology and psychotherapy: A poetics of experience*. London: Routledge.

Marx, K. y Engels, F. (1845/1947). *The German ideology*. New York: International Publishers.

McGruder, J.H. (2004). Madness in Zanzibar: An exploration of lived experience. En J.H. Jenkins y R.J. Barrett (Eds.) *Schizophrenia, culture, and subjectivity: The edge of experience* (pp.255–281). New York: Cambridge University Press.

McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy*. London: Sage

Meichenbaum, D. (1993). Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(2), 202–204.

Merleau-Ponty, M. (1945/2002). *Phenomenology of perception* (C. Smith, Trans.). London: Routledge [trad. cast.: *La fenomenología de la percepción.* España: Península, 1975].

Mills, C. (2014). *Decolonizing Global Mental Health: The psychiatrization of the majority world*. Hove: Routledge.

Myerhoff, B. (1982). Life history among the elderly: Performance, visibility and re-membering. En J. Ruby (Ed.) *A crack in the mirror: Reflexive perspectives in anthropology*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Neimeyer, R.A. y Raskin, J. (Eds.) (2000). *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Parker, I. (1992). *Discourse Dynamics: Critical Analysis for Social and Individual Psychology*. London: Routledge.

Pilgrim, D. y Tomasini, F. (2012). On being unreasonable in modern society: Are mental health problems special? *Disability and Society, 27*(5), 631–646.

Polkinghorne, D.E. (2004). Narrative therapy and postmodernism. En L.E. Angus, y J. McLeod (Eds.) *The Handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp.53–67). London: Sage.

Rimke, H.M. (2000). Governing citizens through self-help literature. *Cultural studies, 14*(1), 61–78.

Roberts, G. y Holmes, J. (Eds.) (1999). *Healing stories: Narrative in psychiatry and psychotherapy*. Oxford University Press, USA.

Romme, M, Escher, S, Dillon, J. et al. (2009). *Living with voices: 50 stories of recovery*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Rose, N. (1985). *The psychological complex*. London: Routledge & Kegan Paul.

Rose, N. (1998). Governing risky individuals: The role of psychiatry in new regimes of control. *Psychiatry, Psychology and Law, 5*(2), 177–195.

Rose, N. (1999). *Powers of freedom: Reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press.

Rose, N. (2006). Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice. *BioSocieties, 1*(4), 465–484.

Russell, R.L. y Van den Broek, P. (1992). Changing narrative schemas in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 29*(3), 344–354.

Sarbin, T.R. (Ed.) (1986). *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. New York: Praeger.

Sass, L. (1992). *Madness and modernism: Insanity in the light of modern art, literature, and thought*. New York: Basic Books [trad. cast.: *Locura y modernismo: La Esquizofrenia a la Luz del Arte, la Literatura y el Pensamiento Modernos*. España: Dykinson, 2014].

Schafer, R. (1980). Narration in the psychoanalytic dialogue. *Critical Inquiry, 7,* 29–53.

Schafer, R. (1994). *Retelling a life: Narration and dialogue in psychoanalysis*. New York: Basic Books.

Schauer, M., Schauer, M., Neuner, F. y Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*. Hogrefe Publishing.

Scheff, T. (1966). *Being mentally ill*. Chicago: Aldine [trad. cast.: *El rol de enfermo mental*. Argentina: Amorrortu, 1973].

Schore, A.N. (2001a). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*(1-2), 201–269.

Schore, A.N. (2001b). Minds in the making: Attachment, the self-organizing brain, and developmentally oriented psychoanalytic psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy, 17*(3), 299–328.

Schuster, D.G. (2011). *Neurasthenic nation: America's search for health, happiness, and comfort, 1869–1920 (Critical Issues in Health and Medicine)*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Scott, R.D. (1973a). The treatment barrier: Part 1. *British Journal of Medical Psychology, 46*, 45–55.

Scull, A.T. (1979). *Museums of madness: The social organisation of insanity in nineteenth century England.* London: Allen Lane.

Seikkula, J. y Arnkil, T.E. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac [trad. cast.: *Diálogos terapéuticos en la red social*. España: Herder, 2016].

Shotter, J. (1993). *Cultural politics of everyday life*. Buckingham: Open University Press.

Showalter, E. (1987). *The female malady: Women, madness and English culture, 1830–1980*. London: Virago.

Skultans, V. (2003). From damaged nerves to masked depression: Inevitability and hope in Latvian psychiatric narratives. *Social Science and Medicine, 56*(12), 2421–2431.

Skultans, V. (2007). The appropriation of suffering: Psychiatric practice in the post-Soviet clinic. *Theory, Culture and Society, 24*(3), 27–48.

Smail, D. (2004). Psychotherapy and the making of subjectivity. En P. Gordon y R. Mayo (Eds.) *Between psychotherapy and philosophy* (pp.130–140). London & Philadelphia: Whurr.

Spence, D.P. (1982*). Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. London: Norton.

Squire, C., Davis, M., Esin, C. et al. (2014). *What is narrative research?* (2nd edn). London: Bloomsbury.

Stiles, W. B., Honos-Webb, L. y Lani, J.A. (1999). Some functions of narrative in the assimilation of problematic experiences. *Journal of Clinical Psychology*, *55*(10), 1213–1226.

Summerfield, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal, 322*(7278), 95–98.

Summerfield, D. (2012). Afterword: Against 'global mental health'. *Transcultural Psychiatry 49*(3), 1–12.

Thomas, P. y Longden, E. (2013). Madness, childhood adversity and narrative psychiatry: Caring and the moral imagination. *Medical Humanities, 39*(2), 119–125.

Trevarthen, C. (2011). What is it like to be a person who knows nothing? Defining the active intersubjective mind of a newborn human being. *Infant and Child Development, 20*(1), 119–135.

Verhaeghe, P. (2012). *What about me? The struggle for identity in a market-based society*. London: Scribe Publications.

Vygotsky, L. S. (1934/1986). *Thought and language* (A. Kozulin, trans.). Cambridge, MA: MIT Press [trad. cast.: *Pensamiento y lenguaje*. España: Paidós, 2020].

Waddingham, R. (2013). *Symptom or experience: Does language matter?* Accesible en: www.madinamericacom/2013/08/does-language-matter

Warner, R. (2004). *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy* (3rd edn). Hove and New York: Brunner-Routledge [trad. cast.: *La recuperación de la esquizofrenia. Psiquiatría y economía política*. España: AEN, 2018].

Watters, E. (2011). *Crazy like us: The globalization of the Western mind*. London: Robinson.

White, M. (1995). Reflecting teamwork as definitional ceremony. En *Re-authoring lives: interviews and essays*. Adelaide: Dulwich Centre Publications [trad. cast.: El trabajo con el equipo de reflexión como ceremonia de definición. En *Reescribir la vida: entrevistas y ensayos*. España: Gedisa, 2009].

White, M. (2000). Reflecting teamwork as definitional ceremony revisited. En *Reflections on narrative practice: Essays and interviews*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

White, M. (2003). Narrative practice and community assignments. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work, 2003*(2), 17–55.

White, M. (2004). Folk psychology and narrative practice. En L.E. Angus y J. McLeod (Eds.) *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp.15–51). London: Sage.

White, M. y Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. London: Norton [trad. cast.: *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós, 1993].

Young, I.M. (1998). Throwing like a girl: Twenty years later. En D. Welton (Ed.) *Body and flesh: A philosophical reader*. Oxford: Blackwell.

Capítulo 4: El contexto social

Abramsky, T., Watts, C.H., Garcia-Moreno, C. et al. (2011). What factors are associated with recent intímate partner violence? Findings from WHO multi-country's study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health, 11*, 109.

Addis, M. (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology Science and Practice, 15*, 153–168.

Aglan, A., Kerfoot, M. y Pickles, A. (2008). Pathways from adolescent deliberate self-poisoning to early adult outcomes: A six-year follow-up. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 508–15.

Albee, G. (1996). Revolutions and counter-revolutions in prevention. *American Psychologist, 51*, 1130–1133.

Albee, G. (2006). Historical overview of primary prevention of psychopathology. *Journal of Primary Prevention, 27*, 449–456.

Alemany, S., Arias, B., Aguilera, M. et al. (2013). Childhood adversity and psychosis: Examining whether the association is due to genetic confounding using an MZ twin differences approach. *European Psychiatry, 28*, 207–212.

All Party Parliamentary Group on Body Image (2012). *Reflections on Body Image*. London: All Party Parliamentary Group on Body Image and Central YMCA. Accesible en: https://www.equallyours.org.uk/parliamentary-report-on-reflections-on-body-image/.

Allan, H.T., Larsen, J.A., Bryan, K. et al. (2004). The social reproduction of institutional racism: Internationally recruited nurses' experiences of the British health services. *Diversity in Health & Social Care, 1*, 117–125.

Alwash, R. y McCarthy, M. (1988). Accidents in the home among children under 5, ethnic differences or social disadvantage. *British Medical Journal, 296,* 1450–1453.

American Psychological Association Task Force on the Sexualisation of Girls (2007). *Report of the APA Task Force on the Sexualisation of Girls*. Washington, DC: American Psychological Association. Accesible en: https://www.apa.org/pi/women/programs/girls/report.

Anda, R.F., Brown, D.W., Felitti, V.J. et al. (2007). Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medications in adults. *American Journal of Preventative Medicine, 32*, 389–394.

Anderson, I. y Doherty, K. (2008). *Accounting for rape: Psychology, feminism and discourse analysis in the study of sexual violence*. London: Routledge.

Andrews, B. y Brewin, C.R. (1990). Attributions of blame for marital violence: A study of antecedents and consequences. *Journal of Marriage and the Family, 52*, 757–767.

Andrews, B., Brewin C.R. y Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 421–427.

Araya, R., Dunstan, F., Playle, R. et al. (2006). Perceptions of social capital and the built environment and mental health. *Social Science and Medicine, 62*, 3072–3083.

Archer, J. (1994). Power and male violence. En J. Archer (Ed.) *Male violence* (pp.310–331). London: Routledge. Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 126*, 651–680.

Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, H.L. et al. (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry, 168,* 65–72.

Bak, M., Krabbendam, L., Janssen, I. et al. (2005). Does early trauma increase the risk for psychotic disorders by impacting on emotional response and perception of control associated with psychotic experience? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 112*, 360–366.

Bakermans-Kranenburg, M.J. y van IJzendoorn, M.H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distribution of adult attachment representations in clinical and nonclinical groups. *Attachment & Human Development, 11*, 223–263.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman [trad. cast.: *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios en la sociedad actual*. España: Desclée De Brouwer, 1999].

Baron-Cohen, S. (2003). *The essential difference*. London: Allen Lane [trad. cast.: *La gran diferencia: Cómo son realmente los cerebros de hombres y mujeres*. España: Amat, 2005].

Bartholomew, K. y Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61,* 226–244.

Bartky, S.L. (1990). *Femininity and domination: Studies in the phenomenology of depression*. New York: Routledge.

Bates, L. (2014). *Everyday sexism*. London: Simon & Schuster [trad. cast.: *Sexismo cotidiano*. España: Capitán Swing, 2017].

Baumburg, B., Bell, K. y Gaffney, D. (2011). *Turn to us: Benefits stigma in Britain*. London: Elizabeth Finn Care.

Beavan, V., Read, J. y Cartwright, C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population: A literature review. *Journal of Mental Health, 20*, 281–292.

Bebbington, P., Bhugra, D., Brugha, T. et al. (2004). Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: Evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *British Journal of Psychiatry, 185*, 220–226.

Bebbington, P., Cooper, C., Minot, S. et al. (2009). Suicide attempts, gender, and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry, 166*, 1135–1140.

Bebbington, P., Jonas, S., Kipers, E. et al. (2011). Childhood sexual abuse and psychosis: data from a crosssectional national psychiatric survey in England. *British Journal of Psychiatry, 199*, 29–37.

Behrendt, R.P. (1998). Underconstrained perception: A theoretical approach to the nature and functions of verbal hallucinations. *Comprehensive Psychiatry, 39*, 236–248.

Belle, D. (1990). Poverty in women's mental health. *American Psychologist, 45*, 385–399.

Bellis, M.A., Hughes, K., Leckenby, N. et al. (2014). National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviours in England. *BMC Medicine, 12*, 72.

Bentall, R.P. (1990). The illusion of reality: A review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychological Bulletin, 107*, 82–95.

Bentall, R.P. (2009). *Doctoring the mind: Why psychiatric treatments fail*. London: Penguin.

Bentall, R.P. y Varese, F. (2012). A level playing field? Are bio-genetic and psychosocial studies evaluated by the same standards? *Psychosis, 4*, 183–190.

Bentall, R.P., de Sousa, P., Varese, F. et al. (2015). From adversity to psychosis: Pathways and mechanisms from specific adversities to specific symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49,* 1011–1022.

Bentall, R.P., Wickham, S. Shevlin, M. et al. (2012). Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin, 38,* 734–740.

Bentley, H., O'Hagan, O., Raff, A. et al. (2016). *How safe are our children? The most comprehensive overview of child protection in the UK 2016*. London: NSPCC Knowledge and Information Services. Accesible en: https://learning.nspcc.org.uk/research-resources/how-safe-are-our-children/.

Berelowitz, S., Firmin, C., Edwards, G. y Gulyurtlu, S. (2012). *'I thought I was the only one. The only one in the world'. The Office of the Children's Commissioner's inquiry into child sexual exploitation in gangs and groups*. London: The Office of the Children's Commissioner. Accesible en: https://www.childrenscommissioner.gov.uk/publication/i-thought-i-was-the-only-one-in-the-world/.

Berry, K., Wearden, A., Barrowclough, C. et al. (2012). An investigation of adult attachment and the nature of relationships with voices. *British Journal of Clinical Psychology, 51*, 280–291.

Bhugra, D. y Arya, P. (2005). Ethnic density, cultural congruity and mental illness in migrants. *International Review of Psychiatry, 17*, 133–137.

Bhugra, D., Leff, J., Mallett, R. et al. (1997). Incidence and outcome of schizophrenia in whites, Afro-Caribbeans and Asians in London. *Psychological Medicine, 27*, 791–798.

Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P. et al. (2000). The power and omnipotence of voices: Subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine, 30*, 337–344.

Black Health Workers and Patients Group (1983). Psychiatry and the corporate state. *Race and Class, 25*, 49–64.

Blackman, T., Evason, E. y Melaugh, M. (1989). Housing and health: A case study of two areas in west Belfast. *Journal of Social Policy, 18*, 1–26.

Boardman, J.D. y Robert, S.A. (2000). Neighborhood socio-economic status and perceptions of self-efficacy. *Sociological Perspectives, 43*, 170–136.

Bolen, R.M., Russell, D.L. y Scannapieco, M. (2000). Child sexual abuse prevalence: A review and re-analysis of relevant studies. En C. Itzen (Ed.) *Home truths about child sexual abuse: Influencing policy and practice: A reader* (pp.169–196). London & New York: Routledge.

Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M.E. et al. (2008). Traumatic events and suicide-related outcomes among Mexico City adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*, 654–666.

Bosma, H., Marmot, M.G., Hemingway, H. et al. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *British Medical Journal, 314*, 558–565.

Bostock, J., Plumpton, M. y Pratt, R. (2009). Domestic violence against women: understanding social processes and women's experiences*. Journal of Community & Applied Social Psychology, 19*, 95–110.

Bourdieu, P. (2010). The forms of capital. En I. Szeman y T. Kaposy (Eds.) *Cultural theory: An anthology* (pp.81–93). Chichester: Wiley-Blackwell.

Bourque, F., ven der Ven, E. y Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine, 41*, 897–910.

Bowen, R. y Holtom, D. (2010). *A survey into the prevalence and incidence of school bullying in Wales: Main report*. Cardiff: Welsh Assembly Government Social Research. Accesible en: https://gov.wales/sites/default/files/statistics-and-research/2019-01/survey-into-the-prevalence-and-incidence-of-school-bullying-in-wales.pdf.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge. [trad. cast.: *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. España: Paidós, 1996].

Bowling, B. y Phillips, C. (2007). Disproportionate and discriminatory: Reviewing the evidence on police stop and search. *Modern Law Review, 70,* 936–961.

Boydell, J., van Os, J., McKenzie, K. et al. (2001). The incidence of schizophrenia in ethnic minorities is highest in London neighbourhoods which are mainly White. *British Medical Journal, 323*, 1336–1338.

Boyle, M. (1997). *Rethinking abortion: Psychology, gender, power and the law*. London: Routledge.

Boyle, M. (2000). The experience of abortion: A contextualist view. En J.M. Ussher (Ed.) *Women's health: Contemporary international perspectives* (pp.339–355). Leicester: BPS Books.

Boyle, M. (2002a). *Schizophrenia: A scientific delusion?* (2nd edn). London: Routledge.

Boyle, M., Smith, S. y Liao, L.M. (2005). Adult genital surgery for intersex: A solution to what problem? *Journal of Health Psychology, 10*, 573–584.

Branney, P. y White, A. (2008). Big boys don't cry: Depression and men. *Advances in Psychiatric Treatment, 14*, 256–262.

Bresnahan, M., Begg, M.D., Brown, A. et al. (2007). Race and risk of schizophrenia in a US birth cohort: Another example of health disparity? *International Journal of Epidemiology, 36,* 751–758.

Brewin, C.R., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review 103*, 670–686.

Brinig, M.F. y Alan, D.W. (2000). 'These boots are made for walking': Why most divorce filers are women. *American Law and Economics Association, 319*, 126–169.

British Psychological Society (2010). *Understanding bipolar disorder: Why some people experience extreme mood states and what can help*. Leicester: Author. Accesible en: https://storage.googleapis.com/quantumunitsed-com/materials/3451_Understanding_Bipolar_Disorder.pdf.

British Psychological Society Division of Clinical Psychology (2017). *Understanding psychosis and schizophrenia. Why people sometimes hear voices, believe things that others find strange, or appear out of touch with reality, and what can help* (A. Cooke, Ed.). Leicester: Author [trad. cast.: *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?* Accesible en: https://ome-aen.org/libro-comprender-la-psicosis-y-la-esquizofrenia/].

Brown, G.W., Harris, T.O. y Hepworth, C. (1995). Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison. *Psychological Medicine, 25*, 7–21.

Brown, T.A. y Barlow, D.H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the *DSM-IV* anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment, 21*, 256–271.

Brownhill S., Wilhelm, K., Barclay, L. et al. (2005). 'Big build': Hidden depression in men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39*, 921–931.

Burns, J.K. y Esterhuizen, T. (2008). Poverty, inequality and the treated incidence of first-episode psychosis: An ecological study from South Africa. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*, 331–335.

Burns, J.K., Tomiita, A. y Kapadia, A.S. (2014). Income inequality and schizophrenia: Increased schizophrenia incidence in countries with high levels of income inequality. *International Journal of Social Psychiatry, 60*, 185–196.

Cameron, D. (2007). *The myth of Mars and Venus*. Oxford: Oxford University Press.

Campbell, A. y Muncer, S. (1994). Sex differences in aggression: Social representations and social roles. *British Journal of Social Psychology, 33*, 223–240.

Campbell, D. (2013). *End of equality*. London: Seagull Books.

Campbell, S. (2003). *Relational remembering: Rethinking the memory wars*. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers, Inc.

Campbell, T. (2015). Stereotyped at seven? Biases and teacher judgement of pupils' ability and attainment. *Journal of Social Policy, 44*, 517–547.

Cantor-Graae, E. y Selton, J.P. (2005). Schizophrenia and migration. A meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry, 162*, 12–24.

Capps, L. y Ochs, E. (1995). Out of place: Narrative insights into agoraphobia. *Discourse Processes, 19,* 407–439.

Care Quality Commission (2014). *Monitoring the Mental Health Act in 2012–13*. London: Author.

Carpenter, M., Nagell, K. y Tomasello, M. (1998). Social cognition, joint attention and communicative competence from 9 to 15 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 63*, 1–143.

Carr, N., McAlister, S. y Serisier, T. (2016). *Out on the inside: The rights, experiences and needs of LGBT people in prison*. Irish Penal Reform Trust. Accesible en: https://www.iprt.ie/site/assets/files/6369/iprt_out_on_the_inside_2016_embargo_to_1030_feb_02_2016.pdf

Castro, C.A. y McGurk, D. (2007). The intensity of combat and behavioral health status. *Traumatology, 13*, 6–23.

Chadwick, P. y Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry, 164*, 190–201.

Chahal, K. y Julienne, I., (1999). *'We can't all be white': Racist victimisation in the UK*. London: York Publishing Services.

Chandola, T. y Zhang, N. (2017). Re-employment, job quality, health and allostatic load biomarkers: Prospective evidence from the UK Household Longitudinal Study. *International Journal of Epidemiology* 10 August. https://doi.org/10.1093/ije/dyx150

Chapman, D.P., Whitfield, C.L., Felitti, V.J. et al. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders, 82*, 270–225.

Chase, E. y Walker, R. (2012). The co-construction of shame in the context of poverty: Beyond a threat to the social bond. *Sociology, 47*, 739–754.

Classen, T.J. y Dunn, R.A. (2012). The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States. *Health Economics, 21*, 338–350.

Clegg, S.R. (1989). *Frameworks of power*. London: Sage.

Coates, L. y Wade, A. (2007). Language and violence: Analysis of four discursive operations. *Journal of Family Violence, 22,* 511–522.

Cockell, S.J., Geller, J. y Linden, W. (2002). The development of a decisional balance scale for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review, 10*, 359–375.

Cong, E., Li, Y., Shao, C. et al. (2012). Childhood sexual abuse and the risk for recurrent major depression in Chinese women. *Psychological Medicine, 42*, 409–417.

Connell, R. (2005). *Masculinities* (2nd edn). Cambridge: Polity.

Connell, R. (2011). *Confronting equality: Gender, knowledge and global change*. Cambridge: Polity.

Connolly, P. y Keenan, M. (2002). Racist harassment in the white hinterlands: Minority ethnic children and parents' experiences of schooling in Northern Ireland. *British Journal of Sociology of Education, 23*, 341–355.

Cooper, B. (2005). Immigration and schizophrenia: The social causation hypothesis revisited. *British Journal of Psychiatry, 186*, 361–363.

Couper, S. y Mackie, P. (2016). *'Polishing the diamonds'. Addressing adverse childhood experiences in Scotland*. Glasgow: Scottish Public Health Network. Accesible en: https://www.scotphn.net/wp-content/uploads/2016/06/2016_05_26-ACE-Report-Final-AF.pdf

Craig, W. y Harel, Y. (2004). Bullying, physical fighting and victimisation. En C. Currie, C. Roberts, A. Morgan et al. (Eds.) *Young people's health in context: International report from the HBSC 2001/02 survey*. Copenhagen: WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 4, WHO Regional Office for Europe. Accesible en: http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/young-peoples-health-in-context.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study-international-report-from-the-20012002-survey [trad. cast.: *La salud de los jóvenes dentro de su contexto. Estudio de la Conducta sobre Salud de los Jóvenes en Edad Escolar ("Health Behaviour in School-aged Children" – Estudio HBSC): Informe internacional elaborado a partir de la encuesta 2001/2002*. Accesible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2002/adoles2001_2002.pdf].

Crisis (2011). *The hidden truth about homelessness. Experiences of single homelessness in England*. London: Author. Accesible en: https://www.crisis.org.uk/media/236816/the_hidden_truth_about_homelessness_es.pdf

Cromby, J. (2004). Depression and social inequality: A 'socio-neural' perspective. *Clinical Psychology, 38*, 15–17.

Cromby, J. y Harper, D. (2009). Paranoia: A social account. *Theory and Psychology, 19*, 335–361.

Cromby, J. y Harper, D. (2013). Paranoia: Contested and contextualised. En S. Coles, S. Keenan y B. Diamond (Eds.) *Madness contested: Power and practice* (pp.23–41). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Cromby, J. Harper, D. y Reavey, P. (2013). *Psychology, mental health and distress*. London: Palgrave Macmillan.

Cutajar, M.C., Mullen P.E., Ogloff, J.R.P. et al. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse and Neglect, 34*, 813–822.

Dasgupta, S.D. (2002). A framework for understanding women's use of nonlethal violence in intímate heterosexual relationships. *Violence Against Women, 8*, 1364–1389.

Davies, K. (2003). The body and doing gender: The relations between doctors and nurses in hospital work. *Sociology of Health and Illness, 25*, 720–742.

De Hert, M., Detraux, J., van Winkel, R. et al. (2012). Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nature Reviews Endocrinology, 8,* 114–126.

de Panfilis, D. (2006). *Child abuse and neglect user manual series. Child neglect: A guide for prevention, assessment and intervention*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families. Accesible en: https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/neglect.pdf

de Sousa, P., Varese, F., Sellwood, W. et al. (2014). Parental communication and psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin, 40*, 756–768.

De Witte, H.D. (1999). Job insecurity and psychological well-being: Review of the literature and exploration of some unresolved issues. *European Journal of Work and Organisational Psychology, 8*, 155–177.

Dell, P.F. (2009). The phenomena of pathological dissociation. En P.F. y J.A. O'Neill (Eds.) *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp.225–238). New York & Abingdon: Routledge.

DeLuzio, C. (2007). *Female adolescence in American scientific thought 1830–1930*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Department of Health (2012). *Statistics from the National Drug Treatment Monitoring System: Vol 1. The Numbers*. London: Author.

Dickerson, S.S. y Kemeny, M.E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin, 130*, 355–391.

Dill, D.L., Chu, J.A., Grob, M.C. et al. (1991). The reliability of abuse history reports: A comparison of two inquiry formats. *Comprehensive Psychiatry, 32,* 166–169.

Ditch the Label (2013). *The cyberbullying report 2013*. Accesible en: https://www.ditchthelabel.org/researchpapers/the-cyberbullying-survey-2013/

Ditch the Label (2015). *The annual bullying survey 2015: UK bullying statistics 2015*. Accesible en: https://www.ditchthelabel.org/the-annual-bullying-survey-2015-is-here/

Dong, M., Anda, R.F., Felitti, V.J. et al. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect, 28*, 771–784.

Dorahy, M.J., Shannon, C., Seager, L. et al. (2009). Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without childhood trauma history: Similarities and differences. *Journal of Nervous and Mental Disease, 197*, 892–898.

Dovido, J.F. y Gaertner, S.L. (2000). Aversive racism selection decisions: 1989 and 1999. *Psychological Science, 11*, 350–390.

Drake, B. y Pandey, S. (1996). Understanding the relationship between neighbourhood poverty and specific types of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect, 20*, 1003–1018.

Dryden, C. (1999). *Being married, doing gender: A critical analysis of gender relationships in marriage*. London: Routledge.

Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J. et al. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association, 286,* 3089–3096.

Duffel, M. y Bassett, T. (2016). *Trauma, abandonment and privilege*. London: Routledge.

Edwards, V.J., Anda, R.F., Gu, D. et al. (2007). Adverse childhood experiences and smoking persistence in adults with smoking-related symptoms and illness. *The Permanente Journal, 11*, 5–13.

Emslie, C., Rridge, D., Ziebland, S. y Hunt, K. (2005). Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Social Science and Medicine, 62*, 2246–2257.

Englander, E. (2007). Is bullying a junior hate crime? Implications for intervent ons. *American Behavioral Scientist, 51*, 205–212.

Ensink, B. (1993). Trauma: A study of child abuse and hallucinations. En M. Romme y S. Escher (Eds.) *Accepting Voices* (pp.165–170). London: Mind Publications.

Equality and Human Rights Commission (2010). *A critical review of the use of stop and search powers in England and Wales.* London: Author. Accesible en: https://www.equalityhumanrights.com/en/publicationdownload/stop-and-think-critical-review-use-stop-and-search-powers-england-and-wales

Equality and Human Rights Commission (2016). *Healing a divided Britain: The need for a comprehensive race equality strategy*. London: Author. Acessible en: https://www.equalityhumanrights.com/en/publicationdownload/healing-divided-britain-need-comprehensive-race-equality-strategy

Evans, G.W. y English, K. (2002). The environment of poverty, multiple stressor exposure, psychophysical stress, and socioemotional adjustment. *Child Development, 73*, 1238–1248.

Evans, G.W., Saegert, S. y Harris, R. (2001). Residential density and psychological health among children in low-income families. *Environment and Behaviour, 33*, 165–180.

Eze, E. (Ed.) (1997). *Race and the Enlightenment. A reader*. Cambridge, MA: Blackwell.

Farah, M.J., Shera, D.M., Savage, L. et al. (2006). Childhood poverty: Specific associations with neurocognitive development. *Brain Research, 1110*, 166–174.

Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the body: Gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books [trad. cast.: *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad*. España: Melusina, 2006].

Fearon, P., Kirkbride, J.P., Morgan, C. et al. (2006). Incidence of schizophrenia and other psychoses in ethnic minority groups: Results from the MRC AESOP Study. *Psychological Medicine, 36,* 1541–1550.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Stud. *American Journal of Preventative Medicine, 14,* 245–258.

Fell, B. y Hewstone, M. (2015). *Psychological perspectives on poverty*. York: Joseph Rowntree Foundation.

Fernando, S. (2010). *Mental health, race and culture* (3rd edn). Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.

Fine, C. (2011). *Delusions of gender*. London: Icon Books [trad. cast.: *Cuestión de sexos. Ni las mujeres son de Venus ni los hombres de Marte: cómo nuestras mentes, la sociedad y el neurosexismo crean la diferencia*. España: Roca., 2011].

Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse: The future of children. *Child Sexual Abuse, 4,* 31–53.

Finkelhor, D., Ormrod, R.K. y Turner, H.A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse and Neglect, 31*, 7–26.

Fiske, S.T. (1993). Controlling other people: The impact of power on stereotyping. *American Psychologist, 48*, 621–628.

Ford, J.D. y Gomez, J.M. (2015). The relationship of psychological trauma and dissociative and posttraumatic stress disorders to nonsuicidal self-injury and suicidality: A review. *Journal of Trauma and Dissociation, 16*, 232–271.

Foucault, M. (1975). *Abnormal: Lectures at the College de France 1974–1975*. London: Verso[trad. cast.: *Los anormales. Curso del Collège de France (1974-1975)*. España: Akal, 2001].

Foucault, M. (1979). *The history of sexuality. Vol. 1: An introduction*. London: Allen Lane [trad. cast.: *Historia de la sexualidad, Vol. 1.* España: S XXI, 2019].

Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other Writings 1972–1977* (C. Gordon, Ed.) Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

Foucault, M. (2001). *Fearless speech*. Los Angeles: Semiotext(e).

Fowler, D., Freeman, D., Steel, C. et al. (2006). The catastrophic interaction hypothesis: How do stress, trauma, emotion and information processing abnormalities lead to psychosis?

En W. Larkin y A.P. Morrison (Eds.) *Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy* (pp.101–124). Hove: Routledge.

Fredrickson, B.L. y Roberts, T.A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly, 21*, 173–206.

Fredrickson, B.L., Roberts, T.A., Noll, S.M. et al. (1998). That swimsuit becomes you: Sex differences in self-objectification, restrained eating, and math performance. *Journal of Personality and Social Psychology, 75,* 269–284.

Freeman, D. y Freeman, J. (2013). *The stressed sex: Uncovering the truth about men, women, and mental health*. Oxford: Oxford University Press.

Freeman, D., Garety, P., Kuipers, E. et al. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 331–347.

Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. Denmark: WHO Europe Report. Accesible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf

Friedli, L. y Stearn, R. (2015). Positive affect as coercive strategy: Conditionality, activation and the role of psychology in UK government workfare programmes. *Medical Humanities, 41*, 40–47.

Frosh, S. Phoenix, A. y Pattman, R. (2002). *Young masculinities: Understanding boys in contemporary society*. London: Palgrave.

Fryer, D. y Stambe, R. (2014). Neoliberal austerity and unemployment. *The Psychologist, 27*, 244–248.

Fryer, P. (1984). *Staying power: The history of Black people in Britain*. London: Pluto Press.

Fujiwara, T. y Kawachi, I. (2008). A prospective study of individual level social capital and major depression in the United States. *Journal of Epidemiology and Community Health, 62*, 627–633.

Gale, C., Holliday, J., Troop, N.A. et al. (2006). The pros and cons of change in individuals with eating disorders: A broader perspective. *International Journal of Eating Disorders, 39*, 394–403.

Gander, M., Sevecke, K. y Buchheim, A. (2015). Eating disorders in adolescence: Attachment issues from a developmental perspective. *Frontiers in Psychology, 6*, 1136. doi: 10. 3389/fpsyg. 2015. 01136

Gavey, N. (2005). *Just sex? The cultural scaffolding of rape*. London: Routledge.

Gelfond, M. (1991). Reconceptualizing agoraphobia: A case study of epistemological bias in clinical research. *Feminism & Psychology, 1*, 247–262.

Geller, J., Srikameswaran, S. y Cassin, S. (2010). Eating disorders and self-silencing: A function-focused approach to treatment. En D.C. Jack y A. Ali (Eds.) *Silencing the self across cultures. Depression and gender in the social world* (pp.381–398). Oxford: Oxford University Press.

Gibb, J., Rix, K., Wallace, D. et al. (2016). *Poverty and children's personal and social relationships*. London: National Children's Bureau.

Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. En P. Gilbert y B. Andrews (Eds.). *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology, and culture* (pp.3–38). New York: Oxford University Press.

Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice, 7,* 174–189.

Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and counselling for depression* (3rd edn). London: Sage.

Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*. Hove: Routledge [trad. cast.: *Terapia centrada en la compassion*. España: Desclee de Brouwer, 2015].

Gilbert, P. y Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine, 28*, 585–598.

Gill, R. (2007). *Gender and the media*. Cambridge: Polity Press.

Gillham, B., Tanner, G., Cheyne, B. et al. (1998). Unemployment rates, single-parent density, and indices of child poverty: Their relationship to different categories of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect, 22*, 79–90.

Gilligan, C. (2010). Preface. En D.C. Jack y A. Ali (Eds.) *Silencing the self across cultures. Depression and gender in the social world* (pp.ix–xiv). Oxford: Oxford University Press.

Gilligan, C. y Brown, L.M. (1992). *Meeting at the crossroads: Psychology and girls' development.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Gilroy, P. (1993). *Small acts. Thoughts on the politics of black cultures*. London: Serpent's Tail.

Goffman, I. (1967). *Interaction ritual: Essays on face-to-face behavior*. New York: Anchor [trad. cast.: *Ritual de la interacción*. Argentina: Tiempo Contemporáneo, 1970].

Goodman, L.A., Rosenberg, S.D., Mueser, K.T. et al. (1997). Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: Prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophrenia Bulletin, 23*, 685–696.

Goodwin, J.M., Cheeves, K. y Connell, P. (1990). Borderline and other severe symptoms in adult survivors of incestuous abuse. *Psychiatric Annals, 20*, 22–32.

Goodwin, L., Wessely, S., Hotopf, M. et al. (2015). Are common mental disorders more prevalent in the UK serving military compared to the general working population? *Psychological Medicine, 45*, 1881–1891.

Gorman, E.H. y Kmec, J.A. (2007). We (have to) try harder: gender and required work effort in Britain and the United States. *Gender and Society, 21,* 828–856.

Grabe, S.M., Ward, L.M. y Hyde, J.S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin, 134,* 460–476.

Green, J.G., McLaughlin, K.A., Berglund, P. et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey replication (NCS-R) I: Associations with first onset of *DSM-IV* disorders. *Archives of General Psychiatry, 62*, 113–123.

Grimshaw, J. (1986). *Feminist philosophers: Women's perspectives on philosophical traditions*. Brighton, Sussex: Wheatsheaf Books.

Grossman, D. (2009). *On killing. The psychological cost of learning to kill in war and society* (Rev. edn). New York: Little, Brown [trad. cast.: *Matar. El coste psicológico de aprender a matar en la guerra y en la sociedad*. España: Melusina, 2019].

Haarmans, M., Vass, V. y Bentall, R. (2016). Voices' use of gender, race and other social categories to undermine female voice hearers: Implications for incorporating intersectionality within CBT for psychosis. *Psychosis, 8,* 203–213.

Hagget, A. (2014). Masculinity and mental health – the long view. *The Psychologist, 27*, 426–429.

Hardy , K.V. (2001). African-American experience and healing relationships: an interview with Kenneth V. Hardy. En D. Denborough (Ed.) *Family therapy: Exploring the field's past, present and possible futures* (pp.47–56). Adelaide: Dulwich Centre Publications.

Hardy, A., Fowler, D., Freeman, D. et al. (2005). Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*, 501-507.

Harkness, S. Gray, P. y MacMillan, L. (2012). *Poverty: The role of institutions, behaviours and culture.* New York: Joseph Rowntree Foundation.

Harper, D.J. (2004). Delusions and discourse: Moving beyond the constraints of the modernist paradigm. *Philosophy, Psychiatry & Psychology, 11*, 55–64.

Harper, D.J. (2011). Social inequality and the diagnosis of paranoia. *Health Sociology Review, 20*, 420–433.

Harper, D.J. (2011). The social context of paranoia. En M. Rapley, J. Moncrieff y J. Dillon (Eds.) *De-medicalising misery: Psychiatry, psychology and the human condition* (pp.53–65). London: Palgrave Macmillan.

Harris, C. (2014). The impact of austerity on a British Council estate. *The Psychologist, 27*, 250–253.

Harrison, G., Gunnell, D., Glazebrook, C. et al. (2001). Association between schizophrenia and social inequality at birth: Case-control study. *British Journal of Psychiatry, 179,* 346–350.

Harrison, G., Owens, D., Holton, A. et al. (1988). A prospective study of severe mental disorder in Afro-Caribbean patients. *Psychological Medicine, 18*, 643–657.

Harrison, L. y Gardiner, E. (1999). Do the rich really die young? Alcohol-related mortality and social class in Great Britain, 1988-94. *Addiction, 94*, 1871–1880.

Harrop, C. y Trower, P. (2003). *Why does schizophrenia develop at late adolescence? A cognitive-developmental approach to psychosis*. Chichester: John Wiley & Sons.

Haslam, S.A., Jetten, J., Postmes, T. et al. (2009). Social identity, health and well-being: An emerging agenda for applied psychology. *Applied psychology: An International Review*, 58, 1–23.

Hatton, C. (2012). Intellectual disabilities – epidemiology and causes. En E. Emerson, C. Hatton, K. Dickson et al. (Eds.) *Clinical psychology and people with intellectual disabilities* (pp.3–22). Chichester: Wiley.

Heflin, C.M. y Iceland, J. (2009). Poverty, material hardship and depression. *Social Science Quarterly, 90,*1051–1071.

Heilman, M.E. (2001). Description and prescription: how gender stereotypes prevent women's ascent up the organizational ladder. *Journal of Social Issues, 57*, 657–674.

Heins, M. Simons, C., Lataster, T. et al. (2011). Childhood trauma and psychosis: A case-control and casesibling comparison across different levels of genetic liability, psychopathology, and type of trauma. *American Journal of Psychiatry, 168*, 1286–1294.

Heise, L., Pitanguy, J. y Germain, A. (1994). *Violence against women: The hidden health burden. World Bank discussion papers, no. 255*. Washington, DC: World Bank [trad. cast.: *Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994].

Henning, K. y Holdford, R. (2006). Minimisation, denial, and victim blaming by batterers. *Criminal Justice and Behavior, 33*, 110–130.

Herman, J. (1997). *Trauma and recovery: From domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books [trad. cast.: *Trauma y recuperación. Como superar las consecuencias de la violencia*. España: Espasa, 2004].

Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis and empirical studies. En J. Cassidy y P.R. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2nd edn, pp.552–598). New York: Guilford Press.

Hewitt, B. (2009). Which spouse initiates marital separation when there are children involved? *Journal of Marriage and Family, 71*, 362–372.

Hewlett, S.A., Luce, C.B. y Servon, L.J. et al. (2008). *The Athena factor: Reversing the brain drain in science, engineering, and technology*. Boston, MA: Harvard Business Review.

Hildyard, K.L. y Wolfe, D.A. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect, 26*, 679–695.

Hinduja, S. y Patchin, J.W. (2009). *Bullying beyond the schoolyard: Preventing and responding to cyberbullying*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.

Hinze, S.W. (2004). 'Am I being oversensitive?' Women's experience of sexual harassment during medical training. *Health, 8,* 101–127.

HM Government (2011). *Multi-agency practice guidelines: Female genital mutilation*. London: Author. Accesible en: https://www.health-ni.gov.uk/publications/multi-agency-practice-guidelines-female-genital-mutilation-0

Hobson, R.P., Patrick, M.P.H. y Crandell, L.E. (2004). Maternal sensitivity and infant triadic communication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 470–480.

Hollingshead, A. y Redlich, F. (1958). *Social class and mental illness*. New York: Wiley.

Holmes, J. (2006). *Gendered talk in the workplace*. Oxford: Blackwell.

Hoschild, A.R. (1990). *The second shift*. New York: Avon Books.

House of Commons Women and Equalities Committee (2016). *Sexual harassment and sexual violence in schools*. London: House of Commons. Accesible en: https://publications.parliament.uk/pa/cm201617/cmselect/cmwomeq/91/91.pdf

Hunt, S.M. (1990). Emotional distress and bad housing. *Health & Hygiene, 11*, 72–79.

Institute of Medicine (2011). *The health of lesbian, gay, bisexual and transgender people.* Washington, DC: The National Academies Press. Accesible en: http://www.felgtb.org/temas/salud-y-vih-sida/documentacion/salud-lgtb/i/425/159/the-health-of-lesbian-gay-bisexual-and-transgender-people

Islam, N. y Schlösser, A. (2016). Women and leadership in clinical psychology: Time for actions and solutions? *Clinical Psychology Forum, 285*, 14–19.

Jack, D.C. y Ali, A. (2010). Introduction: Culture, self silencing and depression: A contextual-relational perspective. En D.C. Jack y A. Ali (Eds.) *Silencing the self across cultures. Depression and gender in the social world* (pp.3–18). Oxford: Oxford University Press.

Jankowski, G., Tshuma, S., Tshuma, S. et al. (2017). Light except Lupita: The representation of Black women in magazines. *Psychology of Women Section Review, 19,* 27–42.

Janssen, I., Hanssen, M., Bak, M. et al. (2003). Discrimination and delusional ideation. *British Journal of Psychiatry, 182*, 71–76.

Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M. et al. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109,* 38–45.

Jefferis, B.J., Nazareth, I., Marston, L. et al. (2011) Associations between unemployment and major depressive disorder: Evidence from an international, prospective study (the predict cohort). *Social Science and Medicine, 73,* 1627–1634.

Jefferson, L., Bloor, K. y Spilsbury, K. (2015). Exploring gender differences in the working lives of UK hospital consultants. *Journal of the Royal Society of Medicine, 108*, 184–191.

Jeffreys, S. (2005). *Beauty and misogyny: Harmful cultural practices in the West*. London: Routledge.

Jetten, J., Haslam, C. y Haslam, S.A. (2012b). *The social cure. Identity, health and well-being.* Hove: Psychology Press.

Jetten, J., Haslam, S.A. y Haslam, C. (2012a). The case for a social identity analysis of health and well-being. En J. Jetten, C. Haslam y S.A. Haslam (Eds.) *The social cure. Identity, health and well-being* (pp.3–20). Hove: Psychology Press.

Jo, Y.M. (2012). Psycho-social dimensions of poverty: When poverty becomes shameful. *Critical Social Policy, 33,* 514–531.

Johnson, J.G., Cohen, P., Brown, P. et al. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry, 56*, 600–606.

Johnson, M.P. (2008). A typology of domestic violence: Intimate terrorism, violent resistance and situational couple violence. Lebanon, NH: Northeastern University Press.

Johnson, S.L., Wibbels, E. y Wilkinson, R. (2015). Economic inequality is related to cross-national prevalence of psychotic symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50*, 1799–1807.

Jordan-Young, R.M. (2011). *Brainstorm. The flaws in the science of sex differences*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Jukes, A.E. (1999). *Men who batter women*. London: Routledge.

Kaiser, A., Haller, S., Schmitz, S. et al. (2009). On sex/gender related similarities and differences in fMRI language research. *Brain Research Reviews, 61*, 49–59.

Kalmijin, M. y Poortman, A.R. (2006). His or her divorce? The gendered nature of divorce and its determinants. *European Sociological Review, 22*, 201–214.

Karlsen, S. y Nazroo, J.Y. (2002). Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *American Journal of Public Health, 92*, 624–631.

Karlsen, S., Nazroo, J.Y., McKenzie, K., Bhui, K. et al. (2005). Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in England. *Psychological Medicine, 35*, 1795–1803.

Kaschak, E. y Tiefer, L. (2002*). A new view of women's sexual problems*. New York: The Haworth Press. Keating, D.P. y Hertzman, C. (1999). Modernity's paradox. En D. P. Keating y C. Hertzman (Eds.) *Developmental health and the wealth of nations: Social, biological and educational dynamics* (pp.1–18). New York: Guilford Press.

Kendler, K.S., Bulik, C.M., Silberg, J. et al. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and co-twin control analysis. *Archives of General Psychiatry, 57*, 953–959.

Kendler, K.S., Hettema, J.M., Butera, F. et al. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives General Psychiatry, 60*, 789–796.

Kennedy, B.P., Kawachi, I., Lochner, K. et al. (1997). (Dis)respect and black mortality. *Ethnicity and Disease, 7*, 207–214.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E. et al. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048–1060.

Keyes, K.M., Eaton, M.R., Krueger, R.F. et al. (2012). Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry, 200*, 107–115.

Khan, S., Murray, R.P. y Barnes, G.E. (2002). A structural equation model of the effect of poverty and unemployment on alcohol abuse. *Addictive Behaviors, 27*, 405–423.

Kinderman, P., Schwannauer, M., Pontin, E. et al. (2013). Psychological processes mediate the impact of familial risk, social circumstances and life events on mental health. *PLoS ONE, 8*(10), e76564. doi:10.1371/journal.pone.0076564

Kirkbride, J.B., Jones, P.B., Ullrich, S. et al. (2014). Social deprivation, inequality and the neighbourhoodlevel incidence of psychotic syndromes in east London. *Schizophrenia Bulletin, 40*, 169–180.

Korkeila, J., Vahtera, J., Nabi, H. et al. (2010). Childhood adversities, adulthood life events and depression. *Journal of Affective Disorders, 127*, 130–138.

Koss, M.P., Bailey, J.A. y Yuan, N.P. et al. (2003). Depression and PTSD in survivors of male violence: Research and training initiatives to facilitate recovery. *Psychology of Women Quarterly, 27*, 130–142.

Krabbendam, L. y van Os, J. (2005). Schizophrenia and urbanicity: A major environmental influence conditional on genetic risk. *Schizophrenia Bulletin, 31*, 795–799.

Kreiger, N. (2000). Discrimination and health. En L. Berkman y Kawachi, I. (Eds.) *Social epidemiology* (pp.36–75). Oxford: Oxford University Press.

Krieger, N. y Sidney S. (1996). Racial discrimination and blood pressure: The CARDIA study of young Black and White adults. *American Journal of Public Health, 86,* 1370–1378.

Krishnadas, R., Kim J., McLean, J. et al. (2013). The envirome and the connectome: Exploring the structural noise in the human brain associated with socio-economic deprivation. *Frontiers in Human Neuroscience, 7*, 722.

Kshirsagar, V.Y., Agarwal, R. y Bavdekar, S.B. (2007). Bullying in schools: Prevalence and short-term impact. *Indian Pediatrics, 44,* 25–28.

Lafrance, M.N. (2009). *Women and depression: Recovery and resistance*. London: Routledge.

Lavy, V. y Sand, E. (2015). *On the origins of gender human capital gaps: short and long-term consequences of teachers' stereotypical biases*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Lee, D.A., Scrag, P. y Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology, 74*, 451–466.

Leeming, D. y Boyle, M. (2004). Shame as a social phenomenon: A critical analysis of the concept of dispositional shame. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 77*, 375–396.

Leeming, D. y Boyle, M. (2013). Managing shame: An interpersonal perspective. *British Journal of Social Psychology, 52*, 140–160.

Lerner, G. (1986). *The creation of patriarchy*. Oxford: Oxford University Press [trad. cast.: *La creación del patriarcado*. España: Katakrak, 2017].

Lerner, M. J. (1980). *The belief in a just world: A fundamental delusion*. New York: Plenum Press.

Levant, R.F., Smalley, K.B., Aupont, M. et al. (2007). Initial validation of the male role norms inventoryrevised (MRNI-R). *Journal of Men's Studies, 15*, 83–100.

Levin, S. y van Laar, C. (Eds.) (2006). *Stigma and group inequality: Social psychological perspectives*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Levinson, D. (1989). *Family violence in cross-cultural perspective*. Newbury Park, CA: Sage.

Levy, A. (2005). *Female chauvinist pigs. Women and the rise of raunch culture*. New York: Free Press [trad. cast.: *Chicas Cerdas Machistas. La lucha feminista como idealismo en el siglo XXI*. Colombia: Rey Naranjo, 2015].

Lewine, R. y Caudle, J. (1999). Race in the 'decade of the brain'. *Schizophrenia Bulletin, 25*, 1–5.

Liao, L.M. y Boyle, M. (2004). Feminising surgery – the way forward? *The Psychologist, 17,* 459–462.

Linehan, M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Lipsedge, M. (1994). Dangerous stereotypes. *Journal of Forensic Psychiatry, 5*, 14–19.

Lisak, D. (2010). Behind the torment of rape victims lies a dark fear: Reply to the commentaries. *Violence Against Women, 16*, 1372–1374. Lister, R. (2004). *Poverty*. Chichester: Wiley.

Littlewood, R. y Lipsedge, M. (1997). *Aliens and alienists. Ethnic minorities and psychiatry* (3rd edn). London: Routledge.

Lloyd, K. y Moodley, P. (1992). Psychotropic medication and ethnicity: an inpatient survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 27*, 95–101.

Longden, E., Corstens, D., Escher, S. et al. (2012). Voice hearing in biographical context: A model for formulating the relationship between voices and life history. *Psychosis, 4*, 224–234.

Longden, E., Sampson, M. y Read, J. (2016). Childhood adversity and psychosis: Generalised or specific effects? *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25*, 349–359.

Loopstra, R., McKee, M., Katikireddi, S.V. et al. (2016). Austerity and old-age mortality in England: A longitudinal cross-local area analysis, 2007–2013. *Journal of the Royal Society of Medicine, 109*, 109–116.

Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W. et al. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology, 157*, 98–112.

Lukes, S. (1974). *Power: A radical view*. London: Macmillan [trad. cast.: *El poder. Un enfoque radical*. España: Siglo XXI, 2007].

MacBeth, A., Schwannauer, N. y Gumley, A. (2008). The association between attachment style, social mentalities and paranoid ideation: An analogue study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 81*, 79–93.

MacCannell, D. y MacCannell, J.F. (1993). Violence, power and pleasure: A revisionist reading of Foucault from the victim perspective. En C. Ramazanoğlu (Ed.) *Up against Foucault. Explorations of some tensions between Foucault and feminism* (pp.203–238). London: Routledge.

Macdonald, J. y Morley, I. (2001). Shame and non-disclosure: A study of the emotional isolation of people referred for psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology, 74*, 1–21.

MacDonald, R. y Marsh, J. (2005). *Disconnected youth? Growing up in Britain's poor neighbourhoods*. London: Palgrave.

Maciejewski, P.K., Prigerson, H.G. y Mazure, C.M. (2000). Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms: Differences based on history of prior depression. *British Journal of Psychiatry, 176*, 373–378.

MacLeod, C. (2011). *'Adolescence', pregnancy and abortion: Constructing a threat of degeneration*. Hove: Routledge.

Macmillan Cancer Support, Davies, S.V., Hayes, D.A. et al. (2013). *Cancer's hidden price tag: Revealing the costs behind the illness.* We are Macmillan Cancer Support. Accesible en: http://www.macmillan.org.uk/images/Cancers-Hidden-Price-Tag-report-England_tcm9-270862.pdf

Maddux, J.E. y Meier, L.J. (1995). Self-efficacy and depression. En J.E. Maddux (Ed.) *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research and application* (pp.143–169). New York: Plenum Press.

Mallett, R., Leff, J., Bhugra, D. et al. (2002). Social environment, ethnicity and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*, 329–335.

Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E. et al. (2013). Poverty impedes cognitive function. *Science, 341*, 976–980.

Marmot, M. (2004). *Status syndrome: How your social standing directly affects your health and life expectancy*. London: Bloomsbury.

Marmot, M.G., Rose, G., Shipley, M. et al. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health, 32*, 244–249.

Marteau, T. y Hall, P. (2013). Breadlines, brains and behaviour. *British Medical Journal, 347*, 6750.

Mason, P. (2015, 13 April). *Politicians love dressing up in hi-vis vests, but they ignore what's really happening to modern workers*. *The Guardian*, p.5.

Matheson, S.L., Shepherd, A.M., Pinchbeck R.M. et al. (2013). Childhood adversity in schizophrenia: A systematic meta-analysis. *Psychological Medicine, 43*, 225–238.

Mathiesen, K.S., Tambs, K. y Dalgard, O.S. (1999). The influence of social class, strain and social support on symptoms of anxiety and depression in mothers of toddlers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34,* 61–72.

Mauthner, M.S. (2010). 'I wasn't being true to myself': Women's narratives of postpartum depression. En D.C. Jack y A. Ali (Eds.) *Silencing the self across cultures. Depression and gender in the social world* (pp.459–484). Oxford: Oxford University Press.

Max-Neef, M., Elizalde, A. y Hopenhayn, M. et al. (1989). Human Scale Development: An option for the future. *Development Dialogue, 1*, 7–80.

McCarthy-Jones, S., Castro Romera, M. y McCarthy-Jones, R. (2015). Hearing the unheard: An interdisciplinary, mixed methodology study of women's experiences of hearing voices (auditory verbal hallucinations). *Frontiers in Psychiatry, 23 December*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2015.00181

McClure, R.J., Davis, P.M., Meadow, S.R. et al. (1996). Epidemiology of Munchhausen syndrome by proxy: Non-accidental poisoning and non-accidental suffocation. *Archives of Disease in Childhood, 75*, 57–61.

McDermott, D. y Luyt, R. (2016). *Still out there: An exploration of LGBT Londoners' unmet needs.* Cambridge: Anglia Ruskin University.

McFetridge, M.A., Milner, R. Gavin, V. et al. (2015). Borderline personality disorder: Patterns of self-harm, reported childhood trauma and clinical outcome. *British Journal of Psychiatry Open, 1*, 18–20.

McGorry, P.D. (2000). The nature of schizophrenia: Signposts to prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34* (Suppl.), 14–21.

McKenzie, K. y Murray, R. (1999). Risk factors for psychosis. En D. Bhugra y V. Bahl (Eds.) *Ethnicity: An agenda for mental health* (pp.48–59). London: Gaskell.

McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J. et al. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey replication II: Associations with persistence of *DSM-IV* disorders. *Archives of General Psychiatry, 67*, 124–132.

McManus, S., Bebbington, P., Jenkins, R. et al. (Eds.) (2016). *Mental health and well-being in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014*. Leeds: NHS Digital.

Melzer, D., Fryers, T. y Jenkins, R. (2004). *Social inequalities and the distribution of common mental disorders.* Hove: Psychology Press.

MENCAP, (2007). *Death by indifference*. London: Author. Accesible en: https://www.mencap.org.uk/sites/default/files/2016-06/DBIreport.pdf

Mercer, K. (1986). Racism and transcultural psychiatry. En P. Miller y N. Rose (Eds.) *The power of psychiatry* (pp.111–142). Cambridge: Polity Press.

Miller, K.E. y Rasco, L.M. (2004). An ecological framework for addressing the mental health needs of refugee communities. En K.E. Miller y L.M. Rasco (Eds.) *The mental health of refugees. Ecological approaches to healing and adaptation* (pp.1–64). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Milligan, R. y Waller, G. (2000). Anger and bulimic psychopathology among nonclinical women. *International Journal of Eating Disorders, 28,* 446–450.

Millilo, D. (2006). Rape as a tactic of war: Social and psychological perspectives. *Affilia, 21*, 196–205.

Mind et al. (2013). *We still need to talk: A report on access to talking therapies*. London: Mind Accesible en: https://www.mind.org.uk/media/494424/we-still-need-to-talk_report.pdf

Mineka, S. y Kelly, K. (1989). The relationship between anxiety, lack of control, and loss of control. En A. Steptoe y A. Appels (Eds.) *Stress, personal control and health* (pp.163–191). New York: Wiley.

Minton, J. (2017). Why aren't we beating bullying? *The Psychologist, (March*), 41–43.

Mirowsky, J. y Ross, C.E. (1983). Paranoia and the structure of powerlessness. *American Sociological Review, 48*, 228–239.

Mitchison, D. y Mond, J. (2015). Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: A narrative review. *Journal of Eating Disorders, 3*, 20.

Moffatt, S., Lawson, S., Patterson, R. et al. (2016). A qualitative study of the impact of the UK 'bedroom tax'. *Journal of Public Health, 38,* 197–205.

Moffit, T.E. y Caspi, A. (1998). Annotation: Implications of violence between intimate partners for child psychologists and psychiatrists. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*, 137–144.

Moncrieff, J. (2009*). The myth of the chemical cure. A critique of psychiatric drug treatment* (rev. edn). London: Palgrave Macmillan.

Moncrieff, J. (2013). *The bitterest pills. The troubling story of antipsychotic drugs*. London: Palgrave Macmillan.

Moorehead, C. (2006). *Human cargo. A journey among refugees*. London: Vintage Books.

Moran, J.P. (2000). *Teaching sex: The shaping of adolescence in the 20th century*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Morgan, C. y Hutchinson, G. (2010). The social determinants of psychosis in migrant and ethnic minority populations: A public health tragedy*. Psychological Medicine, 40,* 705–709.

Morgan, C., Kirkbride, J., Hutchinson, G. et al. (2008). Cumulative social disadvantage, ethnicity and firstepisode psychosis. *Psychological Medicine, 38*, 1701–1715.

Morgan, C., Reininghaus, U., Reichenberg, A. et al. (2014). Adversity, cannabis use and psychotic experiences: Evidence of cumulative and synergistic effects. *British Journal of Psychiatry, 204*, 346-353.

Morrison, A.P., Wells, A. y Sarah, N. (2000). Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology, 39,* 67–78.

Mueke, M.A. (1992). New paradigms for refugee health problems. *Social Science and Medicine, 35*, 515–523.

Mullainathan, S. y Shafir, E. (2014). *Scarcity: The true cost of not having enough*. London: Penguin [trad. cast.: *Escasez. ¿Por qué tener muy poco significa tanto?* España, Fondo de Cultura Económica, 2016].

Murali, V. y Oyebode, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Journal of Continuing Professional Development, 10*, 216–224.

Murphy, F., Bishop, D. y Sigala, M. (2014). Women scientists in psychology – time for action. *The Psychologist, 27,* 918–923.

Murphy, J., Shevlin, M., Houston, E. et al. (2014). Modelling the co-occurrence of psychosis-like experiences and childhood sexual abuse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*, 1037–1044.

Murphy, J.M., Oliver, D.C., Monson, R.R. et al. (1991). Depression and anxiety in relation to social status: A prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry, 48*, 223–229.

Murphy, S., Murphy, J. y Shevlin, M. (2015). Negative evaluation of self and others and peer victimisation as mediators of the relationship between childhood abuse and psychotic experiences in adolescence: The moderating role of loneliness. *British Journal of Clinical Psychology, 54*, 326–344.

Nakray, K. (Ed.) (2013). *Gender-based violence and public health: International perspectives on budgets and policies*. Abingdon, Oxon: Routledge.

Nansel, T.R., Overpeck, M., Pilla, S. et al. (2001). Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association psychosocial adjustment. *Journal of the American Medical Association, 285*, 2094–2100.

NatCen Social Research (2013). *British social attitudes survey*. London: Author. Accesible en: https://www.gov.uk/government/statistics/british-social-attitudes-survey-2013

Nayani, T.H. y David, A.S. (1996). The auditory hallucination: A phenomenological survey. *Psychological Medicine, 26*, 177–189.

Naylor, C., Parsonage, M., McDaid, D. et al. (2012). *Long-term conditions and mental health: The cost of co-morbidities*. London: The King's Fund. Accesible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/long-term-conditions-mental-health-cost-comorbidities-naylor-feb12.pdf

Nelson, E.C., Chiefs, A.C., Madden, P.A. et al. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry, 59*, 139–145.

Newbury, J., Arseneault, L., Caspi, A. et al. (2016). Why are children in urban neighbourhoods at increased risk for psychotic symptoms? Findings from a UK longitudinal cohort study. *Schizophrenia Bulletin, 42*, 1372–1383.

Newnham, E.A. y Janca, A. (2014). Childhood adversity and borderline personality disorder: A focus on adolescence. *Current Opinion in Psychiatry, 27*, 68–72.

Newton, J. (1988). *Preventing mental illness*. London: Routledge.

Nicolson, P. (2010). *Domestic violence and psychology. A critical perspective*. London: Routledge.

NIMHE, (2003*). Inside outside: Improving mental health services for black and minority ethnic communities in England*. London: Department of Health. Accesible en: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130105200229/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4019452.pdf

Noble, K.G., Norman, M.F. y Farah, M.J. (2005). Neurocognitive correlates of socio-economic status in kindergarten children. *Developmental Science, 8*, 74–87.

Noble, P. y Rodger, S. (1989). Violence by psychiatric inpatients. *British Journal of Psychiatry, 155*, 384–390.

Nosek, B.A., Smyth, F.L., Sriram, N. et al. (2009). National differences in gender-science stereotypes predict national sex differences in science and math achievement. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 106*, 10593–10597.

NSPCC finds 64 child sex crimes a day recorded by police (2011, 26 May). Accesible en: http://www.bbc.co.uk/news/education-13542007

O'Brien, R., Hunt, K. y Hart, G. (2005). 'It's caveman staff, but that is to a certain extent how guys still operate': Men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science and Medicine, 61*, 503–516.

O'Grady, H. (2005). *Woman's relationship with herself: Gender, Foucault and therapy*. London: Routledge.

Office for National Statistics (2014). *Suicides in the United Kingdom, 2012 registrations*. London: Author.

Office for National Statistics (2015). *Crime survey for England and Wales 2013/14: Violent crime and sex offences. Intimate personal violence and serious sexual assault*. London: Author.

Office for National Statistics (2016). *Abuse during childhood: Findings from the Crime Survey for England and Wales, year ending March 2016*. London: Author.

Office for National Statistics (2016a). *Suicides in the United Kingdom, 2014 registrations*. London: Author.

Office for National Statistics (2016b). *Annual survey of hours and earnings*. London: Author.

Office for National Statistics (2016c). *Abortion statistics England and Wales 2015*. London: Department of Health.

Office of the Deputy Prime Minister (2004). *The impact of overcrowding on health and education: A review of the evidence and literature*. London: Author.

Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy.* New York: Norton [trad. cast.: *El trauma y el cuerpo: Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. España: Desclée De Brouwer; 2009].

Olff, M., Langeland, W., Draijer, N. et al. (2007). Gender differences in post-traumatic stress disorder. *Psychological Bulletin, 133*, 183–204.

Ortner, S.B. (1974). Is female to male as nature is to culture? En M. Rosaldo y L. Lamphere (Eds.) *Woman, culture and society* (pp.67–88). Stanford, CA: Stanford University Press.

Osborne, H. (2016, 5 April). Tiny proportion of new fathers are opting for shared parental leave. *The Guardian*, p.13. Accesible en: https://www.theguardian.com/money/2016/apr/05/shared-parentalleave-slow-take-up-fathers-paternity

Packard, C.J., Cavanagh, J., McLean, J.S. et al. (2012). Interaction of personality traits with social deprivation in determining mental wellbeing and health behaviours. *Journal of Public Health, 34*, 615–624.

Paley, G. y Lawton, D. (2001). Evidence-based practice: accounting for the importance of the therapeutic relationships in UK National Health Service therapy provision. *Counselling and Psychotherapy Research, 1*, 12–17.

Parker, H., Botha, J.L. y Haslam, C. (1994). 'Racism' as a variable in health research-can it be measured? *Journal of Epidemiology and Community Health, 48*, 522.

Parker, I. (2014). Austerity in the university. *The Psychologist, 27*, 236–238.

Parker, I., Georgaca, E., Harper, D. et al. (1995). *Deconstructing psychopathology*. London: Sage.

Patel, N. (2008). Developing psychological services in the NHS for refugees survivors of torture. En S. Fernando y F. Keating (Eds.) *Mental health in a multi-ethnic society* (pp.122–135). Hove: Routledge.

Perese, E.F. (2007). Stigma, poverty and victimisation: Roadblocks to recovery for individuals with severe mental illness. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 13*, 285–295.

Phillips, N.K., Hammen, C.L., Brennan, P.A. et al. (2005). Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33,* 13–24.

Psychologists against Austerity (2015). *The psychological impact of austerity: A briefing paper*. Author. Accesible en: https://psychagainstausterity.files.wordpress.com/2015/03/psychological-costs-of-austerity-briefingpaper-compressed.pdf

Public Health Agency of Canada (2001). *The Canadian incidence study of reported child abuse and neglect.* Toronto: Author. Accesible en: https://cwrp.ca/canadian-incidence-study

Public Health Wales NHS Trust (2016). *Adverse childhood experiences and their association with mental well-being in the Welsh adult population*. Cardiff: Author.

Radford, L., Corral, S., Bradley, C. et al. (2011). *Child abuse and neglect in the UK today*. London: National Society for the Prevention of Cruelty to Children. Accesible en: https://learning.nspcc.org.uk/research-resources/pre-2013/child-abuse-neglect-uk-today/

Ramazanoğlu, C. y Holland, J. (1993). Women's sexuality and men's appropriation of desire. En C. Ramazanoğlu (Ed.) *Up against Foucault. Explorations of some tensions between Foucault and feminism* (pp.239–264). London: Routledge.

Read, J. (1997). Child abuse and psychosis: A literature review and implications for professional practice. *Professional Psychology Research and Practice, 28*, 448–456.

Read, J. (2010). Can poverty drive you mad? 'Schizophrenia', socio-economic status and the case for primary prevention. *New Zealand Journal of Psychology, 39*, 7–19.

Read, J., Agar, K., Argyle, N. et al. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice, 76,* 1–22.

Read, J. y Bentall, R.P. (2013). Madness. En J. Cromby, D. Harper y P. Reavey *Psychology, mental health and distress* (pp.249–282). London: Palgrave Macmillan.

Read, J., Johnstone, L. y Taitimu, M. (2013). Psychosis, poverty and ethnicity. En J. Read y J. Dillon (Eds.) *Models of madness* (2nd edn, pp.191–209). London: Routledge [trad. cast.: Psicosis, pobreza y etnia. En Read, J. y Dillon, J. (editors). *Modelos de locura II*. España: Herder, 2017].

Read, J., van Os, J., Morrison, A.P. et al. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literatura review and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 112*, 330–350.

Rhodes, J.E. y Jakes, S. (2000). Correspondence between delusions and personal goals: A qualitative analysis. *British Journal of Medical Psychology, 73*, 211–225.

Richards, G. (1997). *'Race', racism and psychology. Towards a reflexive history*. London: Routledge.

Ritsher, J.E.B., Warner, V., Johnson, J.G. et al. (2001). Inter-generational longitudinal study of social class and depression: A test of social causation and social selection models. *British Journal of Psychiatry, 178* (Suppl. 40), S84–S90.

Rochlen, A.B., Whilde, M.R. y Hoyer, W.D. (2005). The Real Men. Real Depression Campaign: Overview, theoretical implications and research considerations. *Psychology of Men & Masculinity, 6*, 186–194.

Rogers A. y Pilgrim, D. (2010). *A sociology of mental health and illness*. Maidenhead, Bucks: Open University Press.

Romme, M., Escher, S., Dillon, J. et al. (2009). *Living with Voices: 50 stories of recovery*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Rosen, C., Jones, N., Longden, E. et al. (2017). Exploring the intersections of trauma, structural adversity, and psychosis among a primarily African-American sample: A mixed-methods analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *8.* doi: 10.3389/fpsyt.2017.00057

Ross, C.E., Mirowsky, J. y Pribesh, S. (2001). Powerlessness and the amplification of threat: Neighbourhood disadvantage, disorder and mistrust. *American Sociological Review, 66*, 568–591.

Rotermann, M. (2007). Marital breakdown and subsequent depression. *Health Reports, 18*, 33–44.

Rudman, L.A. y Glick, P. (2008). *The social psychology of gender: How power and intimacy shape gender relations.* New York: The Guilford Press.

Rudman, L.A. y Glick, P. (1999). Feminized management and backlash toward agentic women: the hidden costs to women of a kinder, gentler image of middle managers. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 1004–1010.

Rutter, M., Caspi, A. y Moffit, T. (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 1092–1115.

Salter, M. (2012). Invalidation: A neglected dimension of gender-based violence and inequality. *International Journal for Crime and Justice, 1*, 3–13.

Sapolsky, R. (1999). The physiology and pathophysiology of unhappiness. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwartz (Eds.) *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp.169–189). New York: Russell Sage Foundation.

Sarbin, T.R. (1967). The concept of hallucination. *Journal of Personality, 35*, 359–380.

Savage, M., Cunningham, N., Devine, F. et al. (2015). *Social class in the 21st Century*. London: Pelican.

Save the Children (2015). *State of the world's mothers*. Fairfield, CT: Author. Accesible en: https://www.savethechildren.org/content/dam/usa/reports/advocacy/sowm/sowm-2015.pdf

Scheff, T. (2000). Shame and the social bond: A sociological theory. *Sociological Theory, 80*, 84–99.

Schrock, D. y Schwalbe, M. (2009). Men, masculinity and manhood acts. *Annual Review of Sociology, 35*, 277–295.

Scott, S., Williams, J., Kelly, L. et al. (2013). *Violence, abuse and mental health in the English population*. London: NatCen.

Sedeli, L., Mule, A., La Barbera, D. et al. (2012). Do child abuse and maltreatment increase the risk of schizophrenia? *Psychiatry Investigations, 9*, 87–99.

Sedlak, A.J., Mettenburg, J., Basena, M. et al. (2010). *Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4): Report to Congress.* Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families. Accesible en: https://www.acf.hhs.gov/opre/resource/fourth-national-incidence-study-of-child-abuse-and-neglect-nis-4-report-to

Semlyen, J., King, M., Varney, J. et al. (2016). Sexual orientation and symptoms of common mental disorder or low wellbeing: Combined meta-analysis of 12 UK population health surveys. *BMC Psychiatry, 16,* 67.

Sentenac, M., Gavin, A., Arnaud, C. et al. (2011). Victims of bullying among students with a disability or chronic illness and their peers: A cross-national study between Ireland and France. *Journal of Adolescent Health, 48*, 461–466.

Sequeira, H. y Hollins, S. (2003). Clinical effects of sexual abuse on people with learning disability: Critical literature review. *British Journal of Psychiatry, 182,* 13–19.

Serpell, L. y Treasure, J. (2002). Bulimia nervosa: Friend or foe? The pros and cons of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 32*, 164–170.

Serpell, L., Teasdale, J., Troop, N.A. et al. (2004). The development of the PCAN, a measure to operationalize the pros and cons of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 36*, 460–433.

Shah, A.K., Mullainathan, S. y Shafir, E. (2012). Some consequences of having too little. *Science, 338*, 682–685.

Shakoor, S., McGuire, P., Cardno, A.G. et al. (2015). A shared genetic propensity underlies experiences of bullying victimisation in late childhood and self-rated paranoid thinking in adolescence. *Schizophrenia Bulletin, 41*, 754–763.

Shaw, S. (2005). Governed by the rules? The female voice in Parliamentary debates. En J. Baxter (Ed.). *Speaking out: The female voice in public contexts* (pp.81–102). Basingstoke: Palgrave.

Shevlin, M., Murphy, J., Houston, J.E. et al. (2009). Childhood sexual abuse, early cannabis use, and psychosis: Testing the effects of different temporal orderings based on the National Comorbidity Survey. *Psychosis, 1*, 19–28.

Shildrick, T. y MacDonald, R. (2013). Poverty talk: How people experiencing poverty deny their poverty and why they blame 'the poor'. *The Sociological Review, 61*, 285–303.

Shildrick, T., MacDonald, R., Webster, C. et al. (2012). *Poverty and insecurity: Life in low-pay, no-pay Britain*. Bristol: Policy Press.

Sitko, K., Bentall,. P., Shevlin, M. et al. (2014). Associations between specific psychotic symptoms and specific childhood adversities are mediated by attachment styles: An analysis of the National Comorbidity Survey. *Psychiatric Research, 217*, 202–209.

Sjoberg, L. y Via, S.E. (Eds.) (2010). *Gender, war and militarism: Feminist perspectives*. Santa Barbara: Praeger.

Smail, D. (2005). *Power, interest and psychology: Elements of a social materialist understanding of distress.* Ross-on-Wye: PCCS Books.

Smart, C. (1989). *Feminism the power of law*. London: Routledge.

Sparks, J.A., Duncan, B.L. y Miller, S.D. (2008). Common factors in psychotherapy. En J.L. Lebow (Ed.) *Twentyfirst century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice* (pp.453–498). Hoboken, NJ: Wiley.

Spector, R. (2001). Is there racial bias in clinicians' perceptions of the dangerousness of psychiatric patients? A review of the literature. *Journal of Mental Health, 10*, 5–15.

Spinazzola, J., Hodgon, H., Laing, L.J. et al. (2014). Unseen wounds: The contribution of psychological maltreatment to child and adolescent mental health and risk outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*(S1), S18–S28.

Stanko, B., Norman, J. y Wunsch, D. (2007). *The attrition of rape allegations in London: A review*. London: Metropolitan Police Survey.

Stöckl, H., Devries, K., Rostein, A. et al. (2013). The global prevalence of intimate partner homicide: A systematic review. *Lancet, 382,* 859–865.

Stonewall (2012). *The school report: The experiences of gay young people in Britain's schools in 2012.* Cambridge: Centre for Family Research, University of Cambridge. Accesible en: https://www.stonewall.org.uk/resources/school-report-2012

Stoppard, J.M.(2000). *Understanding depression. Feminist social constructionist approaches.* London: Routledge.

Stuckler, D. y Basu, S. (2014). *The body economic*. London: Penguin [trad. cast.: *Por qué la austeridad mata: El coste humano de las políticas de recorte*. España: Taurus, 2013].

Swan, S.C. y Sullivan, T.P. (2009). The resource utilization of women who use violence in intímate relationships. *Journal of Interpersonal Violence, 24*, 940–958.

Tasca, G.A., Szadkowski, L., Illing, V. et al. (2009). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences, 47*, 662–667.

Tavris, C. (1992). *The mismeasure of woman*. New York: Touchstone.

Tay, L. y Diener, E. (2011). Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and SocialPsychology, 101*, 354–365.

Thomas, C.S., Stone, K., Osborne, M. et al. (1993). Psychiatric morbidity and compulsory admission among UK born Europeans, Afro-Caribbeans and Asians in central Manchester. *British Journal of Psychiatry, 163*, 91–99.

Thomas, G. (2014). Inequality and the next generation. *The Psychologist, 27*, 240–242.

Thomas, J.L., Wilk, J.E., Riviere, L.A. et al. (2010). Prevalence of mental health problems and functional impairment among active component and National Guard soldiers 3 and 12 months following combat in Iraq. *Archives of General Psychiatry, 67*, 614–623.

Thompson, J.M., Whiffen, V.E. y Aube, J.A. (2001). Does self-silencing link perceptions of care from parents and partners with depressive symptoms? *Journal of Social and Personal Relationships, 18*, 503–516.

Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press.

Tichenor, V. (2005). Maintaining men's dominance: Negotiating identity and power when she earns more. *Sex Roles, 53*, 191–205.

Tienari, P., Wynne, L.C., Lasky, K. et al. (2003). Genetic boundaries of the schizophrenia spectrum: Evidence from the Finnish adoptive families study of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 160*, 1587–1594.

Tiggeman, M. y Kuring, J.K. (2004). The role of body objectification and disordered eating in depressed mood. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 299–311.

Tiggeman, M. y Lynch, J.E. (2001). Body image in adult women across the lifespan: The role of selfobjectification. *Developmental Psychology, 37*, 243–253.

Tirado, L. (2014). *Hand to mouth. The truth about being poor and wealthy world*. London: Virago.

Toth, S.L., Cicchetti, D., Macfie, J. y Emde, R.N. (1997). Representations of self and others in the narratives of neglected, physically abused, and sexually abused preschoolers. *Development and Psychopathology, 9*, 781–796.

Trevillion, K., Oram, S., Feder, G. et al. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE, 7 (12):* doi: 10.1371/journal.pone.0051740

Tritt, C. (1997). The relationship between childhood bullying and young adult self-esteem and loneliness. *The Journal of Humanistic Education and Development, 36*, 35–44.

Trotta, A., Iyegbe, C., Di Forti, M. et al. (2016). Interplay between the schizophrenia polygenic risk score and childhood adversity in first presentation psychotic disorder: A pilot study. *PLoS ONE 11*(9): e0163319 doi:10.1371/journal.pone.0163319

Turner, B.S. (1995). *Medical power and social knowledge* (2nd edn). London: Sage.

Turner, H.A., Finkelhor, D. y Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science and Medicine, 62*, 13–27.

United Nations General Assembly (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. Paris: Author.

US Department of Health and Human Services, Administration for Children and families, Administration on Children, Youth, and Families, Children's Bureau (2016). *Child maltreatment 2014*. Washington, DC: Author.

Ussher, J.M. (2004). Premenstrual syndrome and self-policing: Ruptures in self-silencing leading to increased self-surveillance and blaming of the body. *Social Theory & Health, 2*, 254–272.

Ussher, J.M. (2011). *The madness of women: Myth and experience*. Abingdon, Oxon: Routledge [trad. cast.: *Mujeres y locura*. España, Txalaparta, 2019].

Ussher, J.M. (2013). Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology. *Feminism and Psychology, 23*, 63–69.

Ussher, J.M. y Dewberry, C. (1995). The nature and long-term effects of childhood sexual abuse: A survey of adult women survivors in Britain. *British Journal of Clinical Psychology, 34*, 177–192.

Ussher, J.M. y Perz, J. (2010). Disruption of the silenced self: The case of premenstrual syndrome. En D.C. Jack y A. Ali (Eds.) *Silencing the self across cultures. Depression and gender in the social world* (pp.435–458). Oxford: Oxford University Press.

Ussher, J.M. y Perz, J. (2013). PMS as a gendered illness linked to the construction and relational experience of hetero-femininity. *Sex Roles, 68*, 132–150.

van Camp, I., Desmet, M. y Verhaeghe, P. (2011). Gender differences in non-suicidal self-injury: Are they on the verge of levelling off? *2nd International Conference on Behavioral, Cognitive and Psychological Sciences, 23*, 28–34.

van Dam, D., Vedel, E., Ehring, T. et al. (2012). Psychological treatments for concurrent post-traumatic stress disorder and substance use disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 32*, 202–214.

van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. y Steele, K. (2006). *The haunted self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: WW Norton & Co [trad. cast.: *El yo atormentado: la disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée de Brouwer, 2008].

van der Kolk, B. (2005). Child abuse and victimisation. *Psychiatric Annals, 35*, 374–378.

van Nierop, M., Lataster, T., Smeets, F. et al. (2014). Psychopathological mechanisms linking childhood traumatic experiences to risk of psychotic symptoms: Analysis of a large, representative population-based sample. *Schizophrenia Bulletin, 40* (Suppl. no.2), S123–S130.

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M. et al. (2012). Childhood trauma increases the risk of psychosis: a metaanalysis of patient-control, prospective and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin, 38*, 661–671.

Varese, F., Udachina, A., Myin-Gerneys, I. et al. (2011). The relationship between dissociation and auditory verbal hallucinations on the flow of daily life in patients with psychosis. *Psychosis, 3*, 14–28.

Veling, W., Selten, J.P., Veen, N. et al. (2006). Incidence of schizophrenia among ethnic minorities in The Netherlands: A four-year first-contact study. *Schizophrenia Research, 86*, 189–193.

Veling, W., Selten, J.P., Susser, E. et al. (2007). Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *International Journal of Epidemiology, 36*, 761–768.

Veling, W., Susser, E., van Os, J. et al. (2008). Ethnic density of neighbourhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *American Journal of Psychiatry, 165*, 66–73.

Vetere, A. (2011). Children who witness violence at home. En M. Rapley, J. Moncrieff y J. Dillon (Eds.) *De-medicalising misery: Psychiatry, psychology and the human condition* (pp.110–122). London: Palgrave Macmillan.

Vetere, A. y Cooper, J. (2005). Working systemically with family violence: Risk, responsibility and collaboration. *Journal of Family Therapy, 23,* 378–396.

Virdee, S. (1995). *Racial violence and harassment*. London: Policy Studies Institute.

Walby, S., Armstrong, J. y Strid, S. (2012). Intersectionality: Multiple inequalities and social theory. *Sociology, 46*, 224–240.

Walker, R., Kyomuhendo, B.E., Chase, E. et al. (2013). Poverty in global perspective: Is shame a common denominator? *Journal of Social Policy, 42*, 215–233.

Waller, G. (1994). Childhood sexual abuse and borderline personality disorder in the eating disorders. *Child Abuse and Neglect, 18*, 97–101.

Waller, N., Putnam, F.W. y Carlson, E.B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods, 1*, 300–321.

Walsh, C. (2002). *Gender and discourse: Language and power in politics, the Church and organisations*. London: Longman.

Warner, R. (2000). *The environment of schizophrenia: Innovations in practice, policy and communication*. London: Brunner-Routledge.

Watters, E. (2010). *Crazy like us: The globalization of the Western mind*. New York: Free Press.

Weber, L., Madden, M. y Hyde, J.S. (1998). A conceptual framework for understanding race, class, gender and sexuality. *Psychology of Women Quarterly, 22,* 13–32.

Weinstein, J. y Weinstein, R. (2000). Before it's too late: Neuropsychological consequences of child neglect and their implications for law and social policy. *University of Michigan Journal of Law Reform, 33*, 561–602.

Westerberg-Jacobson, J., Ghaderi, A. y Edlund, B. (2012). A longitudinal study of motives for wishing to be thinner and weight-control practices in 7–18-year-old Swedish girls. *European Eating Disorders Review, 20*, 294–302.

Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic. Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. New York: Crown [trad. cast.: *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales*. España: Capitán Swing, 2015].

Whitley, R. y Prince, M. (2005). Fear of crime, mobility and mental health in inner-city London, UK. *Social Science and Medicine, 61,* 1678–1688.

Wichstrøm, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence. *Developmental Psychology, 35*, 232–245.

Wickham, S., Shryane, N., Lyons, M. et al. (2014). Why does relative deprivation affect mental health? The role of justice, trust and social rank in psychological well-being and paranoid ideation. *Journal of Public Mental Health, 13*, 114–126.

Wilkins, W.L. (1974). Social stress and illness and industrial society. En E.K.E. Gunderson y R.H. Rahe (Eds.) *Life stress and illness* (pp.242–254). Springfield, IL: Charles C Thomas.

Wilkinson, R. y Marmot, M. (2006). *Social determinants of health: The solid facts* (2nd edn). Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe. Accesible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326568/9289013710-eng.pdf [trad. cast.: *Los hechos probados.* España: Ministerio de sanidad y consumo, 2003. Accesible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/doc/LosdeterminantesenlaSalud.Hechos%20probados.pdf].

Wilkinson, R. y Pickett, K. (2010). *The spirit level: Why equality is better for everyone.* London: Penguin [trad. cast.: *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Turner Publications, 2009].

Williams, D.R. (1999). Race, socio-economic status, and health. The added effects of racism and discrimination. *Annals of the New York Academy of Sciences, 896*, 173–188.

Williams, D.R. y Earl, T.R. (2007). Commentary: Race and mental health – more questions than answers. *International Journal of Epidemiology, 36*, 758–760.

Williams, D.R., Gonzales H.M., Neighbors, H. et al. (2007). Prevalence and distribution of major depressive disorder in African-Americans, Caribbean Blacks, and non-Hispanic Whites: Results from the national survey of American life. *Archives of General Psychiatry, 64*, 305–315.

Williams, J. y Watson, G. (1988). Sexual inequality, family life and family therapy. En E. Street y W. Dryden (Eds.) *Family therapy in Britain.* Milton Keynes: Open University Press.

Williams, J., Stephenson, D. y Keating, F. (2014). A tapestry of oppression. *The Psychologist, 27*, 406–409.

Williamson, D., Thompson, T.J., Anda, R.F. et al. (2002). Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 26*, 1075–1082.

Wilson, M. y MacCarthy, E. (1994). GP consultation as a factor in the low rate of mental health service use by Asians. *Psychological Medicine, 24*, 113–119.

World Health Organization (2000). *Women's mental health: An evidence-based review*. Geneva: Author. Accesible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/66539

World Health Organization (2002). *World report on violence and health: Summary*. Geneva: Author. Accesible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf [trad. cast.: *Informe mundial sobre la violencia y la salud,* Organización Mundial da la Salud. Accesible en: https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/Informe_Mundial_Salud.pdf].

World Health Organization (2005). *WHO Multi-country study on women's health and domestic violence against women: Summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Geneva: World Health Organisation. Accesible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43310 [trad. cast.: *Estudio multipaís de la OMS*

sobre salud de la mujer y la violencia doméstica : primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia : resumen del informe, Organización Mundial da la Salud. Accesible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/43390].

World Health Organization (2012). *Developmental difficulties in early childhood: Prevention, early identification, assessment and intervention in low and middle-income countries: A review.* Geneva: Author. Accesible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/97942

World Health Organization (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: Author. Accesible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/ [trad. cast.: *Resumen de Orientación, Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*, Organización Mundial da la Salud. Accesible en: https://oig.cepal.org/es/documentos/resumen-orientacion-estimaciones-mundiales-regionales-la-violencia-la-mujer-prevalencia].

World Health Organization (2016). *Growing up unequal: Gender and socio-economic differences in young people's health and well-being*. Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe. Accesible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/326320

Wyllie, C., Platt, S., Brownlie, J. et al. (2017). *Men, suicide and society. Why disadvantaged men in middle age die by suicide.* Ewell, Surrey: Samaritans. Accesible en: https://www.samaritans.org/about-samaritans/research-policy/middle-aged-men-suicide/

Yllo, K.A. y Straus, M.A. (1984). The impact of structural inequality and sexist family norms on rates of wife-beating. *Journal of International and Comparative Social Welfare, 1*, 16–29.

Capítulo 5: El papel de la biología

Abbott, A. (2016, 28 October). US MH Chief: Psychiatry must get serious about mathematics. *Scientific American Nature Mental Health*. Accesible, 30-10- 2016, en: https://www.scientificamerican.com/article/u-s-mental-health-chief-psychiatry-must-get-serious-about-mathematics/?WT.mc_id=SA_FB_MB_NEWS

Allen, P., Chaddock, C.A., Egerton, A. et al. (2015). Functional outcome in people at high risk for psychosis predicted by thalamic glutamate levels and prefronto-striatal activation. *Schizophrenia Bulletin, 41*(2), 429–439.

Argyelan, M., Ikuta, T., DeRosse, P. et al. (2014). Resting-state fMRI connectivity impairment in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Bulletin, 40*(1), 100–110.

Barker, V., Gumley, A., Schwannauer, M. y Lawrie, S.M. (2015). An integrated biopsychosocial model of childhood maltreatment and psychosis. *British Journal of Psychiatry, 206*(3), 177–180.

Bastos-Leite, A.J., Ridgway, G.R., Silveira, C. et al. (2015). Dysconnectivity within the default mode in first episode schizophrenia: A stochastic dynamic causal modeling study with functional magnetic resonance imaging. *Schizophrenia Bulletin, 41*(1), 144–153.

Bennett, M.R. y Hacker, P.M.S. (2003). *Philosophical foundations of neuroscience*. Oxford: Blackwells.

Bentall, R. (2003). *Madness explained*. London: Allen Lane/Penguin.

Bentall, R. (2009). *Doctoring the mind: Why psychiatric treatments fail*. London: Allen Lane [trad. cast.: *Medicalizar la mente: ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* España: Herder, 2011].

Beucke, J.C., Sepulcre, J., Eldaief, M.C. et al. (2014). Default mode network subsystem alterations in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry, 205*(5), 376–382.

Blue Knot Foundation (2012). *Practice guidelines for treatment of complex trauma and trauma informed care and service delivery*. Authors: Kezelman, C.A. y Stravropoulos, P.A. Milsons point, NSW: Blue Knot Foundation. www.blueknot.org.au

Borod, J., Cicero, B., Obler, L. et al. (1998). Right-hemisphere emotional perception: Evidence across multiple channels. *Neuropsychology*, *12*, 446–458.

Boydell, J., Van Os, J., McKenzie, K. et al. (2001). Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: Ecological study into interactions with environment. *British Medical Journal, 323*, 1336–1338.

Boyle, M. (2006). *From schizophrenia to psychosis. Paradigm shift or more of the same?* Unpublished paper presented at BPS Division of Clinical Psychology Annual Conference, London.

Boyle, M. (2007). The problem with diagnosis. *The Psychologist, 20*, 290–295.

Brewin, C.R., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review 103*, 670–686.

Broad Institute of MIT and Harvard (2016, 27 January). Genetic study provides first-ever insight into biological origin of schizophrenia: Finding explains clinical observations, opens new therapeutic avenues. *ScienceDaily*. Accesible en: www.sciencedaily.com/releases/2016/01/160127141400.htm

Brown, S.D. y Reavey, P. (2015). *Vital memory and affect*. London: Routledge.

Burton, N. (2006). *Psychiatry*. Oxford: Blackwell.

Button, K.S., Ioannidis, J.P.A., Mokrysz, C. et al. (2013). Power failure: Why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience, 14*(5), 365–376.

Cacioppo, J., Berntson, G., Lorig, T. et al. (2003). Just because you're imaging the brain doesn't mean you can stop using your head: A primer and set of first principles. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(4), 650–661.

Cacioppo, J., Cacioppo, S., Dulawa, S. y Palmer, A. (2014). Social neuroscience and its potential contribution to psychiatry. *World Psychiatry, 13*(2), 131–139.

Cadenhead, K., Geyer, M. y Braff, D. (1993). Impaired startle prepulse inhibition and habituation in patients with schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1862–1867.

Cadenhead, K., Swerdlow, N., Shafer, K. et al. (2000). Modulation of the startle response and startle laterality in relatives of schizophrenia patients and schizotypal personality disordered subjects: Evidence of inhibitory deficits. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1660–1668.

Callard, F. y Margulies, D. (2011). The subject at rest: Novel conceptualisations of self and brain from cognitive neuroscience's study of the 'resting state'. *Subjectivity, 4*(3), 227–257.

Callcott, P. y Turkington, D. (2006). CBT for traumatic psychosis. En W. Larkin y A.P. Morrison (Eds.) *Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy* (pp.222–238). London: Routledge.

Carrard, A., Salzmann, A., Malafosse, A. et al. (2011). Increased DNA methylation status of the serotonin receptor 5HTR1A gene promoter in schizophrenia and bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders, 132*(3), 450–453.

Castro-Nallar, E., Bendall, M.L., Pérez-Losada, M. et al. (2015). Composition, taxonomy and functional diversity of the oropharynx microbiome in individuals with schizophrenia and controls. *PeerJ, 3*, e1140.

Charney, D., Barlow, D., Botteron, K. et al. (2002). Neuroscience research agenda to guide development of a pathophysiologically based classification system. En D. Kupfer, M. First, y D. Regier (Eds.) *A research agenda for DSM-V* (pp.31–84). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Chaufan, C. y Joseph, J. (2013). The 'missing heritability' of common disorders: Should health researchers care? *International Journal of Health Sciences, 43*(2), 281–303.

Chou, I. y Chouard, T. (2008). Neuropsychiatric disease. *Nature, 455*(7215), 889-889.

Chung, E., Papadopoulos, D., Cromby, J. et al. (2016). Social epigenetics: A science of social science? *Sociological Review Monographs*, *64*, 168–185.

Class, Q.A., Rickert, M.E., Larsson, H. et al. (2014). Fetal growth and psychiatric and socioeconomic problems: population-based sibling comparison. *The British Journal of Psychiatry, 205*(5), 355–361.

CNV and Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium (2017). Contribution of copy number variants for schizophrenia from a genome-wide study of 41,321 subjects. *Nature Genetics*, *49*, 27–35.

Coates, J. y Herbert, J. (2008). Endogenous steroids and financial risk taking on a London trading floor. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, *105*(16), 6167–6172.

Cohn, S. (2010). Disrupting images: Neuroscientific representations in the lives of psychiatric patients. En S. Choudhury y J. Slaby (Eds.), *Critical neuroscience: A handbook of the social and cultural contexts of neuroscience*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Courtois, C.A. y Ford, J.D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York: The Guilford Press.

Courtois, C.A. y Ford, J.D. (2012). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach.* New York: Guilford Press.

Cozolino, L. (2002). *The neuroscience of psychotherapy*. New York: W.W.Norton.

Craddock, N. (2014). Social neuroscience: Bringing an end to the destructive and misguided 'social' versus 'biological' in psychiatry. *World Psychiatry, 13*(2), 140–141.

Cromby, J. (2004). Depression and social inequality: A 'socio-neural' perspective. *Clinical Psychology, 38*, 15–17.

Cromby, J (2015). *Feeling bodies: Embodying psychology*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Cromby, J., Chung, E., Papadopoulos, D. et al. (2016). Reviewing the epigenetics of schizophrenia. Manuscript submitted for publication.

Cromby, J., Harper, D. y Reavey, P. (2013). *Psychology, mental health and distress*. London: Palgrave.

Cross, A.J., Crow, T.J. y Owen, F. (1981). 3H-flupenthixol binding in post-mortem brains of schizophrenics: Evidence for a selective increase in dopamine D2 receptors. *Psychopharmacology, 74*(2), 122–124.

Cross Disorder Group of the Psychiatric Genetics Consortium (2013). Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: A genome-wide analysis. *The Lancet*, *381*(9875), 1371–1379.

Crow, T.J. (2008). The emperors of the schizophrenia polygene have no clothes. *Psychological Medicine, 38*(12), 1681–1685.

Csomor, P.A., Vollenweider, F.X., Feldon, J. et al. (2005). On the feasibility to detect and to quantify prepulse elicited reaction in prepulse inhibition of the acoustic startle reflex in humans. *Behavioural Brain Research, 162*(2), 256–263.

Damasio, A.R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason and the human brain*. London: Picador [trad. cast.: *El error de Descartes*. España: Crítica, 2007].

Davidson, R.J. y Henriques, J. (2000). Regional brain function in sadness and depression. En J. Borod (Ed.) *The neuropsychology of emotion*. Oxford: Oxford University Press.

de Bellis, M. (2002). Developmental traumatology: A contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology, 27*, 155–170.

Demirkan, A., Lahti, J., Direk, N. et al. (2016). Somatic, positive and negative domains of the Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D) scale: A meta-analysis of geneome-wide association studies*. Psychological Medicine*, *46*, 1613–1623.

Dillon, J., Johnstone, L. y Longden, E. (2012). Trauma, dissociation, attachment and neuroscience: A new paradigm for understanding severe mental distress. *Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy, 12*(3), 145–155.

Dorahy, M.J., Shannon, C., Seagar, L. et al. (2009). Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: Similarities and differences. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(12), 892–898.

Edwards, A.C., Bacanu, S-A., Bigdeli, T.B. et al. (2016). Evaluating the dopamine hypothesis of schizophrenia in a large-scale genome-wide association study. *Schizophrenia Research*, *176*, 136–140.

Faraone, S.V. (2013). Attention-deficit hyperactivity disorder and the shifting sands of psychiatric nosology. *The British Journal of Psychiatry, 203*(2), 81–83.

Fernyhough, C. (2016). *The voices within: The history and science of how we talk to ourselves.* London: Profile Books/Wellcome Collection [trad. cast.: *Las voces interiores. Que nos dicen la historia y la ciencia sobre como nos hablamos a nosotros mismos*. España: Obelisco, 2018].

Fillman, S.G., Sinclair, D., Fung, S.J. et al. (2014). Markers of inflammation and stress distinguish subsets of individuals with schizophrenia and bipolar disorder. *Translational Psychiatry, 4*(2), e365.

Foster, J.A. y McVey Neufeld, K-A. (2013). Gut-brain axis: How the microbiome influences anxiety and depression. *Trends in Neurosciences, 36*(5), 305–312.

Fowler, D., Freeman, D., Steel, C. et al. (2006). The catastrophic interaction hypothesis: How do stress, trauma, emotion and information processing abnormalities lead to psychosis? En, W. Larkin y A.P. Morrison (Eds.) *Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy* (pp.101–124). London: Routledge.

Franke, B. Stein, J.L., Ripke, S. et al. (2016). Genetic influences on schizophrenia and subcortical brain volumes: Large-scale proof of concept. *Nature Neuroscience*, *19*, 420–431.

Fusar-Poli, P., Smieskova, R., Kempton, M.J. et al. (2013). Progressive brain changes in schizophrenia related to antipsychotic treatment? A meta-analysis of longitudinal MRI studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 37*(8), 1680–1691.

Gazzaniga, M.S. (1998). Principles of human brain organisation derived from split-brain studies. *Neuron, 14*, 217–228.

Gazzaniga, M.S., Eliassen, J., Nisenson, L. et al. (1996). Collaboration between the hemispheres of a callosotomy patient: emerging right-hemisphere speech and the left hemisphere interpreter. *Brain and Cognition, 119*, 1255–1262.

Grant, B. (2013, 4 March). Key Mental Illness Genes Found. *The Scientist.* Accesible, 4-6-2016, en: http://www.the-scientist.com/?articles.view/articleNo/34587/title/Key-Mental-Illness-Genes-Found/

Greenberg, G. (2011). The failure of biogenetic analysis in psychology: Why psychology is not a biological science. *Research in Human Development, 8,* 173–191.

Grillon, C., Morgan, C., Southwick, S. et al. (1996). Baseline startle amplitude and prepulse inhibition in Vietnam veterans with PTSD. *Psychiatry Research, 64*, 169–178.

Guo, W., Liu, F., Liu, J. et al. (2015). Abnormal causal connectivity by structural deficits in first-episode, drug-naive schizophrenia at rest. *Schizophrenia Bulletin, 41*(1), 57–65.

Harvey, M. (1990). An ecological view of psychological trauma and recovery. *Journal of Traumatic Stress*, *9*, 3–23.

Heim, C., Newport, D., Heit, S. et al. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology, 33*, 693–710.

Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377–391.

Hickey, P. (2015). The spurious biochemical imbalance theory is still alive and well. *Behaviorism and Mental Health.* Retrieved 30 April 2015 from http://behaviorismandmentalhealth.com/2015/04/27/thespurious-chemical-imbalance-theory-is-still-alive-and-well/

Ho, B.C., Andreasen, N.C., Ziebell, S. et al. (2011). Long-term antipsychotic treatment and brain volumes: A longitudinal study of first-episode schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 68*(2), 128–137.

Hoenig, K., Hochrein, A., Quednow, B. et al. (2005). Impaired prepulse inhibition of acoustic startle in obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry, 57*, 1153–1158.

Howes, O.D. y Murray, R.M. (2013). Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *The Lancet, 383*(9929), 1677–1687.

Hyde, C., Nagle, M.W., Tian, C. et al. (2016). Identification of 15 genetic loci associated with risk of major depression in individuals of European descent. *Nature Genetics*, *48*, 1031–1036.

Insel, T.R. (2011, 12 August) Director's blog: Mental illness defined as disruption in neural circuits. *National Institute of Mental Health*. Accesible, 12-2-2017, en: https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2011/mental-illness-defined-as-disruption-in-neural-circuits.shtml

Insel, T.R. (2013, 29 April). Director's blog: Transforming diagnosis [Blog post]. *National Institute of Mental Health.* Accesible, 4-5-2016, en: http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transformingdiagnosis.shtml

Johnstone, L. (2009). Controversial issues in trauma and psychosis. *Psychosis*, *1*, 185–190.

Jones, T. y Moller, M.D. (2011). Implications of hypothalamic–pituitary–adrenal axis functioning in posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 17*(6), 393–403.

Joseph, J. (2003). *The gene illusion: Genetic research in psychiatry and psychology under the microscope*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Joseph, J. (2006). *The missing gene: Psychiatry, heredity and the fruitless search for genes*. New York: Algora.

Joseph, J. (2014). Human behavioural genetics. En T. Teo (Ed.) *Encyclopaedia of Critical Psychology* (pp.151–156). New York: Springer.

Joseph, J. (2016, 6 March). 'Bewitching science' revisited: Tales of reunited twins and the genetics of behavior. *Mad in America.* Accesible en: http://www.madinamerica.com/2016/03/bewitching-science-revisited-tales-of-reunited-twins-and-the-genetics-of-behavior/

Kaiser, A., Haller, S., Schmitz, S. et al. (2009). On sex/gender related similarities and differences in fMRI language research. *Brain Research Reviews*, *61*, 49–59.

Kamens, S. (2013, 15 May). Dr Insel, or: How psychiatry learned to stop worrying and love the biomarker. *Global Summit on Diagnostic Alternatives.* Accesible, 4-6-2016, en: http://dxsummit.org/archives/251

Kirmayer, L. y Crafa, D. (2014). What kind of science for psychiatry? *Frontiers in Human Neuroscience*, *8,* 435.

Koutsouleris, N., Riecher-Rössler, A., Meisenzahl, E.M. et al. (2015). Detecting the psychosis prodrome across high-risk populations using neuroanatomical biomarkers. *Schizophrenia Bulletin, 41*(2), 471–482.

Kundakovic, M., Chen, Y., Costa, E. y Grayson, D.R. (2007). DNA methyltransferase inhibitors coordinately induce expression of the human reelin and glutamic acid decarboxylase 67 genes. *Molecular Pharmacology, 71*(3), 644–653.

Kupfer, D. (2013, 3 May). Chair of *DSM-5* task force discusses future of mental health research. *American Psychiatric Association.* Accesible en: https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2013/05/Statement-from-dsm-chair-david-kupfer-md.pdf

Langlois, J., Kalakanis, L., Rubenstein, A. et al. (2000). Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin, 126*(3), 390–423.

Lázaro, L., Calvo, A., Ortiz, A.G. et al. (2014). Microstructural brain abnormalities and symptom dimensions in child and adolescent patients with obsessive-compulsive disorder: A diffusion tensor imaging study. *Depression and Anxiety, 31*(12), 1007–1017.

Leo, J. (2016). The search for schizophrenia genes. *Issues in Science and Technology*, Winter, 68–71.

LeWine, Howard. (2013, 1 March, updated 29 October 2015). Shared genes link depression, schizophrenia, and three other mental illnesses [Blog post]. *Harvard Health Publications.* Accesible 4-6-2016, en: http://www.health.harvard.edu/blog/shared-genes-link-depression-schizophrenia-and-three-other-mentalillnesses-201303015944

Longden, E., Madill, A. y Waterman, M.G. (2012). Dissociation, trauma, and the role of lived experience: Toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychological Bulletin, 138*(1) 28–76.

Lorberbaum, J.P., Kose, S., Johnson, M.R. et al. (2004). Neural correlates of speech anticipatory anxiety in generalized social phobia. *Neuroreport, 15*(18), 2701–2705.

Maj, M. (2014). Social neuroscience as an ideal basic science for psychiatry. *World Psychiatry, 13*(2), 105–106.

Mann, J.J., Oquendo, M.A., Watson, K.T. et al. (2014). Anxiety in major depression and cerebro-spinal fluid free gamma-aminobutyric acid. *Depression and Anxiety, 31*(10), 814–821.

Marcotte, E., Pearson, D. y Srivastava, L. (2001). Animal models of schizophrenia: A critical review. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 26*(5), 395–410.

Maric, N.P. y Svrakic, D.M. (2012). Why schizophrenia genetics needs epigenetics: A review. *Psychiatria Danubina, 24*(1), 2–18.

Mathalon, D. y Ford, J. (2012). Neurobiology of schizophrenia: Search for the elusive correlation with symptoms. *Frontiers in Human Neuroscience, 6,* 136.

McGowan, P.O., Sasaki, A., D'Alessio, A.C. et al. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience, 12*(3), 342–348.

Melas, P.A., Rogdaki, M., Osby, U. et al. (2012). Epigenetic aberrations in leukocytes of patients with schizophrenia: Association of global DNA methylation with antipsychotic drug treatment and disease onset. *FASEB Journal, 26*(6), 2712–2718.

Meloni, M. y Testa, G. (2014). Scrutinising the epigenetics revolution. *Biosocieties, 9*(4), 431–456.

Mendelsohn, M., Herman, J., Schatzow, E. et al.(2011). *The trauma recovery group: A guide for practitioners*. New York: Guilford Press.

Mendez, M.F. y Manes, F. (2011). The emerging impact of social neuroscience on neuropsychiatry and clinical neuroscience. *Social Neuroscience, 6*(5-6), 415–419.

Midlands Psychology Group (2010). Welcome to NICEWorld. *Clinical Psychology Forum, 212,* 52–56.

Miller, G., Chen, E. y Cole, S. (2009). Health psychology: Developing biologically plausible models linking the social world and physical health. *Annual Review of Psychology, 60*, 501–524.

Mineka, S. y Oehlberg, K. (2008). The relevance of recent developments in classical conditioning to understanding the etiology and maintenance of anxiety disorders. *Acta Psychologica, 127*(3), 567–580.

Moller, J. (2011). Implications of hypothalamic–pituitary–adrenal axis functioning in posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 17*, 393–403.

Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure*. London: Palgrave Macmillan

Moncrieff, J. y Leo, J. (2010). A systematic review of the effects of antipsychotic drugs on brain volume. *Psychological Medicine, 40*(09), 1409–1422.

Moskowitz, A. y Corstens, D. (2007). Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience? *The Journal of Psychological Trauma, 6,* 35–63.

Moskowitz, A., Read, J., Farrelly, S. et al. (2009). Are psychotic symptoms traumatic in origin and dissociative in kind? En P.F. Dell y J.A. O'Neill (Eds.) *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp.521–533). New York: Routledge.

Nasrallah, H.A. (2014). Borderline personality disorder is a heritable brain disease. *Current Psychiatry, 13*(4), 19–20, 32.

Nixon, N.L., Liddle, P.F., Nixon, E. et al. (2014). Biological vulnerability to depression: Linked structural and functional brain network findings. *The British Journal of Psychiatry, 204*(4), 283–289.

Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensory-motor approach to psychotherapy.*London: W.W. Norton [trad. cast.: *El trauma y el cuerpo: Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. España: Desclée De Brouwer; 2009].

Olff, M., de Vries, G-J., Güzelcan, Y. et al. (2007). Changes in cortisol and DHEA plasma levels after psychotherapy for PTSD. *Psychoneuroendocrinology, 32*(6), 619–626.

Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience*. Oxford: Oxford University Press.

Panksepp, J. (2014). Will better psychiatric treatments emerge from top-down or bottom-up neuroscientific studies of affect? *World Psychiatry, 13*(2), 141–142. doi:10.1002/wps.20120

Park, J.S. y Ahn, H.Y. (2013). Direct-to-consumer (DTC) antidepressant advertising and consumer misperceptions about the chemical imbalance theory of depression: The moderating role of skepticism. *Health Marketing Quarterly, 30*(4), 362–378.

Perry, B.D. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma, 14*(4), 240–255.

Perry, B., Pollard, R., Blakely, T. et al. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and 'use dependent' development of the brain: How states become traits. *Infant Mental Health Journal, 16*, 271–291.

Pickersgill, M. (2016). Epistemic modesty, ostentatiousness and the uncertainties of epigenetics: On the knowledge machinery of (social) science. *The Sociological Review Monographs, 64*(1), 186–202.

Pies, R.W. (2015, 2 November). Serotonin: How psychiatry got over its 'high school crush'. *Psychiatric Times.* Accesible, 4-6- 2016, en: http://www.psychiatrictimes.com/blogs/serotonin-how-psychiatry-got-over-itshigh-school-crush/page/0/1

Pitts-Taylor, V. (2010). The plastic brain: Neoliberalism and the neuronal self. *Health, 14*(6), 635–652.

Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.

Pynoos, R., Steinberg, A. y Piacentini, J. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry, 46*(11), 1542–1554.

Read, J. (2013). Childhood adversity and psychosis: From heresy to certainty. En J. Read y J. Dillon (Eds.) *Models of Madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis* (2nd edn, pp.249–275). Hove: Routledge.

Read, J., Fosse, R., Moskowitz, A. et al. (2014). The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Neuropsychiatry, 4*(1), 65–79.

Read, J., Perry, B., Moskowitz, A. et al. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: A traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 64*(4), 319–345.

Read, J., Bentall, R.P. y Fosse, R. (2009). Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: Exploring the epigenetic and psychological mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 18*(04), 299–310.

Rees, E., Walters, J.T.R., Georgieva, L. et al. (2014). Analysis of copy number variations at 15 schizophreniaassociated loci. *The British Journal of Psychiatry, 204*(2), 108–114.

Reilly, J.L., Frankovich, K., Hill, S. et al. (2014). Elevated antisaccade error rate as an intermediate phenotype for psychosis across diagnostic categories. *Schizophrenia Bulletin, 40*(5), 1011–1021.

Risch, N., Herrell, R., Lehner, T. et al. (2009). Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression. A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, *301*, 2462–2471.

Roder, B. y Neville, H. (2003). Developmental functional plasticity. En J. Grafman y I. Robertson (Eds.) *Handbook of Neuropsychology* (2nd edn). Oxford: Elsevier Science.

Rose, N. y Abi-Rachid, J. (2013). *Neuro: The new brain sciences and the management of the mind*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rose, S. (1997). *Lifelines: Life beyond the gene*. Oxford: Oxford University Press [trad. cast.: *Trayectorias de vida Biología, libertad, determinismo*. España: Granica, 2004].

Rose, S. (2005). *Lifelines: Life beyond the gene* (fully revised edition). London: Vintage.

Ross, C.A. y Halpern, M. (2009). *Trauma model therapy: A treatment approach for trauma, dissociation and complex comorbidity.* Richardson, TX: Manitou Communications Inc.

Salkovskis, P.M. (2007). Cognitive-behavioural treatment for panic. *Psychiatry*, *6,* 193–197.

Salkovskis, P.M. y Warwick, H.C.M. (2001). Meaning, misinterpretations and medicine: A cognitivebehavioural approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. En V. Starcevic y D.R. Lipsitt (Eds.) *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady* (pp.202–222). New York: Oxford University Press.

Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium (2014). Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature, 511*(7510), 421–427.

Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal, 22*(1), 201–269.

Schore, A. (2009). Attachment trauma and the developing right brain: Origins of pathological dissociation. En P.F. Dell y J.A. O'Neill (Eds.) *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-5 and beyond* (pp.107–114). New York: Routledge.

Schuengel, C., Oosterman, M. y Sterkenburg, P.S. (2009). Children with disrupted attachment histories: Interventions and psychophysiological indices of effects. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 3*(1), 1–10.

Severance, E.G., Yolken, R.H. y Eaton, W.W. (2016). Autoimmune diseases, gastrointestinal disorders and the microbiome in schizophrenia: more than a gut feeling. *Schizophrenia Research*, 176, 23–35.

Siegel, D.J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, 'mindsight' and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22, 67–94.

Smieskova, R., Fusar-Poli, P., Allen, P. et al. (2009). The effects of antipsychotics on the brain: What have we learnt from structural imaging of schizophrenia? A systematic review. *Current Pharmaceutical Design, 15*(22), 2535–2549.

Snyder, S. (1974). *Madness and the brain*. New York: McGraw Hill.

Sporns, O., Tononi, G. y Kötter, R. (2005). The Human connectome: A structural description of the human brain. *PLoS Computational Biology, 1*(4), e42.

Stein, D.J. y Muller, J. (2008). Cognitive-affective neuroscience of somatization disorder and functional somatic syndromes: Reconceptualizing the triad of depression-anxiety-somatic symptoms. *CNS Spectrums, 13*(5), 379–384.

Toyokawa, S., Uddin, M., Koenen, K.C. et al. (2012). How does the social environment 'get into the mind'? Epigenetics at the intersection of social and psychiatric epidemiology. *Social Science & Medicine, 74*(1), 67–74.

Tremolizzo, L., Carboni, G., Ruzicka, W.B. et al. (2002). An epigenetic mouse model for molecular and behavioral neuropathologies related to schizophrenia vulnerability. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America, 99*(26), 17095–17100.

Tsankova, N., Renthal, W., Kumar, A. et al. (2007). Epigenetic regulation in psychiatric disorders. *Nature Reviews Neuroscience, 8*(5), 355–367. doi: 10.1038/nrn2132

Tyrka, A.R., Burgers, D.E., Philip, N.S. et al. (2013). The neurobiological correlates of childhood adversity and implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 128*(6), 434–447.

Valera, E. y Kucyi, A. (2016). Brain injury and women experiencing intimate partner violence: neural mechanistic evidence of an 'invisible' trauma. *Brain Imaging and Behavior*, doi: 10.1007/s11682-016-9643-1.

van der Auwera, S., Wittfeld, K., Homuth, G. et al. (2015). No association between polygenic risk for schizophrenia and brain volume in the general population. *Biological Psychiatry, 78(*11), e41–42.

van der Hart, O., Nijenhuis, E.R. y Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. London, England: Norton [trad. cast.: *El yo atormentado: la disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée de Brouwer, 2008].

van der Hart, O., van der Kolk, B. y Boon, S. (1998). Treatment of dissociative disorders. En J. Bremner y C. Marmar (Eds.) *Trauma, memory and dissociation* (pp.253–284). Washington, DC: American Psychiatric Association.

van der Kolk, B.A. (2003). *Psychological trauma*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

van Nierop, M., Lataster, T., Smeets, F. et al. (2014). Psychopathological mechanisms linking childhood traumatic experiences to risk of psychotic symptoms: Analysis of a large, representative population-based sample. *Schizophrenia Bulletin, 40* (Suppl 2), S123–S130.

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M. et al. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin, 38*(4), 661–671.

What is the PGC? (2016). *Psychiatric Genomics Consortium*. Accesible en: https://www.med.unc.edu/pgc

Woods, A., Jones, N., Bernini, M. et al. (2014). Interdisciplinary approaches to the phenomenology of auditory verbal hallucinations. *Schizophrenia Bulletin, 40* (Suppl 4), S246–S254.

Wotruba, D., Michels, L., Buechler, R. et al. (2014). Aberrant coupling within and across the default mode, task-positive, and salience network in subjects at risk for psychosis. *Schizophrenia Bulletin, 40*(5), 1095–1104.

Capítulo 6: Descripción de patrones en el Marco de Poder, Amenaza y Significado

Andersen, T. (Ed.) (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues*. London: Norton [trad. cast.: *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. España: Gedisa, 2012].

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edn *DSM-5*). Washington, DC: Author [trad. cast.: *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Médica Panamericana, 2018].

Arthur, E., Seymour, A., Dartnall, M. et al. (2013). *Trauma-informed practice guide*. British Colombia Centre of Excellence for Women's Health. Accesible en: http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf

Barker, P. y Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. London, New York: Brunner-Routledge.

Blue Knot Foundation (2012). *Practice guidelines for treatment of complex trauma and trauma informed care and service delivery*. Author. Accesible en: http://www.blueknot.org.au/ABOUT-US/Our-Documents/Publications/Practice-Guidelines

Bracken, P. (2002). *Trauma: Culture, meaning and philosophy*. Chichester: John Wiley & Sons.

Burstow, B. (2003). *Toward a radical understanding of trauma and trauma work.Violence against Women, 9* (11), 1293–1317.

Burton, M. y Kagan, C. (2011). Towards a really social psychology: Liberation psychology beyond Latin America. En M. Montero y C.C. Sonn (Eds.) *The psychology of liberation: Theory and applications* (pp.53–72). New York: Springer.

Butler, G. (1998). Clinical formulation. En A.S. Bellack y M. Hersen (Eds.) *Comprehensive clinical psychology* (pp.1–23). Oxford: Pergamon.

Cassidy, J. y Shaver, P.R. (Eds.) (2008). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York, London: Guilford Press.

Clayton, S. y Hughes, G. (2016). The use of film and creative media to liberate young refugees and asylum-seeking people from disempowering identities: A dialogical approach. En T. Afuape y G. Hughes (Eds.) *Liberation practices: Towards emotional wellbeing through dialogue* (pp.89–99). London, New York: Routledge.

Clements, J. (2005). *People with autism behaving badly: Helping people with ASD move on from behavioural and emotional challenges*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Clemon, O. (2016). 'Holdin' on': Using music technology as a tool of cultural liberation with respect to performing masculinities at a young offenders' institution. En T. Afuape y G. Hughes, G. (Eds.) *Liberation practices: Towards emotional wellbeing through dialogue* (pp.51–63). London, New York: Routledge.

Coleman, R. (2017). *The Ron Coleman story*. https://www.workingtorecovery.co.uk/ron-coleman/the-ron-coleman-story.aspx

Corrie, S. y Lane, D. (2010). *Constructing stories, telling tales: A guide to formulation in applied psychology.* London: Karnac.

Courtois, C. y Ford, J. (2013). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. New York: Guilford Press.

Craddock, N. y Mynors-Wallis, L. (2014). Psychiatric diagnosis: Impersonal, imperfect and important. *The British Journal of Psychiatry, 204*, 93–95.

Crittenden, P.M. (2002). Attachment, information processing, and psychiatric disorder. *World Psychiatry, 1*(2), 72–75.

Crittenden, P.M. (2005). Attachment theory, psychopathology, and psychotherapy: The Dynamic-Maturational Approach. *Psicoterapia, 30*, 171–182.

Crittenden, P.M. (2006). A dynamic-maturational model of attachment. *Australian Association of Family Therapy, 27*(2), 105–115.

Crittenden, P.M. y Dallos, R. (2009). All in the family: Integrating attachment and family systems theories. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 14*, 389–409.

Cromby, J., Harper, D. y Reavey, P. (2013). *Psychology, mental health & distress*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Dallos, R. y Stedmon, J. (2014). Systemic formulation: Mapping the family dance. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds). *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (pp.67–95). London: Routledge [trad. cast.: La formulación sistémica: cartografiar el «baile en familia». En Johnstone L. y Dallos, R. (Editors). *La formulación en la psicología y la psicoterapia. Dando sentido a los problemas de la gente*. España: Desclée De Brouwer, 2017].

Davar, B. (2016). Alternatives or a way of life? En J. Russo y A. Sweeney (Eds.) *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies* (pp.14–19). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Denborough, D. (2008). *Collective narrative practice: Responding to individuals, groups and communities who have experienced trauma*. Adelaide: Dulwich.

Dillon, J. y May, R. (2003). Reclaiming experience. *Openmind, 120*, 16–17.

Division of Clinical Psychology (2011). *Good practice guidelines on the use of psychological formulation.* Leicester: British Psychological Society.

Dohrenwend, B.P. (2010). Toward a typology of high-risk major stressful events and situations in posttraumatic stress disorder and related psychopathology. *Psychology in Law, 1*(3), 89–99.

Engle, R.L. y Davis, B.J. (1963). Medical diagnosis: Present, past, and future I. Present concepts of the meaning and limitations of medical diagnosis. *Archives of Internal Medicine, 112,* 108–115.

Freyd, J.J. y Birrell, P.J. (2013). *Blind to betrayal*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford: OUP [trad. cast.: *Injusticia epistémica*. España: Herder, 2019].

Frosh, S. (2007). Disintegrating qualitative research. *Theory & Psychology, 17*(5), 635–653.

Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy for counselling and depression* (3rd edn). London: Sage.

Goldstein, K. (1995). *The organism: A holistic approach to biology*. New York: Zone Books.

Grandin, T. (1984). My experiences as an autistic child and review of selected literature. *Journal of Orthomolecular Psychiatry, 13*, 144–174.

Grant, A. (2015). Demedicalising misery: Welcoming the human paradigm in mental health nurse education. *Nurse Education Today, 35*, 50–53.

Grant, A., Leigh-Pippard, H. y Short, N.P. (2015). Re-storying narrative identity: A dialogical study of mental health recovery and survival. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 22*, 278–286.

Greenhalgh, T. y Hurwitz, M. (1999). Narrative based medicine: Why study narratives? *British Medical Journal, 318,* 48–50.

Haack, S. (1996). *Deviant logic, fuzzy logic: Beyond the formalism.* Chicago: University of Chicago Press.

Hagan, T. y Smail, D. (1997a). Power-mapping 1. Background and basic methodology. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 7*, 257–267.

Hagan, T. y Smail, D. (1997b). Power-mapping 11. Practical application: The example of child sexual abuse. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 7*, 269–284.

Harper, D. y Moss, D. (2003). A different kind of chemistry? Reformulating 'formulation'. *Clinical Psychology, 25*, 6–10.

Harper, D. y Spellman, D. (2013). Formulation and narrative therapy: Telling a different story. In L. Johnstone y R. Dallos (Eds.), *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (2nd edn) (pp.96–120). London, New York: Routledge [trad. cast.: La formulación y la terapia narrativa: contar una historia diferente. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.) *La formulación en la psicología y la psicoterapia. Dando sentido a los problemas de la gente*. España: Desclée De Brouwer, 2017].

Hawtin, S. y Moore, J. (1998). Empowerment or collusion? The social context of person-centred therapy. En E. Lambers y B. Thorne (Eds.) *Person centred therapy: A European perspective.* London: Sage.

Herman, J.L. (2001). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – From domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books [trad. cast.: *Trauma y recuperación. Como superar las consecuencias de la violencia*. España: Espasa, 2004].

Jankovic, J., Bremner, S., Bogie, M. et al. (2012). Trauma and suicidality in war affected communities. *European Psychiatry, 28*, 514–520.

Jetten, J., Haslam, C. y Haslam, S.A. (Eds.) (2012). *The social cure: Identity, health and well-being*. New York and Hove: Psychology Press.

Johnstone, L. (2013). Controversies and debates about formulation. En L. Johnstone, L. y R. Dallos, (Eds.) *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems.* (2nd edn) (pp.260–289). London, New York: Routledge [trad. cast.: Controversias y debates en torno a la formulación. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.) *La formulación en la psicología y la psicoterapia. Dando sentido a los problemas de la gente*. España: Desclée De Brouwer, 2017].

Kerr, L.K. (2014). *Can DSM diagnoses be other than pejorative?* Global Summit on Diagnostic Alternatives. Accesible en: http://dxsummit.org/archives/2014

Kuyken, W. (2006). Evidence-based case formulation: Is the emperor clothed? En N. Tarrier (Ed.) *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases* (pp.12–35). London, New York: Routledge.

LeDoux, J.E. (1999). *The emotional brain*. London: Phoenix [trad. cast.: *El cerebro emocional*. España; Planeta, 1999].

Lee, D. y James, S. (2012). *The compassionate mind approach to recovery from trauma*. London: Robinson.

Leeming, D., Boyle, M. y MacDonald, J. (2009). Accounting for psychological problems: How user-friendly are psychosocial formulations? *Clinical Psychology Forum, 200*, 12–17.

LeFrancois, B.A. (2016). Foreword. En J. Russo y A. Sweeney (Eds.) *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies* (pp.v–vii). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Longden, E. (2013). *Learning from the voices in my head* (TED Books, Book 39). TED Conferences.

Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A. et al. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for *ICD-11*. *World Psychiatry, 12*(3), 198–206.

McClelland, L. (2014). Reformulating the impact of social inequalities. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.) *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (pp.121–144.) London, New York: Routledge [trad. cast.: Reformular el impacto de las desigualdades sociales: el poder y la justicia social, En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.). *La formulación en la psicología y la psicoterapia. Dando sentido a los problemas de la gente*. España: Desclée De Brouwer, 2017].

McInnis, E.E. (2017). Black psychology: A paradigm for a less oppressive clinical psychology? *Clinical Psychology Forum, 299,* 3–8.

Mead, S. y Filson, B. (2016). Becoming part of each other's narratives: Intentional Peer Support. En J. Russo y A. Sweeney (Eds.) *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies* (pp.109–117.) Ross-on-Wye: PCCS Books.

Meichenbaum, D. (1993). Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(2), 202–204.

Ncube-Millo, N. y Denborough, D. (2007). *Tree of life – Mainstreaming psychosocial care and support: A manual for facilitators*. Randburg: REPSSI.

Nelson, G. y Prilleltensky, I. (2010). *Community psychology: In pursuit of liberation and well-being.* Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Orford, J. (2008). *Community psychology: Challenges, controversies and emerging consensus.* Chichester: Wiley.

Otto, H. y Keller, H. (2014). *Different faces of attachment: Cultural variations on a universal theme.* Cambridge: Cambridge University Press.

Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience*. Oxford: Oxford University Press.

Pinderhughes, H., Davis R. y Williams M. (2015). *Adverse Community Experiences and resilience: A framework for addressing and preventing community trauma*. Oakland, CA: Prevention Institute. Accesible en: https://www.preventioninstitute.org/publications/adverse-community-experiences-and-resilience-framework-addressing-and-preventing

Redhead, S., Johnstone, L. y Nightingale, J. (2015). Clients' experiences of formulation in cognitive behaviour therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*(4), 453–467.

Romme, M. y Escher, S. (2000). *Making sense of voices: A guide for mental health professionals*. London: Mind Publications [trad. cast.: *Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces*. España: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, 2005].

Romme, M., Escher, S., Dillon, J. et al. (2009). *Living with voices: 50 stories of recovery*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Rosenberg, C.E. (2002). The tyranny of diagnosis: Specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly, 80*, 237–260.

Rosen, C., Jones, N., Longden, E. (2017). Exploring the intersections of trauma, structural adversity, and psychosis among a primarily African-American sample: A mixed-methods analysis*. Frontier Psychiatry 8*(57)*.* doi: 10.3389/fpsyt.2017.00057

Russo, J. (2016). Towards our own framework, or reclaiming madness Part two. En J. Russo y A. Sweeney (Eds.) *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studie*s (pp.59–68.) Monmouth: PCCS Books.

Sackett, D. (2002). *Evidence-based medicine: How to practise and teach evidence-based medicine* (2nd edn). London: Churchill Livingstone.

Schafer, R. (1980). Narration in the psychoanalytic dialogue. *Critical Inquiry, 7*(1), 29–53.

Schon D.A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass [trad. cast.: *La formación de profesionales reflexivos: Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. España: Paidós,1992].

Seikkula, J. y Arnkil, T.E. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac [trad. cast.: *Diálogos terapéuticos en la red social*. España: Herder, 2016].

Shevlin, M., McAnee, G., Bentall, R. et al. (2015). Specificity of association between adversities and the occurrence and co-occurrence of paranoia and hallucinations: Evaluating the stability of childhood risk in an adverse adult environment. *Psychosis, 7*(3), 206–216.

Skultans, V. (2003). From damaged nerves to masked depression: Inevitability and hope in Latvian psychiatric narratives. *Social Science and Medicine, 56*(12), 2421–2431.

Somasundaram, D. y Sivayokan, S. (2013). Rebuilding community resilience in a post-war context: Developing insight and recommendations – A qualitative study in Northern Sri Lanka. *International Journal of Mental Health Systems, 7*, 3.

Speed, B. (1999). Individuals in context and contexts in individuals. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 20*, 131–138.

Spence, D.P. (1982). *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis.* London: Norton.

Steel, Z., Chey, T., Silove, D. et al. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 302*(5), 537–549.

Sweeney, S., Clement, S., Filson, B. y Kennedy, A. (2016). Trauma-informed mental healthcare in the UK: What is it and how can we further its development? *Mental Health Review Journal, 21*(3), 174–192.

Thomas, P. y Longden, E. (2013). Madness, childhood adversity and narrative psychiatry: Caring and the moral imagination. *Medical Humanities, 39*(2), 119–125.

Ulster University (2015). *Towards a better future: The trans-generational impact of the Troubles on mental health*. Commission for Victims and Survivors. Accesible en: http://www.cvsni.org/images/policyresearch/pubs/march_2015/Towards_a_Bette_Future_for_Web.pdf

van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma.* New York: Viking [trad. cast.: *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. España: Eleftheria, 2017].

Waddingham, R. (2013). Symptom or experience: Does language matter? Retrieved from www.madinamerica.com/2013/08/does-language-matter

White, M. (2000). Reflecting teamwork as definitional ceremony revisited. En M. White (Ed.) *Reflections on narrative practice: Essays and Interviews* (pp.59–88). Adelaide: Dulwich Centre Publications.

Wylie, M.S. (2010). The long shadow of trauma: Childhood abuse may be our number one public health issue. *Psychotherapy Networker*, March/April, Accesible en: https://www.psychotherapynetworker.org/magazine/article/417/the-long-shadow-of-trauma

Capitulo 8: Formas de avanzar

Aked, J., Marks, N. Cordon, C. et al. (2008). *Five ways to wellbeing: The evidence*. The New Economics Foundation. Accesible en: https://neweconomics.org/2008/10/five-ways-to-wellbeing

Allsopp, K. (2017). *The functions of psychiatric diagnosis* (Unpublished doctoral thesis). University of Liverpool, UK.

Allsopp, K. y Kinderman, P. (2017). A proposal to introduce formal recording of psychosocial adversities associated with mental health using *ICD-10* codes. *The Lancet Psychiatry, 4,* 664–665.

Angermeyer, M., Beck, M., Dietrich, S. et al. (2004). The stigma of mental illness. *International Journal of Social Psychiatry, 50*, 153–162.

Angermeyer, M. y Matschinger, H. (2005). Labeling – stereotype – discrimination: An investigation of the stigma process. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*, 391–395.

Angermeyer, M., Holzinger, A., Carta, M. et al. (2011). Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness. *British Journal of Psychiatry, 199*, 367–372.

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11–23.

All-Party Parliamentary Health Group and Health Foundation (2016). *A healthier life for all: The case for crossgovernment action*. July: Author. Accesible en: https://www.health.org.uk/publications/a-healthier-life-for-all

Araci, D. y Clarke, C. (2016). Investigating the efficacy of a whole team, psychologically informed, acute mental health service approach. *Journal of Mental Health*. http://dx.doi.org/10.3109/09638237.2016.1139065

Arthur, E., Seymour, A., Dartnall, M. et al. (2013). *Trauma-informed practice guide.* British Colombia Centre of Excellence for Women's Health. Accesible en: http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf

Ashton, K., Bellis, M.A., Hardcastle, K. et al. (2016). *Adverse childhood experiences and their impact on mental wellbeing in the Welsh adult population*. Public Health Wales. Accesible en: http://www2.nphs.wales.nhs.uk:8080/PRIDDocs.nsf/7c21215d6d0c613e80256f490030c05a/d488a3852491bc1d80257f370038919e/$FILE/ACE%20Report%20FINAL%20(E).pdf

Bannerjee, S. (2009). *The use of anti-psychotic medication for people with dementia: Time for action. A report for the Minister of State for Care Services*. Department of Health. Accesible en: https://www.jcpmh.info/wp-content/uploads/time-for-action.pdf

Barke, M., Fribush, R. y Stearns, P.N. (2000). Nervous breakdown in 20th-Century American culture. *Journal of Social History, 33*(3), 565–584.

Barkham, M., Shapiro, D.A. y Firth-Cozens, J. (1989). Personal questionnaire changes in prescriptive vs exploratory psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology, 28*, 97–107.

Barkham, M., Hardy, G.E. y Mellor-Clark, J. (Eds.) (2010). *Developing and delivering practice-based evidence: A guide for the psychological therapies*. Chichester: Wiley.

Barlow, D. (2010). Negative effects from psychological treatments. *American Psychologist, 65*(1), 13–20.

Basset, T. y Faulkner, A. (2010). *A helping hand: Consultations with service users about peer support*. London: Together for Mental Wellbeing. Accesible en: https://www.together-uk.org/wp-content/uploads/downloads/2011/11/helpinghand.pdf

Basset, T., Faulkner, A., Repper, J. et al. (2010). *Lived experience leading the way: Peer support in mental health.* London: Together/NSUN/University of Nottingham.Accesible en: https://www.together-uk.org/wp-content/uploads/downloads/2011/11/livedexperiencereport.pdf

Bate, P. y Robert, G. (2006). Experience-based design: From redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Quality and Safety in Health Care, 15*, 307–310.

Baum, S. y Lynggaard, H. (2006). *Intellectual disabilities: A systemic approach*. London: Karnac Books.

Bay, E. y McLean, S.A. (2007). Mild traumatic brain injury. *Journal of Neuroscience Nursing, 39*(1), 43–51.

Bellis, M.A., Hughes, K., Leckenby, N. et al. (2014). National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviours in England. *BMC Medicine, 12*, 72.

Bentall, R.P. (2009). *Doctoring the mind: Why psychiatric treatments fail.* London: Allen Lane [trad. cast.: *Medicalizar la mente: ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* España: Herder, 2011].

Bentall, R.P. y Morrison, A.P. (2002). More harm than good: The case against using antipsychotic drugs to prevent severe mental illness*. Journal of Mental Health, 2*, 351–356.

Beresford, P. (2016). The role of survivor knowledge in creating alternatives to psychiatry. En J. Russo y A. Sweeney (Eds.) *Searching for a rose garden* (pp.25–34). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Beresford, P., Perring, R., Nettle, M. et al. (2016). *From mental illness to a social model of madness and distress*. London: Shaping our lives. Accesible en: https://www.shapingourlives.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/FROM-MENTAL-ILLNESS-PDF-2.pdf

Berger, M. (2013). *Classification, diagnosis and datasets: Towards an approach for clinical psychology services and electronic records. Occasional Paper 8*. Leicester: British Psychological Society.

Berry, K., Barrowclough, C. y Wearden, A. (2009). A pilot study investigating the use of psychological formulations to modify psychiatric staff perceptions of service users with psychosis*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37*(1), 39–48.

Biglan, A. y Hinds, E. (2009). Evolving prosocial and sustainable neighborhoods and communities*. Annual Review of Clinical Psychology, 5,* 169–96.

Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F. et al. (1993). Depression, demoralisation and control over psychotic illness. *Psychological Medicine, 23*, 387–395.

Blue Knot Foundation (2012). Practice guidelines for treatment of complex trauma and trauma informed care and service delivery. Authors: Kezelman, C. A. y Stravropoulos, P. A. Milsons point, NSW: Blue Knot Foundation, www.blueknot.org.au

Boardman, J. y Friedli, L. (2012). *Recovery, public mental health and wellbeing. ImROC Briefing paper 3*. London: Centre for Mental Health. Accesible en: https://imroc.org/resources/3-recovery-public-mental-health-wellbeing/

Boyle, D. y Harris, M. (2009). *The challenge of co-production*. New Economics Foundation. Accesible en: http://assetbasedconsulting.co.uk/uploads/publications/The_Challenge_of_Co-production.pdf

Boyle D. (2011). The pitfalls and perils of payment by results. *Local Economy, 28*(8), 627–634.

Boyle, M. (2013.) The persistence of medicalisation: Is the presentation of alternatives part of the problem? En S. Coles, S. Keenan y B. Diamond (Eds.) *Madness contested: Power and practice* (pp.3–22). Ross-on-Wye: PCCS books.

Briere, J.N. y Scott, C. (2013). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation and treatment* (2nd edn). California, London: Sage.

British Psychological Society (1973). Memorandum of evidence to the Butler Committee on the law relating to the mentally abnormal offender. *Bulletin of the British Psychological Society, 26*, 331–342.

British Psychological Society (1999). *Comments on the review of the Mental Health Act 1983*. Leicester: Author.

British Psychological Society (2010). *Understanding bipolar disorder: Why some people experience extreme mood states and what can help*. Leicester: Author. Accesible en: https://storage.googleapis.com/quantumunitsed-com/materials/3451_Understanding_Bipolar_Disorder.pdf

British Psychological Society (2011). *Guidelines on the use of electronic health records*. Leicester: Author. Accesible en: https://www.bps.org.uk/news-and-policy/guidelines-use-electronic-health-records

British Psychological Society (2016a). *Briefing paper: Call to action on Work Capability Assessment reform.* Leicester: Author. Accesible en: https://www.bps.org.uk/files/bps-briefing-paper-call-action-work-capability-assessment-reformpdf

British Psychological Society (2016b). *Psychologists as expert witnesses in the Family Courts in England and Wales: Standards, competencies and expectations. Guidance from the Family Justice Council and the British Psychological Society*. Leicester: Author. Accesible en: https://www.bps.org.uk/news-and-policy/guidance-use-psychologists-expert-witnesses-family-courts-england-and-wales

British Psychological Society (2017, 20 Feburary). *BPS calls for the Government to suspend its benefits sanctions system* [Press release]. Author. Accesible en: http://beta.bps.org.uk/news-and-policy/bps-callsgovernment-suspend-its-benefits-sanctions-system

British Psychological Society (2017). *Understanding psychosis and schizophrenia*. Leicester: Author [trad. cast.: *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?* Accesible en: https://ome-aen.org/libro-comprender-la-psicosis-y-la-esquizofrenia/].

Brown, R. (2010). Situating social inequality and collective action in Cognitive Analytic Therapy reformulation. *Reformulation*, Winter, 28–34.

Brown, V.B., Harris, M. y Fallot, R. (2013). Moving toward trauma-informed practice in addiction treatment: A collaborative model of agency assessment. *Journal of Psychoactive Drugs, 45*(5), 386–393.

Buckingham, E.T. y Daniolos, P. (2013). Longitudinal outcomes of victims of child abuse. *Current Psychiatry Reports, 15*: 342. doi:10.1007/s11920-012-0342-3.

Burns, T., Rugkasa, J., Molodynski, A. et al. (2013). Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): A randomised controlled trial. *Lancet, 381*, 1627–1633.

Butterworth, P., Leach, L.S., Strazdins, L. et al. (2011). The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: Results from a longitudinal national household panel survey. *Occupational and Environmental Medicine, 68*(11), 806–812.

Care Quality Commission (2016). Monitoring the Mental Health Act in 2015/16. CQC. http://www.cqc.org.uk/content/monitoring-mental-health-act-report

Carrick, R., Mitchell, A., Powell, R. et al. (2004). The quest for well-being: A qualitative study of the experience of taking antipsychotic medication. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 77*, 19–33.

Centre for Economic Performance (2006). *The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders.* London: London School of Economics and Political Science Centre for Economic Performance. Accesible en: http://www.infocoponline.es/pdf/depression1.pdf

Chadwick, P., Williams, C. y Mackenzie, J. (2003). Impact of case formulation in cognitive behaviour therapy for psychosis. *Behaviour Research and Therapy, 14*(6), 671–680.

Clarke, I. (2015). The emotion focused formulation approach: Bridging individual and team formulation. *Clinical Psychology Forum, 275,* 28–32.

Cohen, D.B. (2006). Family Constellations: An innovative systemic phenomenological group process from Germany. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 14*, 226–233.

Cohen-Tovée, E. (2012). *Care packages and pathways: Payment by results for mental health services for adults*. Leicester: British Psychological Society.

Cole, S. (2013). Using integrative formulation in health settings. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.) *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (2nd edn, pp.243–259). London, New York: Routledge [trad. cast.: El empleo de la formulación integrativa en los marcos de la atención sanitaria. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.) *La formulación en la psicología y la psicoterapia. Dando sentido a los problemas de la gente*. España: Desclée De Brouwer, 2017].

Cole, S., Wood, K. y Spendelow, J. (2015). Team formulation: A critical evaluation of current literature and future research directions. *Clinical Psychology Forum, 275*, 13–19.

Commission on Social Determinants of Health (2008). *CSDH Final Report: Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization. Accesible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/69832

Community and Mental Health team, Health and Social Care Information Centre (2016). *Psychological therapies: Annual report on the use of IAPT services, England, 2015-16.* NHS Digital. Accesible en: http://www.content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB22110/psych-ther-ann-rep-2015-16.pdf

Community and Mental Health team, Health and Social Care Information Centre (2016/ 2017) *IAPT Monthly report. Executive Summary* (January–December 2016). NHS Digital. Accesible en: http://content.digital.nhs.uk/iaptmonthly

Connell, J., O'Cathain, A. y Brazier, J. (2014). Measuring quality of life in mental health: Are we asking the right questions? *Social Science and Medicine, 120*, 12–20.

Corrigan, P. y Kosyluk, K. (2013). Erasing the stigma. *Basic and Applied Social Psychology, 35*, 131–140.

Coulter, A. y Collins, A. (2011). *Making shared decision-making a reality: No decision about me, without me*. The King's Fund. Accesible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Making-shared-decisionmaking-a-reality-paper-Angela-Coulter-Alf-Collins-July-2011_0.pdf

Court, A.J., Cooke, A. y Scrivener, A. (2016). They're NICE and neat, but are they useful? A grounded theory of clinical psychologists' beliefs about and use of NICE Guidelines. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, doi: 10.1002/cpp.2054.

Courtois, C.A. y Ford, J.D. (2015). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. New York: The Guilford Press.

Covington, S.S. (2013). *Beyond violence: A prevention programme for criminal justice-involved women*. New Jersey: Wiley.

Covington, S.S. (2015). *Becoming trauma informed: Toolkit for criminal justice professionals*. One Small Thing. Accesible en: http://www.onesmallthing.org.uk/resources-item/becoming-trauma-informed-tool-kit-forcriminal-justice-professionals/

Craddock, N. y Mynors-Wallis, L. (2014). Psychiatric diagnosis: Impersonal, imperfect and important. *The British Journal of Psychiatry, 204*(2), 93–95.

Crittenden, P.M. (2006). A dynamic-maturational model of attachment. *Australian Association of Family Therapy Volume, 27*(2), 105–115.

Davidson L., Bellamy, C., Guy, K. et al. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: A review of evidence and experience (Mental health policy paper). *World Psychiatry, 11*, 123–128.

Deegan, P. (2001). Recovery as a self-directed process of healing and transformation. En C. Brown (Ed.) *Recovery and wellness* (pp.5–21). New York: Haworth Press.

Deegan, P. (2007). The lived experience of using psychiatric medication in the recovery process and a shared decision-making program to support It. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31*(1), 62–69.

Deegan, P. (2010). A web application to support recovery and shared decision making in psychiatric medication clinics. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 34(*1), 23–28.

Department for Education (2014). *Special educational needs and disability: A guide for parents and carers*. Author. Accesible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/417435/Special_educational_needs_and_disabilites_guide_for_parents_and_carers.pdf

Department of Health (2011a). *Commissioning services for women and children who are victims of violence: A guide for health commissioners*. London: Author. Accesible, 5-6. 2016, en:

https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215635/dh_125938.pdf

Department of Health (2011b). *No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategyfor people of all ages*. London: Author. Accesible, 5-6.2016, en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213761/dh_124058.pdf

Department of Health (2013). *The 2014/2015 Adult Social Care Outcomes Framework.* London: Author. Accesible en: https://www.gov.uk/government/publications/adult-social-care-outcomes-framework-2014-to-2015

Department of Health (2015a). *Policy paper: 2010 to 2015 government policy: Mental health service reform*. London: Author. Accesible en: https://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-government-policymental-health-service-reform/2010-to-2015-government-policy-mental-health-service-reform

Department of Health (2015b). *Tackling child sexual exploitation*. London: HM Government. Accesible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/408604/2903652_RotherhamResponse_acc2.pdf

Department of Health (2017). *Mental health core skills education and training framework*. Department of Health in collaboration with Skills for Health, Skills for Care and Health Education England. Accesible en: https://www.skillsforhealth.org.uk/services/item/146-core-skills-training-framework

de Silva, D. (2014). *Helping measure person-centred care: Evidence review*. Health Foundation. Accesible en: https://www.health.org.uk/publications/helping-measure-person-centred-care

Dexter-Smith, S. (2015). Implementing psychological formulations service-wide. *Clinical Psychology Forum, 275*, 43–54.

Division of Clinical Psychology (2011). *Good practice guidelines on the use of psychological formulation.* Leicester: British Psychological Society. Accesible en: http://www.sisdca.it/public/pdf/DCP-Guidelines-for-Formulation-2011.pdf

Division of Clinical Psychology (2013a). *Briefing paper: Mental health clustering and psychological interventions.* Leicester: British Psychological Society.

Division of Clinical Psychology (2013b). *Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnosis: Time for a paradigm shift*. Leicester: British Psychological Society. Accesible en: https://www.bps.org.uk/sites/www.bps.org.uk/files/Member%20Networks/Divisions/DCP/Classification%20of%20behaviour%20and%20experience%20in%20relation%20to%20functional%20psychiatric%20diagnoses.pdf

Division of Clinical Psychology (2014a). *National mental health, well-being and psychological therapies – the role of clinical psychology: A briefing paper for NHS commissioners*. Leicester: British Psychological Society. Accesible en: https://www.bps.org.uk/sites/www.bps.org.uk/files/Member%20Networks/Divisions/DCP/National%20Mental%20Health%2C%20Well-Being%20and%20Psychological%20Therapies%20-%20the%20role%20of%20Clinical%20Psychology.pdf

Division of Clinical Psychology (2014b). *Guidelines on language in relation to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society. Accesible en: http://www.bps.org.uk/system/files/Public%20files/guidelines_on_language_web.pdf

Donner, B. (2014). The wonder of computers: A threat to health and clinical psychology. *Clinical Psychology Forum, 257,* 18–22.

Drake, R. y Deegan, P. (2009). Shared decision making is an ethical imperative. *Psychiatric Services, 60*(8), 1007.

Drury, N. (2014). Mental health is an abominable mess: Mind and nature is a necessary unity. *New Zealand Journal of Psychology, 43*(1), 5–17.

Dudgeon, P. y Bray. A. (2016). Indigenous psychology: A brief introduction. *Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy, 16*(3), 153–162.

Equality Act (2010). *Equality Act*. London: The Stationery Office. Retrieved from http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/pdfs/ukpga_20100015_en.pdf

Faculty of Public Health (2016). *Better mental health for all: A public health approach to mental health improvement.* London: Faculty of Public Health and Mental Health Foundation. Accessible en: http://www.fph.org.uk/uploads/Better%20Mental%20Health%20For%20All%20FINAL%20low%20res.pdf

Fallot, R.D. y Harris, M. (2009). *Creating cultures of trauma-informed care*. Washington DC: Community Connections. Accesible en: https://www.theannainstitute.org/CCTICSELFASSPP.pdf

Faulkner, A. y Basset, T. (2010). *A helping hand: Consultations with service users about peer support*. London: Together for Mental Wellbeing. Accesible en: https://www.together-uk.org/wp-content/uploads/downloads/2011/11/helpinghand.pdf

Faulkner, A. y Kalathil, J. (2012). *The freedom to be, the chance to dream: Preserving user-led peer support in mental health.* London: Together for Mental Wellbeing. Accesible en: https://www.together-uk.org/wp-content/uploads/2012/09/The-Freedom-to-be-The-Chance-to-dream-Full-Report1.pdf

Faulkner, A. y Layzell, S. (2000). *Strategies for Living: A report of user-led research into people's strategies for living with mental distress*. London: Mental Health Foundation. Accesible en: https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/Faulkner%20and%20Nicholls%20SFL%20article%202001%20J%20integrated%20care_0.pdf

Foot, C., Gilburt, H., Dunn, P. et al. (2014). *People in control of their own health and care: The state of involvement*. The King's Fund. Accesible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/people-in-control-of-their-own-health-and-care-the-state-of-involvement-november-2014.pdf

Foucault, M. (1979). *The history of sexuality. Vol. 1: An introduction*. London: Allen Lane [trad. cast.: *Historia de la sexualidad, I, II, III y IV.* España: S XXI, 2019].

Foucault, M. (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972–1977* (C. Gordon, Ed.). Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

Francis, R. (2013). *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*. London: The Stationery Office. Accesible en: https://www.gov.uk/government/publications/report-of-the-mid-staffordshire-nhs-foundation-trust-public-inquiry

Freuh, C., Knapp, R., Cusack, K. et al. (2005). Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services, 56*(9), 1123–33.

Fried, E.I., Epskamp, S., Nesse, R.M. et al. (2016). What are 'good' depression symptoms? Comparing the centrality of *DSM* and non-*DSM* symptoms of depression in a network analysis. *Journal of Affective Disorders, 189*, 314–320.

Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization. Accesible, 16-2-2016, en: http://www.euro.who.int/document/e92227.pdf

Friedli, L. y Stearn, R. (2015). Positive affect as coercive strategy: Conditionality, activation and the role of psychology in UK government workfare programmes. *Medical Humanities, 41*, 40–47.

George, E., Iveson, C. y Ratner, H. (1999). *Problem to solution: Brief therapy with individuals and families* (2nd edn). London: BT Press.

Gilbert, P. (2004). Evolutionary approaches to psychopathology and cognitive therapy. En P. Gilbert (Ed.) *Evolutionary theory and cognitive therapy* (pp.3–44). New York: Springer.

Gilbert, P. (2013). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. UK: Constable & Robinson Ltd [trad. cast.: *La mente compasiva: una nueva forma de enfrentarse a los desafíos vitales.* España: Eleftheria, 2018].

Goldman, H.H., Skodol, A.E. y Lave, T.R. (1992). Revising axis V for *DSM-IV*: A review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry, 149*, 1148–1156.

Grant, A. (2015). Demedicalising misery: Welcoming the human paradigm in mental health nursing education. *Nurse Education Today, 35*, 50–53.

Greenhalgh T. (2016). *Cultural contexts of health: The use of narrative research in the health sector* (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 49). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Haack, S. (1996). *Deviant logic, fuzzy logic: Beyond the formalism*. Chicago: University of Chicago Press.

Haarmans, M., Vass, V. y Bentall, R. (2016). Voices' use of gender, race and other social categories to undermine female voice hearers: Implications for incorporating intersectionality within CBT for psychosis. *Psychosis, 8,* 203–213.

Hagan, T. y Donnison, J. (1999). Social power: Some implications for the theory and practice of cognitive behaviour therapy. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 9,* 119–135.

Hagan, T. y Smail, D. (1997a). Power-mapping – I. Background and Basic Methodology. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 7*, 257–267.

Hagan, T. y Smail, D. (1997b). Power-mapping – II. Practical Application: The Example of Child Sexual Abuse. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 7*, 269–284.

Harper, D. (2016.) Beyond individual therapy. *The Psychologist, 29*, 440–444.

Harper, D. y Speed, E. (2012). Uncovering recovery: The resistable rise of recovery and resilience. *Studies in Social Justice, 6*, 9–16.

Hays, P.A. y Gayle, Y.I. (Eds.) (2006). *Culturally responsive cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision*. Washington, DC: American Psychological Association.

Health Foundation (2014). *Person-centred care made simple: What everyone should know about person-centred care*. Health Foundation. Accesible en: https://www.health.org.uk/publications/person-centred-care-made-simple

Health and Social Care Information Centre (2013). *Mental Health Act detentions top 50,000 a year*. Accesible en: www.hscic.gov.uk/3668

Herman, J.L. (2001). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – From domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books [trad. cast.: *Trauma y recuperación. Como superar las consecuencias de la violencia.* España: Espasa, 2004].

Hilsenroth, M.J, Ackerman, S.J., Blagys, M.D. et al. (2000). Reliability and validity of DSM–IV Axis V. *American Journal of Psychiatry, 157*(11), 1858–1863.

Hogan, M. (2003). New freedom commission report: The president's new freedom commission: Recommendations to transform mental health care in America. *Psychiatric Services, 54*(11), 1467–1474.

Holland, S. (1995). Interaction in women's mental health and neighbourhood develelopment. En S. Fernando (Ed.) *Mental health in a multi-ethnic society: A multidisciplinary handbook* (pp.139–147). London: Routledge.

Honos-Webb, L. y Leitner, L.M. (2001). How using the *DSM* causes damage: A client's report. *Journal of Humanistic Psychology, 41*(4), 36–56.

Horwitz, A.V. y Wakefield, J.C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.

Horwitz, A.V. y Wakefield, J.C. (2012). *All we have to fear: Psychiatry's transformation of natural anxieties into mental disorders*. Oxford University Press.

Hunt, J.P., Weintraub, S.L., Wang, Y.Z. et al. (2004). Kinematics of trauma. En E.J. Moore, D.V. Feliciano y K.L. Mattox (Eds.) *Trauma* (p.153.). New York: McGraw-Hill.

Hutton, P., Weinmann, S., Bola, J. et al. (2014). Antipsychotic drugs. En J. Read y J. Dillon (Eds.) *Models of Madness; Psychological, social and biological approaches to psychosis* (2nd edn) (pp.105–124). London: Routledge [trad. cast.: Fármacos antipsicóticos. En Read, J. y Dillon, J. (editors). *Modelos de locura II*. Barcelona: Herder, 2017].

Ilyas, S. y Moncrieff, J. (2012). Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998–2010. *British Journal of Psychiatry, 200*(5), 393–398.

ImROC (2014). *ImROC Briefing 8*, Centre for Mental Health and Mental Health Network, NHS Confederation. Accesible en: https://pdfs.semanticscholar.org/ca38/5691e0c9692bebc93f2c41bf9d163bd77dba.pdf

Ingham, B. (2015). Team formulation within a learning disabilities setting. *Clinical Psychology Forum, 275*, 33–37.

Insel, T. (2013, 29 April). *Transforming diagnosis* [Blog post]. NIMH. http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml

Jarrett, C. (2008). When therapy causes harm. *The Psychologist, 21*(1), 10–12.

Johnstone, L. (1993). Adverse psychological effects of ECT. *Journal of Mental Health, 8*(1), 69–85.

Johnstone, L. (2009). Controversial issues in trauma and psychosis. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches, 1*(2), 185–190.

Johnstone, L. (2013). Controversies and debates about formulation. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.) *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (2nd edn, pp.260–289). London, New York: Routledge [trad. cast.: Controversias y debates en torno a la formulación. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.) *La formulación en la psicología y la psicoterapia. Dando sentido a los problemas de la gente*. España: Desclée De Brouwer, 2017].

Johnstone, L. (2014). *A straight-talking guide to psychiatric diagnosis*. Ross-on-Wye: PCCS Books. Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P. et al. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia, 166*, 182–186.

Jorm, A.F., Patten, S.B., Brugha, T.S. et al. (2017). Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry, 16*(1), 90–99.

Kaiser, B.N., Haroz, E.E., Kohrt, B.A. et al. (2015). 'Thinking too much': A systematic review of a common idiom of distress. *Social Science & Medicine, 147*, 170–183.

Kareem, J. y Littlewood, R. (Eds.) (2000). *Intercultural therapy: Themes, interpretations and practice* (2nd edn). London: Blackwell.

Keesler, J.M. (2014). A call for the integration of trauma-informed care among intellectual and developmental disability organizations. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 11*(1), 34–42.

Kemp, J., Lickel, J. y Deacon, B. (2014). Effects of a chemical imbalance causal explanation on individuals' perceptions of their depressive symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 56*, 47–52.

Kinderman, P., Read, J., Moncrieff, J. et al. (2013). Drop the language of disorder. *Evidence-Based Mental Health, 16*(1), 2–3.

Kinderman, P. (2014). *A prescription for psychiatry: Why we need a whole new approach to mental health and wellbeing*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Kinderman, P. (2015, 10 February). *Mad, bad or maybe merely human*. Discursive of Tunbridge Wells. Accesible en: https://blogs.canterbury.ac.uk/discursive/mad-bad-or-maybe-merely-human/

Kingdon, D., Gibson, A., Kinoshita, Y. et al. (2008). Acceptable terminology and subgroups in schizophrenia: An exploratory study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*, 239–243.

King's Fund (2013). *Patient centred leadership: Rediscovering our purpose*. Accesible en: http://www.kingsfund.org.uk/publications/patient-centred-leadership

Kirsch, I. (2009). *The emperor's new drugs: Exploding the antidepressant myth*. London: The Bodley Head.

Kvaale, E., Haslam, N. y Gottdiener W. (2013). The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical Psychology Review, 33*, 782–794.

Lasalvia, A., van Bortel, T., Bonetti, C. et al. (2016). Cross-national variations in reported discrimination among people treated for major depression worldwide: The ASPEN/INDIGO international study. *British Journal of Psychiatry, 207*(6), 507–514.

Lau, M. y Kristensen, E. (2007). Outcome of systemic and analytic group psychotherapy for adult women with history of intrafamilial childhood sexual abuse: A randomized controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*(2), 96–104.

Law Commission (2013). *Criminal liability: Insanity and automatism. A discussion paper*. London: Author. Accesible en: http://www.lawcom.gov.uk/app/uploads/2015/06/insanity_discussion.pdf

Lebowitz, M. y Ahn, W. (2014). Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 111*, 17786–17790.

Lee, D. y James, S. (2012). *The compassionate mind approach to recovery from trauma*. London: Robinson.

Leeming, D., Boyle, M. y Macdonald, J. (2009). Accounting for psychological problems: How user-friendly are psychosocial formulations? *Clinical Psychology Forum, 200*, 12–17.

Lewis-Morton, R., James, L., Brown, K. et al. (2015). Team formulation in a secure setting: Challenges, rewards and service user involvement – a joint collaboration between nursing and psychology. *Clinical Psychology Forum, 275*, 65–68.

Longden, E. (2017). Listening to the voices people hear: Auditory hallucinations beyond a diagnostic framework. *Journal of Humanistic Psychology*. doi: 10.1177/0022167817696838

Lu, W., Mueser, K.T., Shami, A. et al. (2011). Post-traumatic reactions to psychosis in people with multiple psychotic episodes. *Schizophrenia Research, 127*(1–3), 66–75.

Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L. et al. (2002). The dodo bird effect is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 2–12.

Magliano, L., Fiorillo, A., Malangone, C. et al. (2003). Causes and psychological consequences of schizophrenia: The opinions of patients' relatives. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 12*, 187–197.

Magliano, L., Read, J., Rega, S. et al. (2011). The influence of causal explanations and diagnostic labeling on medical students' views of schizophrenia. *Academic Medicine, 86*, 1–8.

Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010.* London: IHE. Accesible en: https://www.local.gov.uk/marmot-review-report-fair-society-healthy-lives

Martinez, A., Piff, P., Mendoza-Denton, R. et al. (2011). The power of a label; Mental illness diagnoses, ascribed humanity and social rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology, 30*, 1–23.

Marzillier, J. y Hall, J. (2009). The challenge of the Layard initiative. *The Psychologist, 22*(5), 396–399.

May, R. (2001). *Taking a stand*. (F. Keane interview with R. May). http://rufusmay.com/index.php/media2/radio/34-taking-a-stand

McFetridge, M., Swan, A.H., Heke, S. et al. (2017). *Guideline for the treatment and planning of services for complex post-traumatic stress disorder in adults.* UK Psychological Trauma Society.

McClelland, L. (2013). Reformulating the impact of social inequalities. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.) *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (2nd edn, pp.121–144). London: Routledge [trad. cast.: Reformular el impacto de las desigualdades sociales: el poder y la justicia social. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.). *La formulación en la psicología y la psicoterapia. Dando sentido a los problemas de la gente*. España: Desclée De Brouwer, 2017].

McNeish, D. y Scott, S. (2008). *Meeting the needs of survivors of abuse: Mental Health Trusts Collaboration Project overview of evaluation findings*. Department of Health/National Institute of Mental Health, London. Accesible en: www.dmss.co.uk/wp-content/uploads/2013/06/Final-overview-report.pdf

McWade, B. (2016). Recovery-as-policy as a form of neo-liberal state-making. *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity and Practice, 5*(3), 62–81.

Mead, S. (2003). *Defining peer support*. Accesible en: http://www.peernet.dk/wp-content/uploads/2016/03/DefiningPeerSupport-Shery-Mead.pdf

Mead, S. y Filson, B. (2016). Becoming part of each other's narratives. En J. Russo y A. Sweeney (Eds.) *Searching for a rose garden* (pp.109–117). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Méndez, J.E. (2013). *UN Rapporteur on Torture calls for ban on forced treatment*. Accesible en: www.madinamerica.com/2013/03/u-n-rapporteur-on-torture- calls-for-ban-on-forced-treatment/

Mental Health Act (1983, 2007). London: Stationery Office. Accesible en: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2007/12/contents

Mental Health Act Commission (2009). *Coercion and consent: Monitoring the Mental Health Act 2007–2009. The Mental Health Act Commission Thirteenth Biennial Report 2007–2009.* London: Author.

Mental Health Foundation (2015). *Fundamental facts about mental health*. London: Author. Accesible en: https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/fundamental-facts-15.pdf

Meyer, H., Taiminen, T., Vuori, T. et al. (1999). Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187*(6), 343–352.

Midlands Psychology Group (2010). Welcome to NICEworld. *Clinical Psychology Forum, 212*, 52–56.

Miles, A. (2016). 'You need to meet with the psychologist before you can have any leave': Reflections on coercion in a secure forensic setting. *Clinical Psychology Forum, 282*, 6–10.

Miller, T.J. y McGlashan, T.H. (2003). The risks of not intervening in pre-onset psychotic illness. *Journal of Mental Health, 12*(4), 345–349.

Miller, N.A. y Najavits, L.M. (2012). Creating trauma-informed correctional care: A balance of goals and environment. *European Journal of Psychotraumatology, 3*, 17246.

Milson, G. y Phillips, K. (2015). Formulation meetings in a Tier 4 CAMHS inpatient unit. *Clinical Psychology Forum, 275*, 55–59.

Mind (2013). *Mental health peer support in England: Piecing together the jigsaw*. London: Mind. Accesible en: https://www.mind.org.uk/media/5910954/piecing-together-the-jigsaw-full-version.pdf

Moloney, P. y Kelly P. (2008). Beck never lived in Birmingham: Why cognitive behaviour therapy may be a less helpful treatment for psychological distress than is often supposed. En R. House y D. Loewenthal (Eds.) *Against and for CBT: Towards a constructive dialogue?* (pp.278–288). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Morberg Pain, C., Chadwick, P. y Abba, N. (2008). Clients' experience of case formulation in CBT for psychosis. *British Journal of Clinical Psychology, 47*(2), 127–138.

Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure: A critique of psychiatric drug treatment*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Moncrieff, J. (2015). Antipsychotic maintenance treatment: Time to rethink? *PLoS Medicine, 12*(8), e1001861.

Moncrieff, J., Cohen, D. y Mason, J.P. (2009). The subjective experience of taking antipsychotic medication. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 120*(2), 102–111.

MQ (2015). *UK Mental health research funding: MQ landscape analysis*. London: Author. Accesible en: http://b.3cdn.net/joinmq/1f731755e4183d5337_apm6b0gll.pdf

Murray, R.M. (2017). Mistakes I have made in my research career. *Schizophrenia Bulletin, 43*, 253–256.

Naylor, C., Das, P., Ross, S. et al. (2016). *Bringing together physical and mental health: A new frontier for integrated care*. The King's Fund. Accesible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Bringing-together-Kings-Fund-March-2016_1.pdf

Naylor, C., Taggart, H. y Charles, A. (2017). *Mental health and new models of care: Lessons from the vanguards.* The King's Fund. Accesible en: https://www.kingsfund.org.uk/publications/mental-health-new-care-models

Needham, C. y Carr, S. (2009). *SCIE research briefing 31: Co-production: An emerging evidence base for adult social care transformation*. London: Social Care Institute for Excellence. Accesible en: https://www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing31/

Newton, J. (2013). *Preventing mental ill-health: Informing public health planning and mental health practice*. London: Routledge.

New Horizons (2010). *Confident communities, brighter futures: A framework for developing wellbeing*. Department of Health: Mental Health Division. Accesible en: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_114774

NHS Education for Scotland (2015). *The Matrix: A guide to delivering evidence-based psychological therapies in Scotland*. Author. Accesible en: http://www.nes.scot.nhs.uk/education-and-training/bydiscipline/psychology/the-matrix-(2015)-a-guide-to-delivering-evidence-basedpsychological-therapies-in-scotland.aspx

NHS England (2013). *Securing excellence in commissioning sexual assault services for people who experience sexual violence*. London: Author. Accesible en: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/06/130613-sec-exc-cvsa.pdf.

NHS England (2015). *Future in mind – Promoting, protecting and improving our children and young people's mental health and wellbeing*. NHS England Publication Gateway Ref. No 02939. Accesible en: https://mentalhealthpartnerships.com/resource/future-in-mind/

NHS England (2016a). *The five year forward view for mental health: Mental Health Task force report*. Author. Accesible en: Https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf

NHS England (2016b). *Implementing the five year forward plan for mental health*. Author. Accesible en: https://www.england.nhs.uk/mental-health/taskforce/imp/

NHS England and NHS Improvement (2016). *Delivering the five year forward view for mental health: Developing quality and outcomes measures*. NHS England and NHS Improvement. Accesible en: https://www.england.nhs.uk/mentalhealth/wp-content/uploads/sites/29/2016/02/mh-quality-outcome.pdf

NHS Outcomes Framework (2014). *NHS Outcomes Framework 2014–15*. London: Department of Health. Accesible en: https://www.gov.uk/government/publications/nhs-outcomes-framework-2014-to-2015

NIMHE National Workforce Programme (2008). *Medicines management: Everybody's business*. London: Department of Health. Accesible en: https://www.cpft.nhs.uk/PDF/Miscellaneous/Medicines%20Management%20Everybodys%20Business.pdf

Okiishi, J., Lambert, M.J., Neilson, S.L. et al. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*(6), 361–373.

Onyett, S. (2014). *What will help prevent tragedies like Mid Staffs happening again? Time for a shift in attention* [Blog post]. Discursive of Tunbridge Wells: The Salomons blog. Tunbridge Wells, Kent. Accesible en: http://discursiveoftunbridgewells.blogspot.co.uk/search/label/Steve%20Onyett%20%28Author%29

Parsonage, M. y Naylor, C. (2012). *Mental health and physical health: A comparative analysis of costs, quality of service and cost-effectiveness, Presentation to the CEP Mental Health Policy Group, 16 January 2012*. Accesible en: http://cep.lse.ac.uk/_new/research/mentalhealth/default.asp

Paley, G. y Lawton, D. (2001). Evidence-based practice: Accounting for the importance of the therapeutic relationships in UK National Health Service therapy provision. *Counselling and Psychotherapy Research, 1*(1), 12–17.

Perkins, R., Repper, R., Rinaldi, M. et al. (2012). *Recovery colleges: Implementing recovery organisational change* (ImROC Briefing Paper 1). NHS Confederation & Centre for Mental Health. Accesible en: http://www.slamrecoverycollege.co.uk/uploads/2/6/5/2/26525995/imroc_01_recovery_colleges.pdf

Persons, J.B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist, 41*(11), 1252–1260.

Penney, D. y Prescott, L. (2016). The co-optation of survivor knowledge: The danger of substituted values and voice. En J. Russo y A. Sweeney (Eds.) *Searching for a rose garden* (pp.35–45). Ross-on-Wye: PCCS Books.

The Perryman Group (2014). *Suffer the little children: An assessment of the economic cost of child maltreatment*. Waco, TX: Author. Accesible en: http://perrymangroup.com/special-reports/child-abuse-study/

Phelan, M., Slade, G., Thornicroft, G. et al. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry, 167*, 589–595.

Pies, R. (2014, 15 April). *Nuances, narratives and the chemical imbalance theory in psychiatry.* Medscape. Accesible en: http://www.medscape.com/viewarticle/823368

Pilgrim, D. y McCranie, A. (2013). *Recovery and mental health: A critical sociological account*. Basingstoke: Palgrave MacMillan.

Pilgrim, D. (2012). Final lessons from the Mental Health Act Commission for England and Wales: The limits of legalism-plus-safeguards. *Journal of Social Policy 41*(1), 61–81.

Pilgrim, D. y Tomasini, F. (2012). On being unreasonable in modern society: Are mental health problems special? *Disability and Society 27*(5), 631–46.

Poursanidou, D. (n.d.). *Too much coercion in mental health services…* [Blog post]. Asylum. Accesible en: http://www.asylumonline.net/too-much-coercion-in-mental-health-services-by-richard-bentall

Priebe, S. y McCabe, R. (2006). The therapeutic relationship in psychiatric settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 119*(Suppl. 429), 66–72.

Pinderhughes, H., Davis, R. y Williams, M. (2015). *Adverse Community Experiences and resilience: A framework for addressing and preventing community trauma*. Oakland, CA: Prevention Institute. Accesible en: https://www.preventioninstitute.org/publications/adverse-community-experiences-and-resilience-framework-addressing-and-preventing

Proctor, G. (2008). CBT: The obscuring of power in the name of science. *European Journal of Psychotherapy and Counselling, 10*(3), 231–245.

Psychologists against Austerity (2015*). The psychological impact of austerity: A briefing paper.* Accesible en: https://psychagainstausterity.files.wordpress.com/2015/03/paa-briefing-paper.pdf

Psychologists for Social Change (2017). *Universal Basic Income: A psychological impact assessment.* PAA: London. Accesible en: http://www.psychchange.org/basic-income-psychological-impact-assessment.html

Public Health England (n.d). *Public Health Outcomes Framework, 2013–2016*. Author. Accesible en: http://www.phoutcomes.info/,

Public Health England (2015*). Public mental health leadership and workforce development framework.* London: Author. Accesible en: https://www.gov.uk/government/publications/public-mental-health-leadership-and-workforce-development-framework

Pyle, M. y Morrison, A. (2013). 'It's just a very taboo and secretive kind of thing': Making sense of living with stigma and discrimination from accounts of people with psychosis. *Psychosis, 6,* 195–205.

Radhakrishnan. M., Hammond, G., Jones, P.B. et al. (2012). Cost of Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour Research and Therapy, 51,* 37–45.

Read, J., Haslam, N., Sayce, L. et al. (2006). Prejudice and schizophrenia: A review of the 'Mental illness is an Illness like any other' approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 114*, 303–318.

Read, J., Haslam, N. y Magliano, L. (2013). Prejudice, stigma and 'schizophrenia': The role of bio-genetic ideology. En J. Read y J. Dillon (Eds.) *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis* (2nd edn, pp.157–177). London: Routledge [trad. cast.: Prejuicio, estigma, y esquizofrenia: el papel de la ideología biogenética. En Read, J. y Dillon, J. (editors). *Modelos de locura II.* Barcelona: Herder, 2017].

Read, J. (2007). Why promulgating biological ideology increases prejudice against people labelled 'schizophrenic'. *Australian Psychologist, 42*, 118–128.

Read, J. (2010). Can poverty drive you mad? 'Schizophrenia', socio-economic status and the case for primary prevention. *New Zealand Journal of Psychology, 39,* 7–19.

Read, J., Johnstone, L. y Taitimu, M. (2013). Psychosis, poverty and ethnicity. En J. Read y J. Dillon (Eds.) *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis* (2nd edn, pp.191–210). London: Routledge [trad. cast.: Psicosis, pobreza y etnia, En Read, J. y Dillon, J. (editors). *Modelos de locura II*, Barcelona: Herder, 2017].

Recovery in the Bin (2017). UBI: The good, the bad and the ugly. Accesible en: https://recoveryinthebin.org/2017/09/04/ubi-the-good-the-bad-and-the-ugly/

Redhead, S., Johnstone, L. y Nightingale, J. (2015). Clients' experiences of formulation. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*(4), 453–467.

Repper, J. y Perkins, R. (2003). *Social Inclusion and Recovery*. Balliere Tindall: London.

Repper, J. y Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health, 20*(4), 392–411.

Richardson, J., Iezzi, A., Khan, M. y Maxwell, A. (2013). Validity and reliability of the Assessment of Quality of Life (AQoL-8D) multi attribute utility instrument. *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research, 7*(1), 85–96.

Robinson, B. (2009). When therapist variables and the client's theory of change meet. *Psychotherapy in Australia, 15*(4), 60–65.

Rogers, A. (1993). Coercion and voluntary admission: An examination of psychiatric patients' views. *Behavioral Sciences and the Law, 11*, 259–267.

Royal College of Psychiatrists (2013). *Whole-person care: From rhetoric to reality*. Royal College of Psychiatrists. Accesible en: https://www.jcpmh.info/resource/whole-person-care-from-rhetoric-to-reality/

Russo, J. (2016). Towards our own framework, or reclaiming madness part two. En J. Russo y A. Sweeney (Eds.) *Searching for a rose garden* (pp.59–68). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Russo, J. y Sweeney, A. (2016). (Eds.) *Searching for a rose garden*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (2013). *National Center on Trauma-Informed Care and SAMHSA's National GAINS Center for Behavioral Health and Justice. Essential Components of Trauma-Informed Judicial Practice.* Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Accesible en: http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/JudgesEssential_5%201%202013finaldraft.pdf

SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (2015). *Trauma-informed approach and traumas: Specific interventions*. Rockville, MD: Author. Accesibl en: http://www.samhsa.gov/nctic/trauma-interventions

Sawicki J. (1991). *Disciplining Foucault: Feminism, power and the body*. New York: Routledge.

Shapiro, M.B. (1961). A method of measuring psychological changes specific to the individual psychiatric patient. *British Journal of Medical Psychology, 34*, 151–155.

Schulze, B. y Angermeyer, M. (2003). Subjective experiences of stigma. *Social Science & Medicine, 56*, 299–312.

Scott, S., Williams, J., McNaughton Nicholls, C. et al. (2015a). *Guidance for trust managers: Implementing and sustaining routine enquiry about violence and abuse in mental health services – Responding effectively to violence and abuse (REVA project)* Briefing 2. London: NatCen. Accesible en: www.natcen.ac.uk/REVAbriefing2

Scott, S., Williams, J., McNaughton Nicholls, C. et al. (2015b). *A briefing for commissioners: What survivors of violence and abuse say about mental health services services – Responding effectively to violence and abuse (REVA project)* Briefing 4. Accesible en: www.natcen.ac.uk/REVAbriefing4

Scott, S., Williams, J., McNaughton Nicholls, C. et al. (2015c). *Violence, abuse and mental health in England: Responding effectively to violence and abuse (REVA project*) Briefing 1. London, NatCen. Accesible en: www.natcen.ac.uk/REVAbriefing1

Scott, S., Williams, J., McNaughton Nicholls, C. et al. (2015d). *A briefing for service providers and commissioners: Measuring outcomes for survivors of violence and abuse (REVA project*) Briefing 5. London, NatCen. Accesible en: www.natcen.ac.uk/REVAbriefing5

Scottish Law Commission (2003). *Discussion paper (No. 122) on insanity and diminished responsibility.* Edinburgh: The Stationery Office. Accesible en: https://www.scotlawcom.gov.uk/files/1812/7892/7070/dp122_insanity.pdf

Scottish Government (2012). *Mental Health Strategy for Scotland 2012–2015*. The Scottish Government. Accesible en: https://www.gov.scot/collections/mental-health-strategy/

Scottish Public Health Network (2016). *Polishing the diamonds: Addressing Adverse Childhood Experiences in Scotland*. Scottish Public Health Network. Accesible en: https://www.scotphn.net/wp-content/uploads/2016/06/2016_05_26-ACE-Report-Final-AF.pdf

Seebohm, P., Munn-Giddings, C. y Brewer, P. (2010). What's in a name? A discussion paper on the labels and location of self-organising community groups, with particular reference to mental health and Black groups. *Mental Health and Social Inclusion, 14*(3), 23–29.

Sequeira, H. y Hollins, S. (2003). Clinical effects of sexual abuse on people with learning disability: Critical literature review. *The British Journal of Psychiatry, 182*, 13–19.

Seligman, M.E. (1972). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine, 23*(1), 407–412.

Shearer Underhill, C. y Marker, C. (2010). The use of the number needed to treat (NNT) in randomized clinical trials in psychological treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*, 41–47.

Shepherd, G., Boardman, J. y Burns, M. (2010). *Implementing recovery: A methodology for organisational change*. Sainsbury Centre for Mental Health. Accesible en: http://www.centreformentalhealth.org.uk/implementing-recovery-paper

Sinason, V. (1992). *Mental handicap and the human condition*. London: Free Association Books.

Skevington, S., Lotfy, M., O'Connel, K. & WHOQOL Group (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research, 13*(2), 299–310.

Slade, M. y Longden, E. (2015). *The empirical evidence about mental health and recovery: how likely, how long, what helps?* Victoria: MI Fellowship.

Slay, J. y Stephens, L. (2013). *Co-production in mental health: A literature review*. London: New Economics Foundation. Accesible en: https://b.3cdn.net/nefoundation/ca0975b7cd88125c3e_ywm6bp3l1.pdf

Smail, D. (2001). *Why therapy doesn't work and what we should do about it*. London: Robinson.

Social Care Institute for Excellence (2012). *Towards co-production: Taking participation to the next level*. Social Care Institute for Excellence.

Sparks, J.A., Duncan, B.L. y Miller, S.D (2008). Common factors in psychotherapy. En J.L. Lebow (Ed.) *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice* (pp.453–497). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Strong, T., Lysack, M. y Sutherland, O. (2008). Dialogic cognitive therapy? En R. House y D. Loewenthal (Eds.) *Against and for CBT: Towards a constructive dialogue?* (pp.156–168). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Stiles, D.A. y Stiles, W.B. (1989). Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review, 9*, 521–554.

Sue, D.W. y Sue, D. (2008). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

Sweeney, A. (2016). The transformative potential of survivor research. En J. Russo y A. Sweeney (Eds.) *Searching for a rose garden* (pp.49–58). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Sweeney, A., Clement, S., Filson, B. et al. (2016). Trauma-informed mental healthcare in the UK: What is it and how can we further its development? *Mental Health Review, 21*(3), 174–192.

Szasz, T.S. (1970). *Ideology and insanity*. New York: Doubleday [trad. cast.: *Ideología y enfermedad mental.* Argentina: Amorrortu, 2000].

Szmukler, G. y Appelbaum, P. (2001). Treatment pressures, coercion and compulsion. En G. Thornicroft y G. Szmukler (Eds.) *Textbook of community psychiatry* (pp.529–544). Oxford: Oxford University Press.

Tai, S., Kinderman, P., Choudray, S. et al. (2009). *Psychological health and wellbeing: A new ethos and a new service structure for mental health. A report of the Working Group on Psychological Health and Wellbeing.* Leicester: British Psychological Society.

Taylor, L., Taske, N., Swann, C. et al. (2007). *Public health interventions to promote positive mental health and prevent mental health disorders among adults: Evidence briefing*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).

Tew, J. (Ed.) (2005). *Social perspectives in mental health*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Thomas, L. (1992). Psychotherapy in the context of race and culture: An inter-cultural therapeutic approach. En S. Fernando (Ed.) *Mental health in a multi-ethnic society* (pp.172–190). London: Routledge.

Thornicroft, G. (2003). *Measuring mental health needs*. New York: Wiley.

Timimi, S. (2014). First do no harm. *Clinical Psychology Forum, 261*, 6–8.

Timimi, S. (2015). Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies: Inspiring innovation or more of the same? *Psychiatric Bulletin, 39* (2), 57–60.

Tsianakas, V., Robert, G., Maben, J. et al. (2012). Implementing patient-centred cancer care: Using experience-based co-design to improve patient experience in breast and lung cancer services. *Supportive Care in Cancer, 20*(11), 2639–47.

UCL Institute of Health Equality (2015). *Marmot indicators 2015*. Accesible en: http://www.instituteofhealthequity.org/projects/marmot-indicators-2015

UN General Assembly (2008). *Convention on the rights of persons with disabilities*. United Nations Human Rights: Office of the High Commissioner. Accesible en: http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx

UN General Assembly (2017). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.* United Nations Human Rights Council. Accesible en: http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/SRRightHealthIndex.aspx

van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma.* New York: Viking [trad. cast.: *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. España: Eleftheria, 2017].

Verhaeghe, P. (2014). *What about me? The struggle for identity in a market-based society*. London: Scribe.

Veysey, B.M. y Clark, C. (Eds.) (2004). *Responding to physical and sexual abuse in women with alcohol and other drug and mental disorders.* Binghamton, NY: Haworth Press.

Viola, S. y Moncrieff, J. (2016). Claims for sickness and disability benefits owing to mental disorders in the UK: Trends from 1995–2014. *British Journal of Psychiatry Open, 2*, 18–24.

Wallcraft, J. y Michealson, (2001). Developing a survivor discourse to replace the 'psychopathology' of breakdown and crisis. En (Eds) C. Newnes, G. Holmes y C. Dunn *This is madness too* (pp.177–189). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Walsh, J. y Boyle, J. (2009). Improving acute psychiatric hospital services according to inpatient experiences: A user-led piece of research as a means to empowerment. *Issues in Mental Health Nursing, 30*(1), 31–38.

Wampold, B.E. y Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. London: Routledge.

Warner, R. (2004). *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy* (3rd edn). London: Routledge [trad. cast.: *La recuperación de la esquizofrenia. Psiquiatría y economía política.* España: AEN, 2018].

Watson, G. y Williams, J. (1992). Feminist practice in therapy. En J.M. Ussher y P. Nicolson (Eds.) *Gender issues in clinical psychology* (pp.212–236). London: Routledge.

Well-being of Future Generations (Wales) Act (2015). Accesible en http://www.legislation.gov.uk/anaw/2015/2/pdfs/anaw_20150002_en.pdf

Weston, C., Elsworth, J. y Stacey, J. (2011). The development of a tool for the routine measurement of clinical outcomes in a learning disability psychology department: Ridgeway Routine Outcome Measure (RROM*). Clinical Psychology and People with Learning Disabilities, 9*(2y3), 7–13.

Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic*. New York: Broadway Paperbacks [trad. cast.: *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales.* España: Capitán Swing, 2015].

Whitaker, R. (2017, 25 March). *The Door to a Revolution in Psychiatry Cracks Open: A MIA Report: Norway's Health Ministry Orders Medication-Free Treatment* [Blog post]. Mad in

America. Accesible en: https://www.madinamerica.com/2017/03/the-door-to-a-revolution-in-psychiatry-cracks-open/

Whiteford, H.A., Harris, M.G., McKeon, G. et al. (2013). Estimating remission from untreated major depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 43*(8), 1569–1585.

Whitwell, D. (1999). The myth of recovery from mental illness. *Psychiatric Bulletin, 23*, 621–622.

Whitwell, D. (2005). *Recovery beyond psychiatry*. London: Free Association Books.

Wilkinson, R. y Pickett, K. (2009). *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. London: Allen Lane [trad. cast.: *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Turner Publications, 2009].

Williamson, E. y Taylor, K. (2015). Minding the margins: An innovation to integrate psychology in a homeless hostel environment. *Clinical Psychology Forum, 265*, 33–37.

World Health Organization (2016). *WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)*. Author. Accesible en: Http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/

Wright, A., Jorm, A. y Mackinnin, A. (2011). Labeling of mental disorders and stigma in young people. *Social Science and Medicine, 73*, 498–506.

Wylie, M.S. (2010, March/April). The long shadow of trauma: Childhood abuse may be our number one public health issue. *Psychotherapy Networker*. Accesible en: https://www.psychotherapynetworker.org/magazine/article/417/the-long-shadow-of-trauma

Wyllie, C., Platt, S., Brownlie, J. et al. (2012). *Men, suicide and society: Why disadvantaged men in midlife die by suicide*. Ewell, Surrey: Samaritans. Accesible en: https://www.samaritans.org/about-samaritans/research-policy/middle-aged-men-suicide/

Yeomans, D., Moncrieff, J. y Huws, R. (2015). Drug-centred psychopharmacology: A non-diagnostic framework for drug treatment. *BJPsych Advances, 21*(4), 229–236.