
¿QUÉ ES EL TRASTORNO MENTAL GRAVE Y DURADERO?

¿WHAT IS A SEVERE MENTAL DISORDER?



Espinosa-López, R.

Dpto. Psicología. Facultad de CC de la Salud.
UCJC (Spain)

Valiente-Ots, C.

Universidad Complutense de Madrid (Spain)

email: respinosa@ucjc.edu

RESUMEN

Actualmente los trastornos mentales graves y duraderos (TMGD) son definidos no sólo a través de criterios clínicos, sino de temporalidad y de discapacidad, adoptando un modelo integrador que incorpora factores psicosociales en la conceptualización. En cuanto a los diagnósticos, los principales grupos asociados con el TMGD son: los trastornos psicóticos, los trastornos afectivos mayores, y los trastornos de personalidad. En cuanto a la temporalidad, se ha utilizado como criterio un periodo de dos años de duración de tratamiento. Finalmente, existe una afectación muy importante del funcionamiento laboral, social y familiar. Además, presentan otros problemas importantes añadidos como más problemas médicos, consumo abusivo de sustancias, suicidio, desempleo y sufren estigmatización y discriminación. Por lo que tratar o ayudar a las personas con un

ABSTRACT

Severe mental disorder (SMD) are defined not only through clinical criteria, but also through temporality and disability, adopting an integrative model that incorporates psychosocial factors in this conceptualization. In terms of diagnoses, the main groups associated with SMD are: psychotic disorders, major affective disorders, and personality disorders. In terms of temporality, a two-year treatment period has been used as a criterion. Finally, there is a very significant impairment of work, social and family functioning. In addition, they present other important problems added as more medical problems, substance abuse, suicide, unemployment and they suffer stigmatization and discrimination. Therefore, the treatment of people with a SMD should not only focused on reducing their symptoms, it should also promote their integration into the community and

TMGD, no debe incluir únicamente reducir sus síntomas, debe además favorecer su integración en la comunidad y prestar atención a incrementar el bienestar de estas personas.

PALABRAS CLAVE

Trastornos Mentales Graves y Duraderos, Diagnóstico, Discapacidad.

pay attention to increasing their well-being.

KEYWORDS

Severe and Long-Lasting Mental Disorders, Diagnosis, Disability.

INTRODUCCIÓN

Antes de poder delimitar lo que constituye hoy el trastorno mental grave y duradero (TMGD) conviene hacer algunas clarificaciones. Primero, es importante destacar que durante décadas la psiquiatría ha tendido como función primordial la clasificación de los trastornos (Tizón, 2014). La clasificación de la psicopatología ha estado tradicionalmente dominada por los enfoques médicos, ejemplificados por el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (Deacon, 2013). En la actualidad, estas taxonomías clasificadoras están en crisis (Whooley, 2014) y algunos autores han propuesto que se abandonen, dada la baja fiabilidad y la poca validez de estas clasificaciones diagnósticas (Insel, 2013). Además, este enfoque clasificador se centra en la etiqueta, dejando a un lado a la persona y sus posibles problemas (Tizón, 2014), lo que parece tener claros efectos nocivos de estigmatización y poca utilidad clínica (Longdon y Read, 2017). Una mejor estrategia implica conceptualizar a los individuos con dificultades de salud mental como "personas con problemas" en lugar de "pacientes con enfermedades" (Johnstone, 2012). Enmarcar el malestar como una respuesta comprensible ante distintos tipos de adversidad es claramente una forma de lograr promover la aceptación, la compasión y la inclusión en la comunidad de las personas con problemas de salud mental (Longdon y Read, 2017). En los últimos años, han aparecido alternativas para conceptualizar los trastornos mentales, como el enfoque en red de la psicopatología, que defiende que, dada la heterogeneidad de los problemas que abordan la psiquiatría y la psicología clínica, la mejor forma de categorizarlos, en términos generales, es como "problemas de la vida" (Borsboom, 2017).

Segundo, para comprender la situación actual en materia de tratamiento y asistencia a las personas con TMGD, es importante conocer la historia de la psicopatología y los tratamientos. De hecho, el modo en que las sociedades han conceptualizado los trastornos mentales ha variado a lo largo del tiempo y esto ha

condicionado como se han tratado a las personas con estos problemas. La historia de los trastornos mentales está repleta de incomprensión, prejuicios, malos tratos, falta de recursos y privación de derechos (véase Whitaker, 2002), lo que constituye una deuda histórica que tenemos pendiente con las personas con TMGD.

Ya desde las antiguas civilizaciones como Grecia y Roma, existen referencias documentadas a la “locura”. Salvo algunas excepciones, desde entonces ha predominado una visión demoniaca y negativa acerca de los trastornos mentales. Esta visión ha estado asociada con diversos intentos de tratamiento desde dietas alimentarias, curas, sangrías, hasta la creación de casas de reposo (véase Vázquez, 1990, p. 415-448). Asimismo, la idea de incurabilidad del trastorno mental junto a un miedo asociado a la violencia y agresividad en la locura ha perdurado hasta mediados del siglo XX. Uno de los principales objetivos desde la Edad Media ha sido recluirlos en celdas o pabellones alejados de las ciudades, hasta mediados del siglo XX. Desde entonces, se les ha hacinado en hospicios, hospitales, asilos, y manicomios para optimizar esfuerzos y separarlos del resto de la sociedad (véase Vázquez, 1990, p. 415-448). Gracias a los avances en medicina, la aparición de los psicofármacos, los movimientos por los derechos humanos y la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que incorporó componentes sociales y de bienestar relacionados con la salud mental, se fue paulatinamente produciendo la desinstitucionalización de la “locura” y se adoptó el denominado modelo comunitario, que tiene por objetivo organizar la ayuda y la asistencia al enfermo sin extraerlo y separarlo de su red social (Gisbert et al., 2002). Esta desinstitucionalización, sin embargo, no se vio acompañada de un cambio en la visión de incurabilidad de los trastornos mentales. De hecho, esta visión ha sido atribuida a Emil Kraepelin (1896, 1899), al que se le ha considerado el padre de los sistemas de clasificación actuales como el DSM. Esta idea sesgada de que los trastornos mentales son enfermedades cerebrales intratables, peligrosas y necesariamente evolucionan hacia la cronicidad y el deterioro, heredada de Kraepelin, no ha estado exenta de importantes críticas. Kendler y Engstrom, recogen las principales críticas a la clasificación y visión de los trastornos mentales de Kraepelin en su revisión publicada en el 2018. Brevemente, comentan que las clasificaciones de trastorno mental que identificó Kraepelin eran demasiado amplias y heterogéneas. Otra crítica está relacionada con que su énfasis en el curso de la enfermedad fue mal concebido, ya que una misma enfermedad puede resultar en episodios breves o en un curso crónico. Además, ese sistema de clasificación estaba basado en su observación, más que en conclusiones empíricas. Por último, su enfoque en los síntomas y signos llevó a descuidar al paciente en su totalidad y la historia de su vida. Kraepelin estaba comprometido con la aplicación del modelo de enfermedad médica a los trastornos mentales. Hoy en día, conocemos las consecuencias negativas de aplicar un modelo médico y de etiquetamiento diagnóstico a los problemas de

salud mental como, por ejemplo, el estigma y la discriminación, las cuáles a su vez son el principal problema para la adecuada recuperación de personas con TMGD (Canadian Health Services Research Foundation, 2012; Longden, Read y Dillon, 2016). Estas actitudes negativas suelen incorporar la "tríada tóxica" de peligrosidad, impredecibilidad e incurabilidad (Read, Haslam, Sayce y Davies, 2006) y se han observado entre el público en general (Schomerus, Schwahn, Holzinger y Corrigan, 2012), así como en profesionales de la salud (Nordt, Rössler y Lauber, 2006; Thornicroft, Rose y Kassam 2007). Según Tizón (2014): "la etiqueta diagnóstica se busca, ante todo, como "organizador" de todos esos temores y dudas" (p.103) y se puede caer en el error de tratar al paciente más por sus rótulos que por lo que piensa, vive, siente o desea.

DEFINICIÓN DE TMGD

Hechas las aclaraciones anteriores, se han propuesto muchas definiciones de trastorno mental, pero ninguna universalmente aceptada (Boysen, 2007). En general, la mayoría de las definiciones incluyen "las cuatro Ds" (de su denominación en inglés) que implican:

- Conductas fuera de las normas de funcionamiento, ya sean porque son diferentes, extremas, inusual, quizás incluso bizarras (Deviant). Aunque está claro que a veces lo alterado no es la respuesta del individuo sino la circunstancia experimentada.
- Los comportamientos, ideas o emociones tienen que además causar malestar, angustia, desagrado, molestia (Distress). Aunque en algunos casos se puede dar euforia y sensación de bienestar desproporcionada o inapropiada.
- El comportamiento tiende a ser disfuncional porque interfiere con el funcionamiento, la capacidad de la persona para llevar a cabo las actividades diarias de manera constructiva (Dysfunction). Son comportamientos que molestan, distraen, e interfieren con el autocuidado, las relaciones, o el trabajo productivo. No obstante, la disfunción por sí sola no indica necesariamente presencia de psicopatología.
- El comportamiento puede entrañar peligrosidad hacia sí mismo o hacia los otros (Dangerous). Comportamientos de riesgo, hostilidad o confusión que pueden poner a la persona o los que le rodean en peligro. Aunque se puede dar peligrosidad, la investigación sugiere el peligro es la excepción más que la regla (Freedman et al., 2007).

Actualmente, dentro de los trastornos mentales, hay que especificar los TMGD, definiéndolos no sólo a través de criterios clínicos, sino de temporalidad y de discapacidad. Por tanto, se pasa de un modelo médico a un modelo integrador que incorpora además de los síntomas, los factores psicosociales en la conceptualización del TMGD.

Según Goldman, Gattozzi y Taube (1981), las personas con TMGD son aquellas personas que sufren ciertos trastornos mentales o emocionales (síndromes orgánicos, esquizofrenia, trastornos depresivos y maniaco depresivos recurrentes y psicosis paranoides o de otro tipo), además de otros trastornos que pueden llegar a ser crónicos o erosionan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales sobre tres o más aspectos primarios de la vida cotidiana (higiene personal y autocuidado, autonomía, relaciones interpersonales, transacciones sociales, aprendizaje y ocio) y menoscaban o impiden el desarrollo de la propia autosuficiencia económica. Por tanto, se identifican tres dimensiones importantes para su definición; el tipo diagnóstico, la temporalidad y la discapacidad. Aunque, también sería interesante considerar en la definición de TMGD la complejidad de los casos y sus necesidades especiales.

1. Diagnóstico. A pesar de las consecuencias del etiquetamiento diagnóstico y los problemas asociados con las etiquetas diagnósticas, existen una serie de diagnósticos habitualmente asociados al TMGD. Es importante mencionar que, aunque las etiquetas diagnósticas son generalizaciones y no dan información específica sobre la persona, aportan una gran cantidad de información genérica y sirven para las planificaciones asistenciales del sistema sanitario. Generalmente se sigue utilizando los sistemas de clasificaciones internacionales como la DSM -5 (APA, 2013) o la International Classification of Diseases (ICD-10: OMS, 2011). Los tres principales grupos de diagnósticos asociados con el TMGD son: Esquizofrenia y grupo de trastornos psicóticos, caracterizados por los trastornos del pensamiento, alucinaciones y síntomas negativos y asociados con una gran afectación del funcionamiento, especialmente las relaciones sociales. Trastorno Bipolar y grupo de los trastornos afectivos mayores, cuya alteración principal es un problema grave del estado de ánimo (episodios de manía y episodios depresivos). Por último, otros trastornos como los trastornos de personalidad. En relación con este último grupo de trastornos mentales, existe controversia en incluirlos como TMGD y, por tanto, en los servicios específicos de rehabilitación psicosocial. Esta controversia está relacionada con la dificultad, la baja especificidad y consistencia para identificarlos y realizar el diagnóstico (Zimmerman, 1994). Además, la evaluación de estos trastornos se complejiza por la

comorbilidad con síntomas psicóticos en algunos casos y la variabilidad de su curso y pronóstico. Aunque bien es cierto que estos pacientes utilizan extensamente los servicios de salud mental debido a los graves trastornos de la conducta y que en muchos casos persisten prácticamente toda la vida reuniendo así, condiciones suficientes para ser incluidos dentro del grupo de TMGD.

2. Temporalidad. Esta dimensión hace referencia a la cronicidad del trastorno, los TMGD son considerados de larga evolución. Se ha utilizado como criterio un periodo de dos años de duración de tratamiento. Aunque es evidente que la duración de estos trastornos es mucho mayor ya que es frecuente que exista un periodo premórbido o incluso con sintomatología activa sin tratar, que suele ser difícil de delimitar en el tiempo. Es importante, puntualizar, una vez más que, aunque los tratamientos farmacológicos controlan y reducen la sintomatología en los TMGD, en muchas ocasiones estos tratamientos de larga duración medicalizados, pueden convertir los trastornos graves y episódicos en trastornos crónicos. Incluso, algunos de los tratamientos psicofarmacológicos actuales, no son ni mucho menos, tan efectivos como se supone comúnmente: su potencia ha sido exagerada de manera sistemática por la manipulación de los datos de los ensayos clínicos (Bentall, 2011).
3. Presencia de discapacidad: originalmente se determinó por la presencia de al menos tres de los ocho criterios que especificaba el Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH, 1987), pero posteriormente se sustituyeron estos criterios por la existencia de puntuaciones moderadas o graves en la escala del funcionamiento global, medido a través del Global Assessment of Functioning incluida en el DSM-IV-TR (APA; 2002). Estas puntuaciones moderadas o graves indicarían una afectación muy importante del funcionamiento laboral, social y familiar. Además, se necesita aportar información con respecto al grado de autonomía e independencia de la persona y de sus necesidades de supervisión y apoyo.

Actualmente, las escalas que valoran el funcionamiento de una persona incluyen varias áreas como Autocuidado (falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.), Autonomía (deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral), Autocontrol (incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc.), Relaciones Interpersonales (falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales), Ocio y tiempo libre (aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e

interés) y Funcionamiento cognitivo (dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información). Como vemos, en la evaluación de estos pacientes no se incluirían factores ambientales. Conviene mantener en mente que la gravedad (discapacidad) de estos trastornos está altamente asociado a factores sociales como, por ejemplo, la presencia de desigualdad económica. Ésta, puede conferir un riesgo adicional para sufrir un trastorno mental para aquellos que se encuentran en las situaciones menos ventajosas (Burns y Esterhuizen, 2008; Burns, Tomita y Kapadia, 2014). De hecho, el grado de igualdad o desigualdad económica que presenta un país condiciona directamente la salud mental de sus ciudadanos (Pickett, James y Wilkinson, 2006; Pickett y Wilkinson, 2010; Wilkinson y Pickett, 2007). La relación que hay entre la desigualdad económica y más aún la pobreza y, diferentes trastornos mentales, está ahora bien establecida (Fryers, Melzer, Jenkins y Brugha 2005; Gilman et al., 2013; Kirkbride, Jones, Ullrich y Coid, 2014). De hecho, estudios como los de Wickham, Taylor, Shevlin y Bentall (2014), muestran que vivir en un barrio desfavorecido, ser inmigrante o pertenecer a un grupo minoritario estaba asociado con trastornos psicóticos y con depresión. Parece que estos estresores sociales juegan un papel importante en el desarrollo de los trastornos mentales (la mayoría trastornos mentales que se consideran TMGD) probablemente por el impacto emocional que producen en los individuos (Marwaha, Broome, Bebbington, Kuipers y Freeman, 2014; Wilkinson y Pickett, 2009; Zimmerman y Bell, 2006).

PROBLEMAS ASOCIADOS A LOS TMGD

Con todo ello, no debemos limitarnos a presentar el vínculo entre arte y emoción. Se ha de avanzar hacia los beneficios de la aplicación del arte como herramienta terapéutica en las psicopatologías, no sólo como un canal de expresión afectiva cuando no es posible la comunicación verbal, sino para toda situación ligada a la salud mental.

Por último, es importante destacar otros problemas que frecuentemente están asociados a los TMGD. Por ejemplo, según IMSERSO (2007), las personas con TMGD presentan una expectativa de vida 10 años más corta que la de la población sana, están más expuestos a padecer problemas médicos, presentan una alta tendencia al consumo abusivo de sustancias y alta incidencia de muerte por suicidio (tasa del 10%). Incluso, padecen efectos secundarios de los medicamentos (sedación, trastornos metabólicos, obesidad, discinesia). Por otro lado, sufren una altísima tasa de desempleo (estimada entre el 60 y 90%) siendo en su gran mayoría económicamente dependientes. Por último y no menos importante, sufren estigmatización y discriminación.

En definitiva, tratar o ayudar a las personas con un TMGD, no debe incluir únicamente reducir sus síntomas, debe además favorecer su integración en la comunidad y prestar atención a incrementar el bienestar de estas personas. El concepto de bienestar es un concepto más complejo, que va más allá de la mera ausencia de una enfermedad y que es fundamental para el propio bienestar personal, para las relaciones familiares y para contribuir con éxito a la sociedad. De hecho, la OMS ya nos habla en sus definiciones de salud y de salud mental que son algo más que la ausencia de malestar o enfermedad, sino que es necesario que el individuo sea consciente de sus capacidades, que pueda afrontar las exigencias normales de la vida y trabajar productivamente y de modo fructífero, y a la vez sea capaz de contribuir a su comunidad. Por tanto, para ello deberíamos establecer unas prioridades, que la investigación y la acción de la política deben abordar en salud mental, como, por ejemplo:

1. Centrar el foco de las investigaciones en el bienestar más que en la reducción de síntomas.
2. La prevención de trastornos mentales y la promoción de la salud mental invirtiendo esfuerzos en el diseño de intervenciones eficaces en niños, adolescentes y adultos jóvenes.
3. Identificación de los mecanismos causales de los síntomas, síndromes y del bienestar de la salud mental a lo largo de la vida (incluidas las poblaciones mayores).
4. Sería importante desarrollar y mantener redes de investigación internacionales e interdisciplinarias y bases de datos compartidas. Así como, desarrollar e implementar mejores intervenciones utilizando nuevos avances científicos y tecnológicos.
5. Reducir estigma y dar poder, es decir, que los propios usuarios tengan voz y sean parte activa en su proceso de recuperación.
6. Y, por último, establecer mejores sistemas de salud, dirigidos a una intervención psicológica apropiada para atenuar las consecuencias negativas de vivir en una sociedad injusta. En definitiva, mejorar la injusticia económica y la desigualdad podría mejorar la salud mental de la población.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association, APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association, APA. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5*. Madrid: Panamericana.

- Bentall, R. P. (2011). *Doctoring the Mind*. Barcelona: Herder.
- 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 Psychiatr Epidemiology*, 43, 331–335. doi: 10.1007/s00127-008-0308-2.
- Burns, J. K., Tomita, 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. doi: 10.1177/0020764013481426.
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16, 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>.
- Boysen, G. A. (2007). An evaluation of the DSM concept of mental disorder. *The Journal of Mind and Behavior*, 28 (2), 157–173. <http://www.jstor.org/stable/43854190>.
- Canadian Health Services Research Foundation. (2012). Myth: Reframing mental illness as a “brain disease” reduces stigma. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
- 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 (7), 846–861. doi: 10.1016/j.cpr.2012.09.007.
- Freedman, R., Ross, R., Michels, R., Appelbaum, P., Siever, L., Binder, R., et al. (2007). Psychiatrist, mental illness, and violence. *American Journal of Psychiatry*, 165 (9), 1315–1317. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07061013>.
- Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R. y Brugha, T. (2005). The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 1, 1–14. doi: 10.1186/1745-0179-1-14.
- Gilman, S. E., Bruce, M. L., Ten Have, T., Alexopoulos, G. S., Mulsant, B. H., et al. (2013). Social inequalities in depression and suicidal ideation among older primary care patients. *Social Psychiatry Epidemiology*, 48, 59–69. doi:10.1007/s00127-012-0575-9
- Gisbert, C., Arias, P., Camps, C., Cifre, A., Chicharro, F., Fernández, J., et al. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Madrid: Cuadernos Técnicos, n. 6.
- Goldman, H. H., Gattozzi, A. A., Taube, C. A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 21–27. <https://doi.org/10.1176/ps.32.1.2>
- IMSERSO. (2007). Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.

- Insel, T. (2013). Transforming diagnosis [Blog]. Recuperado de <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transformingdiagnosis>
- International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. (2011). A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, 10, 86-92.
- Johnstone, L. (2012). Voice hearers are people with problems, not patients with illnesses. En M. Romme, S. Escher (Eds.). *Psychosis as a personal crisis*. Hove: Routledge, p. 27-36.
- Kendler, K. S., Engstrom, E. J. (2018). Kraepelin's Psychiatric Nosology: 1896-1927. *American Journal of Psychiatry*, 175 (4), 316-326. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17070730.
- Kraepelin, E. (1896). *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*, 5th ed. Leipzig, Barth.
- Kraepelin, E. (1899). *Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte*, 6th ed. Leipzig, Barth.
- Kirkbride, J., Jones, P. B., Ullrich, S. y Coid, J. (2014). Social deprivation, inequality, and the neighborhood-level incidence of psychotic syndromes in East London. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 169-180. doi: 10.1093/schbul/sbs151.
- Longden, L., Read, J. y Dillon, J. (2016). Improving community mental health services; The need for a paradigm shift. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 53, 22-32.
- Longdon, E. y Read, J. (2017). People with problems, not patients with illnesses: Using psychosocial frameworks to reduce the stigma of psychosis. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 54 (1), 24-30.
- Marwaha, S., Broome, M., Bebbington, P. E., Kuipers, E. y Freeman, D. (2014). Mood instability and psychosis: analyses of British national survey data. *Schizophrenia Bulletin*, 40, 269-277. doi: 10.1093/schbul/sbt149.
- National Institute of Mental Health. (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Washington DC: NIMH.
- Nordt, C., Rössler, W. y Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (4), 709-714. DOI: 10.1093/schbul/sbj065.
- Pickett, K. E., James, O. W. y Wilkinson, R. G. (2006). Income inequality and the prevalence of mental illness: a preliminary international analysis. *Journal Epidemiology Commun*, 60, 646-647. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2006.046631>.
- Pickett, K. E. y Wilkinson, R. G. (2010). Inequality: an underacknowledged source of mental illness and distress. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 426-428.

- Read, J., Haslam, N., Sayce, L y Davies, E. (2006). Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is an illness like any other' approach. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114 (5), 303- 318. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00824.x
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G. y Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125 (6), 440-452. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. y Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination?. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 192-193. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.025791
- Tizón, J. L. (2014). Sobre los peligros de “etiquetar la locura”. En *Entender la psicosis: Hacia un enfoque integrador*. Barcelona: Herder.
- Vázquez, C. (1990). Historia de la Psicopatología. En: F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.), *Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría* (Vol.1, pp. 415-448). Madrid: McGraw-Hill.
- Whitaker, R. (2002). *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill*. Perseus Book Group, Cambridge, MA.
- Whooley, O. (2014). Nosological reflections: The failure of DSM-5, the emergence of RDoC, and the decontextualization of mental distress. *Society and Mental Health*, 4 (2), 92-110. <https://doi.org/10.1177/2156869313519114>
- Wickham, S., Taylor, P., Shevlin, M. y Bentall, R. P. (2014). The impact of social deprivation on paranoia, hallucinations, mania and depression: the role of discrimination social support, stress and trust. *PLoS One*, 27, 9(8): e105140. doi: 10.1371/journal.pone.0105140
- Wilkinson, R. G. y Pickett, K., E. (2007). The problems of relative deprivation: why some societies do better than others. *Social Science & Medicine*, 65, 1965-1978. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.05.041.
- Wilkinson, R. G. y Pickett, K. E. (2009). Income inequality and social dysfunction. *Annual Review of Sociology*, 35, 493-511. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-070308-115926>.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: a review of issues and research models. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225-245. oi:10.1001/archpsyc.1994.03950030061006
- Zimmerman, F. J. y Bell, J. F. (2006). Income inequality and physical and mental health: Testing associations consistent with proposed causal pathways. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 513-521. doi:10.1136/jech.2005.040154.