

# Dar Credibilidad en la Relación de Ayuda

## Give Uptake in the Support Relationship

Miguel Ángel Valverde Eizaguirre

Psicólogo clínico, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, Complejo Hospitalario de Pamplona, Osansunbidea. Jubilado.

### Resumen

Dar credibilidad es uno de los elementos centrales para una conversación destinada a desarrollar una conexión colaborativa. En la relación de ayuda es imprescindible para comprender la situación y las necesidades de quien acude a los servicios y vislumbrar las mejores opciones. No obstante, la configuración asistencial actual, con sus formas destinadas a entender e intervenir, podría poner barreras a dar credibilidad a los clientes y con ello limitar la comprensión del origen de su sufrimiento y la ayuda.

*Palabras clave:* Dar credibilidad, salud mental, asistencia, conversación, ayuda.

### Abstract

Give uptake is a core element of a conversation for developing a genuine collaborative connection. In the helping care relationship, it is also essential to understand the current situation and needs of the people seeking support and to identify the best options. However, the current care setting, with its ways of understanding and doing, could place barriers to giving uptake to clients and thus limit the understanding of their suffering and the help to be provided.

*Keywords:* Give uptake, mental health, conversation, support.

Una conversación es un proceso de declaraciones, preguntas y respuestas, modulada por señales no verbales, realizada en un contexto que recoge la posición y el propósito de los participantes que la hace única. La relación de ayuda, entre profesionales, clientes y allegados, descansa en conversaciones destinadas a desvelar necesidades y vislumbrar las mejores opciones (Potter, 2019).

Toda conversación descansa en la credibilidad que se otorgan los hablantes, constituyendo el pilar ético y técnico de la relación de ayuda (Potter, 2002, 2019). Este texto reflexiona sobre dar credibilidad a las personas en dificultades y las barreras de los sistemas asistenciales a ello.

### **Las Personas en una Situación Comunicativa**

Cada persona se encuentra en una posición vital única, que no es trasladable o equivalente a ninguna otra (Shotter, 2013), tampoco a un diagnóstico (Johnstone y Boyle, 2020; Watson, 2019). Su posición singular no es totalmente aprehensible para otra, por muy cercana que sea (Seikkula y Arnkil, 2016). Reconocerlo es un imperativo ético al acoger al diferente (Levinas, 2013; Derrida, 2006; Herrero, 2018), y tiene una relevancia acentuada en la ayuda (Seikkula y Arnkil, 2016, 2020; Valverde e Inchauspe, 2017).

Es necesario ajustar las conversaciones a la situación del cliente para que pueda precisar sus necesidades y recoger una ayuda ajustada. Para su libre expresión, el profesional debe construir un espacio de confianza, donde construya su relato, sus necesidades y apoyos (Valverde e Inchauspe, 2017).

El encuentro entre profesionales y clientes debe promover la comprensión y la colaboración mutua. El proceso conversacional impacta sobre el receptor, pero también en el mismo cliente y los suyos, que podrían modificar o matizar su comprensión (Seikkula y Arnkil, 2016, 2020; Valverde e Inchauspe, 2017).

### **Sobre Dar Credibilidad**

Un proceso comunicativo sin que los hablantes se otorguen credibilidad puede promover reticencias.

Dar credibilidad se asocia con acoger al otro reconociéndole un estatus de veracidad. En la relación de ayuda, se hace reorientando la atención hacia el cliente, y mostrando una disposición genuina a comprender las cosas desde su punto de vista. Consiste en un “*te escucho*” o “*querría entender mejor*” real. No es exactamente estar de acuerdo con el otro, sino asumir que tiene una verdad, aunque todavía no se haya comprendido. En otras palabras, es aceptar que la persona tiene motivos para decir, hacer o percibir algo. Dar credibilidad requiere validar su experiencia, trasladándole que se desea entender el mundo desde su punto de vista: es abrirse a la conversación reflexiva y sensible de forma perceptible (Potter, 2002, 2019).

La relación de ayuda no puede escenificarse en roles predeterminados de cliente y profesional, mediante un listado de respuestas adecuadas, conocidas y protocolizadas. También los clientes abrumados pueden captar las señales no verbales que denotan las posiciones personales en la relación.

Dar y recibir credibilidad no es un acto único, requiere continuidad. Recibir credibilidad es la experiencia, a menudo conmovedora, de tener a otro abierto a tu testimonio, a tus ensayos como hablante, que te acompañará en un tránsito por tus experiencias y tus necesidades.

### **Dar y Recibir Credibilidad**

Una buena comunicación requiere recibir credibilidad. Mostramos algunas razones, centrándonos especialmente en la relación de ayuda (Potter, 2009, 2019).

Recibir credibilidad es entender que el otro toma en serio nuestra perspectiva y nuestro intento de comunicar. Es necesario para que la conversación progrese en confianza hacia la colaboración (Fricker, 2017).

Recibir credibilidad es ser reconocido en nuestras experiencias vitales, siendo este el factor principal de conexión. Es un antídoto a la experiencia de soledad que tienen las personas en dificultades, cuando no son oídas, de estar descolgadas de la comunidad (Stauffer, 2015).

Recibir credibilidad hace entender que las reclamaciones no serán descartadas o no entendidas. A menudo los profesionales no son conscientes de que sus premisas y sus convenciones pueden mermar la credibilidad del otro y conducir a su frustración, desistimiento o silenciamiento (Potter, 2002a).

Dar credibilidad requiere de una práctica de escuchar, reconocer, y actuar, partiendo de fuentes testimoniales de personas que no suelen considerarse como voces autorizadas. Es colocarse cómo testigo ante un testimonio, una posición no muy reconocida en la formación académica, comparada con el rastreo de signos y alteraciones (Potter, 2019).

### **Credibilidad y Veracidad**

Dando credibilidad se acepta que lo que dice el hablante se conecta a su verdad. Esto rescata a la persona y a su ensayo expresivo. Resulta posible que su declaración literal contradiga la realidad; por ejemplo, si dice ser la encarnación de Cleopatra. Sin embargo, el receptor asume que remite a algún tipo de verdad, que solo se desvelará al interesarse por su sentido en un contexto propicio para examinarla, como hacen algunos que trabajan en torno a la psicosis (Fuller, 2017; Geekie y Read, 2012; Romme y Escher, 2005, 2009; Chadwick, 2009).

Sin embargo el hablante podría mentir, quizás para conseguir algún beneficio, como una prestación, o acceder a algún servicio. Aquí la mentira pretendería satisfacer una necesidad. También podría hacerlo para ocultar algo vergonzoso, quizás asociado al estigma de la pobreza, a hacer “cosas malas”, etc. Esta última vertiente nos alerta sobre cierta población que ni siquiera puede vislumbrar ayuda para ella, debido al juicio social sobre ellos o su conducta, permaneciendo en una posición de soledad ética (Stauffer, 2015). Ejemplos de ello podrían ser los usuarios de drogas, hombres que maltratan, quienes se excitan con menores, quienes golpean a sus hijos, etc. La ayuda podría beneficiarles y también a sus posibles víctimas.

No obstante, quizás no siempre, sigue habiendo una verdad y una necesidad de ayuda, es decir, alguien para atender con credibilidad y

sensibilidad. El engaño y la manipulación entre los diagnosticados de trastorno límite de personalidad ha sido examinado recogiendo su significado y sus orígenes como una conducta con sentido (Potter, 2006, 2009). La mentira o la fabulación pueden tener un contexto y una verdad conectada a una situación personal, que en un entorno de confianza y sin juicios podría revelarse y comprenderse.

### **No Tener Credibilidad**

Las personas privadas de credibilidad podrían sentirse depreciadas y responder de algún modo. Podrían reclamar su verdad, verse abandonadas, retirarse o desistir, actuar agresivamente, etc. (Johnstone y Boyle, 2020).

Los grupos sociales tienen diferente credibilidad. Las sociedades y culturas pautan cómo entender y actuar ante ciertas situaciones. Producen narrativas que priman unas visiones a la vez que deprecian o imposibilitan otras. Los grupos desfavorecidos tienen menos posibilidades para articular discursos que expliquen sus experiencias. La gente en situaciones de pobreza, los inmigrantes, los desplazados, los parados, los adictos, los diagnosticados por salud mental, quienes tienen deseos reprobados, quienes experimentan fracaso, etc., tendrán menos poder para explicarse y transmitir su verdad. Además, hay identidades menos privilegiadas, como la de ser mujer, ser “enfermo mental”, no tener un físico típico, ser identificado como incapacitado intelectual, recibir protección social, etc., que comparten una situación similar (Johnstone y Boyle, 2020; Potter, 2002a).

La gente con más poder, con mayor acceso al control de los medios ideológicos, económicos y culturales, posee más credibilidad y reconocimiento que la desfavorecida. Un contexto con fuertes desequilibrios de poder son los sistemas asistenciales (Coles, Keenan y Diamond 2013). 4

### **Personas en Dificultades**

Las personas viven sus dificultades de un modo global y corporalizado (Seikkula y Arnkil,

2020). Quien no puede atender a los suyos las experimentan cognitivamente, en pensamientos, recuerdos, anticipaciones, soluciones, ideas, etc., pero también en una vertiente emocional, conductual, relacional, etc. (Mullainathan y Sendhil, 2016). Perciben su situación de forma integral, aunque la ciencia y los servicios tiendan a seccionarla.

Cuando la situación es especialmente difícil la persona ve amenazadas sus necesidades básicas, y podría encontrarse abrumada y alerta. En tales situaciones puede tener más dificultades en reconocer matices y resultarle más difícil o imposible describirlas (Seikkula y Arnkil, 2020). Dar respuestas confusas y poco atinadas, experimentar emociones intensas y contradictorias, y tener ideas y percepciones inusuales podría no ser tan extraño ante situaciones amenazantes, en especial si no tiene posibilidades de controlarlas (Johnstone y Boyle, 2020). Estar atrapado en situaciones de sumisión y desvalorización, de abusos y maltrato, en conflictos violentos, en la pobreza, podría propiciar este tipo de respuestas.

Además, el impacto de ciertas experiencias y sus consecuencias pueden prolongarse en el tiempo, como es el caso de padecer adversidades en edades tempranas, ya que su procesamiento, eficaz o no, no se circunscribe a un momento aislado, estando mediado por complejos mecanismos a distintos niveles. Debido al influjo de las adversidades, agravadas por su intensidad, número y persistencia, la expresión puede resultar más difícil ante otras dificultades actuales. También hay situaciones o temas, no infrecuentes entre quienes acuden a los servicios, sobre los que no se puede o no es fácil de hablar, proporcionando el campo del trauma cierta comprensión al respecto (Johnstone y Boyle, 2020).

Entonces, los profesionales deberían asumir que no todos los clientes acudirán solicitando algo claro y directo, o que describirán su situación de forma diáfana y ajustada a lo que el servicio brinda. Más bien deberían aceptar que acuden viviendo sus propias dificultades, a veces desconcertantes, siendo posible que sus vivencias aún no se hayan trasladado a palabras.

Recapitulando: a) cada persona se encuentra en una posición singular de su devenir vital, y b) que el impacto de las adversidades y dilemas vitales no se encuentra ordenado y presto a expresarse con palabras precisas. De hecho, las personas siempre estamos en un proceso inacabado, más o menos preciso, con algunos aspectos interrelacionados, como el procesamiento emocional y verbal de las experiencias, su significación, procesos de anticipación y evaluación de posibilidades, evaluación del posicionamiento relacional, personal, y con preocupaciones y dudas, etc.

La vertiente de ayuda requiere incluir la compleja tarea de recoger la vivencia personal y sus necesidades, y para ello debe activar un marco de acogida que lo haga posible (Valverde e Inchauspe, 2017). Desde esta perspectiva un interrogatorio diagnóstico estándar parece poco útil, porque las experiencias y las necesidades están incrustadas de forma singular en cada persona (Johnstone y Boyle, 2020).

## **Dar Credibilidad en el Sistema Asistencial**

### **La Práctica Asistencial y Dar Credibilidad**

Quienes acuden a un servicio pueden tener motivaciones muy distintas, incluso acudir por presión externa, ser varias, confusas o contradictorias, o acudir para algo que no es su preocupación central. Incluso podría no saber muy bien lo que pueden esperar de los servicios. Esto no resulta evitable. Brindarles un espacio de comprensión, dándoles credibilidad, parece preciso, pero a menudo esto no ocurre en los servicios debido a que se orientan a detectar diagnósticos o problemas tipo y tratarlos (Coles, Keenan y Diamond 2013; Russo y Sweeney, 2016).

Los servicios organizan su actividad experta bajo una orientación técnica, centrada sobre el problema tipo. Adoptan una visión donde la técnica puede ser eficaz al margen de la persona. Un ejemplo es el remedio con antibióticos, que solo precisan administrarse. La idea básica es que el beneficio procede del remedio. Para ello se necesita el diagnóstico correcto y un procedimiento avalado. Este modelo asistencial,

debido a que recoge evidencias, se extendió a los servicios de salud mental, bienestar social, justicia, y educación, etc., colonizando la actividad de numerosas profesiones, como la psiquiatría, la psicología, la terapia ocupacional, el trabajo social, etc. (Johnstone y Boyle, 2020).

La credibilidad se puede retirar de formas más o menos groseras e importantes, a menudo se hace de forma desapercibida. Una ocurre cuando el profesional coge las riendas de la conversación; por ejemplo, para explorar algunos elementos, quizás diagnósticos, y orilla las experiencias, que ya no se recogerán, porque está más centrado en su propia visión que en la del cliente. Otra cuando el profesional escucha lo dicho, pero responde cambiando de tema. También cuando reconoce lo escuchado añadiendo que el otro no debería sentirse así. Además, podría ocurrir que intentando validarle, le adjudicase valores, como valentía o resistencia, ajenos a su visión haciendo que se sienta incomprendido. Otra más ocurre cuando el usuario percibe que su declaración no es recogida o queda sin efecto, como si no se hubiera expresado. A veces, cuando el profesional permanece en sus convenciones y rutinas, como protocolos, diagnósticos, lenguaje técnico, etc., puede hacer que la persona se sienta como una pieza en un dispositivo que le sobrepasa. No se da credibilidad cuando no se mantiene cierto nivel de reciprocidad e interés del profesional, como cuando no responde a lo dicho, o cuando emite juicios que cuestionan al cliente (Potter, 2019).

Examinemos otras formas más estructurales de retirar credibilidad empezando con una ilustración hallada en un programa para atender en urgencias a víctimas de violencia de género. La guía pauta las siguientes fases: a) Acogida a la víctima, 10 minutos; b) Expresión emocional, 20 minutos; c) Comprensión del problema, 20 minutos; y d) Valoración de la peligrosidad, 15 minutos. El esquema incluye las tareas para cada fase. En la fase c) debe *“ayudarla a entender su problema de maltrato y cuestionar pensamientos de culpa, indefensión o desesperación”* (Labrador et al., 2008, p. 16). La guía limita el encuentro a temas predeterminados con duración establecida, y buena parte del tiempo se destinará a modificar

la percepción de la víctima. Esta se encuentra en una situación excepcional que los profesionales desconocen: no saben lo ocurrido y su impacto (las necesidades básicas amenazadas), su significado, su contexto, las respuestas que ha ensayado y está activando, y qué recursos personales y relacionales dispone; aspectos que la guía no valora. Al limitar el tiempo de la expresión emocional a 20 minutos, ni parece considerar la relevancia de esta expresión ante quien le acoge y puede darle credibilidad, para la comprensión mutua y la construcción de confianza y apoyo. Parece mostrar la primacía de un modelo mecanicista sobre la víctima y sus necesidades.

La perspectiva diagnóstica, tipo DSM o ICD, traslada un proceso vital o un devenir, que incluye experiencias, su impacto, su significado y las respuestas de la persona ante las adversidades, a una categoría diagnóstica. Es un proceso que la definirá en clave de patología o déficit. Se hace de forma tan naturalizada y habitual que a menudo el profesional no percibe cómo soslaya las experiencias personales conectadas a contextos. El modelo impulsa una realidad médica o psicológica más allá de la vida y de la agencia de la persona.

Definir al otro bajo una etiqueta diagnóstica requiere encajar las quejas en una categoría. Esta es una forma estructural de retirar la credibilidad a la persona, ya que este proceso prescinde de saber de sus experiencias, el origen de su sufrimiento, y luego sus necesidades las definirá su diagnóstico.

Sin espacio para discutir todo ello, recordemos las limitaciones graves reconocidas del modelo en cuanto a fiabilidad y sobre todo en validez que introducen importantes barreras para la ayuda (Watson, 2019; Johnstone y Boyle, 2020; Frances, 2014). No obstante, la visión DSM, incluyendo este tipo de posicionamiento ante el cliente, se ha extendido a otros servicios, como si fuera el patrón oro para captar la realidad de las personas (Johnstone y Boyle, 2020).

Cuando la persona manifiesta un discurso no comprensible, o se comporta de forma extraña, o tiene experiencias inusuales, hay varios

diagnósticos aplicables al caso. Una vez diagnosticada lo que se puede y se debe hacer se aclara. El diagnóstico define sus dificultades como efecto de una anormalidad biológica o psicológica, que no se necesitarán comprender en su contexto vital.

Todo ello transmite a la persona y allegados una historia alternativa para que sea aceptada como la verdad: una anormalidad biológica o psicológica. Consecuentemente lo básico es administrar el tratamiento correcto, frecuentemente rechazado por ser desagradable. A menudo profesionales y familiares insisten u obligan al paciente y, a veces, activan al sistema judicial, que dictamina tratamientos obligatorios, redefinidos como apoyos médicos imprescindibles, sean farmacológicos o residenciales. Y con ello la historia y la verdad de la persona, no serán consideradas, tanto sus experiencias previas como las del tratamiento.

En este contexto surgen otras ideas que socaban aún más su credibilidad; por ejemplo, mediante el concepto de falta de conciencia de enfermedad, ligado a otra etiqueta, la de ser reticente al tratamiento. Para esta visión la persona no es consciente de su propia realidad, que conoce y define el profesional, al tener una enfermedad que se lo impide. Entonces la persona deja de tener alguna verdad sobre sus pensamientos, percepciones y su habla, y no puede representarse a sí misma.

Algunos aspectos asociados que retiran la credibilidad proceden de las “distorsiones cognitivas”. Es el caso del pensamiento dicotómico o polarizado. Esta “distorsión” divide la realidad en dos, en todo o nada, o malo o bueno, y entonces la persona no considera los matices de la situaciones (Beck, Freeman y Davis, 1995). Esta distorsión se asocia a diagnósticos como trastorno depresivo, límite, pánico, bipolar, esquizofrenia paranoide, TOC, etc. Sin embargo, el pensamiento dicotómico tiene sentido en situaciones de peligro, que no son propicias para matices, y requieren respuestas de sí o no. Como esos diagnósticos refieren situaciones abrumadoras, la posición dicotómica podría tener sentido, aunque fuera desadaptativa. Sorprende que los profesionales definan a sus

clientes sin significar la experiencia de peligro. Algo similar se podría decir de otras “distorsiones cognitivas” y otras respuestas, como la autolesión, la conducta de engaño, la evitación y el aislamiento, etc., que tienen sentido en situaciones angustiosas y en una historia de daño (Johnstone y Boyle, 2020; Read, Mosher y Bentall, 2007; Read y Dillon, 2017; Bentall, 2013; Cooke, 2015).

Estas serían algunas formas mediante las que los servicios socaban la credibilidad de las personas y no recogen sus experiencias de vida y sus necesidades. No dar credibilidad se expresa en múltiples formas y detalles de la actividad asistencial diaria. De hecho, la coerción, y la ausencia de espacios de comprensión y de ayuda colaborativa, puede ser la norma más que la excepción (Kirk, Gomory y Cohen 2013; Johnstone y Boyle, 2020; Inchauspe y Valverde, 2017), una vez que las personas han sido diagnosticadas o transitan por los dispositivos asistenciales.

### **Bioética y Dar Credibilidad**

Estas prácticas reciben apoyo de una bioética que asume que las respuestas a las situaciones angustiosas, es decir conductas, pensamientos y percepciones, se entienden mejor como enfermedades médicas, aunque no tengan marcadores y su sistema clasificatorio no sea científico, renunciando a la ciencia que explica las respuestas inusuales.

Su argumentario sobre el tratamiento involuntario refleja su posicionamiento global sobre salud mental. Dirán que hay personas incapaces de ejercer su autonomía, encontrándose en riesgo, como el de no aceptar el tratamiento adecuado para recuperarla, y esto justifica una serie de medidas en contra de su voluntad, como el tratamiento y el internamiento obligado en crisis y a largo plazo (Ramos Montes, 2018; Ramos Pozón, 2018). Ramos Pozón y Román Maestre (2014, p. 26) dirán que el rechazo de la medicación con *“unos resultados positivos y que son la base del actual tratamiento psiquiátrico, puede indicar algún tipo de ‘incompetencia’ del ‘esquizofrénico’, y que no tomarla se asocia a un peor curso clínico”*. No obstante, la base probatoria mostrada (Ramos

Pozón y Román Maestre, 2014; Ramos Pozón, 2015; Ramos Montes 2018; Villagrán, Ruiz-Granados y González-Saiz, 2014) es mínima y soslaya la consistente bibliografía que muestra que la funcionalidad y la recuperación es mucho peor entre los tratados que entre los que no lo son (Moncrieff, 2013a, 2020; Whitaker, 2017; Whitaker, 2015; Guy, Davies y Rizq, 2019; Seikkula y Arnkil, 2016). Es una bioética que no contempla establecer puentes para asomarse a su sufrimiento y su origen (Johnstone y Boyle, 2020; Seikkula y Arnkil, 2020; Valverde y Inchauspe, 2014, 2017; Fuller, 2015; Chadwick, 2009; Fernyhough, 2018; Moskowitz, Schäfer y Dorahy, 2011; Larkin y Morrison, 2023; Valverde, 2022).

Esta bioética, que busca el mejor interés de los pacientes, establece su suelo conceptual en la injusticia epistémica (Fricker, 2017), tanto en la testimonial, al aceptar que sus declaraciones no tienen credibilidad, como en la hermenéutica, al naturalizar la renuncia a comprenderlas. La gama de experiencias descartadas es amplia, desde las clasificadas como psicóticas hasta las emociones abrumadoras y conductas de riesgo. Defiende el tratamiento involuntario renunciando a establecer conversaciones para entender al otro (Monteagudo, 2013; Seikkula y Arnkil, 2020), además acepta imponer un relato que sustituye la verdad personal, descartada como no creíble. No considera el daño físico e incapacitante procedente del tratamiento farmacológico (Moncrieff, 2013b; Healy, 2012; Whitaker, 2017; Guy, Davies y Rizq, 2019; Weinmann y Aderhold, 2009; Moncrieff, Cohen y Mason, 2013; Jackson, 2009), que se prolonga aunque no sea efectivo, y la imposición de una forma de vida, quizás con largos internamientos, y con ello la retirada de proyectos de vida y su impacto en el silenciamiento y la invalidación del paciente. No parece un gran éxito apostar por la autonomía sustituyéndola de forma perenne. Se puede defender que una bioética que prescinde de acoger y comprender al paciente no puede considerarse justa.

## **Más Sobre la Credibilidad y la Ayuda**

### **La Evidencia de la Ayuda**

Hay dos áreas de evidencia que podrían inspirar la política asistencial y las formas de ayuda, ambas son incipientes y escasas. Una recoge la recuperación de las adversidades, y otra la ayuda en situaciones difíciles. Su escaso desarrollo en salud mental denota un sesgo de producción. No obstante hay un corpus que incluye estudios sobre la recuperación del trauma, que generó la perspectiva informada sobre el trauma (Herman, 2004; Buckley et al., 2021), la recuperación de los episodios psicóticos (Williams, 2012; Seikkula y Arnkil, 2016; Cooke, 2015), los estudios psicosociales sobre experiencias difíciles (Johnstone y Boyle, 2020), los relatos personales (Romme y Escher, 2009; Lauveng, 2010; Ramsay et al., 2002; Christensen, 2012; Knoll, 2018), algunos estudios académicos y profesionales (Bentall, 2013; Fernyhough, 2018; Fuller, 2015; Geekie y Read, 2012; Johnstone y Boyle 2020; Whitaker, 2015; Vispe y García-Valdecasas, 2023), y los realizados por usuarios (Russo y Sweeney, 2016; Coles et al., 2013; Sweeney et al., 2009; Romme y Escher, 2013).

Las relacionadas con la experiencia de recibir ayuda (Darlington y Bland, 1999; Lucock et al., 2007; Beresford, 2023), como *Strategies for Living* de *Mental Health Foundation* (Faulkner, 2000) encuentran que se percibe ayuda cuando hay seguridad y apoyo material o personal y al compartir experiencias, encontrar sentido y propósito, etc. Los elementos importantes podrían resumirse en dos áreas: a) experimentar apoyo externo, b) entender mejor la situación. Y en ambas resulta central el recibir credibilidad.

### **Recibir Credibilidad como Elemento de Ayuda**

La psicóloga y activista Jacqui Dillon experimentó no ser creída, cuando buscando protección encontró que sus experiencias se consideraron falsas. Habla de sí misma en tercera persona:

*“Ella está loca. Ella está enferma. Nació con algo malo dentro. Ella se siente como si la abofetearan, la patearan estando en el suelo, volvieran a abusarla. Esto es un insulto a su herida. Está salvajemente indignada... Donde*

*iban a darle refugio es el sitio que casi la lleva al límite para siempre. Después dice que fue afortunada ya que al final ella encontró personas verdaderamente sabias, almas valientes que tuvieron el coraje y la integridad de actuar como testigos de su verdad [...] escucharon sus historias del inframundo y del terrible sufrimiento [...]. Juntas descendieron por un largo y sinuoso camino [...] donde se pudo dar un proceso de verdad y reconciliación, de escucha y de testimonio, y así encarar los horrores del pasado [...]. Ella empieza a sentirse real. Descubre que ya no está sola [...]. Empieza a aceptar la ayuda como un acto de coraje y compromiso con la vida y con el futuro. Sólo entonces puede empezar a hacer el duelo por todo lo perdido” (Dillon, 2009, pp. 81-82).*

Dar credibilidad acoge al otro como persona con dignidad, pero también ayuda a personas con experiencias de vida complejas y difíciles, que podrían encontrarse inseguras, vulnerables, temerosas, desconfiadas, silenciadas, en oposición, ambiguas o confusas, etc.

Para mostrarlo nos apoyaremos presentando varias ilustraciones:

Lorna, de 20 años llegó a salud mental derivada por problemas de ansiedad. Refiere problemas para dormir que le afectan moderadamente al estudio, aunque sigue siendo buena estudiante. Aunque la solución clínica parece clara, ayudarle a dormir y a estar más tranquila, tal como su médico de cabecera entendió, quiere y recibe espacio para hablar de su situación vital. Dice estar a disgusto en casa, sin poder precisar. Más adelante pone en palabras, no sin titubeos, juegos sexuales con 11 años con su hermano dos años mayor. Importa porque está saliendo con su primer novio. Poco después surge una dimensión distinta asociada a sus nuevas situaciones vitales. Lorna no está preocupada por esas experiencias, que valora como cosas de niños, sino por el impacto que podrían tener sobre su hermano. Intuye que le avergüenzan y esto le distancia de ella. Y esto es lo especialmente doloroso. Ve a su hermano como una buena persona, trabajadora, con una novia encantadora, y quiere relacionarse con ambos.

Aquí, Lorna no puede expresar un secreto que sería dañino para ella y otros, algo que no desea. Además, vive un dilema complejo que no tiene palabras y formas de pensarlo. Los recursos narrativos disponibles dicen: eso fueron abusos, soy una víctima, él es un agresor, etc. Como víctima hay espacio para reclamar una reparación, pero no para ver como problema el distanciamiento indeseado con su hermano. ¿Cómo se encuentran palabras para un dilema intuido y ante quién se expresan? Una cuestión más: ¿Podría pensar Lorna que había ayuda para algo que ni siquiera tenía una representación mental clara?

Ahora recogemos una nota de suicidio, en apariencia con claridad mental:

*“Debéis estar preguntándoos por qué. Así que respondo. Antes de que me amputaran la pierna, estando acostado en casa, acurrucado de dolor, me decía que cuando me amputaran la pierna me suicidaría. Una persona sana, que está ahí al lado, sólo puede ver a un chico sin pierna, pero no puede ver al chico que no puede ir con los amigos y las amigas a la piscina, al lago en verano, pasear por la montaña, esquiar en invierno o simplemente ir de excursión con su clase. No podría vivir así. Ya tengo suficiente con ver a mis compañeros jugar al fútbol o moverse en bicicleta. Creo que he conseguido aguantar mucho. Agradezco a [nombre] y [nombre] con quienes pude salir a pasear siempre. Pero en cuanto al dolor, después de la amputación, se suponía que desaparecería. Sin embargo, ni siquiera os podéis imaginar lo que es caminar a un sitio y sólo quieres llegar a ese lugar, o sentarte en clase sudando hasta que suena el timbre para poder moverte. Simplemente no puedo vivir así” (Galasiński y Ziótkowska, 2020, p. 136).*

Este chico de 16 años, que se suicidó, explica sus motivos. Pero la parte que podríamos señalar aquí es que no puede imaginar qué ayuda real podría recibir. Su representación de la ayuda no incluye una situación como la suya.

Antonio, persona psiquiatrizada de 55 años, “sabe” que es hijo de un dirigente que no puede reconocerle por el bien de la nación, pero le ha legado varias empresas de las que pronto será su



propietario, y su situación cambiará totalmente, aunque hay muchos intereses en contra. Antonio vivió en un hospicio, y explica con afectación situaciones realmente difíciles, gran parte en psiquiatría y en los servicios, que soporta porque acepta sus circunstancias sociopolíticas.

Los profesionales tendrían dificultad en darle credibilidad, considerado como enfermo crónico delirante.

Mina, de 32 años, abusada por su padre y su tío, sabiéndolo su madre, fue amenazada para permanecer en silencio. Le dijeron que si hablaba la considerarían como un demonio y una traidora. Se centró en estudiar y mostrarse como una niña guapa, con su pelo rubio rizado, cariñosa y sumisa. Al fallecer su padre, debido al trastorno mental de su madre, ingresó en un hogar de acogida con 16 años. Poco después su actividad sexual, con chicos y chicas, preocupó a los cuidadores, que intentaron limitarla, aunque Mina obedeció solo a medias. Estudió y acabó biología. Meses después realizó una crisis diagnosticada de esquizofrenia. Años después, en el servicio de rehabilitación, cuando ya era considerada enferma crónica, la trabajadora social en prácticas establece una relación con ella, y Mina empieza a explicar una emotiva historia por primera vez. La profesional se pregunta si tendrá la oportunidad de un proceso de reconocimiento y recuperación.

Hemos mostrado estas ilustraciones para ampliar el alcance de dar credibilidad, considerando las siguientes cuestiones:

Las personas pueden encontrarse en posiciones desde las que no pueden imaginar formas de ayuda para ellas mismas. De hecho, la visión de la ayuda que transmiten los servicios, los medios, las profesiones, los manuales y guías no encajan bien con las dificultades mostradas en las ilustraciones. Se podría decir que en la percepción social no se vislumbra un horizonte de ayuda que se acomode a las dificultades vivenciales, de hecho, ni siquiera hay recursos discursivos para ponerlas en palabras, exceptuando quizás en la literatura y el cine.

Las experiencias siguen viviendo en las personas sin que estas encuentren palabras y expresiones claras durante años, en un magma

de memorias y emociones ambiguas o en conflicto, hasta que empiezan a decirse. Es el mismo hecho de ensayarlas en palabras, a veces en la escritura, cuando alcanzan un sentido narrativo y explicativo más coherente. Posiblemente, este proceso no se hace de forma satisfactoria y suficiente de una vez para siempre. Por ello algunas necesidades básicas podrían no estar claras y disponibles hasta que la situación de fondo se pone en palabras. Para esto se necesita un marco en el que poder decir.

Las vivencias no son lineales y puede haber barreras activas para asumirlas e integrarlas. A veces lo impiden los propios discursos sociales, como podría ser el caso, entre otros, del estigma del hombre violado, que encontraría especiales barreras (Jones, 2020). Pero junto a las asociadas a los discursos ideológicos de la cultura local, las personas pueden encontrarse dentro de conflictos de lealtades, en los que desvelar algo no es posible, como es el caso de Mina. No rara vez la víctima de abusos, de violencia o el testigo de violencia, encuentra impedimentos para hablar o pensar sobre ello. Las barreras podrían ser emocionales, cognitivas, relacionales, culturales, ideológicas, de identidad, etc.

Cuando las experiencias todavía no han encontrado palabras, o hay dificultades para reconocerlas, o cuando la persona no tiene poder, el recibir credibilidad es especialmente importante, desde el inicio, ya que permite abrir el marco que puede generar las palabras necesarias, que permitirán otra ayuda posterior.

## **Discusión y Conclusiones**

Los clientes que acuden a los servicios, de salud mental o de otro tipo, podrían estar bajo el impacto de adversidades y afectar a la descripción de su situación y sus necesidades. Incluso podrían no intuir la ayuda que necesitarían. Por ello, antes de activar una ayuda técnica, como una psicoterapia, es necesario brindar un marco comprensivo más general, que trasciende los servicios y las profesiones. Es fundamental que en este encuentro las personas reciban credibilidad, sean acogidas como sujetos con una historia singular, y con la capacidad real o potencial de representarse a sí mismas.

Definir sus experiencias y necesidades mediante la visión o el protocolo del servicio, por ejemplo mediante diagnósticos o problemas tipo, puede retirarle credibilidad. En esta línea atribuir a la persona falta de autonomía, incapacidad para reconocerse (falta de conciencia de enfermedad), estar sometido a un influjo emocional o cognitivo incapacitante, etc., facilita prácticas de invalidación y silenciamiento, reflejo de una injusticia epistémica activa que amenaza la elaboración del significado y a la misma persona.

Aunque algunas personas podrían ser consideradas con falta de autonomía, se puede defender que es necesario construir un terreno de ayuda para que la persona despliegue su narrativa personal y sus propias necesidades, mediante un marco conversacional, quizás no fácil, aunque posible (Valverde e Inchauspe, 2014, 2017).

Dar credibilidad en la acogida al otro es una actividad pragmática que requiere práctica. Dar credibilidad es reconocer en primer lugar al otro, entendiendo que lo expresado incluye un espíritu de verdad, que podría desarrollarse en la conversación. Dar credibilidad es necesario para que la persona ponga en palabras sus experiencias, que le conectan a las adversidades y situaciones complejas, y a expresar aspectos apenas intuitos, aunque activos.

El proceso de dar credibilidad se conecta a la posición de ser testigo de un drama, más parecido al rol de quien acompaña de quien rescata. Este papel podría tener un límite negativo, el de esperar más de lo debido a tomar decisiones, por ello conviene estar atento a las necesidades inmediatas, usualmente materiales o de seguridad, y ayudar en ellas, permaneciendo abierto a desarrollar las narrativas y otras necesidades, quizás más ancladas en la biografía y en la situación amplia. Algunas necesidades podrían requerir otras ayudas más precisas, quizás una técnica psicológica, el asesoramiento, la activación ocupacional, etc., aunque no siempre. De hecho, podría ocurrir que lo surgido en el encuentro satisfaga algunas necesidades más personales y psicológicas, como sucede en los procesos de escucha del trauma (Herman, 2004). Podría ser que una parte sustancial del

proceso de ayuda se dé de forma completa desde la posición activa de ser testigo, y no se requiera una ayuda técnica suplementaria, y no obstante el profesional habrá hecho el mejor trabajo.

Hemos alertado del peligro de denegar la credibilidad mediante la actividad profesional que prescinde de este espacio comprensivo. Nos dice Potter (2009) que las prácticas que inhiben o socavan la comprensión genuina y profunda del sufrimiento del otro no pueden considerarse buenas para una práctica epistémica y éticamente responsable. De hecho, en ese sufrimiento están incluidas las amenazas a las necesidades básicas que encara la persona, las circunstancias en las que surgen y sobre las que no tiene poder, sus significados y sus valores (Boyle y Johnstone, 2023). Dar credibilidad ayuda a la persona a construirse, a activar sus recursos, a pedir y abrirse a la ayuda, y a restaurar la confianza básica sobre otros y la comunidad, y también sobre sí misma y su agencia.

## Referencias

- Beck, A. T., Freeman, A. y Davis, D. D. (Eds.). (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Paidós.
- Bentall, R. P. (2013). *Medicalizar la mente: ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Herder Editorial.
- Beresford, P. (2023). *A straight talking introduction to emotional wellbeing*. PCCS Books.
- Boyle, M. y Johnstone, L. (2023). Una introducción directa al Marco de Poder, Amenaza y Significado: Una alternativa al diagnóstico psiquiátrico. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Buckley, K., Shah, N., Roberts, J., De Brún, C., Khangura, R. y Clark R. (2021). The effectiveness of trauma informed approaches to prevent adverse outcomes in mental health and wellbeing. A rapid review. Public Health England. [Archivo PDF]. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/65021079702634000d89b7f1/The-effectiveness-of-trauma-informed-approaches-to-prevent-adverse-outcomes-in-mental-health-and-wellbeing-a-rapid-review.pdf>
- Chadwick, P. K. (2009). *Terapia cognitiva basada en la persona para la psicosis perturbadora*. Fundación

para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

- Christensen, D. C. (2012). *Dear Luise: A story of power and powerlessness in Denmark's psychiatric care system*. Jorvik Press.
- Coles, S., Keenan, S. y Diamond, B. (Eds.). (2013). *Madness contested: power and practice*. PCCS Books.
- Cooke, A. (Ed.). (2015). *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?* Division of Clinical Psychology. [Archivo PDF].  
<https://aen.es/wp-content/uploads/2022/01/Comprender-psicosis-esquizofrenia.pdf>
- Darlington, Y. y Bland, R. (1999). Strategies for encouraging and maintaining hope among people living with serious mental illness, *Australian Social Work*, 52 (3), 17-23.
- Derrida, J. (2006). *La hospitalidad*. De La Flor Ediciones
- Dillon, J. (2009). The tale of an ordinary little girl, *Psychosis*, 2(1), 79-83.  
<https://doi.org/10.1080/17522430903384305>
- Faulkner, A. F. (2000). *Strategies for living: a summary report of user-led research into people's strategies for living with mental distress*. The Mental Health Foundation. [Archivo PDF].  
[https://www.academia.edu/31905728/1\\_strategies\\_for\\_living\\_pdf](https://www.academia.edu/31905728/1_strategies_for_living_pdf)
- Fernyhough, C. (2018). *Las voces interiores ¿Qué nos dicen la historia y la ciencia sobre cómo nos hablamos a nosotros mismos?* Obelisco.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?: Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*. Ariel.
- Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica: El poder y la ética del conocimiento*. Herder.
- Fuller, P. (2015). *Sobrevivir, Existir, Vivir: La terapia en cada fase de la psicosis grave*. Herder.
- Galasiński, D. y Ziółkowska, J. (2020). *Discursive Constructions of the Suicidal Process*. Bloomsbury Academic.
- Geekie, J. y Read, J. (2012). *El sentido de la locura: La exploración del significado de la esquizofrenia*. Herder.
- Guy, A., Davies J. y Rizq, R. (2019) (Eds). *Guía para terapeutas psicológicos. Habilitar las conversaciones con clientes que toman o dejan de tomar los fármacos psiquiátricos recetados*, UK: APPG for Prescribed Drug Dependence y España: Asociación Española de Neuropsiquiatría. [Archivo PDF].  
<https://aen.es/guia-para-terapeutas-psicologicos>
- Healy, D. (2012). *Pharmageddon*. University of California Press.
- Herman, J. L. (2004). *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Espasa.
- Herrero, M. (2018). Políticas de la hospitalidad en el pensamiento de Jacques Derrida, *Revista de Estudios Políticos*, 180, 77-103.  
<https://doi.org/10.18042/cepc/rep.180.03>
- Inchauspe, J. A. y Valverde M. (2017). La coerción en salud mental: conceptos, procesos y situación, en Beviá, B. y Bono del Trigo, A. (Eds). *Coerción y salud mental. Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental*. (pp. 13-90). Asociación Española de Neuropsiquiatría. [Archivo PDF].  
<http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/04/Cuaderno-Te%CC%81cnico-20-Coercio%CC%81n.pdf>
- Jackson, G. E. (2009). *Drug-Induced Dementia: a perfect crime*. AuthorHouse.
- Johnstone, L. y Boyle, M. (2018). (con Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. y Read, J.). *El Marco de Poder, Amenaza y Significado. Versión abreviada*. British Psychological Society - Asociación Española de Neuropsiquiatría. [Archivo PDF].  
<https://www.aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf>
- Johnstone, L. y Boyle, M. (2020) *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*. British Psychological Society - Asociación Española de Neuropsiquiatría. [Archivo PDF].  
<https://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-Versi%C3%B3n-extensa-1.pdf>
- Jones, O. (16 de enero de 2020). *Male rape survivors suffer in silence. We need to help them talk*, The Guardian.

<https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/jan/16/male-rape-victims-sexual-abuse-support>

- Kirk, S. A., Gomory, T. y Cohen, D. (2013). *Mad science: psychiatric coercion, diagnosis, and drugs*. Routledge.
- Knoll, E. (2018). *Emily's voices. A memoir*. Knoll Publications.
- Labrador, F., Rincon, P., Estupiñá Puig, F. J., Crespo, M. y Velasco, R. (2008). Protocolo de atención psicológica a mujeres víctimas de violencia de género, 3 vol. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Larkin, W. y Morrison A. P. (2023). *Trauma y Psicosis, España: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*.
- Lauveng, A. (2010). *El país de los bosques de hierro: mi regreso de la esquizofrenia*. Puente al Norte.
- Levinas, E (2013). *Totalidad e infinito: Ensayo sobre la exterioridad*. Ediciones Sígueme
- Lucock, M., Barber, R., Jones, A. y Lovell, J. (2007). Service users' views of self-help strategies and research in the UK, *Journal of Mental Health*, 16(6), 795-805.
- Moncrieff, J. (2013a). *Hablando claro: Una introducción a los fármacos psiquiátricos*. Herder.
- Moncrieff, J. (2013b). *The bitterest pills: the troubling story of antipsychotic drugs*. Palgrave Macmillan.
- Moncrieff, J. (2020). *A straight talking introduction to psychiatric drugs: The truth about how they work and how to come off them*. (2<sup>nd</sup> edition). PCCS Books.
- Moncrieff, J., Cohen, D. y Mason, J. (2013). The patient's dilemma: an analysis of user's experiences of taking neuroleptic drugs, en Coles, S., Keenan, S. y Diamond, B. (Eds). *Madness contested: power and practice*. (pp. 213-232). PCCS Books.
- Monteagudo, C. (2013). Entre la escucha del otro y el principio de caridad. El diálogo posible entre dos tradiciones, *Areté: revista de filosofía*, 25 (2), 267-282.  
<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/arete/article/view/7633>
- Moskowitz, A., Schäfer, I. y Dorahy M. J. (Eds). (2011). *Psicosis, trauma y disociación*. Nuevas perspectivas sobre la psicopatología grave. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Mullainathan, E. y Sendhil, S. (2016). *Escasez ¿Por qué tener poco significa tanto?* Fondo de Cultura Económica.
- Potter, N. N. (2002). Giving Uptake. *Social Theory and Practice*, 26, (3), 479-508.  
<http://www.jstor.org/stable/23559249>
- Potter, N. N. (2006). What is manipulative behavior, anyway? *Journal of Personality Disorders*, 20(2), 139-156.
- Potter, N. N. (2009). *Mapping the Edges and the In-between A critical analysis of Borderline Personality Disorder*. Oxford University Press.
- Potter, N. N. (2019). Listening well to psychiatric service users: What does it mean to give uptake? *European Journal for Person Centered Healthcare*, 7 (3), 499-505.
- Ramos Montes, J. (2018). *Ética y salud mental*. Herder.
- Ramos Pozón, S. (2018). *Bioética: Una reflexión necesaria para las decisiones que más importan*. Plataforma.
- Ramos Pozón, S. y Román Maestre, B. (2014). Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (121), 21-35.
- Ramsay, R., Page, A., Goodman, T. y Deborah Hart, D. (2002). *Changing Minds: Our Lives and Mental Illness*. Gaskell.
- Read, J. y Dillon, J. (Eds.). (2017). *Modelos de locura II*. Herder.
- Read, J., Mosher, L. M. y Bentall, R. P. (Eds.). (2007). *Modelos de locura. Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*. Herder.
- Romme, M. y Escher, S. (2005). *Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces*. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Romme, M. y Escher, S. (2009). *Living with Voices: 50 Stories of Recovery*. PCCS Books.

- Romme, M. y Escher, S. (2013). La psicosis como crisis personal. Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Russo, J. y Sweeney, A. (Eds.). (2016). Searching for a rose garden: challenging psychiatry, fostering mad studies. PCCS Books.
- Seikkula, J. y Arnkil, T. E. (2016). Diálogos terapéuticos en la red social. Herder Editorial.
- Seikkula, J. y Arnkil, T. E. (2020). Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas. Respetando la alteridad en el momento presente. Herder Editorial.
- Shotter, J. (2013). Realidades conversacionales. La construcción de la vida a través del lenguaje. Amorrortu.
- Stauffer, J. (2015). Ethical loneliness: the injustice of not being heard. Columbia University Press.
- Sweeney, A., Beresford, P., Faulkner, A. Nettle, M. y Rose, D. (Eds.). (2009). This is survivor research. PCCS Books.
- Valverde, M. (2022). Las voces de la asistencia en salud mental en el siglo XXI bajo el signo biomédico. La experiencia Navarra. Autor <https://mejorandocadadia.org/download/las-voces-de-la-asistencia-en-salud-mental-en-el-siglo-xxi-bajo-el-signo-biomedico>
- Valverde, M. e Inchauspe, J. A. (2014). ¿Hay lugar para el consentimiento informado en los tratamientos de las personas con psicosis?: una reflexión sobre el tratamiento de las psicosis. Rev. Bioética y Derecho, 30, 40-65. <https://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872014000100004>
- Valverde, M. e Inchauspe, J. A. (2017). El encuentro entre el usuario y los servicios de salud mental: consideraciones éticas y clínicas. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 37, (132), 529-552.
- Villagrán, J. M., Ruiz-Granados, L. y González-Saiz, F. (2014). El proceso de decisión compartida en el tratamiento del paciente psiquiátrico: estudios empíricos y evaluación de la capacidad, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 34(123), 491-506.
- Vispe, A. y García-Valdecasas, J. (2023). Postpsiquiatría. Apuntes sobre teorías y prácticas. Herder.
- Watson, J. (Ed.). (2019). Drop the disorder! Challenging the culture of psychiatric diagnosis. PCCS Books
- Weinmann, S. y Aderhold, V. (2009). Antipsychotic medication, mortality and neurodegeneration: The need for more selective use and lower doses. Psychosis, 2 (1), 50-69.
- Whitaker, R. (2015). Anatomía de una epidemia: Medicamentos psiquiátricos y el asombroso aumento de las enfermedades mentales. Capitan Swing.
- Whitaker, R. (2017). La psiquiatría defiende sus antipsicóticos: Un caso práctico de corrupción institucional. [Archivo PDF]. <https://madinspain.org/la-psiquiatria-defiende-sus-antipsicoticos-un-caso-practico-de-corrupcion-institucional-robert-whitaker>
- Williams, P. (2012). Rethinking madness: towards a paradigm shift in our understanding and treatment of psychosis. Sky's Edge Publishing.