

CONTEXTUALIZANDO EL BIENESTAR PSICOSOCIAL A TRAVÉS DE LA CIUDADANÍA Y LOS DERECHOS HUMANOS

Francisco José Eiroa-Orosa^{1,2}

fjeiroa@gmail.com, fjeiroa@ub.edu

1. Universidades de Barcelona y Yale
2. Grupo de Investigación en Primera Persona, Federación Veus

Resumen

Recientemente, movimientos y conceptos tales como la recuperación, de acuerdo con el uso del término acuñado por el movimiento de activismo en salud mental, ciudadanía (tanto como herramientas de participación como terapéutica) o la prescripción social, entre otros, han ampliado la gama de opciones terapéuticas de la práctica primaria y la salud mental mediante el fortalecimiento de los vínculos entre la salud, los servicios sociales y los recursos comunitarios. En línea con la decepción de algunas organizaciones de usuarios occidentales con la manera en que las administraciones públicas han absorbido sus reclamaciones, transformando un proceso de abajo hacia arriba en otro de arriba hacia abajo, se busca discutir el papel que el compromiso social de la psicología debe desempeñar en este proceso. En contraste con conceptualizaciones vacías y supuestamente neutrales, promovemos la participación efectiva de profesionales y usuarios en la construcción, de abajo hacia arriba, de una psicología comprometida y capaz de utilizar intervenciones de participación comunitaria para mejorar y promover la salud mental.

Palabras clave

Bienestar psicosocial, salud mental, ciudadanía, derechos, preferencias

Contextualizing psychosocial wellbeing through citizenship and human rights

Francisco José Eiroa-Orosa^{1,2}

fjeiroa@gmail.com, fjeiroa@ub.edu

1. University of Barcelona and Yale School of Medicine
2. First Person Research Group, Veus Federation

Abstract

Recently, movements and concepts such as recovery, according to the use of the term coined by the consumer and survivor movements, citizenship (both as a participatory and therapeutic tools) or social prescription (among others), have expanded the range of therapeutic options in general practice and mental health by strengthening the links between health, social services and community resources. In line with the disappointment of some Western user organizations with the absorption of their claims by the administration, transforming a bottom-up into a top-down process, we seek to discuss the role that the social commitment of psychology should play in this process. In contrast to empty conceptualizations disguised as "neutral", we intend to offer a bottom-up, source-embedded appreciation of the need to effectively engage practitioners and users within the construction of a committed psychology field, able to use community engagement interventions to promote and improve mental health.

Key words

Psychosocial wellbeing, mental health, citizenship, rights, preferences

CONTEXTUALIZANDO EL BIENESTAR PSICOSOCIAL A TRAVÉS DE LA CIUDADANÍA Y LOS DERECHOS HUMANOS

¿Psicología descontextualizada?

En un artículo seminal, Cushman (1990) contextualiza la configuración histórica del concepto del "yo" con respecto al campo de la psicología. La psicología, argumenta, tiene el papel de "sanar el yo vacío (...) sin poder abordar sus causas históricas" (p. 599) siendo responsable en parte del mismo proceso de "vaciado" que afirma, y se supone que intenta abordar. La psicología, según Cushman, se esfuerza por aparecer como una ciencia neutral, mientras que sus intereses, sus temas, ideologías y negocios- tienen "antecedentes históricos, constituyentes económicos y consecuencias políticas" (p. 600). En este sentido, Sampson (1989) evidencia la transformación de la psicología en una disciplina en la cual la unidad funcional del orden social se ha desplazado de la comunidad y la familia al nivel individual influenciada por el posmodernismo. La teoría del individuo como una entidad racional y autodirigida ha producido una serie de industrias que son responsables de garantizar el funcionamiento adecuado de un "nuevo yo incorpóreo". Entre estos, la salud mental, centrada en la eliminación de los síntomas independientemente de su origen, ha sido una de las principales industrias de crecimiento durante el siglo pasado.

Nikolas Rose (1985) sostiene que la psicología y la salud mental son discursos científicos y cuerpos de prácticas destinadas a dar forma a lo que él define como el yo privado (Rose, 1989). Rose analiza la estructura de las industrias de la salud y el bienestar desde la perspectiva de la alineación de los objetivos institucionales con los personales. Sugiere que se necesita una conceptualización más compleja de la realidad para comprender por qué una visión desideologizada de la salud mental ha llevado a una medicalización extrema de problemas, como el TDAH (Rose, 2006). Otros afirman que tales diagnósticos están influenciados por la necesidad de los estados e instituciones de evitar los riesgos y reducir los costos de la atención (Kean, 2005; Moncrieff, 2010). También existe un consenso crítico sobre las formas en que los círculos de poder producen y aplican las industrias de la salud mental y el bienestar. Esto incluye a la industria farmacéutica por su apoyo al biologicismo y al diagnóstico dicotómico, y al incipiente movimiento positivo y de felicidad y su discutida visión acontextual del bienestar (Brown, Lomas, & Eiroa-Orosa, 2017; Christopher & Hickinbottom, 2008; Held, 2004).

Con respecto a la reflexividad en la práctica profesional, en el sentido de cuestionar las prácticas e intervenciones dentro de nuestros puntos de vista del mundo y/o las visiones del mundo reflejadas en los campos profesionales y los sistemas de atención de salud mental, aún hay mucho trabajo por hacer (Eiroa-Orosa, 2018). Entre la poca literatura que analiza el impacto de los valores del clínico sobre el diagnóstico destaca un estudio que incluyó a 363 psicólogos clínicos, demostrando el impacto de la ideología en una disciplina putativamente neutral. En este estudio los diferentes patrones de contrastes ideológicos entre psicólogos y pacientes tuvieron un impacto significativo en el número y tipo de diagnósticos en relación con varias viñetas clínicas (Gartner, Harmatz, Hohmann, Larson, & Gartner, 1990). El estudio tuvo un rigor comparable al de los estudios utilizados para justificar las intervenciones basadas en la evidencia, sin embargo, no se han realizado estudios similares donde se pueda comprobar el impacto de los valores sobre la práctica basada en la evidencia.

La desideologización de la salud mental también puede vincularse con el control social de las personas diagnosticadas con trastornos mentales que también padecen otras formas de exclusión social. La investigación de Koegel (1988) sobre la falta de vivienda, muestra cómo se diagnostica a las personas como antisociales en función de las acciones que se deben tomar para sobrevivir en las calles. Hasta bien entrada la década de los 80, los principales estudios sobre la falta de vivienda en EEUU se centraron en las características de las personas sin hogar, no en las explicaciones estructurales o sociales de su falta de vivienda. Autores como Bahr (1968, 1973) discutieron la desafiliación y el desarraigo entre estas personas que tenían vínculos muy tenues con sus familias y con pocos o ningún amigo. Para Bahr, las personas sin hogar tenían el estigma social de ser alguien con defectos físicos, mentales, morales (perversos, criminales, etc.), psicológicamente (baja autoestima, alta autolesión), socialmente (desarraigados), legalmente (no tratados por autoridades como hombres libres), económicamente (empobrecidos, desempleados) y ecológicamente (que viven en barrios donde ninguna persona decente querría vivir). La psicología como disciplina siguió el ejemplo con intervenciones que efectivamente definieron los problemas sociales como problemas individuales y que apuntaban a transformar o reparar al individuo, sin o con poca o ninguna crítica o consideración del contexto sociopolítico que hacía inevitable la falta de vivienda. No fue hasta los años 90 cuando comenzó el tipo de investigación que cambió el enfoque del problema del individuo a los factores sociales y estructurales. Autores como Shinn y Weitzman (1990)

sugirieron la necesidad de explorar la situación de la falta de vivienda no solo a nivel individual, sino también a nivel relacional y socioeconómico.

Otro ejemplo del vínculo de desideologización y control social implica las implicaciones del estudio de la epidemiología psiquiátrica entre los inmigrantes. Durante muchos años se sostuvo que los inmigrantes tenían tasas más altas de psicosis (Cantor-Graae & Selten, 2005) y depresión (Vega, Kolody, Valle, & Weir, 1991) que las poblaciones nativas. Las explicaciones que se han dado incluyen las variabilidades genéticas, la inmigración de individuos predispuestos en lugar de poblaciones representativas, o la mayor exposición a influencias sociobiológicas desconocidas que operan en el país de acogida. Sin embargo, se ha demostrado que muchos errores de diagnóstico se deben a los prejuicios de los profesionales de la salud con pacientes de otras culturas, en los que los profesionales tienden a etiquetar como síntomas patológicos expresiones y acciones que simplemente no son comunes en la cultura occidental (Bhui & Bhugra, 2002). Debido a estos debates, la capacitación en competencia cultural se ha convertido en un requisito para los profesionales y las instituciones de salud en países con altas tasas de inmigración. Sin embargo, como señalan Vera y Speight (2003), este proceso se ha producido de una manera algo aséptica, a menudo no informada por conceptos de justicia social.

Se pueden dar ejemplos paralelos sobre la interacción de identidad de género, sexismo, racismo y depresión. En cuanto a la identidad de género y la depresión, se han demostrado los estereotipos de los roles sexuales con respecto al etiquetado de las enfermedades mentales, y los diagnósticos psiquiátricos particulares, entre las mujeres (Sheppard, 2002). En el segundo caso, los profesionales de la salud, incluidos médicos generales, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, informan las mismas contradicciones, ambivalencias y prejuicios racistas y sexistas que el resto de la población a menudo respalda (Green, Hamlin, Ogden, & Walters, 2004; Sheppard, 2002).

Por lo tanto, como parece evidente, la investigación y la práctica en salud mental pueden ser menos objetivas y asépticas de lo que sugiere la disciplina, a pesar del paraguas científico bajo el cual se realiza.

Alternativas desde la ciudadanía y los derechos humanos

Desde la década de 1950, la psicología comunitaria y de la liberación han sido los principales actores en los debates sobre las implicaciones ideológicas para la práctica de las profesiones de la salud mental. La psicología comunitaria, de hecho, comenzó como el estudio de la salud mental de la comunidad y luego pasó al estudio de todo el funcionamiento psicosocial de las comunidades. El movimiento antipsiquiátrico fue el responsable de llevar estas ideas al mundo de la práctica psiquiátrica, abriendo una brecha que llevó a la desinstitucionalización psiquiátrica. Los diferentes procesos de desinstitucionalización se centraron en dar derechos y la posibilidad de elección a los pacientes, que recibirían atención dentro de sus comunidades. Sin embargo, este movimiento adolecía de deficiencias relacionadas con la complejidad de desarrollar intervenciones apropiadas y escasez de fondos. En la década de 1990, los países de Europa Central y Oriental comenzaron sus procesos de desinstitucionalización psiquiátrica, mientras que países como Italia, el Reino Unido, EEUU, Canadá u Holanda, más avezados en este proceso, reconocieron la importancia de la participación de los usuarios de los servicios de salud mental.

En el Reino Unido, por ejemplo, después de la Ley de Atención Comunitaria y NHS de 1990, la participación de los usuarios en la evaluación de los servicios se convirtió en un requisito legal (Barnes, 1999). De este modo, el concepto de ciudadanía aparece en el mundo de la asistencia sanitaria a través de la reivindicación de nuevos derechos para los usuarios. Paralelamente, el trabajo de Paulo Freire en Brasil inspiró a una generación de psicólogos comunitarios a construir espacios de trabajo heterogéneos en América Latina (Larrobla & Botega, 2000). Sin embargo, la introducción de servicios comunitarios en todo el mundo y la participación inicial de los usuarios en el diseño de las políticas no condujeron directamente a la integración comunitaria ni a la ciudadanía plena de los pacientes hospitalizados que pasaron a ser tratados en comunidad.

En el contexto de austeridad actual, nuevas voces reclaman el compromiso político como medio para promover el bienestar individual y colectivo (Prilleltensky, 2012). Isaac Prilleltensky y sus colegas han desarrollado una línea de investigación de acción sobre salud y cambio de organización humana (Evans et al., 2011) que demuestra cómo el compromiso político y la participación respetuosa con las elecciones de los participantes

puede, a su vez, respaldar un ambiente reflexivo para la participación sustantiva del usuario en la creación y brindar atención basada en la comunidad (Bess, Prilleltensky, Perkins, & Collins, 2009).

Una forma de abordar la experiencia de la desesperanza y la exclusión social es desarrollar enfoques que apoyen la dignidad de las personas y ayudarlas a recuperar el control de sus vidas. Además del empoderamiento personal, el empoderamiento social aborda la exclusión de grupos de personas de procesos de toma de decisiones a través de una mayor participación en el proceso de su propia recuperación. La participación de grupos excluidos y estigmatizados en la toma de decisiones y la formulación de políticas apoyaría y constituiría un proceso de imagen más abierto y democrático que incorpore el respeto por los derechos humanos. El empoderamiento es uno de los resultados previstos de la participación, ya que una persona empoderada es aquella que puede encontrar más fácilmente una ruta sostenible para salir de la exclusión social. Las definiciones de empoderamiento incluyen ideas sobre suposiciones desafiantes de poder, ayudar a las personas a controlar sus propias vidas y fomentar el poder en las personas para que puedan usarlo actuando sobre temas que consideran importantes. Se dice que el empoderamiento personal es impulsado por la creencia del individuo en su capacidad para influir en los eventos que le rodean.

El concepto de ciudadanía (Rowe, Kloos, Chinman, Davidson, & Cross, 2001) se ha utilizado en el proceso de empoderamiento como marco para abrir oportunidades de participación social a miembros de grupos estigmatizados (Rowe et al., 2009), reduciendo con éxito sintomatología y consumo de sustancias, y aumentando a la vez el bienestar (Clayton, O'Connell, Bellamy, Benedict, & Rowe, 2013). En este programa, en lugar de ver a los individuos con enfermedades mentales como problemas que deben abordarse mediante la intervención de otros, se los considera expertos en estos problemas y dificultades y, en consecuencia, los principales expertos en la identificación de soluciones para estos mismos problemas. La tarea central del programa ha sido involucrar a personas sin hogar con adicciones y enfermedades mentales para redefinir sus desafíos en sus propios términos. Las limitaciones del trabajo de calle donde se dieron cuenta que por ejemplo, ayudar a las personas a encontrar vivienda no lleva, en sí mismo, a su integración o membresía comunitaria plena, llevó a Rowe a desarrollar un marco teórico de ciudadanía (Rowe & Pelletier, 2012). El proceso se desarrolló utilizando una metodología

de investigación-acción participativa (Rowe et al., 2012) en la cual, a través de grupos focales y entrevistas, identificaron siete dimensiones de ciudadanía (Responsabilidades personales, gobierno e infraestructura, cuidado de los demás en la comunidad, Derechos Civiles, Derechos Legales, Elecciones y Administración) válidos para la intervención psicológica, que han sido posteriormente confirmados con técnicas cuantitativas (Clayton et al., 2013). Hace unos años hemos adoptado este marco de trabajo en diversas actividades desarrolladas en el Estado Español (Eiroa-Orosa & Rowe, 2017).

Otros proyectos innovadores como la prescripción social (Brandling & House, 2009) y la recuperación (Davidson, 2016) han ampliado la gama de opciones terapéuticas en la práctica general y la salud mental al fortalecer los vínculos entre salud, servicios sociales y recursos comunitarios. Renedo y Marston (2014) han desarrollado el concepto de ciudadanía participativa en el contexto de la participación del paciente y la sociedad civil en general en el sistema de salud. Proponen una visión dinámica en la que el concepto de ciudadanía involucra la participación de diferentes actores en la negociación y acción sobre sus derechos y responsabilidades.

En nuestra opinión, estos y otros conceptos como equidad, justicia social, empoderamiento y participación tienen en común dos componentes principales: la integración de la evidencia y la práctica en un marco que incluye el contexto social, los usuarios como expertos en sus propias vidas y el planteamiento de abajo hacia arriba versus enfoques de arriba a abajo (Clayton et al., 2013). Aunque la participación y el empoderamiento son valores en aumento en la sociedad en general y en la promoción de la salud mental y el bienestar psicosocial en particular, estos términos pueden tener diferentes significados para diferentes actores (Cornwall, 2008). La aplicación no reflexiva puede conducir a prácticas que en el mundo del desarrollo y la ayuda humanitaria se han definido como “neocolonialismo” y más específicamente “tiranía de la participación” (Cooke & Kothari, 2001). En el mundo de la asistencia médica, una perspectiva acrítica y desideologizada similar puede devolvernos a un escenario de paternalismo o exceso de autorresponsabilización disfrazado de empoderamiento. Por lo tanto, el conocimiento del contexto, incluidas las dinámicas sociales y de poder entre los diferentes actores, y las fuentes de capital social con las cuales se pueden mejorar las posibilidades de fomento de agencia personal (Hyypä, 2003), son fundamentales para la implementación de programas. La ciudadanía activa puede ir más allá del estricto sentido

de participación política (McEwan, 2005) mediante el fortalecimiento de la identidad social y el empoderamiento de la participación (Campbell & Jovchelovitch, 2000) para estructurar diferentes espacios de realidad (Drury & Reicher, 2009).

Referencias

- Bahr, H. M. (1968). *Homelessness and disaffiliation*. New York: Columbia University.
- Bahr, H. M. (1973). *Skid Row: An Introduction to Dissafiliation*. New York: Oxford University Press.
- Barnes, M. (1999). Users as Citizens: Collective Action and the Local Governance of Welfare. *Social Policy and Administration*, 33(1), 73–90. <https://doi.org/10.1111/1467-9515.00132>
- Bess, K. D., Prilleltensky, I., Perkins, D. D., & Collins, L. V. (2009). Participatory organizational change in community-based health and human services: from tokenism to political engagement. *American Journal of Community Psychology*, 43(1–2), 134–148. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9222-8>
- Bhui, K., & Bhugra, D. (2002). Explanatory models for mental distress: implications for clinical practice and research. *The British Journal of Psychiatry*, 181(1), 6–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.1.6>
- Brandling, J., & House, W. (2009). Social prescribing in general practice: adding meaning to medicine. *The British Journal of General Practice*, 59(563), 454–456. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X421085>
- Brown, N. J. L., Lomas, T., & Eiroa-Orosa, F. J. (2017). *The Routledge International Handbook of Critical Positive Psychology*. (N. J. L. Brown, T. Lomas, & F. J. Eiroa-Orosa, Eds.). London, UK: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315659794>
- Campbell, C., & Jovchelovitch, S. (2000). Health, community and development: towards a social psychology of participation. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 10(4), 255–270. [https://doi.org/10.1002/1099-1298\(200007/08\)10:4<255::AID-CASP582>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/1099-1298(200007/08)10:4<255::AID-CASP582>3.0.CO;2-M)
- Cantor-Graae, E., & Selten, J.-P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *The American Journal of Psychiatry*, 162(1), 12–24. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.12>
- Christopher, J. C., & Hickinbottom, S. (2008). Positive Psychology, Ethnocentrism, and the Disguised Ideology of Individualism. *Theory & Psychology*, 18(5), 563–589. <https://doi.org/10.1177/0959354308093396>

- Clayton, A., O'Connell, M. J., Bellamy, C., Benedict, P., & Rowe, M. (2013). The Citizenship Project part II: impact of a citizenship intervention on clinical and community outcomes for persons with mental illness and criminal justice involvement. *American Journal of Community Psychology*, *51*(1–2), 114–122. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9549-z>
- Cooke, B., & Kothari, U. (2001). *Participation: the New Tyranny?* Zed Books.
- Cornwall, a. (2008). Unpacking “Participation”: models, meanings and practices. *Community Development Journal*, *43*(3), 269–283. <https://doi.org/10.1093/cdj/bsn010>
- Cushman, P. (1990). Why the self is empty: Toward a historically situated psychology. *American Psychologist*, *45*(5), 599–611. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.5.599>
- Davidson, L. (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, *35*(6), 1091–1097. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>
- Drury, J., & Reicher, S. (2009). Collective Psychological Empowerment as a Model of Social Change: Researching Crowds and Power. *Journal of Social Issues*, *65*(4), 707–725. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2009.01622.x>
- Eiroa-Orosa, F. J. (2018). Editorial: The Sociocultural Context of Psychosocial Interventions. *Frontiers in Psychology*, *9*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01795>
- Eiroa-Orosa, F. J., & Rowe, M. (2017). Taking the Concept of Citizenship in Mental Health across Countries. Reflections on Transferring Principles and Practice to Different Sociocultural Contexts. *Frontiers in Psychology*, *8*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01020>
- Evans, S. D., Prilleltensky, O., McKenzie, A., Prilleltensky, I., Nogueras, D., Huggins, C., & Mescia, N. (2011). Promoting strengths, prevention, empowerment, and community change through organizational development: lessons for research, theory, and practice. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, *39*(1), 50–64. <https://doi.org/10.1080/10852352.2011.530166>
- Gartner, J., Harmatz, M., Hohmann, A., Larson, D., & Gartner, A. F. (1990). The effect of patient and clinician ideology on clinical judgment: A study of ideological countertransference. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *27*(1), 98–106. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.27.1.98>
- Green, R. G., Hamlin, H., Ogden, V., & Walters, K. (2004). Some normative data on

- mental health professionals' attitudes about racial minorities and women. *Psychological Reports*, 94(2), 485–494.
- Held, B. S. (2004). The Negative Side of Positive Psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 44(1), 9–46. <https://doi.org/10.1177/0022167803259645>
- Hyypä, M. T. (2003). Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health Education Research*, 18(6), 770–779. <https://doi.org/10.1093/her/cyf044>
- Kean, B. (2005). The Risk Society and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a critical social research analysis concerning the development and social impact of the ADHD diagnosis. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7(2), 131–142.
- Koegel, P. (1988). The Prevalence of Specific Psychiatric Disorders Among Homeless Individuals in the Inner City of Los Angeles. *Archives of General Psychiatry*, 45(12), 1085. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800360033005>
- Larrobla, C., & Botega, N. J. (2000). Psychiatric care policies and deinstitutionalization in South America. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 28(1), 22–30.
- McEwan, C. (2005). New spaces of citizenship? Rethinking gendered participation and empowerment in South Africa. *Political Geography*, 24(8), 969–991. <https://doi.org/10.1016/j.polgeo.2005.05.001>
- Moncrieff, J. (2010). Psychiatric diagnosis as a political device. *Social Theory & Health*, 8(4), 370–382. <https://doi.org/10.1057/sth.2009.11>
- Mui, A. C. (1996). Depression among elderly Chinese immigrants: an exploratory study. *The Social Worker*, 41(6), 633–645.
- Noh, S., Speechley, M., Kaspar, V., & Wu, Z. (1992). Depression in Korean immigrants in Canada. I. Method of the study and prevalence of depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(9), 573–577.
- Prilleltensky, I. (2012). Wellness as fairness. *American Journal of Community Psychology*, 49(1–2), 1–21. <https://doi.org/10.1007/s10464-011-9448-8>
- Renedo, A., & Marston, C. (2015). Spaces for Citizen Involvement in Healthcare: An Ethnographic Study. *Sociology*, 49(3), 488–504. <https://doi.org/10.1177/0038038514544208>
- Rose, N. S. (1985). *The psychological complex: psychology, politics and society in England, 1869-1939*. Routledge & Kegan Paul.
- Rose, N. S. (1989). *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*.
- Rose, N. S. (2006). Disorders Without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric

- Practice. *BioSocieties*, 1(4), 465–484. <https://doi.org/10.1017/S1745855206004078>
- Rowe, M., Benedict, P., Sells, D., Dinzeo, T., Garvin, C., Schwab, L., ... Bellamy, C. (2009). Citizenship, Community, and Recovery: A Group- and Peer-Based Intervention for Persons With Co-Occurring Disorders and Criminal Justice Histories. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 4(4), 224–244. <https://doi.org/10.1080/15560350903340874>
- Rowe, M., Clayton, A., Benedict, P., Bellamy, C., Antunes, K., Miller, R., ... O'Connell, M. J. (2012). Going to the source: creating a citizenship outcome measure by community-based participatory research methods. *Psychiatric Services*, 63(5), 445–450. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100272>
- Rowe, M., Kloos, B., Chinman, M., Davidson, L., & Cross, A. B. (2001). Homelessness, Mental Illness and Citizenship. *Social Policy and Administration*, 35(1), 14–31. <https://doi.org/10.1111/1467-9515.00217>
- Rowe, M., & Pelletier, J.-F. (2012). Citizenship: A Response to the Marginalization of People with Mental Illnesses. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 12(4), 366–381. <https://doi.org/10.1080/15228932.2012.697423>
- Sampson, E. E. (1989). The challenge of social change for psychology: Globalization and psychology's theory of the person. *American Psychologist*, 44(6), 914–921. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.6.914>
- Sheppard, M. (2002). Mental Health and Social Justice: Gender, Race and Psychological Consequences of Unfairness. *British Journal of Social Work*, 32(6), 779–797. <https://doi.org/10.1093/bjsw/32.6.779>
- Shinn, M., & Weitzman, B. C. (1990). Research on Homelessness: An Introduction. *Journal of Social Issues*, 46(4), 1–11. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1990.tb01795.x>
- Vega, W. A., Kolody, B., Valle, R., & Hough, R. (1986). Depressive symptoms and their correlates among immigrant Mexican women in the United States. *Social Science & Medicine* (1982), 22(6), 645–652.
- Vega, W. A., Kolody, B., Valle, R., & Weir, J. (1991). Social Networks, Social Support, and Their Relationship to Depression among Immigrant Mexican Women. *Human Organization*, 50(2), 154–162.
- Vera, E. M., & Speight, S. L. (2003). Multicultural Competence, Social Justice, and Counseling Psychology: Expanding Our Roles. *The Counseling Psychologist*, 31(3), 253–272. <https://doi.org/10.1177/0011000003031003001>