

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Máster de Psicología General Sanitaria

2019/2020

**EL MARCO DE PODER, AMENAZA Y SIGNIFICADO COMO ALTERNATIVA A
LOS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS. UNA PROPUESTA DE LA SOCIEDAD
BRITÁNICA DE PSICOLOGÍA**

**THE POWER, THREAT AND MEANING FRAMEWORK AS AN ALTERNATIVE
TO DIAGNOSTIC PROCESSES. A PROPOSAL BY THE BRITISH
PSYCHOLOGICAL SOCIETY**

(Trabajo de revisión, actualización y análisis de un tema)

CONSTANZA LÓPEZ MENÉNDEZ

Oviedo, enero 2020

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	6
1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 CRISIS DE LOS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS, INSATISFACCIÓN Y LIMITACIONES	7
1.2 BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS	8
2. MÉTODO.....	11
3. RESULTADOS.....	12
3.1 PATRÓN GENERAL PROVISIONAL: IDENTIDADES.....	21
3.2 PATRÓN GENERAL PROVISIONAL: SOBREVIVIR AL RECHAZO, A ESTAR ATRAPADO/A Y A LA INVALIDACIÓN.....	22
3.3 PATRÓN GENERAL PROVISIONAL: SOBREVIVIR A LAS PERTURBACIONES EN LOS APEGOS Y A LAS ADVERSIDADES EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.....	24
3.4 PATRÓN GENERAL PROVISIONAL: SOBREVIVIR A LA SEPARACIÓN Y A LA CONFUSIÓN DE IDENTIDAD.	26
3.5 PATRÓN GENERAL PROVISIONAL: SOBREVIVIR A LA DERROTA, A ESTAR ATRAPADO, AL AISLAMIENTO Y A LA PÉRDIDA	28
3.6 PATRÓN GENERAL PROVISIONAL: SOBREVIVIR A LA EXCLUSIÓN SOCIAL, A LA VERGÜENZA Y AL PODER COERCITIVO.....	30
3.7 PATRÓN GENERAL PROVISIONAL: SOBREVIVIR A LAS AMENAZAS ÚNICAS.....	32
4. DISCUSIÓN	38
5. REFERENCIAS.....	43

RESUMEN

En los últimos tiempos se han incrementado los trabajos que tratan la crisis de los sistemas diagnósticos, propios del modelo médico de trastorno mental. Debido a la falta de validez que estos sistemas presentan, se plantean dos alternativas: el giro transdiagnóstico o la vuelta a la psicopatología. No obstante, dentro de este marco de inestabilidad destaca una propuesta radicalmente innovadora que propone la División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología, denominada Marco de Poder, Amenaza y Significado (PAS). Así pues, el presente trabajo parte del análisis del Marco PAS, planteando una visión diferente sobre el origen, experiencia y expresión del sufrimiento emocional. Para ello, se ha llevado a cabo un análisis pormenorizado del documento, completándose con el intercambio de información con una de las autoras principales, Lucy Johnstone. Los resultados se sustentan en cuatro pilares: el papel de la sintomatología, la perspectiva del déficit ubicado en la persona, el planteamiento del sufrimiento emocional y el proceso de formulación como herramienta. En consecuencia, el Marco PAS plantea la necesidad de ir más allá de la medicalización, abogar por un proceder no diagnóstico y entender el sufrimiento emocional como respuesta comprensible a la biografía de la persona.

Palabras clave: sistemas diagnósticos, trastorno mental, sufrimiento emocional, Marco PAS, psicopatología.

ABSTRACT

In recent years, there has been an increase in the number of papers studying the crisis of diagnostic models related to the medical framework of mental disorder. Due to the lack of validity these models present, two alternatives have been proposed: the transdiagnostic approach or a return to psychopathology. However, within this unstable setting, one radically innovative proposal has stood out: the British Psychological Society Division of Clinical Psychology's Power, Threat and Meaning Framework (PTMF). This brings us to our present paper, which starts off with an analysis of the PTMF, offering a unique vision on the origin, experience and expression of emotional suffering. To do this, we have created a detailed analysis of the referenced document, complete with an exchange of information with one of the lead creators of the PTMF, Lucy Johnstone. Our results are based on four factors: the role of symptomatology, patients' deficit perspective, approaches towards emotional suffering and the use of case formulations as a tool. As a consequence, the PTMF presents the need to go further than medicalization, favoring a non-diagnostic proceeding and an understanding of emotional suffering as a comprehensible response to a person's biography.

Keywords: diagnostic processes, mental disorder, emotional suffering, PTMF, psychopathology.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 CRISIS DE LOS SISTEMAS DIAGNÓSTICOS, INSATISFACCIÓN Y LIMITACIONES

El campo nosográfico de los trastornos mentales ha estado dominado durante años por los sistemas diagnósticos tipo DSM/CIE. El DSM ha sido utilizado principalmente en América del Norte, mientras que la CIE ha sido utilizada en todo el mundo bajo el amparo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que hace una clasificación más extensa, detallando la causa de la muerte, lesión, enfermedad y todos aquellos problemas de salud relacionados con los trastornos mentales y del comportamiento (Stein, Lund, y Nesse, 2013).

Tras dos décadas de trabajo de investigación, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) publicó el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª edición)* el 18 de mayo de 2013 (DSM-5, 2013). Dicha clasificación se generó para solventar las limitaciones que presentaba la clasificación previa (DSM-IV-TR), que abusaba de diagnósticos “no especificados”, presentaba tasas altas de comorbilidad entre diagnósticos y no era capaz de integrar los novedosos hallazgos de la investigación neurobiológica y genética con los diagnósticos que presentaba el manual (Frances, 2013). Del mismo modo y después de un largo periodo de trabajo, se incorporó una sección psiquiátrica revisada de la CIE-11 (Möller, 2018).

Sin embargo, en los últimos tiempos se ha incrementado el número de trabajos críticos que ponen de relieve las limitaciones de ambos sistemas diagnósticos (Echeburúa, Salaberría, y Cruz-Sáez, 2014; Gintner, 2014). Así, en la mayoría de cuadros clínicos no es posible determinar los factores etiológicos, ni concretar los procesos patológicos que subyacen en ellos. Por otro lado, el diagnóstico no clarifica el tratamiento a seguir ya que hay una alta prevalencia de perfiles sintomáticos muy variados que encajan en un mismo diagnóstico (Rodríguez-Testal, Senín-Calderón, y Perona-Garcelán, 2014).

Teniendo esto en cuenta, los sistemas diagnósticos se parecen más a diccionarios descriptivos que a manuales de psicopatología, debido a su empeño en detallar y actualizar continuamente los múltiples criterios diagnósticos para que sean identificados fácilmente por terapeutas y sirvan como lengua vehicular entre ellos (Echeburúa et al.,

2014). En consecuencia, ambos sistemas diagnósticos se encuentran en una crisis derivada del modelo médico de trastorno mental, la cual ha tomado forma tras la declaración de Thomas Insel el 29 de abril de 2013, quien en su posición de director del *National Institute of Mental Health* (NIMH) en EEUU, afirmó que no se seguirían utilizando los criterios diagnósticos debido a su falta de validez (Insel, 2013).

Por otro lado, la evidencia de que el sufrimiento es el resultado de factores biológicos, psicológicos y sociales, implica la obligación de ahondar en las historias de vida de los pacientes a través de una formulación psicológica, que debe apoyarse en terapias psicológicas basadas en la evidencia (Echeburúa et al., 2014). Y a su vez, se debería de ir más allá en el proceso de evaluación, destacando la importancia del análisis topográfico y funcional, lo que permitiría responder a preguntas clave como: *¿qué le pasa al paciente?* y *¿por qué le pasa esto al paciente?* Es decir, facilitar un diagnóstico que vaya más allá de la mera etiquetación y que se considere un paso más en el proceso terapéutico (Gresham, 2015).

1.2 BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS

El marco de inestabilidad generado por la crisis de los sistemas diagnósticos pone de manifiesto la necesidad de buscar alternativas. Desde que se anunció la publicación del manual DSM-5 para mediados de mayo del 2013, las polémicas no han cesado e incluso han tomado forma con la publicación de una carta de preocupación, encabezada por el Comité Internacional de respuesta al DSM-5, para evitar su uso y buscar activamente otras alternativas a las técnicas diagnósticas vigentes (British Psychological Society, 2011).

Actualmente, se plantea el debate acerca de la funcionalidad de las terapias, ya que si bien es cierto que las terapias funcionan, no se sabe con certeza a qué se debe su funcionamiento, por lo que surge el estudio de los procesos y mecanismos como intentos de explicación de dicha realidad. Se plantea entonces la cuestión de cuáles son los procesos comunes que subyacen a las distintas topografías diagnósticas (Pérez-Álvarez, 2019), surgiendo dos alternativas contradictorias entre sí: el giro transdiagnóstico y la vuelta a la psicopatología.

El giro transdiagnóstico subraya los procesos comunes que subyacen a las

diferentes topografías diagnósticas y refiere dos alternativas: alternativas psiquiátricas y alternativas psicológicas. Por un lado, las alternativas psiquiátricas: *Research Domain Criteria (RDoC)* y *redes de síntomas*. Y por otro lado, las alternativas psicológicas que por lo común ya tienen un carácter esencialmente transdiagnóstico (Pérez-Álvarez, 2012).

En cuanto a las alternativas psiquiátricas, los RDoC han sido la propuesta alternativa transdiagnóstica del NIMH de EEUU, que trata de identificar “circuitos neuronales averiados” que dan lugar a las diferentes categorías diagnósticas (Morris, Rumsey, y Cuthbert, 2014). En cambio, la red de síntomas se apoya en agrupaciones de estos que correlacionan y las relaciones entre ellos debidas a síntomas comunes (Boschloo et al., 2015). También hay otras alternativas como la *Red de Psiquiatría Crítica* que considera los problemas clínicos como reacciones a las circunstancias de la vida corriente, a la que se adscribe Timimi (2014), quien entiende que sería suficiente con tener un número mínimo de categorías, distinguiendo entre problemas neuróticos, psicóticos, del desarrollo y de la personalidad. Además, el *Manifiesto por una Psicopatología Clínica, que no Estadística*, enfatiza la dimensión subjetiva de los problemas y la individualidad en el tratamiento ajustándolo a cada tipo de persona, en detrimento de la protocolización y valoración en base a una lista de síntomas (InfoCop, 2014). Y por último, también existen tradiciones no-reduccionistas dentro de la psiquiatría como la fenomenología, la comunitaria y la psiquiatría psicodinámica.

En relación con las alternativas psicológicas, la psicología clínica destaca por su esencia transdiagnóstica, donde cada una de las escuelas -psicodinámica, conductual, humanista, fenomenológica, existencial- entienden los problemas clínicos en función de su concepción particular del funcionamiento psicológico (Pérez-Álvarez, 2018).

Las posibilidades transdiagnósticas derivan en dos problemas fundamentales. Por un lado, la desmesurada proliferación de alternativas que llegan incluso a superar las categorías diagnósticas previas y, por otro, la continua referencia que se hace a las categorías diagnósticas (Pérez-Álvarez, 2018). Todo ello nos lleva a plantear una posible dimensión común más general que deriva en dos soluciones diferentes y que consiste en destilar factores comunes: una destilación estadística representada por el factor “p”, análogo al factor “g” de inteligencia general (Caspi et al., 2014), y una

destilación conceptual o meta-síntesis que subraya la hiper-reflexividad como dimensión meta-transdiagnóstica (Pérez-Álvarez, 2008). Así pues, la persistente referencia a las categorías diagnósticas plantea dos argumentos: por un lado, se plantea si hasta que se instaure el lenguaje transdiagnóstico sería inevitable el uso de categorías clínicas y, por otro lado, se plantea si en realidad dichas categorías son imprescindibles, siendo este último el argumento más plausible que deriva en la pregunta de cómo concebirlas (Pérez-Álvarez, 2018).

En cambio, la vuelta a la psicopatología, cuya aplicación se da mayoritariamente en la esquizofrenia, tiene como base la fenomenología estructural, centrada en núcleos o estructuras más allá de los síntomas. A pesar de que los trastornos psicóticos no encajen con exactitud en la perspectiva transdiagnóstica, se ha propuesto la psicosis como una dimensión transdiagnóstica junto a otras entidades clínicas: ansiedad y depresión, otros trastornos subclínicos de la población general, y los propios trastornos psicóticos, como melancolía, manía y esquizofrenia (Van Os y Reininghaus, 2016). En todo caso, la realidad pone de manifiesto que existen limitaciones surgidas a partir del intento de homogeneizar síntomas y diluir las diferencias cualitativas que surgirían de un análisis desde la óptica de la psicopatología (Pérez-Álvarez, 2018).

Así pues, en este contexto de crisis de los sistemas diagnósticos y de búsqueda de alternativas todavía no asentadas, surge una nueva propuesta radicalmente innovadora por parte de la División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología, denominada Marco de Poder, Amenaza y Significado (PAS) (Division of Clinical Psychology, 2013). Dada la novedad y enfoque radicalmente innovador de esta propuesta, resulta fundamental ver en qué consiste y su alcance. De este modo, la propuesta empieza por destacar la inadecuación de los actuales sistemas de clasificación DSM y CIE para entender realmente lo que les pasa a los usuarios de los sistemas de salud. En su lugar, recomienda que, a corto plazo, se apoye el trabajo con las personas usuarias de los servicios desarrollando una perspectiva multifactorial y contextual cuyo prisma englobe factores psicológicos, sociales y biológicos. A largo plazo, su objetivo radica en apoyar la construcción de narrativas desde un prisma no diagnóstico, no culpabilizador y desmitificador sobre la fortaleza y la supervivencia, reincorporando comportamientos y reacciones que actualmente se diagnostican con la etiqueta de síntomas derivados de trastornos mentales, pero que, sin embargo, deben enmarcarse en

el ámbito de la experiencia humana universal (Division of Clinical Psychology, 2013).

En definitiva, con miras a clarificar este marco de inestabilidad en el que tanto la psicología como la psiquiatría se ven inmersas, surge el objetivo de explorar el enfoque PAS que se desmarca del modelo imperante de enfermedad, ofreciendo una perspectiva diferente sobre el origen, la experiencia y la expresión del sufrimiento emocional.

2. MÉTODO

El material empleado para este trabajo de revisión teórica es el documento Marco de Poder, Amenaza y Significado (PAS), que ha servido como instrumento principal en la presente investigación para ahondar en el nuevo mapa que ofrece y cuyo sistema conceptual no diagnóstico alternativo responde a la Declaración de principios denominada *Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: Time for a paradigm shift* (Clasificación de la conducta y la experiencia en relación con diagnósticos psiquiátricos funcionales: un cambio de paradigma necesario).

Este sistema fue propuesto en 2013 por la Division of Clinical Psychology (División de Psicología Clínica) de la British Psychological Society (Asociación de Psicología Británica) (Johnstone y Boyle, 2018a), constando de dos volúmenes: el primero es un documento más extenso que explica con detalle la investigación y enfoque del documento (Johnstone y Boyle, 2018a); y el segundo es un documento más breve denominado Publicación Abreviada (Johnstone y Boyle, 2018b) que ha sido traducido al castellano y cuyo contenido se dirige a una amplia gama de lectores, incluyendo a los usuarios de servicios.

El cambio de paradigma que plantea el Marco PAS ha tenido una amplia repercusión en España. Tanto es así, que de forma voluntaria psicólogos y psiquiatras próximos a la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) han traducido la versión resumida del documento principal (Johnstone y Boyle, 2018b), y el Colegio Oficial de Psicólogos (COP) se ha hecho eco de esta propuesta debido a lo trascendente del debate sobre la utilidad y validez de las clasificaciones diagnósticas. En este sentido, ha dedicado al tema una sección de la revista “En Portada de Infocop” (Infocop, 2018), donde se realiza un análisis del documento y cuyo contenido consta de dos partes: por

un lado, recoge una entrevista a Lucy Johnstone, una de las principales autoras del documento original y miembro a su vez de la División Clínica de la Sociedad Británica de Psicología; y por otro, el psicólogo clínico Miguel Ángel Valverde, uno de los adaptadores del texto resumido al castellano, desglosa la propuesta del Marco ejemplificándola con un caso práctico (Valverde, 2018).

En cuanto al procedimiento seguido para llevar a cabo el análisis del documento se ha procedido en primer lugar a la lectura del documento principal (Johnstone y Boyle, 2018a), así como de la publicación abreviada al castellano (Johnstone y Boyle, 2018b), para posteriormente proceder al intercambio de ideas con el tutor sobre el planteamiento del trabajo. Tras ello, la autora del TFM asistió a las XIX Jornadas ANPIR celebradas en Oviedo en junio de 2019, donde una de las autoras principales del documento, Lucy Johnstone, pronunció una conferencia titulada: “Introducción al Marco de Poder, Amenaza, Significado. Una perspectiva radicalmente nueva y no diagnóstica del malestar emocional” (Johnstone, 2019). Finalmente, se tradujo al castellano tanto la conferencia como el turno de preguntas con el fin de no perder información y se comunicó a la autora que se iba a realizar un trabajo fin de máster sobre el tema, realizándose desde entonces un intercambio de correos electrónicos que ha permitido aclarar las dudas que han ido surgiendo con el avance del trabajo, con tan solvente fuente.

3. RESULTADOS

La aportación principal del Marco PAS va orientada a ofrecer un modelo radicalmente diferente al modelo biomédico representado en gran medida por el DSM y la CIE, donde no es necesario clasificar el sufrimiento y el comportamiento perturbado o perturbador como patológicos. Desde esta perspectiva se plantea cómo el mal uso de los distintos tipos de poder genera distintos tipos de amenazas, provocando un impacto negativo en la vida de las personas, y donde de acuerdo al significado que las personas otorguen a esas amenazas, estas pondrán en práctica diferentes estrategias de afrontamiento (Johnstone, 2019).

En primer lugar y en contraposición al modelo biomédico, los *síntomas psiquiátricos* son concebidos en este enfoque como las diferentes estrategias de

supervivencia que la persona pone en práctica en base al significado que ha recibido de las amenazas. Es decir, los signos o síntomas psiquiátricos que conforman una categoría diagnóstica se comprenden y entienden en relación con la historia de vida del individuo, a pesar de que en ocasiones la relación entre esas circunstancias vitales adversas no sea sencilla (Johnstone y Boyle, 2018a). Específicamente, los factores de riesgo propuestos por el Marco que están relacionados directa o indirectamente con el poder, focalizan la influencia en cuatro aspectos: género, etnicidad y clase social, adversidades en la infancia y pobreza. Y además, también refieren el poder ideológico como una forma de poder muy influyente generadora de infinitas cosmovisiones.

En segundo lugar, el Marco PAS refiere la importancia de la formación académica recibida por los profesionales de salud mental, quienes han sido educados a reaccionar ante las amenazas y sus respuestas a través del etiquetaje con diagnósticos psiquiátricos, poniendo el foco en el *déficit de la persona*. De ahí que los sistemas de salud mental puedan resultar por si mismos el caldo de cultivo ideal como contexto traumatizador y revictimizador (Johnstone, 2019).

En la actualidad, es conocido el carácter inespecífico de las psicoterapias (Pérez-Álvarez, 2019), dado que un reciente metaanálisis muestra que los efectos a medio o largo plazo se igualan, obteniéndose resultados muy parecidos. Por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual que suele representarse como la más científica, propone una terapia específica para cada trastorno, lo cual a corto plazo puede funcionar, pero a medio o largo plazo hace que el efecto desaparezca (González-Blanch y Carral-Fernández, 2017). Esto puede deberse a que lo que funciona no es el protocolo que se emplea, sino la relación con la persona que tiene como ingredientes la empatía, la motivación o la creación de confianza, es decir, elementos que no son recogidos por las técnicas (Frank y Frank, 1991; Johnstone y Boyle, 2018a).

En consecuencia, con el objetivo de conocer qué marcos teóricos, posturas filosóficas y formas de pensar son útiles para comprender el comportamiento y la experiencia de las personas en sus entornos sociales y relacionales, el Marco PAS hace un análisis de todos los *modelos existentes*. A continuación, se extraerán las aportaciones que confieren mayor importancia a las relaciones sociales, ambientales y personales (ver Tabla 1).

Tabla 1

Análisis de los modelos más representativos

Enfoque cognitivo	<p>Reconoce el significado personal que deviene de las evaluaciones que hace la persona para interpretar las experiencias acaecidas en el mundo social donde vive (Johnstone y Boyle, 2018a). Este enfoque se aplica a las experiencias psicóticas, centrándose en los delirios y creencias sobre voces (Beck, 1976, 2016; Bentall, 2003; Chadwick, Birchwood, y Trower, 1996). No obstante, cuando estos enfoques se aplican a terapia existe controversia, existiendo distintos tonos de teoría y práctica que coexisten entre dos polos bien diferenciados. Por un lado, unos refieren un mecanismo mental interno defectuoso que parece compartir supuestos epistemológicos de la ciencia positivista, involucrando empirismo y racionalismo (Bracken y Thomas, 2008; Slife, 2004) y, por otro, existen enfoques denominados “dialógicos” que se aproximan más al construccionismo social, los cuales hacen hincapié en el carácter relacional y social del procesamiento cognitivo y del contenido (Strong, Lysack, y Sutherland, 2008). Por tanto, los estilos cognitivos, sesgos y pensamientos automáticos negativos no se consideran propiedades estables de las mentes individuales, sino construcciones continuas de uno mismo así como del mundo, las cuales surgen de las relaciones sociales en contextos culturales particulares. Así pues, en general se puede entender que por su vinculación con el diagnóstico psiquiátrico, el enfoque cognitivo suele adoptar una postura realista y positivista que da importancia a la adversidad social (Shafraan et al., 2009). No obstante, este tipo de enfoque tiene limitaciones importantes ya que no desarrolla con exhaustividad el papel que tiene como enfoque en relación con la angustia y el mundo social, el poder social y los procesos cognitivos, de ahí que se considere uno de los enfoques más alejados del Marco PAS (Johnstone y Boyle, 2018a).</p>
Enfoque conductista radical	<p>Rechaza la idea de cogniciones como representaciones internas privadas de objetos y eventos del mundo externo, el uso de entidades o estructuras mentales como explicaciones de comportamiento en las personas, tales como: actitudes, esquemas, pensamientos, déficits cognitivos o trastornos mentales (Baum, 2005). Además, tanto este enfoque como el cognitivo entienden que la creación de significado puede darse fuera de la conciencia, por lo que las acciones de una persona pueden ser desconcertantes o angustiantes. Específicamente, esta perspectiva considera las formas verbales y los eventos privados inseparables de los contextos sociales que están sujetos a reglas, al igual que ocurre con las creencias, que aunque sean delirios, cumplen funciones importantes en la vida de las personas, pudiendo verse como adaptaciones a entornos particulares (Roberts, 1991). Robert Kohlenberg, Hayes y Tsai (1993) ya enfatizaron la naturaleza social de la cognición argumentando aspectos del aprendizaje social que puede alentar patrones de influencia angustiantes e inútiles entre los pensamientos, los sentimientos y el comportamiento. Específicamente, este enfoque es el que más puntos tiene en común con el Marco PAS debido a la importancia que da al contexto en las interacciones cotidianas (Johnstone y Boyle, 2018a). Y a su vez, también tiene semejanzas con el construccionismo social, con una atención menos explícita al poder y con enfoques realistas de la Teoría Cognitiva (Blackman, 1991).</p>

Tabla 1

Análisis de los modelos más representativos (Continuación)

Enfoque hermenéutico	Supone que la actividad humana tiene un propósito y significado, entendiendo la experiencia y el comportamiento humano de forma diferente a las reglas y procesos que rigen el movimiento de objetos, la clasificación y el diagnóstico psiquiátrico, así como los comportamientos derivados de una disfunción biológica identificada (Johnstone y Boyle, 2018a). Dos enfoques teóricos relevantes dentro de esta tradición son el psicoanálisis, que ensalza el significado como centro de la comprensión de la angustia (Frosh, 2012), y la fenomenología, cuyo interés radica en el significado subjetivo de la experiencia personal que abarca otros ámbitos como son la libertad, la elección y la responsabilidad (Aho, 2014). El énfasis en el primero está puesto en transformar la relación “yo-yo” en una “yo-tú” (Buber, 1998). Por tanto, este enfoque generalmente resalta las limitaciones del positivismo y coloca las relaciones, el significado y la agencia en el centro de nuestras preocupaciones. Mientras que particularmente la fenomenología, se ha visto limitada por su postura mayoritariamente no crítica ante las categorías diagnósticas. Ejemplo de ello fue Karl Jaspers (1963), quien reconoció la primacía desde un punto de vista diagnóstico el centrarse en la biografía de los pacientes y la forma del síntoma sobre el contenido.
Enfoque constructivista	Se centra en la forma en que el individuo construye el conocimiento a partir de la interacción con el medio e imponiendo su significado (Piaget, 1978). George Kelly propuso la Teoría de la construcción personal en la que las personas están constantemente probando hipótesis del mundo a través del descubrimiento y la experimentación (Kelly, 1991). Es decir, todos estamos involucrados en la creación de sistemas de significado (Winter y Proctor, 2013). Particularmente, la psicoterapia de construcción personal no da margen a la perspectiva de diagnóstico sobre las dificultades de salud mental, sino que los problemas son vistos como consecuencia de construcciones familiares que se bloquean, generando sistemas de construcción más o menos flexibles (Johnstone y Boyle, 2018a).
Enfoque del constructivismo social	Se refiere a los trabajos de investigadores postestructuralistas como Michel Foucault y Jacques Derrida (Burr, 2015). Los enfoques interpretativos, hermenéuticos y constructivistas se centran en las construcciones individuales del mundo, en contraposición a los constructonistas sociales que tienen en cuenta la amplia gama de opciones culturales donde unas tienen más poder que otras. Concretamente, Ken Gergen (1985) entiende las categorías diagnósticas como construcciones lingüísticas cuyo uso obedece al beneficio de grupos y procesos sociales que varían en función del periodo histórico. Otros autores como Ethan Watters (2011) e Ian Hacking (2002), inciden en que las categorías crean nuevas formas de estar en el mundo que a su vez producen formas de comportamiento que por sí mismas se definen. Por todo ello, la relación entre el mundo social construido y la experiencia individual da lugar a que se observen similitudes entre nuestra experiencia y la expresión de angustia (Johnstone y Boyle, 2018a).

Tabla 1

Análisis de los modelos más representativos (Continuación)

Enfoque del realismo crítico	<p>Afirma la existencia de un mundo real que los seres humanos no pueden conocer de manera absoluta, sino que estos tienen un conocimiento aproximado y ejercen la racionalidad crítica para decidir lo que es justo y verdadero (Bhaskar, 1986). De hecho, los términos “depresión” o “esquizofrenia” no son defendidos por este enfoque ya que entienden que carecen de fundamento empírico, mientras que sí aceptan que algunas personas oigan voces, entendiéndolas como una capacidad ampliada para experimentar acontecimientos imaginarios y reales (Boyle, 2002). Así pues, esto pone de relieve la interacción que se produce entre los múltiples procesos universales, contextuales y personales cuya comprensión del significado de acontecimientos traumáticos o extremos es especialmente relevante (Pilgrim, 2015).</p>
Enfoque sistémico	<p>Entiende que los problemas están inscritos en las interacciones entre las personas de un grupo familiar o social, donde pueden servir como propósitos para todo el sistema (Espinal, Gimeno, y González, 2004). Precisamente, los teóricos sistémicos no suelen hacer uso del diagnóstico psiquiátrico, sino que se basan en la exploración abierta y compartida de significados, entendiendo las dificultades a partir de momentos de transición (Dallos y Stedmon, 2014).</p>
Enfoque de liberación y justicia social	<p>Son tradiciones filosóficas sobre cómo se entiende la realidad. Dentro de este enfoque, la psicología comunitaria destaca por su orientación a la práctica, cuyo punto de partida es el papel explícito de las estructuras sociales, los intereses y el poder del conocimiento en la producción (Johnstone y Boyle, 2018a). Numerosos psicólogos comunitarios (Afuape y Hughes, 2016; Holland, 1995) ponen de relieve el impacto de las condiciones materiales que son escondidas por el uso particular del lenguaje, y sugieren la descripción de grupos desfavorecidos como foco de mayor riesgo a la hora de desarrollar trastornos mentales. En líneas generales, esta perspectiva aboga por un modo de actuar colaborativo y se centra en las fortalezas de las personas, mientras que entiende los síntomas como respuestas a las desigualdades de poder y recursos (Johnstone y Boyle, 2018a).</p>
Enfoque narrativo	<p>Alternativa a los sistemas existentes de categorización y clasificación. Distintas tradiciones filosóficas han contribuido a este enfoque, incluyendo la fenomenología y el construccionismo social. Y en esta línea, Bruner (1986, 1991) ya distinguía entre formas complementarias de pensamiento en la comprensión de la conducta y la experiencia humana, como son el modelo narrativo y la modalidad del pensamiento paradigmático o lógico-científico. Su base radica en el dialogismo, que es entendido como la idea de que los relatos e historias surgen a partir del diálogo con los demás, formando identidades que toman forma en los discursos sociales (Bakhtin, 1981).</p>

Tabla 1

Análisis de los modelos más representativos (Continuación)

Enfoque relativo a la experiencia o la pericia	<p>Es una perspectiva que surge como consecuencia de los nuevos movimientos sociales, dentro de los cuales se encuentran campañas contra la esclavitud, movimientos por los derechos civiles de los negros, las mujeres, las lesbianas y las personas con discapacidad (Johnstone y Boyle, 2018a).</p> <p>Este enfoque promueve el derecho de hablar y teorizar acerca de las experiencias de las personas en un contexto de desigualdad de poder. Por ejemplo, dentro del ámbito de la psiquiatría destaca “el movimiento de los usuarios” o “el movimiento de los sobrevivientes” al propio sistema (Beresford, 2010; Campbell, 2013; Chamberlin, 1988). Los investigadores en esta línea critican la producción del conocimiento tanto en psiquiatría como en psicología, argumentando que su naturaleza es de arriba hacia abajo, marginando la subjetividad y el significado (Johnstone y Boyle, 2018a). Baste como muestra el enfoque de la medicalización (Boyle, 1996), que sobrepone la forma (por ejemplo, si alguien escucha voces o se siente continuamente triste), al contenido (por ejemplo, qué dicen las voces o el motivo por el que la persona se siente mal continuamente). Este enfoque reivindica que los usuarios y ex usuarios de los servicios de salud mental, deberían de ser vistos como personas con experiencia debido a sus experiencias de angustia (“expertos por experiencia”), por lo que deberían ser un complemento a los profesionales que tienen experiencia como resultado de su formación académica (“expertos de profesión”). Por ejemplo, la Red de escuchadores de voces capacita a los oyentes como facilitadores para los grupos de esta red, ya que ofrecen información sobre relatos de angustia y entienden a los usuarios del servicio ayudándoles a integrar esos relatos angustiosos para llevar a cabo una vida significativa (Campbell, 2013; Venner y Noad, 2013).</p>
Movimiento feminista	<p>La angustia en las mujeres es un tema que se enmarca en el movimiento de las mujeres en los años setenta y posteriores. Psicólogos en esta línea (Brown, 2000; Caplan, 1987) subrayan los sesgos de género dentro del diagnóstico psiquiátrico, los cuales son avalados por la historia de la psicología y psiquiatría donde se patologiza a las mujeres por ser menos estables o racionales. Precisamente, esta perspectiva ha sido particularmente influyente a nivel mundial a la hora de reconocer la angustia de mujeres y niñas que sufren la injusticia social y las desigualdades, como también en el desarrollo de políticas de salud en general y salud mental en particular, que abogan por combatir las desigualdades y disminuir la angustia (NICE, 2014; ONU, 2015; WHO, 2013).</p>
Enfoque de la psicología indígena	<p>Fue reconocido en 2010 como disciplina por el grupo de trabajo dentro de la División 32 (Sociedad de Psicología Humanista) de la Asociación Americana de Psicología (Dudgeon y Bray, 2016). Esta tradición se basa en el estudio del comportamiento que es nativo cuyo diseño pertenece exclusivamente a la gente aborígen (Kim y Berry, 1993), por lo que se enfoca en comprender a las personas en su contexto. Y a su vez, respalda las prácticas de curación indígenas y sus cosmovisiones, puesto que se basa en una identidad grupal compartida definida por la relación de la persona con la comunidad, la tierra y sus antepasados, así como a otros elementos de la naturaleza unidos a la conciencia del legado del trauma histórico e intergeneracional (Ocampo, 2010).</p>

Estos enfoques y perspectivas analizados en el documento no son excluyentes, ya que unos incluyen modelos teóricos que subyacen a un cuerpo de trabajo y práctica empírica, mientras que otros son posturas filosóficas más generales (Johnstone y Boyle, 2018a). Así pues, los enfoques difieren en su distancia respecto al positivismo, en su postura sobre el diagnóstico y en la importancia que otorgan a determinados aspectos humanos que operan en el mundo como son el poder o la justicia social. Sin embargo, hay una gran superposición entre ellos, puesto que tienen en común una visión del ser humano como agente activo y creador de significado, cuyo respeto por los significados personales surge de su interdependencia con el mundo social que les rodea.

Además, un aspecto importante que difiere radicalmente con los enfoques diagnósticos es el planteamiento del *sufrimiento emocional*, entendido por el Marco PAS como un componente de índole más social, multifactorial y complejo (Johnstone y Boyle, 2018a). De esta manera, el modelo propone la necesidad de intervenir sobre el sufrimiento psíquico a través de políticas sociales que limiten los impactos del poder en la vida de las personas (Johnstone, 2019). Para ello, propone una serie de patrones provisionales probabilísticos a varios niveles, comenzando por el Patrón Fundamental que es el pilar básico sobre el que se sustentan los siete Patrones Generales Provisionales (Johnstone y Boyle, 2018a). Los elementos principales del Patrón Fundamental son: el poder, la amenaza, los elementos de exacerbación y de mejora, y las respuestas a las amenazas que se amplían para dar lugar a una explicación más exhaustiva (ver Figura 1).

Por un lado, los factores biológicos mediadores incluyen las respuestas basadas en la biología y factores más generales como: cambios hormonales, privación del sueño, cambios asociados al envejecimiento, etc., unidos a las consecuencias pertinentes relativas a alteraciones del neurodesarrollo, lesión cerebral o apoplejía. Y por otro lado, la inclusión del significado y discurso posibilita un análisis más preciso de los significados personales y sociales a través de los cuales se experimentan las amenazas.

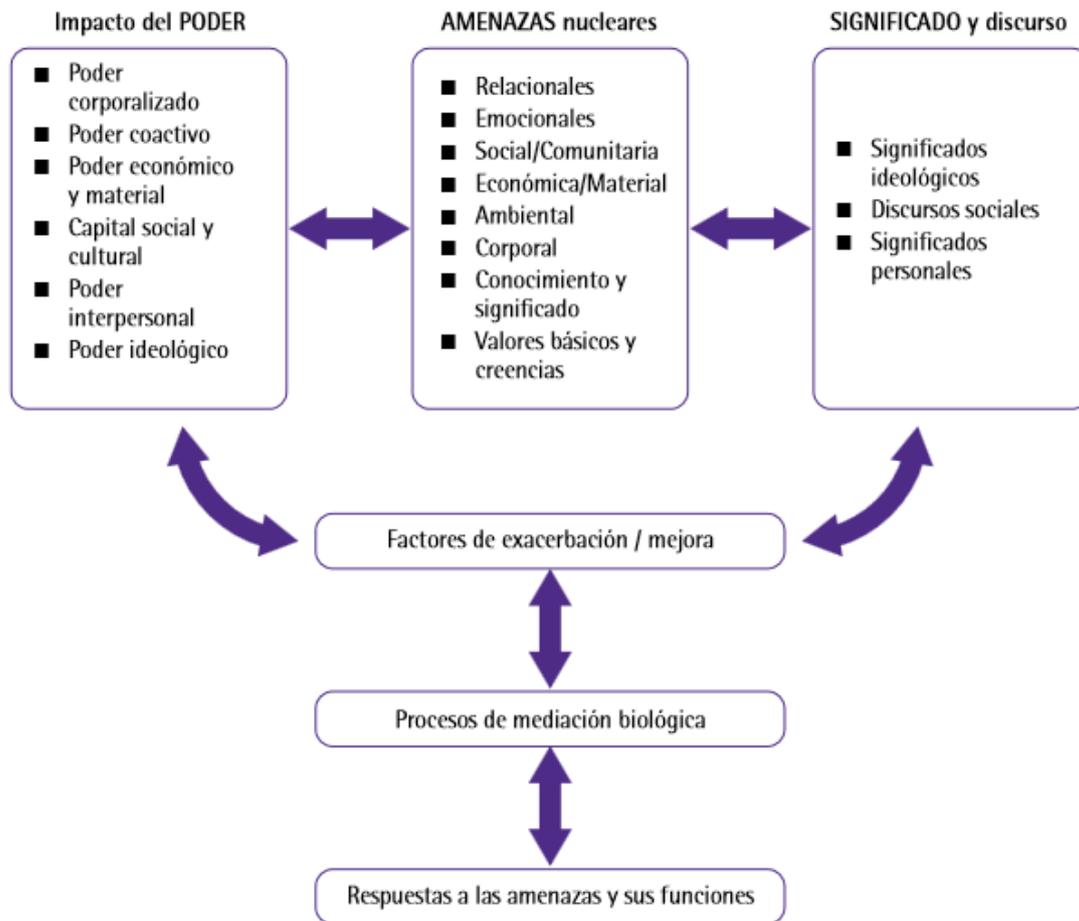


Figura 1. Plantilla de Patrones Generales del Marco PAS. Tomado de Johnstone, L., y Boyle, M. (2018b). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester, England: British Psychological Society.

Asimismo, cada Patrón General Provisional incluye un rango de posibles respuestas a la amenaza, como también cada tipo de respuesta a la amenaza puede aparecer dentro de distintos Patrones Generales operando de forma diferente.

Los siete Modelos Generales Provisionales propuestos por Johnstone y Boyle (2018a): 1) Identidades; 2) Sobrevivir al rechazo, a estar atrapado, y a la invalidación; 3) Sobrevivir a las perturbaciones en los apegos y a las adversidades en la infancia y la adolescencia; 4) Sobrevivir a la separación y a la confusión de identidad; 5) Sobrevivir a la derrota, a estar entrampado, al aislamiento y a la pérdida; 6) Sobrevivir a la exclusión social, a la vergüenza y al poder coercitivo; 7) Sobrevivir a las amenazas únicas.

3.1 PATRÓN GENERAL PROVISIONAL: IDENTIDADES

Punto de partida que resalta temas centrales relativos a la diversidad, la transversalidad, la desvalorización cultural y la marginación. Como en el resto de los patrones, a menor número de amenazas y factores agravantes y mayor número de factores de protección y mejora, se necesitará un menor número de respuestas a la amenaza, resultando menos incapacitante para la persona.

El poder se refleja en el presente o en el pasado en forma de sometimiento, opresión o exclusión asociados de forma directa e indirecta a aspectos relativos a la identidad de la persona. Su manifestación puede presentarse como amenaza permanente hacia grupos desfavorecidos (por ejemplo, vivir en entornos inseguros con amenazas frecuentes de agresiones a ese grupo) o discriminados (por ejemplo, en relación a la educación, asistencia sanitaria, transporte, etc.). Las microagresiones que se producen en interacciones cotidianas por estereotipos de pertenencia al grupo socavan a la persona y son potencialmente traumatizantes. Estos hechos pueden darse en un contexto histórico opresivo como, por ejemplo, en casos extremos de genocidio, guerra o colonialismo.

La amenaza se refleja en la persona junto con su grupo familiar, social y cultural que se encuentra expuesta al desprecio del grupo dominante mediante la amenaza física, el desprecio a su imagen física, la desvalorización, etc., lo que supone una devaluación en su rol social y vínculos con la comunidad.

El significado de las amenazas comentadas con anterioridad se asocia frecuentemente a significados de exclusión, humillación, estar atrapado, sentir vergüenza e impotencia, inutilidad, injusticia y desigualdad.

Las respuestas a la amenaza dan lugar a respuestas mediadas corporalmente, concebidas como protectoras para contrarrestar y minimizar el malestar (por ejemplo, respuestas basadas en habilidades, fortalezas, apoyo material, relacional o social, narrativas alternativas, etc.). Y a su vez, estas respuestas se usan para las siguientes funciones: regulación de los sentimientos abrumadores (por ejemplo, uso de alcohol y drogas), protección ante la amenaza física (por ejemplo, hipervigilancia), mantener la identidad, la autoimagen y la autoestima (por ejemplo, perfeccionismo), mantener un lugar dentro del grupo social (por ejemplo, competitividad) y protección frente a la

pérdida del apego, daño y abandono (por ejemplo, rechazo a los demás).

Los subpatrones y ejemplos que se encuentran dentro de este patrón subrayan la importancia de la identidad para la expresión y experiencia de cualquier tipo de sufrimiento o conducta perturbadora, y se proporciona una visión más detallada sobre la identidad de tener un trastorno mental. Esta etiqueta de enfermo mental conlleva un impacto profundo, duradero y negativo en el bienestar de la persona, que es afectada por sus efectos indirectos a través de la salud física (por ejemplo, con una dieta insuficiente o falta de accesibilidad a la asistencia sanitaria), o bien por sus efectos directos (por ejemplo, a través de la medicación psiquiátrica). Esta identidad es desvalorada y tiene más probabilidad de experimentar adversidades al acuñarles un diagnóstico psiquiátrico, lo que conlleva un aumento de experiencias similares a la vergüenza, exclusión, marginación y fracaso (Bentall, 2019). Es decir, la identidad de “enfermo mental” limita las expectativas de la persona acerca de lo que puede lograr y la vida que aspira vivir.

Un ejemplo sería el identificarse como africano/a o afrocaribeño/a en el Reino Unido, quienes son grupos minoritarios y se encuentran infrarrepresentados en los ámbitos de poder. Se ha demostrado que tienen altas tasas de psicosis y paranoia, lo que se vincula a su desventaja social, racismo, discriminación y pobreza, teniendo además más posibilidades de ingresar voluntariamente en hospitales psiquiátricos. Los entornos urbanos son el caldo de cultivo para el aumento de la psicosis, particularmente cuando hay una importante desigualdad en ingresos, en contraposición a vivir en un entorno donde se esté cerca del mismo grupo étnico, ya que actúa como factor protector (Bentall, 2019).

Otro ejemplo, sería estar identificado o identificarse como mujer, puesto que en la mayoría de las sociedades están consideradas inferiores o secundarias ya sea a nivel intelectual, económico o social. Aunque hay ciertas variaciones y determinados roles femeninos muy valorados como la maternidad.

3.2 PATRÓN GENERAL PROVISIONAL: SOBREVIVIR AL RECHAZO, A ESTAR ATRAPADO/A Y A LA INVALIDACIÓN

Como en el resto de los patrones, a menor número de amenazas y factores agravantes y mayor número de factores de protección y mejora, se necesitará un menor

número de respuestas a la amenaza, resultando menos incapacitante para la persona.

El poder se refleja en la persona que se encuentra indefensa e impotente ante una amenaza física o emocional, habiendo sufrido con frecuencia maltrato interpersonal, invalidación, acoso y abandono sin posibilidad de control. Se da en relaciones tempranas de abandono y abuso, violencia doméstica, peleas, acoso escolar en la infancia, etc. Se entiende que, posiblemente, los antecedentes se encuentren en los cuidadores que no han facilitado las relaciones tempranas seguras que debían proporcionar dadas sus propias circunstancias vitales.

La amenaza suele representarse de distintas maneras siendo las más frecuentes, el rechazo, el abrumamiento, la desregulación emocional, el estar atrapado, el abandono, la impotencia, la invalidación, la agresión física, el deterioro y la pérdida de vínculos.

El significado de las amenazas comentadas con anterioridad se asocia frecuentemente a significados de miedo, rechazo, falta de seguridad, abandono, traición, desesperación, culpa, abandono, vacío, vergüenza, marginación, etc.

Las respuestas a la amenaza se usan para llevar a cabo las siguientes funciones enumeradas por su frecuencia de utilización; regulación de sentimientos abrumadores (por ejemplo, pérdida de atención, amnesia, autolesión, impulsividad, creencias inusuales, etc.), protección frente a la pérdida de los apegos, daño y abandono (por ejemplo, aislarse y evitar a los demás, callarse, conformismo, dominio y búsqueda de control, etc.), búsqueda de vínculos (por ejemplo, mediante la idealización), mantener una sensación de control (por ejemplo, a través de los hábitos alimenticios), protección frente al peligro (por ejemplo, rabia, ansiedad, hipervigilancia, etc.), satisfacer necesidades emocionales y calmarse (por ejemplo, buscar vínculos seguros), preservar la identidad, la autoimagen y la autoestima (por ejemplo, la proyección), y comunicar el sufrimiento, buscar atención (por ejemplo, la autolesión).

Los subpatrones y ejemplos se consideran asociados, entre otras, a las siguientes circunstancias:

El Sobrevivir al acoso doméstico (mujeres), se puede solapar con el patrón “Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado/a, a la pérdida”, puesto que quienes son testigos de acoso doméstico durante la infancia, tienen más probabilidad de ser víctimas de acoso doméstico cuando son adultos. También se dan problemas de poder en otros

contextos, como por ejemplo en situaciones de dependencia económica y ausencia de apoyo. No obstante, el denominador común a la constelación de amenazas y respuestas a las mismas en las mujeres supervivientes a estas situaciones, incluyen: ánimo bajo, vergüenza, culpa, ansiedad, riesgo alto de suicidio, etc. Sus estrategias de seguridad son comúnmente la resignación, el aislamiento, callarse, etc. Y los significados suelen ser reforzados por el perpetrador, asociándose a sentirse inútil o culparse.

El Sobrevivir como refugiado, solicitante de asilo, víctima de la trata de personas o como personas desplazadas, se superpone a los patrones “Sobrevivir a la amenaza única” y “Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado, al aislamiento y a la pérdida”, puesto que este grupo ha experimentado amenazas tanto pasadas como actuales que incluyen tortura, persecución, pérdida de seres queridos, etc. Los diagnósticos más frecuentes identificados por salud mental en este grupo son el TEPT, la depresión y la psicosis.

El Sobrevivir al trauma histórico e intergeneracional, con frecuencia se ha dado en víctimas supervivientes del Holocausto, donde el trauma puede afectar intergeneracionalmente debido al impacto psicológico y emocional de vivir con supervivientes. En este último subpatrón, se hace hincapié en el trauma histórico, que aparece en poblaciones sometidas que conviven con una herida emocional acumulada durante generaciones.

3.3 PATRÓN GENERAL PROVISIONAL: SOBREVIVIR A LAS PERTURBACIONES EN LOS APEGOS Y A LAS ADVERSIDADES EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Como en el resto de los patrones, a menor número de amenazas y factores agravantes y mayor número de factores de protección y mejora, se necesitará un menor número de respuestas a la amenaza, resultando menos incapacitante para la persona.

El poder se refleja en los niños o jóvenes que han sido frecuentemente expuestos a distintas adversidades en la infancia o juventud, a través del abandono, abuso sexual, físico o emocional, pérdida de figuras parentales, presencia de violencia doméstica, etc. Sin embargo, en este caso el poder puede operar de forma más sutil en entornos sociales, comunitarios o escolares, ya sea a través de comparaciones, expectativas familiares, etc.

La amenaza se refleja en el abandono emocional, el estar atrapado, el peligro físico, el abandono, la confusión de identidad, el desamparo, la sobrecarga emocional, la impotencia, la agresión física, la pérdida de agencialidad y control.

El significado a las amenazas comentadas con anterioridad se asocia frecuentemente a significados de vergüenza, inutilidad, abandono, desesperanza, miedo, sentirse controlado, etc.

Las respuestas a la amenaza varían en función de la edad, encontrándose impactos en los hitos del desarrollo correspondientes al lenguaje, habla y comportamiento, así como en la salud física y emocional de la persona. De este modo, las respuestas a la amenaza en este patrón dependen de la etapa del desarrollo evolutivo y están enumeradas por su frecuencia de utilización; regulación de sentimientos abrumadores (por ejemplo, cambios de humor), protección contra la pérdida de apego, daño y abandono (por ejemplo, odio hacia la propia persona), búsqueda de vínculos (por ejemplo, comportamiento sexualizado), protección contra el peligro (por ejemplo, ansiedad), satisfacer necesidades emocionales, calmarse (por ejemplo, balanceo), comunicar el sufrimiento, buscar atención (por ejemplo, rabietas), mantener un sentido de control (por ejemplo, agresión), preservar la identidad, la autoimagen y la autoestima (por ejemplo, dominancia) y preservar un lugar en el grupo social (por ejemplo, resignación).

Los subpatrones y ejemplos se consideran asociados, entre otras, a las siguientes circunstancias:

El Sobrevivir a ser testigo de abuso doméstico siendo niño/a o adolescente, es probable que se refleje en los niños en forma de violencia o crueldad hacia animales, con malas relaciones entre sus pares, faltas de respeto hacia las mujeres e incluso pueden llegar a causar abuso doméstico en la edad adulta. En cambio, las niñas suelen recurrir a la resignación y a sentirse culpables. Además, es posible que los adolescentes y los adultos tengan conductas sexuales de riesgo. Así pues, cuanto peor sea la violencia intrafamiliar, mayores secuelas sufrirán.

El Sobrevivir al acoso siendo niño/a adolescente, es reflejado en las normas culturales y sociales que tienen como principal característica la falta de tolerancia a lo diferente. Los acosadores, ya sean niños o niñas, también pueden necesitar ayuda, ya

que es posible que sean más propensos a intimidar a otros niños si han sido víctimas de maltrato por sus padres (abuso sexual o físico) o hayan sido testigos de violencia intrafamiliar. De hecho, el impacto del acoso ha sido estudiado ampliamente y es sabido que conlleva un mayor riesgo de tener experiencias psicóticas durante la adolescencia.

El Sobrevivir al abuso sexual siendo niño/a adolescente, puede tener graves efectos a largo plazo en el desarrollo del menor, donde los factores protectores y exacerbantes juegan un papel clave, así como el tipo de relación entre la víctima y el agresor. Específicamente, es más probable que los sobrevivientes al abuso sexual infantil sufran alucinaciones debido al alto grado de disociación experimentado. Generalmente, las chicas que han sufrido abusos sexuales suelen manifestar disociaciones, ánimo bajo, autolesiones, dificultades cognitivas, relaciones sexuales problemáticas en la adolescencia, etc. El daño es más severo en función del tipo de relación que mantengan el agresor y la víctima.

3.4 PATRÓN GENERAL PROVISIONAL: SOBREVIVIR A LA SEPARACIÓN Y A LA CONFUSIÓN DE IDENTIDAD

Como en el resto de los patrones, a menor número de amenazas y factores agravantes y mayor número de factores de protección y mejora, se necesitará un menor número de respuestas a la amenaza, resultando menos incapacitante para la persona.

El poder se refleja en la existencia de antecedentes de pérdida o separación parental, abuso sexual y otros traumas. En ocasiones, la dificultad de conseguir el equilibrio en la vida obedece a episodios vividos en la infancia y/o adolescencia. La familia de origen puede encontrarse en una situación de desventaja social y económica, incluso en una situación de marginación. Además, los discursos sociales sobre el éxito y la independencia añaden más presión al desarrollo del joven. Así pues, esto varía dependiendo de la cultura, ya que los ideales y las expectativas son diferentes en cada país.

La amenaza recae en varios aspectos tales como el sentido de sí mismo y la agencialidad, la identidad y la invalidación emocional. Otras amenazas frecuentes son el rechazo, el aislamiento social, la exclusión, la agresión física, la desatención emocional y la derrota.

El significado de las amenazas comentadas con anterioridad se asocia frecuentemente a significados de abandono, sentirse controlado o invadido, vergüenza e inferioridad, estar atrapado, rechazo e inutilidad.

Las respuestas a la amenaza se usan para llevar a cabo las siguientes funciones enumeradas por su frecuencia de utilización; protección contra la pérdida del apego, daño y abandono (por ejemplo, regresión emocional), preservar la identidad, autoimagen y autoestima (por ejemplo, adelgazamiento), regulación de los sentimientos abrumadores (por ejemplo, escuchar voces), protección contra el peligro (por ejemplo, resignación), mantener un sentido de control (por ejemplo, dejando de comer o con atracones), búsqueda de vínculos (por ejemplo, dependencia), preservar un lugar en el grupo social (por ejemplo, esfuerzo), castigarse (por ejemplo, ánimo bajo), comunicar el sufrimiento y la búsqueda de cuidados (por ejemplo, comunicación confusa) y encontrar significado y propósito (por ejemplo, creencias inusuales).

Los subpatrones y ejemplos se consideran asociados, entre otras, a las siguientes circunstancias:

El Sobrevivir a las transiciones en la mitad de la vida, puesto que ejerce un impacto en las mujeres quienes experimentan un malestar significativo al tener que afrontar un cambio de rol cuando sus hijos abandonan el hogar o en cuestiones similares propias de la edad, incluyendo en ocasiones la muerte de sus padres. Generalmente, los hombres desarrollan un patrón similar. No obstante, en ambos casos es posible que surja un impulso por satisfacer las necesidades que se negaron debido al deseo de cumplir con otras expectativas sociales y de género en edades tempranas. Por un lado, el sentido de identidad de las mujeres puede haber quedado relegado por la crianza de los hijos, donde dicha función es exacerbada por los mensajes de sacrificio emocional inmersos en la cultura, así como por otras desigualdades económicas y sociales. Y por otro, es posible que los hombres se sientan presionados en relación con las expectativas laborales que han de cumplir.

El Sobrevivir a la separación en las familias emigrantes, da lugar a una doble presión en la individualización de los jóvenes emigrantes de primera generación, ya que tendrán que adaptarse a las normas culturales occidentales y, a su vez, mantener una relación estrecha con su familia. También es posible que tengan que negociar y

comprometerse con otros temas como por ejemplo las relaciones sexuales, el uso de drogas y alcohol, los estilos de vestir, etc. Así pues, se han detectado en el grupo de minorías étnicas altas tasas de expresión del malestar que han derivado en episodios psicóticos.

3.5 PATRÓN GENERAL PROVISIONAL: SOBREVIVIR A LA DERROTA, A ESTAR ATRAPADO, AL AISLAMIENTO Y A LA PÉRDIDA

Como en el resto de los patrones, a menor número de amenazas y factores agravantes y mayor número de factores de protección y mejora, se necesitará un menor número de respuestas a la amenaza, resultando menos incapacitante para la persona.

El poder se refleja en aquellas personas que se encuentran atrapadas en situaciones de larga duración, quienes sufren estrés crónico interpersonal, ambiental o exclusión social. Estas situaciones pueden incluir otros elementos como la pobreza, aislamiento social, estrés laboral, duelo, relaciones de control o sumisión, dolor y discapacidad. A gran escala, se puede incluir el impacto global de sobrevivir a situaciones de desigualdad e injusticia social que derivan en la fragmentación de comunidades, afectando a todos sus miembros. Además, también se pueden dar historias previas de perturbación en los apegos, incluyendo la pérdida de figuras parentales, abuso sexual, acoso, crítica, violencia doméstica o desamparo.

La amenaza suele representarse de diferentes maneras siendo las más frecuentes, la pérdida de vínculos, la exclusión social, la pérdida de agencialidad, la derrota en competitividad, el estar atrapado, el cansancio físico y el agotamiento.

El significado de las amenazas comentadas con anterioridad se asocia frecuentemente a significados de impotencia, vergüenza, humillación, derrota, soledad, falta de confianza, exclusión, humillación, inferioridad, desesperanza, estar atrapado, etc. También se pueden tener otros significados como: fracaso, desigualdad, injusticia o enajenación.

Las respuestas a la amenaza conllevan las siguientes funciones enumeradas por su frecuencia de utilización; protección contra la pérdida de apego, el daño y el abandono (por ejemplo, callarse), regulación de los sentimientos abrumadores (por ejemplo,

exceso de trabajo), autocastigo (por ejemplo, culparse), preservar la identidad, la autoimagen y la autoestima (por ejemplo, competitividad), preservar un lugar en el grupo social (por ejemplo, esfuerzo), búsqueda de vínculos (por ejemplo, llanto), satisfacer necesidades emocionales, calmarse (por ejemplo, comer en exceso), protección contra el peligro físico (por ejemplo, fobias), mantener una sensación de control (por ejemplo, rumiación) y comunicar el sufrimiento, buscar cuidadores (por ejemplo, agredirse).

Los subpatrones y ejemplos se consideran asociados, entre otras, a las siguientes circunstancias:

El Sobrevivir a la derrota en la competencia, donde las expectativas familiares y sociales pueden llevar a la persona a expresar su éxito mediante un ímpetu competitivo y conseguir un logro relevante. Cuando dichas expectativas no se cumplen y la persona no tiene el control, pueden darse respuestas de amenaza del estilo “derrota en la competencia”, que llevan asociado un sentido de pérdida, desesperanza, vergüenza, y en determinadas ocasiones, sentimientos suicidas. Generalmente, los hombres en este sentido tienen más riesgo de suicidio, ya que son más vulnerables a determinados tipos de mensajes. Ejemplo de ello es que ante las presiones globales asociadas a la recesión de la economía, se ha comprobado que en hombres aumentan los niveles de miedo y desconfianza, aislamiento y soledad, humillación y vergüenza, sentimientos de estar atrapado e impotencia.

El Sobrevivir a la exclusión y al fracaso competitivo como persona joven, donde particularmente en el Reino Unido, tanto los adolescentes como los jóvenes adultos muestran altos niveles de autolesión, ansiedad, abuso de drogas y alcohol, sufrimiento, odio a su cuerpo, etc., en relación a la alta presión que sufren dentro de sus pares, que correlaciona con la constante comparación en redes sociales de su estatus. Específicamente, el ideal de estar delgado se ha llegado a extender ampliamente entre mujeres jóvenes. Similarmente, los hombres jóvenes se preocupan por estar en forma y mostrar una apariencia física adecuada al canon de belleza masculino.

El Hacer frente al parto y a la crianza de los hijos, que es diagnosticada en ocasiones como depresión postparto. El parto conlleva una serie de factores de riesgo o amenaza como son el sentirse atrapada, la agresión física, la pérdida de rol, etc., incluso

en algunas mujeres debido a los cambios hormonales y al agotamiento físico dicha circunstancia puede reactivar recuerdos traumáticos asociados a abusos sexuales o físicos. Generalmente, en este caso las respuestas a la amenaza obedecen a la función de expresar la necesidad de apoyo.

3.6 PATRÓN GENERAL PROVISIONAL: SOBREVIVIR A LA EXCLUSIÓN SOCIAL, A LA VERGÜENZA Y AL PODER COERCITIVO

Como en el resto de los patrones, a menor número de amenazas y factores agravantes y mayor número de factores de protección y mejora, se necesitará un menor número de respuestas a la amenaza, resultando menos incapacitante para la persona.

El poder es reflejado por la actividad negativa que ejerce el mismo, puesto que opera en el pasado y en el presente de formas diferentes, provocando múltiples amenazas y adversidades tanto a nivel relacional como social. Particularmente, en sociedades competitivas donde hay desigualdad económica y social el efecto del poder se agrava. A su vez, los roles de género tienen una gran influencia en la forma en que se experimentan y expresan las amenazas. Por ejemplo, la violencia doméstica se ve facilitada en algunos países a través de determinados discursos sociales donde imperan valores como el dominio, la fuerza y el control masculino.

La amenaza se representa de diversas formas, aunque las más frecuentes que afectan tanto al individuo como a la familia o al grupo social, suelen ser: la desvinculación social, la desregulación emocional, la exclusión, el peligro físico, el abandono, el desamparo, la invalidación emocional, la impotencia, la agresión física y la pobreza material.

El significado de las amenazas comentadas con anterioridad se asocia frecuentemente a significados de inferioridad, inutilidad e impotencia, vergüenza, miedo y humillación. Además, se considera que los pensamientos de suspicacia se asocian a sentimientos de vergüenza, injusticia, ira, indignidad, exclusión social, sentirse atrapado e impotencia.

Las respuestas a la amenaza se usan para llevar a cabo las siguientes funciones enumeradas por su frecuencia de utilización; preservar la identidad, la autoimagen y la

autoestima (por ejemplo, desconfianza), regular los sentimientos abrumadores (por ejemplo, proyección), protección contra el peligro físico (por ejemplo, agresión), mantener un sentido de control (por ejemplo, violencia y amenazas), protección contra la pérdida de apego, el daño y el abandono (por ejemplo, sensibilidad a la humillación y a la vergüenza), preservar un lugar dentro del grupo social (por ejemplo, pertenecer a un grupo), castigarse (por ejemplo, intentos de suicidio), satisfacer necesidades emocionales, calmarse (por ejemplo, hábitos alimenticios).

Los subpatrones y ejemplos se consideran asociados, entre otras, a las siguientes circunstancias:

El Causar violencia doméstica, se manifiesta a través de cualquier relación coercitiva o violenta entre los miembros generalmente adultos de la familia, siendo más frecuente el maltrato a la pareja. Particularmente, los hombres que protagonizan violencia doméstica suelen estar en contextos de desempleo y problemas financieros o pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. No obstante, el maltrato doméstico opera en todos los sectores sociales, y puede hacerlo también donde hay un estatus social elevado y un nivel socioeconómico alto. Al mismo tiempo, las experiencias tempranas de victimización, así como el hecho de haber presenciado violencia doméstica entre las figuras parentales, aumenta el riesgo de reproducir dicho patrón agresivo en los hombres, aunque no en las mujeres. Acerca del maltrato doméstico protagonizado por mujeres se sabe menos, aunque probablemente se relaciona con perturbaciones en el apego y traumas tempranos. El grado de exposición a violencia intrafamiliar durante la infancia, correlaciona con la gravedad del maltrato llevado a cabo en la etapa adulta.

El Sobrevivir a no tener hogar, que correlaciona frecuentemente con tener escasas relaciones familiares, haber presenciado maltrato o violencia a nivel físico y emocional, incluida la violencia doméstica, y haber abusado de sustancias. Además, se ha observado que estas personas a menudo han estado institucionalizadas, por lo que a menudo tienen acumuladas una serie de adversidades.

El Sobrevivir a la separación, la institucionalización y el privilegio, se caracteriza por su ocultamiento a través de comportamientos dominantes, intimidatorios u ofensivos. En personas de nivel socioeconómico alto pueden mostrar patrones de respuesta diferentes. Por ejemplo, se ha puesto de relieve en familias de estatus elevado

el denominado “boarding school syndrome” (síndrome del niño institucionalizado).

3.7 PATRÓN GENERAL PROVISIONAL: SOBREVIVIR A LAS AMENAZAS ÚNICAS

Como en el resto de los patrones, a menor número de amenazas y factores agravantes y mayor número de factores de protección y mejora, se necesitará un menor número de respuestas a la amenaza, resultando menos incapacitante para la persona.

El poder es reflejado ante la circunstancia de perder a un ser querido por causas naturales, que a su vez, puede no tener relación con la persona o lo haga indirectamente. Por ejemplo, cuando se produce un accidente en un lugar de trabajo con unas condiciones inseguras. En cambio, otro ejemplo donde probablemente el poder tenga un papel más importante debido a su impacto y consecuencia, sería cuando acontece un desastre natural que no tenga causa humana (¿qué ayuda se proporcionó en ese momento? ¿qué personas estaban mejor protegidas debido a su estatus socioeconómico?).

La amenaza ante el acontecimiento traumático recae en la integridad física y/o psicológica de la persona, incluyendo en algunos casos para las personas próximas a la víctima.

El significado de las amenazas comentadas con anterioridad se asocia frecuentemente a significados de aislamiento, culpa y vergüenza, miedo, extrañeza e impotencia. De hecho, la culpa y la vergüenza suelen ser los significados que se asocian a sucesos traumáticos que se viven muy personalizados o han sido intencionados.

Las respuestas a la amenaza se usan para llevar a cabo las siguientes funciones enumeradas por su frecuencia de utilización; regular los sentimientos abrumadores (por ejemplo, evitar factores desencadenantes), distracción o evitación de los sentimientos abrumadores (por ejemplo, lagunas mnésicas), protección contra el peligro (por ejemplo, flashbacks), mantener un sentido de control (por ejemplo, hipervigilancia), castigarse (por ejemplo, autocrítica) y satisfacer las necesidades emocionales, calmarse (por ejemplo, uso de drogas y alcohol).

Los subpatrones y ejemplos se consideran asociados, entre otras, a las siguientes

circunstancias:

El Sobrevivir a la violación, genera un impacto más fuerte que otros delitos debido a los elementos implicados en esta acción. Ejemplo de ellos son: humillación, terror, impotencia, agresión e intrusión corporal. Especialmente en las mujeres, las respuestas a la amenaza y los significados más frecuentes se asocian a vergüenza y culpa, sentimientos de responsabilidad, así como relaciones sexuales y relacionales problemáticas. En cambio, las respuestas a la amenaza y los significados en los hombres se asocian a vergüenza, humillación, impotencia, escasa confianza en sí mismos, imagen corporal negativa e incluso homofobia internalizada. En ambos casos, los significados están moldeados mediante el discurso social imperante inmerso en la cultura. Generalmente, las víctimas suelen manifestar ansiedad, temor, ánimo bajo, hipervigilancia, evitación, pensamientos intrusivos e incluso en algunos casos pueden desarrollar pensamientos suicidas y abuso de alcohol o drogas.

El Sobrevivir al combate, como en la guerra del Vietnam y bajo la denominación de trastorno de estrés postraumático instaurada por el DSM-III, las respuestas se han reconocido como neurosis de guerra. Cuando los sucesos amenazantes en el combate incluyen diversos factores de exacerbación, y además, son producidos sobre personas en un contexto determinado de la historia donde se incluyen adversidades previas y dificultades en los apegos, las respuestas a la amenaza suelen resultar más graves y el patrón se ajusta más al de “Sobrevivir al rechazo, a estar atrapado/a y a la invalidación”. Generalmente, el contexto de guerra expone a los combatientes a situaciones de violencia, como también a transgresiones generadas por heridas o ser testigos de asesinatos cometidos de formas horribles, lo que conlleva un importante daño psicológico. En estos casos, el superviviente suele manifestar insomnio y un alto grado de alerta fisiológica, donde a menudo se incluyen respuestas de sobresalto e irritabilidad. En ocasiones, además, el superviviente puede abusar del consumo de drogas y alcohol con la intención de controlar sus sentimientos de temor e impotencia.

Por otro lado, el documento PAS pone de relieve el concepto de *formulación*, que se ha convertido en una de las cuestiones emergentes más importantes dentro del ámbito de la salud mental, siendo considerada como una destreza importante tanto para la formación de psiquiatras de Reino Unido (Royal College of Psychiatrists, 2010), como

para psicólogos de la salud, asesores, forenses, psicopedagogos y deportivos (Health Professions Council, 2009). Se entiende que la formulación es un tipo de narrativa, es decir, una forma de relato que incluye la situación actual de la persona en cuyo resumen se establece una relación entre las adversidades mediadas por el significado y sus respuestas (Johnstone, 2013). A su vez, las narrativas pueden incluir otras formas de relato igualmente útiles como por ejemplo el arte, la poesía, la música, etc., las cuales constituyen formas que tiene la gente para entender y dar sentido tanto a sus vidas como a su sufrimiento (Johnstone, 2019).

La aplicación de la formulación en el Marco PAS puede plantearse desde distintos enfoques: 1) Psicodinámico; 2) Cognitivo-conductual; 3) Sistémico; e 4) Integrativo.

En primer lugar, el enfoque Psicodinámico es el punto de partida donde se encuentran las primeras formulaciones psicoterapéuticas, originarias en los estudios de caso de Freud, donde se utilizan conceptos tales como: inconsciente, transferencia, mecanismos de defensa, ello, yo y superyó (Holmes, 1995). Estos conceptos son clave junto con el término “formulación”, que a pesar de no ser utilizado por Freud, es sumamente relevante, puesto que la terapia psicoanalítica tiene como base ayudar al paciente a “reformular” lo que está experimentando de una forma más inclusiva, permitiéndole tolerar el malestar que está sufriendo.

En segundo lugar, el enfoque Cognitivo-Conductual es la perspectiva que actualmente publica más trabajos sobre formulación o conceptualización del caso, considerándose la piedra angular de la terapia cognitivo-conductual (TCC) (Beck, 2011; Butler, 1998). El proceso de formulación trata de establecer una conexión entre, por un lado, los problemas y las experiencias de la persona, y por otro, la teoría y la investigación de la TCC, todo ello con el objetivo de que el cliente adquiriera una nueva comprensión específica y particular de su caso. Es decir, mejora la práctica terapéutica al explicar las presentaciones de los clientes de una forma coherente y significativa a la par que teóricamente informada, lo que da lugar a unas intervenciones eficaces (Johnstone, 2013).

En tercer lugar, el enfoque Sistémico considera todos los aspectos de la terapia como un proceso interaccional, colaborativo y co-construccional en el que el terapeuta, el equipo de supervisión y los miembros de la familia desarrollan conjuntamente nuevas

formulaciones sobre sus problemas (Johnstone, 2013). Durante la primera fase del modelo de formulación, el equipo del Mental Research Institute (Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1974) propuso que muchos problemas surgen por las soluciones fallidas aplicadas a las dificultades, es decir, aquí la formulación ahondará en identificar qué es lo que entiende como problema y cuál es la relación con las dificultades que la familia ha intentado vencer. Para ello, el equipo de Milán de los terapeutas familiares (Palazzoli, Boscolo, Prata, y Cecchin, 1978), estableció la relación bidireccional entre la terapia y formulación, cuya progresión se debe a un proceso de hipotetización. Sin embargo, actualmente la formulación sistémica contemporánea hace más hincapié en la comprensión de la narrativa, el lenguaje y los contextos culturales (Dallos y Draper, 2010).

En cuarto lugar, el enfoque Integrativo entiende la formulación desde una perspectiva global que comprende la etiología del trastorno o condición de la persona enmarcada en tres aspectos: biológico, psicológico y sistémico (Weerasekera, 1996). En esta misma línea, se han desarrollado debates sobre el beneficio de la formulación del trabajo en equipo, que fundamentalmente resulta en un enfoque consistente derivado de la pericia de los distintos profesionales que conforman el proceso de intervención (Division of Clinical Psychology, 2011).

Y por último, en relación con la lógica que plantea el proceso de formulación que es equiparable a la que sugiere la perspectiva colaborativa y contextual del Marco PAS, se plantean unas preguntas clave que no se centran en el diagnóstico, es decir, en lo que va mal o no funciona de la persona. Esto es, ambos coinciden en resaltar la importancia de escuchar a la persona, de ahí que el eslogan sea “*en vez de preguntarme ¿en qué he fallado?, pregúntame, ¿qué me ha pasado?*” (Johnstone, 2019). Así pues, las 4 preguntas clave serían las siguientes: a) “*¿Qué te ha pasado?*” (que se traduciría al marco como: ¿cómo ha operado el *poder* en tu vida?), b) “*¿Cómo te afecta?*” (que se traduciría al marco como: ¿qué *amenazas* representa?) c) “*¿Qué sentido le das?*” (que se traduciría al marco como: ¿qué *significado* le das a esas experiencias?), y d) “*¿Qué has tenido que hacer para sobrevivir?*” (que se traduciría al marco como: ¿qué *respuesta a la amenaza* estás usando? Además, habría dos preguntas transversales al diálogo en sí; e) “*¿Cuáles son tus fortalezas?*”, y f) “*¿Cuál es tu historia?*” (Johnstone y Boyle, 2018a).

Finalmente y como resumen, con el fin de dar cuenta acerca de la lógica del proceso de formulación, a continuación se desarrollará un ejemplo de un caso representado por Amanda (Johnstone, 2019), a quien le diagnosticaron un trastorno límite de la personalidad. Ante el cuadro diagnóstico que le presentaron, ella optó por usar las preguntas del Marco para entender su nueva situación desde un punto de vista no diagnóstico.

a) Impacto del poder: *“he sobrevivido a muchas experiencias traumáticas. Además, dos sistemas muy poderosos me han arrebatado el poder (los servicios de salud mental y los servicios sociales). Esto resultó en dos profesionales varones que explotaron su posición de confianza, poder y autoridad para coaccionarme y abusar de mi sexualmente. Posteriormente, estas organizaciones usaron su poder para negar mi autonomía y hacer de mi comportamiento una patología, como si se tratara de algo sintomático o de un trastorno de la personalidad, aunque en realidad se está culpando a la víctima. En consecuencia, tuve que establecer una relación de servidumbre con un sistema psiquiátrico dominante para poder acceder a algún tipo de apoyo para intentar sanar los efectos de estas desgarradoras experiencias.”*

b) Amenazas centrales: *“soy incapaz de confiar o sanar mis experiencias. Sufro de estrés postraumático, como separación, hipervigilancia, flashbacks y sueños vividos. He evitado articular mi historia porque se suele ignorar el impacto del abuso, lo que me hace sentir malentendida, enfadada, apática, ansiosa y hace que me cueste regular mis emociones. Mis niveles de energía física están por los suelos por la hiperagitación que es muy dolorosa y cansada. En consecuencia, mi cuerpo está crónicamente atascado en la respuesta de lucha y escape, lo que resulta en una disfunción autonómica. Todos estos factores psicológicos y físicos, combinados con mi resiliencia, a menudo resultan en pensamientos suicidas.”*

c) Significado y discursos: *“pensaba que era una persona inútil que no merecía ayuda ni tratamiento. Pensaba que era defectuosa, había algo mal en mí, merecía que me hicieran daño porque los defectos de mi carácter son la causa de mis dolorosas experiencias. El mundo no parece un lugar seguro y no confío en las personas. En definitiva, a menudo pienso que estaría mejor muerta porque la muerte parece la única válvula de escape de mis horribles experiencias y de mí misma.”*

d) Respuestas a la amenaza: *“mis mecanismos de supervivencia son formar relaciones de sumisión con personas que tienen una posición de poder y autoridad. Mi cuerpo siempre está en tensión, buscando cualquier signo de peligro, amenazas, desequilibrios de poder y coerción. Soy cauta, y a veces eso me lleva a evitar ciertas situaciones y personas. Respondía a las amenazas contra mi seguridad y bienestar empleando automáticamente comportamientos de autoprotección y defensa. En ocasiones, cuando he sentido que estaba en peligro inmediato, he respondido con agresión verbal (descrito por empleados de salud mental como “comportamiento abusivo” contra ellos). A menudo desconecto desligándome de las situaciones o durmiendo. Restrinjo lo que como porque siento que es el único control que tengo sobre mi vida. En situaciones extremadamente angustiosas consumo alcohol para bloquear el mundo y adormecer el dolor.”*

e) Fortalezas y recursos de poder: *“tengo una comprensión muy desarrollada de la psicología y sufrimiento humano. Mi inteligencia y resiliencia me capacitan para autodefenderme y mantenerme firme ante la coerción. Me estimulan las relaciones recíprocas que he desarrollado con mis compañeros que me motivan a aprender nuevas habilidades para apoyar a otros que se enfrentan a situaciones adversas similares. Además, me inspiran los profesionales del informe sobre el trauma cuyo trabajo me ayuda a desarrollar nuevas capacidades para entender mis experiencias. Algunos de ellos me han ayudado y apoyado en este proceso. Tengo una familia encantadora que me da la fuerza y determinación que necesito para superar cada día.”*

f) Mi historia: *“experiencias adversas durante la infancia me llevaron a complejos traumas en el transcurso de mi vida. A constantes ciclos de coacción, impotencia y múltiples tipos de abuso que no solo han tenido un efecto permanente en mis interacciones con otros, sino que también han tenido un impacto en mi bienestar físico, emocional y psicológico. Mis niveles de energía están por los suelos porque un controlador sistema mental me ha traumatizado cuando más lo necesitaba. Como consecuencia, no tengo ánimo y me cuesta confiar en los demás. Aunque la eterna lucha con los servicios de salud mental me ha perjudicado y me ha retraumatizado, mi relación con mis iguales y una familia que me protege son factores que me motivan a encontrar fortaleza y utilizar mis experiencias para educarme, a la vez que lucho por una mejora en los sistemas de salud mental.”*

4. DISCUSIÓN

En este trabajo se ha reexpuesto el Marco PAS, el cual ofrece una alternativa integral al modelo diagnóstico, entendiendo el sufrimiento psíquico de las personas y el comportamiento perturbado o perturbador desde una perspectiva no patológica. El Marco PAS ofrece un nuevo mapa fuera del modelo biomédico, clasificando el sufrimiento humano de forma diferente a como lo hacen los modelos tipo DSM o CIE. Es decir, este nuevo enfoque recoge un número importante de evidencias derivadas del mal uso de los distintos tipos de poder, así como de sus consecuencias derivadas, en la vida de las personas.

Las aportaciones del Marco PAS pueden ser representadas como cuatro pilares bien diferenciados: el papel de la sintomatología, la perspectiva del déficit ubicado en la persona, el planteamiento del sufrimiento emocional y el proceso de formulación como herramienta (Johnstone y Boyle, 2018a).

En primer lugar, los síntomas se entienden en el contexto biográfico de la persona como un conjunto de estrategias de supervivencia que resultan del significado que dan a las amenazas que reciben, teniendo un papel central en el pasado para garantizar la integridad física y emocional de la persona, pero resultando en el presente fundamentalmente desadaptativas.

En segundo lugar, se destaca el contexto traumatizador y revictimizador que genera el propio sistema de salud mental, en tanto que los profesionales sanitarios ubican el déficit en la persona y tienden a etiquetar con diagnósticos psiquiátricos el sufrimiento emocional que resulta de los distintos tipos de adversidades. Así pues, este enfoque destaca que las clasificaciones diagnósticas DSM y CIE no son modelos adecuados para comprender lo que va mal en el organismo de la persona, y por tanto, no dan sentido al sufrimiento emocional (Bentall, 2019). Particularmente, el Marco PAS no se atiene a una causa biologicista, sino que entiende que las personas reaccionan ante los distintos abusos de poder en función del significado que dan a esas amenazas, lo cual está mediado por distintos elementos como son la discriminación, la desigualdad y la pobreza, que están a su vez estrechamente relacionados con distintos traumas, tales como el abuso o la violencia. Es decir, las respuestas a las amenazas que da la persona en el presente pueden causarle más problema que beneficio, pero esto no es condición

sine qua non para tildar ese comportamiento de patológico, sino que posiblemente ese comportamiento que en la actualidad es desadaptativo tiene sentido en su contexto biográfico (Johnstone, 2019).

En tercer lugar, el planteamiento del sufrimiento emocional es entendido a través de una serie de Patrones Generales que pretenden reemplazar a los patrones médicos. Estos Patrones Generales son aplicables a todos los individuos y son entendidos como patrones de respuesta basados en el significado que dan las personas a los diferentes tipos de adversidades, los cuales no se organizan por su carácter biológico, sino por su significado (Johnstone y Boyle, 2018a). En este sentido, el documento recoge distintas formas comunes en las que las personas de distintas culturas responden a los impactos negativos del poder, como son el sentirse excluido, atrapado, rechazado, avergonzado o coaccionado, permitiendo entender las diferentes expresiones y experiencias de angustia que son transversales a las diferentes culturas.

Y en cuarto lugar, el Marco PAS destaca el concepto de formulación que es entendido como una historia personal resumida que incluye la situación actual del sujeto. Es decir, es una herramienta que permite aumentar la comprensión y gestionar el sufrimiento, a la par que sirve para establecer en base a las circunstancias de la persona un plan de ayuda. Este proceso es elaborado con la ayuda de un profesional, familiar o grupo a través de una relación empática y colaborativa, donde el objetivo principal radica en que la persona perciba y se reconozca en esa narrativa personal que liga las adversidades mediadas por el significado a las respuestas (Johnstone y Dallos, 2017). Así pues, tiene sentido que las preguntas clave para el Marco PAS no residan en lo que no funciona en la vida de la persona, sino en el significado que le da a lo que le ocurre: a) *¿Qué te ha pasado?*, b) *¿Cómo te afecta?*, c) *¿Qué sentido le das?*, d) *¿Qué has tenido que hacer para sobrevivir?*, e) *¿Cuáles son tus fortalezas?*, y f) *¿Cuál es tu historia?*

En definitiva, el Marco PAS expone que la persona no puede ser entendida separada de sus relaciones, comunidad y cultura, dado que el significado surge de la interacción de elementos sociales, ambientales y personales. Por todo ello, en líneas generales se extrae que el modelo biopsicosocial es el que más peso presenta a lo largo de la argumentación, puesto que por un lado, destaca los matices psicológicos, sociales

y biológicos en los que se basa el modelo, sin sobreponer la unicidad de un enfoque particular y situando lo que le pasa a la persona en base a sus experiencias (traumas); y por otro, destaca el papel de la biología como parte del circuito, pero sin entenderlo como artífice generador del comportamiento perturbador o perturbado (Johnstone, 2019).

En cuanto a sus limitaciones, el Marco PAS, a pesar de desligarse de la perspectiva biomédica, sigue haciendo alusión al término síntoma y su aplicación excluye las consecuencias directas derivadas de trastornos como la discapacidad intelectual, los trastornos neurológicos o neurodegenerativos, la demencia, las lesiones cerebrales, el autismo, las infecciones en personas de edad avanzada, las consecuencias de accidentes cerebrovasculares o aquellos problemas derivados de los efectos inmediatos de las drogas (Johnstone y Boyle, 2018a). Si bien es cierto que a pesar de que se haya demostrado que las discapacidades, las enfermedades físicas y los trastornos del desarrollo tienen consecuencias a nivel emocional, psicológico y en los significados, el Marco PAS no reconoce que la posible organicidad de dichos problemas es generadora y sustentadora de distintos comportamientos perturbadores o perturbados. Ejemplo de ello serían los supervivientes de violencia doméstica o abuso infantil, en quienes pueden estar confluyendo dificultades neurológicas que mantienen y generan problemas emocionales o conductuales. Además, el Marco tampoco destaca como debiera una narrativa en términos de las terapias contextuales y existenciales como sería coherente, es decir, los temas centrales abordados típicamente existenciales como son el Poder, la Amenaza y el Significado debieran ser desarrollados en niveles más elaborados de competencia narrativa.

No obstante, cabe destacar que debido a la gran repercusión del documento y el debate que ha generado tanto en la comunidad científica como en otros ámbitos, las autoras del documento principal junto con sus colaboradores un año después a la publicación del documento original, han publicado un documento donde se aclaran puntos, se reflexiona sobre los puntos débiles y se sugieren nuevas áreas de desarrollo (Johnstone y Boyle, 2019).

Además, es necesario añadir que el Marco presenta reseñables fortalezas en su aplicación práctica, ya que puede jugar un papel esencial en el afrontamiento y asunción

de condiciones médicas complicadas de una forma indirecta, tales como problemas del desarrollo o problemas neurológicos. Y a su vez, dicho planteamiento también es importante en el sufrimiento psíquico de personas con condiciones físicas asociadas a la salud que, además del sufrimiento que generan por sí mismas, a menudo convergen con dificultades de la vida diaria (InfoCop, 2018). De hecho, el documento incluye un capítulo práctico donde se puede encontrar una guía en el uso del Marco como apoyo a las narrativas, y además, también incluye experiencias que se ajustan a la filosofía del Marco en servicios de Salud Mental, Servicios Sociales o en otros ámbitos tan controvertidos como el de la Justicia. A la par, destacan los grupos entre homólogos, que son grupos de personas que están en contacto con servicios de salud mental y que han formado grupos de apoyo profesionales, resultando de gran utilidad (Bentall, 2019). Por ejemplo, en el caso de Amanda explicado con anterioridad, ella misma destaca la importancia de su grupo de homólogos del norte de Inglaterra en el proceso de afrontamiento de su trastorno mental, consiguiendo entender e integrar su historia a través de las preguntas clave que plantea el Marco.

A modo de conclusión final, puede entenderse que el Marco lanza un mensaje de respeto a los distintos puntos de vista y distintas cosmovisiones culturales para entender hechos, no poniendo el foco en las distintas expresiones culturales, sino reconociendo la angustia, el sufrimiento o las experiencias inusitadas como respuestas comprensibles a la historia y las circunstancias de la persona (Johnstone, 2019). Es decir, el Marco busca dar sentido a esas experiencias difíciles a través de narraciones o historias más esperanzadoras sobre la vida de la persona, permitiendo sobrellevar mejor la nueva situación que se le plantea y pretendiendo así empoderarla, en vez de etiquetarla como enferma mental (Johnstone, 2018). Para ello es necesario ir más allá de la medicalización, abogar por un proceder no diagnóstico y entender que las distintas experiencias del sufrimiento humano así como sus comportamientos problemáticos son dos caras que forman parte de la misma moneda, resultando por tanto, inseparables de sus contextos biográficos.

5. REFERENCIAS

- Afuape, T., y Hughes, G. (2016). What's our story? Centralising young people's experiences of 'gangs', crews and collectives to promote wellbeing. En T. Afuape y G. Hughes (Eds.), *Liberation Practices: towards emotional wellbeing through dialogue* (pp. 64–77). Hove, England: Routledge.
- Aho, K. (2014). *Existentialism: An introduction*. London, England: Polity Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)*. (5th. ed.). Washington, DC, USA: American Psychiatric Pub.
- Bakhtin, M.M. (1981). *The dialogic imagination: Four essays*. Austin, Texas, USA: University of Texas Press.
- Baum, W.M. (2005). *Understanding behaviorism: Behavior, culture, and evolution*. (2nd. ed.). Malden, MA, USA: Blackwell.
- Beck, A. (2016). *Transcultural cognitive behaviour therapy for anxiety and depression: A practical guide*. Hove, England: Routledge.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY, USA: Penguin.
- Beck, J.S. (2011). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. London, England: Guilford Press.
- Bentall, R. (2019, junio). *La psicosis como problema de salud pública*. Conferencia presentada en XIX Jornadas ANPIR, Oviedo (Asturias).
- Bentall, R.P. (2003). *Madness explained. Psychosis and human nature*. London, England: Allen Lane.
- Beresford, P. (2010). *A straight talking introduction to being a mental health service user*. Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Bhaskar, R. (1986). *Scientific realism and human emancipation*. London, England: Verso.
- Blackman, D.E. (1991). B.F. Skinner and G.H. Mead: On biological science and social science. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 55(2), 251–265. doi:

10.1901/jeab.1991.55-251

- Boschloo, L., Van Borkulo, C.D., Rhemtulla, M., Keyes, K.M., Borsboom, D., y Schoevers, R.A. (2015). La estructura de la red de síntomas del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. *PLOS ONE*, *10*(9), 1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0137621
- Boyle, M. (1996). Schizophrenia re-evaluated. En T. Heller, J. Reynolds, R. Gomm, R. Muston y S. Pattison (Eds.), *Mental health matters: A reader* (pp. 27–35). Basingstoke, Hampshire, England: Macmillan.
- Boyle, M. (2002). *Schizophrenia: A scientific delusion?* London, England: Routledge.
- Bracken, P., y Thomas, P. (2008). Cognitive therapy, cartesianism and the moral order. En R. House y D. Loewenthal (Eds.), *Against and for CBT: Towards a constructive dialogue?* (pp. 86–100). Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- British Psychological Society. (2011). *Response to the American Psychiatric Association: DSM-5 development*. Recuperado de: <http://cort.as/-MQ-Q>
- Brown, L. (2000). Feminist therapy. En C.R. Synder y R.E. Ingram (Eds.), *Handbook of psychological change: Psychotherapy processes and practices for the 21st century* (pp. 358–380). New York, NY, USA: Wiley.
- Bruner, J.S. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, England: Harvard University.
- Bruner, J.S. (1991). The narrative construction of reality. *Critical Inquiry*, *18*(1), 1–21. doi: 10.1086/448619
- Buber, M. (1998). *Yo y Tú*. Madrid, España: Caparrós.
- Burr, V. (2015). *Social constructionism*. (3rd. ed.). London, England: Routledge.
- Butler, G. (1998). Clinical formulation. En A.S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (pp. 1-23). Oxford, England: Pergamon.
- Campbell, D. (2013). *End of equality*. London, England: Seagull Books.
- Caplan, P.J. (1987). The name game: Psychiatry, misogyny and taxonomy. *Women and Therapy*, *6*, 187–202. doi: 10.1300/J015V06N01_15

- Caspi, A., Houts, R.M., Belsky, D.W., Goldman-Mellor, S.J., Harrington, H., Israel, S., ... Moffitt, T.E. (2014). The p factor: one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119-137. doi: 10.1177/2167702613497473
- Chadwick, P., Birchwood, M., y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester, England: Wiley.
- Chamberlin, J. (1988). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. London, England: Mind.
- Dallos, R., y Draper, R. (2010). *Introduction to Family Therapy: Systemic Theory and Practice*. (3rd. ed.). Milton Keynes, England: Open University Press.
- Dallos, R., y Stedmon, J. (2014). Systemic formulation: Mapping the family dance. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.), *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (pp. 67–95). Hove, England: Routledge.
- Division of Clinical Psychology. (2011). *Good practice guidelines on the use of psychological formulation*. Leicester, England: The British Psychological Society.
- Division of Clinical Psychology. (2013). *Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: Time for a paradigm shift*. Leicester, England: The British Psychological Society.
- Dudgeon, P., y Bray, A. (2016). Indigenous psychology: A brief introduction. *The Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy*, 16(3), 153–162.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. doi: 10.4067/S0718-48082014000100007
- Espinal, I., Gimeno, A., y González, F. (2004). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista Internacional de Sistemas*, 14, 21-34.
- Frances, A. (2013). La nueva crisis de confianza en el diagnóstico psiquiátrico. *Anales de Medicina Interna*, 159(3), 221-222. doi: 10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00655
- Frank, J.D., y Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing: a comparative study of*

- psychotherapy*. (3rd. ed.). Baltimore, USA: Johns Hopkins University Press.
- Frosh, S. (2012). *A brief introduction to psychoanalytic theory*. Basingstoke, England: Palgrave MacMillan.
- Gergen, K.J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266–275. doi: 10.1037/0003-066X.40.3.266
- Gintner, G.G. (2014). DSM-5 Conceptual Changes: Innovations, Limitations and Clinical Implications. *The Professional Counselor*, 4(3), 179-190. doi: 10.15241/ggg.4.3.179
- González-Blanch, C., y Carral-Fernández, L. (2017). ¡Enjaulad a Dodo, por favor! El cuento de que todas las psicoterapias son igual de eficaces. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 94-106. doi: 10.23923/pap.psicol2017.2828
- Gresham, F.M. (2015). *Disruptive behavior disorders: Evidence-based practice for assessment and intervention*. New York, NY, USA: Guilford Press.
- Hacking, I. (2002). *Historical ontology*. Cambridge, England: Harvard University Press.
- Health Professions Council. (2009). *Standards of Proficiency: Practitioner Psychologists*, London, England: Health Professions Council.
- Holland, S. (1995). Interaction in women's mental health and neighbourhood development. En S. Fernando (Ed.), *Mental health in a multi-ethnic society: A multidisciplinary handbook* (pp. 139–147). London, England: Routledge.
- Holmes, J. (1995). Something there is that doesn't love a wall: John Bowlby, attachment theory and psychoanalysis. En S. Goldberg, R. Muir y J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social Development and Clinical Perspectives* (pp. 249-280). New York, NY, USA: Analytic Press.
- InfoCop. (2014). *Manifiesto a favor de una psicopatología clínica, que no estadística. Entrevista a Carlos Rey*. Recuperado de: <https://bit.ly/1wBB0R1>
- InfoCop. (2018). Nuevas propuestas en la comprensión del sufrimiento humano: el Marco de Poder, Amenaza y Significado. *Infocop*, (83), 4-12.
- Insel, T. (2013). *Director's Blog: Transforming Diagnosis*. Recuperado de: <https://bit.ly/2KxDEmS>

- Jaspers, K. (1963). *General psychopathology*. Manchester, England: Manchester University Press. (Original work published 1913.)
- Johnstone, L. (2013). Controversies and debates about formulation. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.), *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems*. (2nd. ed.). (pp. 243-259). London, England: Routledge.
- Johnstone, L. (2018). Psychological formulation as an alternative to psychiatric diagnosis. *Journal of Humanistic Psychology*, 58(1), 30-46. doi: doi.org/10.1177/0022167817722230
- Johnstone, L. (2019, junio). *Introducción al Marco de Poder, Amenaza, Significado. Una perspectiva radicalmente nueva y no diagnóstica del malestar emocional*. Conferencia presentada en *XIX Jornadas ANPIR*, Oviedo (Asturias).
- Johnstone, L., y Boyle, M. (2018a). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester, England: British Psychological Society.
- Johnstone, L., y Boyle, M. (2018b). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester, England: British Psychological Society.
- Johnstone, L., y Boyle, M. (2019, enero). Reflections on responses to the power threat meaning framework one year on. *Clinical Psychology Forum*. Recuperado de: <https://cutt.ly/Me7EufF>
- Johnstone, L., y Dallos, R. (2017). *La formulación en la psicología y la psicoterapia: dando sentido a los problemas de la gente*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Kelly, G. (1991). *The psychology of personal constructs*. New York, NY, USA: Routledge. (Original work published 1955.)
- Kim, U.E., y Berry, J.W. (1993). *Indigenous psychologies: Research and experience in cultural context*. Newbury Park, USA: Sage.
- Kohlenberg, R.J., Hayes, S.C., y Tsai, M. (1993). Radical behavioural psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 579–592. doi: 10.1016/0272-7358(93)90047-p

- Möller, H.J. (2018). Possibilities and limitations of DSM-5 in improving the classification and diagnosis of mental disorders. *Psychiatria polska*, 52(4), 611-628. doi: 10.12740/PP/91040
- Morris, S.E., Rumsey, J.M., y Cuthbert, B.N. (2014). Rethinking mental disorders: the role of learning and brain plasticity. *Restorative neurology and neuroscience*, 32(1), 5-23. doi: 10.3233/RNN-139015
- NICE. (2014). *Domestic violence and abuse: How health services, social care and the organisations they work with can respond effectively*. London, England: National Institute for Health and Care Excellence.
- Ocampo, C. (2010). *Is there such a thing as indigenous mental health? Implications for research, education, practice and policy making in psychology*. Washington, USA: American Psychological Association.
- ONU. (2015). *Sustainable Development Goals: 17 Goals to Transform our World. Goal 5: Achieve Gender Equality and empower all women and girls*. Geneva, Switzerland: Organización de las Naciones Unidas.
- Palazzoli, M.S., Boscolo, L., Prata, G., y Cecchin, G. (1978). *Paradox and Counterparadox: A New Model in the Therapy of the Family in Schizophrenic Transaction*. Nueva York, NY, USA: Jason Aronson.
- Pérez-Álvarez, M. (2008). Hiperreflexividad como condición del trastorno mental: una perspectiva clínica e histórica. *Psicothema*, 20(2), 181-187.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*. Madrid, España: Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. (2018). *Giro transdiagnóstico y vuelta de la psicopatología: propuesta de una integración existencial-contextual*. Madrid, España: Formación continuada a distancia (FOCAD) de la División de Psicología Clínica y de la Salud.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). La psicoterapia como ciencia humana, más que tecnológica. *Papeles del Psicólogo*, 40(1), 1-14. doi: 10.23923/pap.psicol2019.2877
- Piaget, J. (1978). *Behavior and evolution*. New York, NY, USA: Pantheon Books.

- Pilgrim, D. (2015). *Understanding mental health: A critical realist understanding*. London, England: Routledge.
- Roberts, G. (1991). Delusional belief systems and meaning in life: A preferred reality? *British Journal of Psychiatry*, (14), 19–28.
- Rodríguez-Testal, J.F., Senín-Calderón, C., y Perona-Garcelán, S. (2014). From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 221-231. doi: 10.1016/j.ijchp.2014.05.002
- Royal College of Psychiatrists. (2010). *A Competency-based Curriculum for Specialist Core Training in Psychiatry*. Recuperado de: <https://cutt.ly/geVOGRi>
- Shafran, R., Clark, D.M., Fairburn, C.G., ... Wilson, G.T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 902–909. doi: 10.1016/j.brat.2009.07.003
- Slife, B.D. (2004). Theoretical challenges to therapy practice and research: The constraint of naturalism. En M.J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (pp. 44–83). New York, NY, USA: Wiley.
- Stein, D.J., Lund, C., y Nesse, R.M. (2013). Classification systems in psychiatry: diagnosis and global mental health in the era of DSM-5 and ICD-11. *Current opinion in psychiatry*, 26(5), 493-497. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283642dfd
- Strong, T., Lysack, M., y Sutherland, O. (2008). Dialogic cognitive therapy? En R. House y D. Loewenthal (Eds.), *Against and for CBT: Towards a constructive dialogue?* (pp. 156–168). Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Timimi, S. (2014). No más etiquetas psiquiátricas: por qué deberían suprimirse los sistemas formales de diagnóstico psiquiátrico *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 14(3), 208-215. doi: 10.1016/j.ijchp.2014.03.004
- Valverde, M.A. (2018). *El Marco de Poder Amenaza y Significado: un modelo alternativo a los sistemas diagnósticos habituales*. Recuperado de: <https://bit.ly/2M3c2sX>
- Van Os, J., y Reininghaus, U. (2016). La psicosis como un fenotipo transdiagnóstico y

extendido en la población general. *World Psychiatry*, 15(2), 118-124. doi: 10.1002/wps.20310

Venner, F., y Noad, M. (2013). A beacon of hope: Alternative approaches to crisis. En S. Coles, S. Keenan y B. Diamond (Eds.), *Madness contested: Power and practice* (pp. 332–348). Ross-on-Wye, England: PCCS Books.

Watters, E. (2011). *Crazy like us: The globalization of the Western mind*. London, England: Robinson.

Watzlawick, P., Weakland, J., y Fisch, R. (1974). *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. Nueva York, NY, USA: Norton.

Weerasekera, P. (1996). *Multiperspective Case Formulation: A Step Towards Treatment Integration*. Malabar, Florida, USA: Krieger.

WHO. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Winter, D., y Proctor, H. (2013). Formulation in construct psychology. En L. Johnstone y R. Dallos (Eds.), *Formulation in psychology and psychotherapy* (pp. 145–172). London, England: Routledge.