

El Marco de Poder, Amenaza y Significado: un sistema conceptual no diagnóstico alternativo¹

The Power Threat Meaning framework: an alternative nondiagnostic conceptual system

LUCY JOHNSTONE^a, MARY BOYLE^b

(a) *Especialista en Psicología Clínica, Bristol, Reino Unido*

(b) *University of East London, Londres, Reino Unido*

Correspondencia: Lucy Johnstone (lucyjohnstone16@blueyonder.co.uk)

Resumen: Este artículo resume los resultados recientemente publicados de un proyecto de investigación cuyo objeto es desarrollar un sistema conceptual que incorpore factores sociales, psicológicos y biológicos como alternativa al diagnóstico psiquiátrico funcional. Se describen brevemente los principios que subyacen al Marco de Poder, Amenaza y Significado junto con sus principales características y las diferencias respecto a los enfoques diagnósticos. Entre estos principios se incluye el supuesto de que lo que pueden llamarse "síntomas psiquiátricos" son respuestas comprensibles a entornos con frecuencia muy adversos y que estas respuestas, tanto evolutivas como influidas socialmente, cumplen funciones protectoras y ponen de manifiesto la capacidad humana de dotar de significado a las experiencias, así como la agencialidad. Describimos cómo interactúan los elementos del Marco de Poder, Amenaza y Significado para hacer explícitos los nexos entre las amenazas ambientales y las respuestas a dichas amenazas, y para delinear algunos Patrones Generales Provisionales probabilísticos –agrupados por su significado personal, social y cultural–, que describen lo que las personas hacen, no los "trastornos" que "tienen". Concluimos esbozando algunas implicaciones del Marco para la construcción de narrativas y pensar el sufrimiento en las diferentes culturas.

¹ Este artículo fue publicado originalmente en el *Journal of Humanistic Psychology*, 2018. Traducción del inglés de Rebeca García Nieto.

Palabras clave: alternativas al diagnóstico psiquiátrico, Marco de Poder, Amenaza y Significado.

Abstract: This article summarizes the results of a recently published project to develop a conceptual system incorporating social, psychological, and biological factors as an alternative to functional psychiatric diagnosis. The principles underlying the Power Threat Meaning Framework are briefly described, together with its major features and differences from diagnostic approaches. These include the assumptions that what may be called psychiatric symptoms are understandable responses to often very adverse environments and that these responses, both evolved and socially influenced, serve protective functions and demonstrate human capacity for meaning making and agency. We describe how the elements of the Power Threat Meaning Framework interact to restore links between environmental threats and threat responses, and to enable us to outline some probabilistic Provisional General Patterns, grouped by personal, social, and cultural meaning, describing what people do, not the “disorders” they “have.” We conclude by outlining some implications of the Framework for narrative construction and for thinking about distress across cultures.

Key words: psychiatric diagnosis alternatives, Power Threat Meaning Framework.

EN 2013, COINCIDIENDO CON LA PUBLICACIÓN de la quinta edición del *Manual Estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales* (1), la División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología (DCP, por sus siglas en inglés) publicó una declaración de posicionamiento: “La clasificación de la conducta y la experiencia en relación a los diagnósticos psiquiátricos funcionales: es hora de un cambio de paradigma”. Su principal mensaje era el siguiente:

“La División de Psicología Clínica considera oportuno y apropiado manifestar públicamente que, en lo que se refiere a los diagnósticos psiquiátricos funcionales, el actual sistema de clasificación, tal y como está descrito en el DSM y la CIE, tiene limitaciones conceptuales y empíricas significativas. En consecuencia, es preciso un cambio de paradigma respecto a las experiencias a las que estos diagnósticos se refieren, encaminado a un sistema conceptual que no esté basado en un modelo de «enfermedad»”. (2)

En la declaración se plantearon una serie de recomendaciones, como “respaldar, en colaboración con los usuarios de los servicios, todo trabajo que desarrolle un enfoque multifactorial y contextual que incorpore factores sociales, psicológicos y biológicos” (2). Este artículo describe el resultado de un proyecto financiado por la DCP para hacer avanzar esta recomendación. Los miembros de este proyecto son Lucy Johnstone (directora del proyecto), Mary Boyle (subdirectora), John Cromby, Jacqui Dillon,

David Harper, Peter Kinderman, Eleanor Longden, David Pilgrim y John Read. Seis de ellos son psicólogos clínicos, uno es un psicólogo educativo y dos son activistas sobrevivientes que se dedican profesionalmente a la investigación y la formación. El proyecto se valió también de la experiencia de un grupo de asesores formado por ocho usuarios de los servicios o cuidadores, un grupo de lectores críticos y otros especialistas, así como del apoyo editorial y de investigación de la doctora Kate Allsopp.

En un periodo de cinco años, nuestro grupo ha desarrollado un marco cuyo objetivo es proporcionar una base conceptual que permita abrir nuevas formas de entender el sufrimiento mental, las experiencias anómalas y el comportamiento problemático, e identificar patrones en los mismos. Lo hemos denominado “el Marco de Poder, Amenaza y Significado (PAS)”. Los resultados de nuestro estudio fueron publicados por la Sociedad Británica de Psicología –British Psychological Society– en enero de 2018 en forma de dos documentos, ambos disponibles *online*. El documento principal (3) ofrece un análisis de los problemas de la medicalización y el diagnóstico psiquiátrico, y describe de forma detallada las teorías y principios filosóficos subyacentes al Marco PAS y la evidencia que lo respalda.

Además de describir el propio marco, el documento expone las opiniones de los usuarios de los servicios que nos asesoraron con sus comentarios durante el desarrollo del modelo y concluye con una serie de sugerencias sobre cómo puede ser utilizado, no solo de cara a las intervenciones terapéuticas, sino también para apoyar la práctica no diagnóstica en distintos ámbitos, como el de los informes y dictámenes de justicia penal, la investigación, el diseño y puesta en marcha de servicios, el acceso a subsidios sociales, el uso de la medicación y las iniciativas de salud pública. Inevitablemente, dado que su objetivo era proporcionar una base intelectual sólida para una nueva forma de conceptualizar el sufrimiento mental, el documento es denso; no obstante, es posible leer sobre el marco en sí en un documento separado más corto, también disponible en papel (4). Este documento describe el Marco PAS y los Patrones Generales Provisionales que de él se derivan, y resume los principios y la evidencia a partir de la que surgió. Asimismo, incluye varios anexos que muestran cómo esta práctica no diagnóstica ha sido adoptada con éxito de distintas formas, tanto dentro de los servicios como fuera de ellos.

A más largo plazo, nuestro objetivo es hacer que estas ideas, y los recursos relacionados, estén disponibles de manera gratuita y sean accesibles más allá del contexto profesional y de servicios, de forma que cualquiera que lo necesite pueda tener acceso a otra manera alternativa de entender el sufrimiento, así como a distintos apoyos. Como breve introducción a los principios fundamentales del marco, se ofrece un resumen de dos páginas (resumen PAS) para clínicos, usuarios de los servicios, etc., y una exposición guiada plantea distintas formas en que las ideas del marco pueden aplicarse a individuos concretos (5).

En este artículo se ofrece una breve descripción del marco y algunos de sus principios subyacentes. Por motivos de espacio, son necesariamente pinceladas, así que animamos a las personas interesadas a leer el marco propiamente dicho para obtener una visión más completa del mismo.

PRINCIPIOS

El diagnóstico en medicina es fundamentalmente un intento de dar sentido a los problemas que presenta una persona, de entender cómo han surgido y qué podría ser de ayuda, partiendo de la investigación sobre patrones o regularidades en funciones y disfunciones corporales. Aunque fundamentar los diagnósticos en estos patrones biológicos es apropiado para los problemas físicos, la capacidad del diagnóstico psiquiátrico de dar sentido a los problemas emocionales y conductuales es inherentemente limitada, ya que recurre en gran medida a modelos teóricos que están diseñados para entender el cuerpo, no los pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas. Desde esta perspectiva, el que una persona presente problemas emocionales y de conducta representa un “síntoma” de una patología o disfunción interna, por lo que tiene sentido buscar “signos” biológicos relacionados con estos síntomas y que las personas puedan ser catalogadas en categorías discretas representadas por estos subgrupos hipotéticos. La analogía se lleva más lejos al sugerir fármacos como la primera línea de intervención. Poner en entredicho enérgicamente este punto de vista no implica dualismo, pues todas las experiencias humanas están mediadas por nuestra biología; simplemente refleja el hecho de que las “reglas” que gobiernan las funciones corporales no son iguales que las “reglas” que gobiernan la forma en que sentimos, pensamos y actuamos. Las alternativas al diagnóstico psiquiátrico deberían, por tanto, basarse en modelos teóricos y estudios de investigación diseñados para entender los pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas en su contexto cultural, relacional, social y biológico.

Abandonar lo que se ha llamado “mentalidad DSM” no es fácil, ya que está profundamente arraigada, no solo en los servicios de salud mental, sino también en los supuestos filosóficos occidentales básicos, como, entre otros, la separación entre la mente y el cuerpo, entre los pensamientos y los sentimientos, entre el individuo y el grupo social, y entre los seres humanos y el mundo natural. Esta forma de ver el mundo, influyente pero no universal, también conforma lo que *grosso modo* podría describirse como positivismo, que defiende la idea de que los seres humanos son objetos sobre los que actúan fuerzas causales (6), en vez de agentes que tienen razones para actuar de un modo u otro. Este modelo causal puede llevar al reduccionismo —la idea de que las experiencias humanas complejas pueden explicarse en su nivel más simple, normalmente biológico, como por ejemplo mediante “desequilibrios químico-

cos”-. También se refleja en la noción de “trastornos mentales” como entidades con existencia independiente, separadas no solo de la persona sino también del lugar y tiempo histórico.

El paradigma positivista ha llevado a importantes avances en medicina, ciencia y tecnología. Sin embargo, no es muy apropiado para entender el malestar emocional humano. Es esta base filosófica, no solo el diagnóstico y la medicalización como tales, lo que es necesario repensar para no acabar dando lugar a otras variaciones del mismo sistema insatisfactorio, como son los nuevos términos para ciertos “trastornos” o los nuevos modelos basados todavía en la creencia de que “los trastornos mentales son trastornos del cerebro”, como el Research Domains Criteria Project (el marco de Criterios de Dominios de Investigación) del National Institute of Mental Health (7).

Existe también una tendencia reciente a investigar las relaciones entre acontecimientos psicosociales o circunstancias concretas (p.e., la pobreza o el abuso sexual) y manifestaciones particulares (p.e., oír voces o tener un bajo estado de ánimo) con la esperanza de identificar rutas causales no médicas (p.e, 8). Sin embargo, el hecho de no distanciarse lo suficiente de los supuestos positivistas ha supuesto que los intentos existentes de delinear patrones causales alternativos, ya sean biológicos o psicológicos, se hayan encontrado con lo que denominamos el problema de los “todos”, como enumeramos a continuación:

- *Todo es la causa de todo.* Nuestro documento principal resume una amplia y creciente variedad de evidencias sobre el impacto causal de una serie de adversidades relacionales y sociales en las diferentes presentaciones de salud mental, lo que contrasta notablemente con el actual fracaso a la hora de aportar pruebas a favor de los factores biológicos primarios. Tal vez esto se demuestre de forma más rotunda en los estudios Adverse Childhood Experiences (9-11). Así, se ha encontrado que la desigualdad social aumenta la probabilidad de cualquier problema de salud mental, además de otros muchos problemas sociales y de salud física; que las alteraciones del apego son comunes en todo tipo de presentaciones de salud mental; y que la culpa, la vergüenza o los autorreproches parecen estar en la base de una serie de dificultades (además de ser comunes en la población general). A la inversa, el riesgo de sufrir cualquier problema específico de salud mental parece aumentar debido a una amplia variedad de factores sociales y adversidades: solo para la “psicosis” se han identificado 20.
- *Todas las personas han sufrido todo.* La escena se complica aún más por el hecho de que pocas personas en entornos clínicos (o en el de servicios sociales o justicia penal) han sufrido una única adversidad o factor social. De hecho, se sabe que haber sufrido una adversidad incrementa la probabilidad de sufrir también otras. Con frecuencia se ha dicho que la pobreza es “la causa de las

causas”, ya que es probable que dé lugar a una diversa variedad de problemas y limite las formas en que se podría aliviar su impacto. También está sólidamente establecido el fenómeno de la revictimización, mediante la cual las personas que han sufrido abuso o negligencia en la infancia a menudo son víctimas de más abusos en la vida adulta. En este retrato es necesario incluir también la posibilidad de revictimización por parte de los propios servicios psiquiátricos (aspecto no contemplado en absoluto por esta literatura), mediante la patologización, incapacitación o intervenciones coercitivas que pueden ocasionar una mayor traumatización, pérdida de poder y exclusión social.

- *Todas las personas padecen de todo.* En términos diagnósticos, esto se denomina “comorbilidad”. Prácticamente todo usuario adulto de los servicios de salud mental (y de otros servicios sociales) presenta ansiedad, desesperanza, desconfianza, bajo estado de ánimo, escasa confianza en sí mismo y dificultades para relacionarse. Muchos pueden presentar también experiencias perceptivas y creencias inusuales (dependiendo de la amplitud con que estas se definan), se autolesionan de diversas formas (socialmente permitidas o no) y controlan su alimentación. Con frecuencia lo mismo es aplicable a los niños. Además, las presentaciones iniciales a menudo evolucionan con el tiempo y toman nuevas formas, de manera que las personas acaban acumulando diagnósticos.
- *Todo es un “tratamiento” para todo.* Este “todo” se sigue de los anteriores. Las supuestas especificidades de los tratamientos farmacológicos no están avaladas en la práctica. Los “antipsicóticos”, por ejemplo, se recomiendan para diagnósticos de esquizofrenia, depresión, ansiedad, trastorno bipolar, trastorno de personalidad y trastorno por déficit de atención/hiperactividad; mientras que los “antidepresivos” están indicados para el trastorno de personalidad límite, la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, la anorexia, el trastorno de pánico y la fobia social, entre otros (12). Del mismo modo, la investigación sugiere que la relación terapéutica puede ser igual o más importante que determinados enfoques teóricos o técnicas terapéuticas concretas (13). Aunque nada de esto es necesariamente un problema en un marco no médico y no diagnóstico, cuestiona seriamente la legitimidad de los enfoques diagnósticos medicalizados.

En resumen, distintos tipos de acontecimientos y circunstancias adversas parecen aumentar el riesgo de todo tipo de alteraciones de salud mental (además de conducta delictiva y problemas de salud física). Para bien o para mal, este hecho parece estar mediado por las distintas formas de relaciones de apego, todos los tipos de apoyo social, toda clase de mecanismos biológicos y toda una variedad de estilos cognitivos y afectivos.

Partiendo de esta y otras evidencias, sostenemos que aunque la investigación que busca rutas causales específicas entre la adversidad y las distintas alteraciones de salud mental tiene aspectos útiles, fracasa a la hora de reconocer que, en el caso de los pensamientos, sentimientos y comportamientos humanos, tales rutas no existen, y con toda probabilidad no pueden existir. Esto se debe a que, en las cuestiones humanas, la causalidad es por lo general extremadamente probabilística –está basada en valores promedios–; es contingente, es decir, los efectos de cada factor están mediados por, y dependen de, los otros; y es sinérgica, en tanto que las influencias de los factores pueden potenciarse entre sí. En otras palabras, los factores que contribuyen a cualquier aspecto del comportamiento humano, y su manifestación, son por lo general múltiples, complejos, fuertemente interactivos y sobredeterminados², y, lo que es crucial, su forma viene dada por el significado y la agencialidad³. Esto no significa que no haya regularidades, sino que estas se observarán más claramente a nivel poblacional, o a nivel de grupos más grandes, y que los efectos específicos a nivel individual rara vez serán predecibles. Esto implica también abandonar el supuesto de las leyes causales universales propio de la “mentalidad DSM” para, en su lugar, identificar tendencias y asociaciones, las direcciones de su influencia y los posibles procesos subyacentes. Otra implicación de más importancia es que los patrones que puedan observarse desde este punto de vista alternativo no solo serán distintos de las agrupaciones diagnósticas, sino que podrán utilizarse para explicar el sufrimiento individual de una forma muy diferente.

Con esto en mente, sostenemos que cualquier intento de plantear alternativas al actual sistema diagnóstico debería tener las siguientes características:

- Estar basado en la identificación de patrones y regularidades psicobiológicos amplios en vez de en mecanismos causales biológicos (o psicológicos) específicos asociados con categorías diagnósticas discretas.
- Mostrar cómo estos patrones se ponen de manifiesto en diversos grados y en distintas circunstancias en todos los individuos a lo largo de su vida.
- No suponer “patología”, sino describir mecanismos de afrontamiento y supervivencia que puedan ser más o menos funcionales a la hora de adaptarse a conflictos y adversidades concretas, tanto en el pasado como en el presente.
- Integrar la influencia de los factores biológicos/genéticos y epigenéticos/evolutivos en la mediación y activación de estos patrones de respuesta.

² Algo está “sobredeterminado” cuando está determinado por múltiples causas, cualquiera de las cuales sería suficiente para explicar el efecto; es decir, cuando hay más causas de las que son necesarias. (Nota de la T.)

³ En filosofía y psicología, los términos “agencialidad”, “agencia personal” o, simplemente, “agencia” se refieren a la capacidad que posee un individuo para actuar en el mundo y tomar decisiones respecto a su propia vida. (Nota de la T.)

- Integrar los factores relacionales, sociales, culturales y materiales que determinan la aparición, experiencia y expresión de estos patrones.
- Explicar las diferencias culturales en la experiencia y expresión del sufrimiento.
- Atribuir un papel central al significado personal, que surge de los discursos sociales y culturales, las condiciones materiales y las posibilidades del cuerpo.
- Asignar un papel central a la agencialidad, o la capacidad de elegir libremente, dentro de las inevitables restricciones psicobiosociales.
- Reconocer el papel central del contexto relacional, social y político a la hora de tomar decisiones sobre una necesidad o crisis de “salud mental” en cada caso determinado.
- Proporcionar una base fundamentada en la evidencia para que estos patrones puedan utilizarse para conformar narrativas individuales, familiares o grupales.
- Ofrecer formas alternativas de cumplir las funciones que cumple el diagnóstico en cuanto al uso de servicios, trámites administrativos e investigación.
- Sugerir usos del lenguaje alternativos, teniendo en cuenta que no puede haber sustituciones unívocas⁴ para cada término diagnóstico actual.
- Incluir objetivos e implicaciones para la acción en un contexto comunitario, social y político más amplio.

Con estos principios como punto de partida, nos valemos de numerosas investigaciones psicológicas, sociales y biológicas relevantes para plantear un marco amplio que permita la identificación preliminar de patrones que puedan ser utilizados para dar sentido a las dificultades de las personas.

El principal supuesto del marco es que el sufrimiento emocional o las conductas alteradas o problemáticas son respuestas inteligibles en función de las circunstancias y adversidades de la vida.

EL MARCO DE PODER, AMENAZA Y SIGNIFICADO

El documento principal analiza y resume la evidencia de los aspectos sociales, biológicos, relacionales y narrativos en la aparición, expresión y persistencia del sufrimiento mental. En resumen, respecto a los inicios y el mantenimiento del sufrimiento, este marco sustituye la cuestión que está en la base de la práctica psiquiátrica tradicional —¿Qué es lo que va mal en ti?— por otras cuatro:

⁴ En una relación unívoca, un término de un grupo se corresponde con un único término del otro grupo (Nota de la T.).

- “¿Qué te ha ocurrido?” (¿Cómo actúa el poder en tu vida?)
- “¿Cómo te afectó?” (¿Qué clase de amenazas supone para ti?)
- “¿Qué sentido le diste? (¿Qué significado tienen para ti estas situaciones y experiencias?)
- “¿Qué tuviste que hacer para sobrevivir?” (¿Qué clase de respuestas a la amenaza estás utilizando?)

En el trabajo terapéutico, el apoyo entre iguales o de autoayuda, se pueden añadir otras dos preguntas:

- “¿Cuáles son tus puntos fuertes?” (¿Qué acceso tienes a los recursos de poder?)
- Y para unir toda la información: “¿Cuál es tu historia?”

Estos conceptos clave y la evidencia en que se apoyan se desarrollan del siguiente modo:

1. *El ejercicio del PODER (ya sea personificado, legal, económico-material, relacional y/o ideológico, tanto proximal como distal, cuyo impacto está moderado por los recursos de los que disponemos).* En una revisión exhaustiva de la investigación, destacamos el hecho de que muchas de las adversidades y desigualdades sociales relacionadas con las dificultades emocionales y conductuales implican el uso de estas formas de poder. También describimos cómo se suman estos procesos, ya que las diferentes adversidades están relacionadas. Por ejemplo, los niños que han sufrido negligencia pueden ser también objeto de *bullying*; la discriminación contra algunos grupos étnicos minoritarios se pone de manifiesto no solo en que tienden a tener trabajos mal pagados y viviendas de peor calidad, sino también en que sufren más experiencias humillantes y aterradoras, insultos raciales y abuso. Esta combinación de adversidades incumbe en general a los miembros de grupos más vulnerables, como las mujeres, los ancianos o las personas con discapacidad. Como señalábamos antes, a la pobreza a veces se la conoce como “la causa de las causas”, ya que con frecuencia da lugar a un variado número de problemas, cuyos impactos, como los de cualquier adversidad, no son lineales o acumulativos, sino sinérgicos. Analizamos el fenómeno de la “revictimización”, sólidamente establecido, por el cual las personas que han sufrido abuso o negligencia en los primeros años de su vida tienen una mayor probabilidad de sufrir más abusos. Esto incluye la retraumatización por parte de los propios servicios de salud mental. Prestamos especial atención al poder ideológico –el que se ejerce sobre el lenguaje, el significado y la perspectiva– como parte del ejercicio de otras formas de poder.

2. *Los tipos de AMENAZA que el ejercicio negativo del poder pueden suponer para el individuo, el grupo y la comunidad, en particular, en lo que se refiere al sufrimiento emocional, y cómo está mediado por nuestra biología.* Existe una evidencia

sólida sobre las condiciones en que las personas tienden a desarrollarse o, por el contrario, a encontrar dificultades. Puede considerarse que estas condiciones están relacionadas con “necesidades nucleares”, como: las necesidades de seguridad y confianza; la necesidad de un fuerte apego a los cuidadores en el caso de los niños; la necesidad de tener relaciones positivas con la pareja, la familia, los amigos y la comunidad; la de tener cierto control sobre aspectos importantes de nuestras vidas, incluyendo nuestros cuerpos y nuestras emociones; la de satisfacer nuestras necesidades físicas y materiales básicas y las de quienes dependen de nosotros; la necesidad de experimentar algún sentido de justicia e imparcialidad sobre las circunstancias; de sentirse valorado por otros y sentir que somos eficaces en nuestros roles sociales; de dedicarse a actividades significativas; y, de un modo más general, la necesidad de esperanza y de sentir que nuestras vidas tienen significado y un propósito. Es probable que cualquiera de nosotros viva la pérdida potencial o real de alguna de ellas como amenaza.

3. *El papel principal del SIGNIFICADO (creado por los discursos sociales y culturales, y favorecido por respuestas corporales adquiridas y evolutivas) en la forma que adoptan el ejercicio, la experiencia y la expresión del poder, las amenazas y nuestras respuestas a las amenazas.* El significado y la narrativa son el hilo central y la vía final común de la experiencia y expresión del sufrimiento mental a todos los niveles: sociales, biológicos y personales. Por ejemplo, el abuso sexual infantil, la pobreza y la violencia doméstica están asociados con ansiedad, bajo estado de ánimo, vergüenza, retraimiento y aislamiento social. De hecho, temas como la evitación social, la culpa, la vergüenza o los autorreproches son ingredientes comunes en todas las formas de sufrimiento. Aquí se entiende que el significado se constituye mediante las creencias y los sentimientos, además de a través de las reacciones corporales y los símbolos. La vergüenza, por ejemplo, es tanto un sentimiento como una creencia sobre uno mismo; lo mismo ocurre con la humillación, la sensación de fracaso e inutilidad, etcétera. El miedo, la sensación de estar atrapado, el pánico y la desesperación son emociones corporeizadas que surgen de las creencias sobre la situación de uno. El significado personal de “¿Qué te ha ocurrido?” emerge así como el producto conjunto de las circunstancias, los recursos, las posibilidades corporales y los discursos sociales, dentro de los cuales el significado se descubre y también se crea. Igualmente, el significado puede comunicarse a través de la conducta, los símbolos y las reacciones corporales, además de verbalmente.

4. *Para protegerse ante una amenaza, un individuo, una familia, un grupo o una comunidad puede poner en marcha ciertas RESPUESTAS A LA AMENAZA evolutivas, mediadas por las capacidades corporales y basadas en el significado.* Las respuestas a la amenaza están determinadas por nuestras relaciones de apego tempranas. Al enfrentarse a la amenaza, los seres humanos pueden servirse de una gama de respues-

tas a la amenaza que aseguran la supervivencia emocional, física, relacional y social ante el impacto negativo del poder. Podemos recurrir a cualquier combinación de estas respuestas corporeizadas dependiendo de los recursos y significados culturales de los que disponemos. Comprenden desde las respuestas biológicas, en gran parte automáticas, como la respuesta de lucha, huida, paralización o disociación, hasta las respuestas con base en el lenguaje o elegidas conscientemente, como la suspicacia, los autorreproches, la culpa, la vergüenza, la rabia, las autolesiones o el control de nuestra alimentación. Las últimas suelen aparecer en periodos más tardíos del desarrollo, ser más moldeables por los significados locales y, por tanto, ser más culturalmente específicas.

Es importante resaltar las diferencias fundamentales entre este modelo y el modelo biopsicosocial del sufrimiento mental más tradicional:

- A diferencia de (algunas versiones del) modelo biopsicosocial, no se asume patología y no se privilegian los aspectos “biológicos”. Estos constituyen un nivel más de la explicación, inextricablemente relacionado con los demás.
- Aunque un modelo tripartito tiene una capacidad heurística adecuada, los tres elementos no son independientes, sino que se desarrollan los unos a partir de los otros. No hay una división real en o entre los aspectos nucleares propuestos. El individuo no existe, y no puede ser entendido, de forma separada de las relaciones, la comunidad y la cultura. El significado solo surge cuando los elementos sociales, culturales y biológicos se combinan; y las capacidades biológicas no pueden separarse del entorno social e interpersonal.
- La capacidad de crear significado (dentro de los discursos disponibles) y la agencialidad (dentro de las limitaciones materiales y biosociales) son atributos nucleares de los seres humanos. El “significado” es intrínseco a la expresión y experiencia de todas las formas de sufrimiento emocional y confiere una forma única a las respuestas personales del individuo.
- Aunque la mayor parte de trabajo en salud mental se dirige al individuo, pensamos que el significado y el sufrimiento deben también entenderse a nivel social, comunitario y cultural. Así, consideramos que el Marco PAS puede aplicarse igualmente para entender la intervención y acción social en un sentido más amplio, además de para tener en cuenta el contexto social en el trabajo terapéutico con los individuos.

RESTABLECER LAS CONEXIONES ENTRE LAS AMENAZAS Y LAS RESPUESTAS A LAS AMENAZAS

La naturaleza funcional y estratégica de las respuestas a la adversidad implica que no pueden entenderse de forma separada de las circunstancias en que surgieron.

Uno de los principales objetivos del Marco PAS es, por tanto, hacer explícitas las relaciones entre las amenazas basadas en el significado y las respuestas a las amenazas basadas en el significado.

En algunas situaciones, ya lo hacemos. Casi no hace falta decir que la muerte de un ser querido se experimenta como pérdida y evoca por lo general una reacción de pena; la ausencia de figuras de apego en la infancia se vive como abandono y lleva a ansiedad y búsqueda; las amenazas a la seguridad física dan lugar a terror y a una reacción de lucha, huida y parálisis, etcétera. No obstante, cuando el acontecimiento causal psicosocial inmediato es obvio, normalmente no atribuimos patología. Nosotras pensamos que todos los “trastornos” psiquiátricos funcionales (y muchas otras dificultades) pueden ser entendidos de esta forma una vez hayamos identificado las amenazas basadas en el significado y restablecido los nexos con las respuestas protectoras contra dichas amenazas. Por citar solo un ejemplo, los investigadores de la “paranoia” han afirmado que las relaciones bien documentadas entre esta y las experiencias de *bullying*, violencia, discriminación y entornos inseguros la hacen “comprensible, y, de hecho, adaptativa” (14). Sin embargo, las conductas y respuestas que favorecen la supervivencia en ciertos contextos pueden llegar a ser problemáticas en sí mismas, para la propia persona y/o para quienes la rodean.

Hay una serie de razones por las que estas relaciones pueden no ser obvias. Por lo general, la amenaza (o ejercicio de poder) es distante en el tiempo, y tal vez ni siquiera es accesible a la memoria consciente, incluso aunque la respuesta a la amenaza siga activa. La amenaza puede ser menos obvia por ser sutil, acumulativa y/o socialmente aceptable. Las amenazas pueden ser tan numerosas, y las respuestas a ellas tantas y tan variadas, que las relaciones entre ellas se han vuelto confusas y oscuras. La respuesta a la amenaza puede adoptar una forma extrema o inusual que esté relacionada con la amenaza de un modo menos obvio –por ejemplo, es el caso de las creencias aparentemente “bizarras”, las voces, las autolesiones o la privación de alimentos–. La persona que sufre puede haberse acostumbrado a negar la posibilidad de una relación, pues reconocerla podría vivirse como algo peligroso, estigmatizante o vergonzoso. Y cuando se ha establecido contacto con los servicios, los profesionales de salud mental están formados para oscurecer esta relación mediante la aplicación de un diagnóstico que impone una narrativa, prestigiosa y experta, de déficit individual y “enfermedad”.

Es más útil considerar las respuestas a las amenazas no como “síntomas” discretos o quejas, sino en relación a las funciones que cumplen. Son estrategias que guardan relación con necesidades humanas nucleares que necesitan ser salvaguardadas, como la necesidad de protección, de ser valorado, de encontrar un lugar en el grupo social, etcétera. Su función varía de una persona a otra, aunque pueden esperarse algunos aspectos comunes en individuos de la misma cultura (p.e., en contextos occidentales, la restricción alimentaria se asocia con frecuencia a la necesidad de

mantener el control). Por otro lado, la misma respuesta a una amenaza puede servir a múltiples propósitos en un mismo individuo. Así, la autolesión puede utilizarse a la vez como autocastigo, forma de comunicación, ventilación de sentimientos y como forma de obtener cuidado. Todas estas estrategias representan los intentos de las personas –conscientes o no– de sobrevivir a los efectos negativos del poder por medio de los recursos de que disponen. En lugar de ser “diagnosticados” como individuos con déficits biológicos o psicológicos que sufren pasivamente, pensamos que se puede reconocer, y validar, a los usuarios de los servicios (y a todos nosotros) como individuos que reaccionan ante las amenazas en aras de su protección y supervivencia.

LA IDENTIFICACIÓN DE PATRONES PROVISIONALES EN EL MARCO DE PODER, AMENAZA Y SIGNIFICADO

Como se ha discutido, respecto a la conducta, la experiencia y el sufrimiento humano, los patrones y la causalidad se entienden mejor como fuertemente probabilísticos, con efectos que operan contingente y sinérgicamente –es decir, de una forma que es con frecuencia imposible predecir con precisión por anticipado–. La situación se complica aún más por el hecho de que todos los elementos de cualquier patrón están determinados por la cultura, el significado y los estadios de desarrollo. Puesto que estos aspectos están cambiando constantemente, a veces más despacio, otras más rápido, los patrones serán siempre provisionales y hasta cierto punto locales –es decir, su forma de expresión es específica para un individuo, grupo social, comunidad, cultura y periodo histórico–. No hay, por tanto, “síndromes vinculados a la cultura” separados; por el contrario, todas las expresiones del sufrimiento están ligadas a la cultura, como lo están todos los juicios sobre lo que constituyen conductas y reacciones problemáticas o adaptativas. Y si el impacto de un acontecimiento o situación determinada está también mediado por el significado cultural y personal, puede ser imposible predecir su manifestación precisa en términos de acciones o expresiones del sufrimiento.

Esto no significa que no existan regularidades. Sin embargo, nuestro supuesto central es que no son en esencia patrones en biología, como ocurre en medicina; sino que, más bien, son patrones que se organizan por medio de significados personales, sociales y culturales.

Dentro del marco PAS, proponemos que las respuestas específicas a amenazas y sus orígenes pueden ser provisionalmente agrupadas en amplios patrones de respuestas, corporeizadas y basadas en el significado, al ejercicio negativo del poder. Estos patrones, amplios, provisionales y basados en la evidencia, se expresan como verbos, no como nombres –son descripciones de lo que las personas *hacen*, no de lo que *tienen*–.

En otra divergencia con los patrones diagnósticos, los patrones trascienden diagnósticos, especialidades y las divisiones tradicionales *enfermo/sano, loco/cuerdo*, pues se reconoce que todos nosotros estamos sometidos al ejercicio negativo del poder en algunas áreas de nuestras vidas y a veces todos tenemos que luchar para sobrevivir y satisfacer las necesidades humanas básicas. La identificación provisional de estos patrones basados en la evidencia ofrece un contexto para la co-construcción de narrativas individuales, además de proporcionar alternativas al diagnóstico con fines de agrupación, administrativos, legales, planificación de servicios e investigación.

Describimos algunos patrones generales provisionales, basados en la evidencia, que surgen cuando miramos a través del prisma del PAS. No se presentan como un conjunto definitivo y completo; más bien, son un punto de partida para un desarrollo posterior. No obstante, están sólidamente asentados en la teoría y la investigación. Cada patrón general incluye una serie de posibles respuestas a amenazas (p.e. hipervigilancia, oír voces, restringir la alimentación...) agrupados en base a la función que cumplen. A la inversa, cada tipo de respuesta a la amenaza puede aparecer en diferentes patrones generales y puede cumplir diferentes funciones. Como se describe con más profundidad en los documentos del estudio, estos patrones ofrecen una base para validar y respaldar narrativas de sufrimiento a todos los niveles, desde el individual al comunitario, además de sugerir formas alternativas de cumplir los otros propósitos por los que en la actualidad se usa el diagnóstico psiquiátrico (véase el capítulo 8 del documento principal).

PERSPECTIVAS CULTURALES: NORTE Y SUR

El Marco PAS ofrece una posible solución al hasta ahora irresoluble dilema de aplicar los sistemas de clasificación psiquiátrica occidentales a las formas de sufrimiento propias de las culturas no-occidentales, tanto en el Reino Unido como en el resto del mundo. El marco predice y permite la existencia de una amplia variedad de experiencias culturales y manifestaciones del sufrimiento sin considerarlas variaciones bizarras, primitivas, menos válidas o exóticas del paradigma diagnóstico dominante. Lo mismo puede decirse de un fenómeno histórico como es la "histeria". Entendido como un metamarco que está basado en capacidades humanas y respuestas a las amenazas que se han desarrollado universalmente, los principales principios del modelo PAS pueden aplicarse a todas las épocas y culturas. Dentro de este marco, las listas abiertas de respuestas a la amenaza permiten un número infinito de manifestaciones del sufrimiento local e históricamente específicas, todas ellas determinadas por los significados predominantes en cada cultura. Desde este punto de vista, como hemos señalado, no hay "síndromes ligados a la cultura" independientes, sino que todas las manifestaciones del sufrimiento están ligadas a la cultura.

Como hemos afirmado, algunas muestras del ejercicio de poder a nivel proximal incluyen adversidades como el abuso, la negligencia, la discriminación, la exclusión y la violencia. A un nivel más distal, las estructuras socioeconómicas influyen en la prevalencia y el tipo de las adversidades. En el Norte Global, pero también cada vez más en el Sur Global⁵, estas adversidades surgen en el contexto de la industrialización y las estructuras socioeconómicas que se derivan de ella. Estas estructuras han dado lugar a muchos avances, particularmente en el campo de la tecnología, la ciencia y el cuidado de la salud, pero también han ocasionado muchos costes y pérdidas. En función de la actual ideología política predominante, la industrialización implica diversos grados de desigualdad salarial, con todas las (documentadas) consecuencias destructivas que esto conlleva para el tejido social (15). En consonancia con el trabajo de muchos otros, nuestro análisis sugiere que las estructuras socioeconómicas afectan a las normas sociales, los discursos y los significados ideológicos de maneras que están al servicio y determinan el uso del poder, tanto negativo como positivo, en la línea de ciertos intereses –sociales, económicos, políticos, etcétera–.

De todo lo anterior se deriva que las manifestaciones y experiencias del sufrimiento en una sociedad dada reflejarán, a algún nivel, la incapacidad (percibida o real) de vivir según sus normas, valores y expectativas, tal y como se expresa en parte mediante los discursos sociales y significados ideológicos. Así, en las sociedades industrializadas centradas en la lucha por el logro, se podrían esperar patrones comunes de sufrimiento en línea con las definiciones de éxito socialmente aceptadas; a la hora de individualizarse y separarse de la familia de origen; en relación con el cumplimiento de las expectativas sobre el tamaño, la forma corporal y el peso; con el cumplimiento de los roles laborales; con la adecuación a las expectativas de género normativas, incluyendo las relacionadas con la orientación sexual; a la hora de competir con éxito para obtener bienes materiales; a la de satisfacer las necesidades emocionales y de apoyo dentro de la estructura de la familia nuclear; de conciliar los valores y expectativas de tener una cultura de origen diferente; convencer a los niños de que se comporten de acuerdo a las expectativas recibidas; etcétera. Del mismo modo, podríamos esperar encontrar patrones comunes de sufrimiento en relación a las principales necesidades humanas que es más probable se vean amenazadas por algunos efectos negativos de la industrialización, como la exclusión social, la marginalización y el aislamiento. Por último, se podía esperar un mayor riesgo de ser diagnosticado al tener experiencias que desafían las concepciones occidentales de la persona –por ejemplo, las creencias “no racionales”, las creencias espirituales inusuales o experiencias como oír voces, que no encajan con la noción de un *self* unitario–.

⁵ En algunos estudios se utiliza el término “Sur global” para referirse a los países del Tercer Mundo y a los países en vías de desarrollo. (Nota de la T.)

Los sentimientos existentes de vergüenza, culpa y dificultades para estar a la altura de los supuestos y expectativas mediados ideológicamente pueden ser fuertemente reforzados al recibir un diagnóstico psiquiátrico. El modelo no evidenciado de “enfermedad” que se promueve típicamente en sociedades industrializadas se asocia con niveles de estigma mucho mayores y con menores expectativas de recuperación (16, 17). Esta pérdida de esperanza es autocumplida y, por consiguiente, el círculo vicioso se completa.

La evidencia de que “el sufrimiento mental severo” tiene con frecuencia mejores perspectivas en el Sur Global, donde los rituales de curación y prácticas locales también se usan junto a, o en sustitución de, el diagnóstico y la medicación (18, 19), es totalmente congruente con la perspectiva PAS, pues enfatiza el papel del apoyo social y las narrativas compartidas –lecciones que, como la evidencia sugiere, necesitan ser reaprendidas en las sociedades industrializadas–. Por tanto, lo anterior no implica que sea necesario exportar el Marco PAS en la forma de otro movimiento de salud global, sino, más bien, que el marco respeta las numerosas formas culturalmente específicas y no médicas en que el sufrimiento de un individuo y una comunidad se expresa, se vive y se cura, tanto en el Reino Unido como en el resto del mundo.

LAS NARRATIVAS PAS COMO FUENTE DE CURACIÓN

Como se ha expuesto, creemos que hay suficientes evidencias como para plantear provisionalmente una serie de patrones de respuestas que pueden describirse como verbos –no como nombres–, como: “Sobrevivir a la exclusión social, la vergüenza y el poder coercitivo”; “Sobrevivir a la derrota, al sentimiento de sentirse atrapado, el aislamiento y la pérdida” o “Sobrevivir al rechazo, al sentimiento de sentirse atrapado y la invalidación”⁶. Los individuos variarán en el grado en que encajan o se ajustan a estos patrones. Su principal objetivo es proporcionar resúmenes basados en la evidencia que puedan ser utilizados para respaldar el desarrollo de narrativas personales como forma más efectiva de cumplir algunas de las supuestas funciones del diagnóstico, como: ofrecer una explicación, validar el sufrimiento, facilitar el contacto con otras personas en circunstancias similares, aliviar la vergüenza y la culpa, y transmitir la esperanza en la recuperación.

Las narrativas pueden adoptar varias formas, una de las cuales es la formulación psicológica (20), una popular práctica muy extendida en el Reino Unido. Sin embargo, el objetivo a largo plazo es conseguir que el conocimiento y la evidencia en que se basa el Marco PAS estén disponibles y sean accesibles para todos, de

⁶ En lugar de decir que alguien tiene un determinado síntoma, las autoras enfatizan lo que una persona hace para sobrevivir a una amenaza o serie de amenazas. (Nota de la T.).

manera que cualquier persona que esté sufriendo pueda utilizarlo para desarrollar su propia narrativa, ya sea en contacto con los servicios de salud mental, u otros servicios, o no. Sostenemos que, al servirse de los distintos aspectos del Marco PAS, las narrativas serán más holísticas, útiles, curativas, empoderadoras y basadas en la evidencia. Esto necesariamente implicará establecer una relación más explícita con, y centrarse en, las distintas variantes del ejercicio de poder, típicamente excluidas en las conceptualizaciones del sufrimiento actuales, tanto médicas como psicológicas.

CONCLUSIÓN

El principal documento del Marco PAS consta de aproximadamente 190.000 palabras y puede ser una lectura exigente. Ciertamente, también lo ha sido escribirlo. En este artículo solo hemos ofrecido una sucinta muestra de los argumentos, y el documento en sí está concebido como el primero de una serie de investigaciones que respaldarán su posterior desarrollo. No obstante, esperamos haber transmitido algunos de los objetivos centrales del marco, a saber: hacer explícito el papel que juega el poder, en sus múltiples capas, en la aparición del sufrimiento; hacer explícitas las relaciones entre las amenazas y las respuestas a dichas amenazas, sugiriendo patrones que se organizan en función del significado, no de la biología, apoyando la construcción de narrativas personales como una alternativa al diagnóstico y promoviendo la acción social.

Puesto que concebimos el PAS como un metamarco que puede ser utilizado no solo por sí mismo, sino también para respaldar versiones más holísticas e inclusivas de los modelos y prácticas existentes, pensamos que es compatible con muchos artículos de esta serie y los modelos y enfoques que se describen en ellos⁷. Esperamos que este artículo contribuya al cambio, tan necesario, hacia una teoría y práctica no-diagnóstica, movimiento que ha adquirido una gran velocidad y apoyo desde la publicación del DSM-5.

Declaración de conflictos de interés

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés con respecto a la investigación, autoría y publicación de este artículo.

Financiación

Para la investigación y elaboración de este artículo, las autoras han recibido financiación de la Division of Clinical Psychology de la British Psychological Society.

⁷ Este artículo se publicó originalmente en la revista *Journal of Humanistic Psychology* y es parte de una serie de números especiales dedicados a alternativas a los diagnósticos. (Nota de la T.)

BIBLIOGRAFÍA

- (1) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- (2) Division of Clinical Psychology. Classification of behavior and experience in relation to functional psychiatric diagnosis: Time for a paradigm shift. Leicester, England: British Psychological Society, 2013. Disponible en: <http://www.bps.org.uk/system/files/Public%20files/cat-1325.pdf>
- (3) Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Kinderman P, et al. The Power Threat Meaning Framework: towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behavior, as an alternative to functional psychiatric diagnosis. Leicester, England: British Psychological Society, 2018. Disponible en: www.bps.org.uk/PTM-Main
- (4) Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Kinderman P, et al. The Power Threat Meaning Framework: overview. Leicester, England: British Psychological Society, 2018. Disponible en: www.bps.org.uk/PTM-Overview
- (5) The British Psychological Society. PTM guided discussion. Disponible en: <https://www.bps.org.uk/news-and-policy/introducing-power-threat-meaning-framework>
- (6) Ingleby D. Critical psychiatry. London, England: Penguin, 1981.
- (7) Insel T. Transforming diagnosis [Internet]. 29 abril 2013. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- (8) Bentall RP, de Sousa P, Varese F, Wickham S, Sitko K, Haarmans M., et al. From adversity to psychosis: pathways and mechanisms from specific adversities to specific symptoms. *SocPsychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 49: 1011-22.
- (9) Anda RF, Brown DW, Felitti VJ, Bremner JD, Dube SR, Giles WH. Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medications in adults. *Am J Prev Med* 2007; 32: 389- 94.
- (10) Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman D, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the lifespan: findings from the Adverse Childhood Experiences study. *JAMA* 2001; 286: 3089-96.
- (11) Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction in many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998; 14: 245-58.
- (12) Timimi S. No more psychiatric labels: why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *Int J Clin Health Psychol* 2014; 14: 208-15.
- (13) Norcross JC (Ed.). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness* (2^a ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 2011.
- (14) Shevlin M, McAnee G, Bentall R, Murphy J. Specificity of association between adversities and the occurrence and co-occurrence of paranoia and hallucinations: evaluating the stability of childhood risk in an adverse adult environment. *Psychosis* 2015; 7: 206-16.

- (15) Wilkinson R, Pickett K. *The spirit level: why equality is better for everyone*. Londres: Penguin, 2010.
- (16) Kvaale E, Haslam N, Gottdiener W. The “side effects” of medicalization: a meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 782-94.
- (17) Read J, Haslam N, Sayce L, Davies E. Prejudice and schizophrenia: a review of the “Mental illness is an illness like any other” approach. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114(5): 303-18.
- (18) Davidson L, McGlashan T. The varied outcomes of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 34-43.
- (19) Warner R. *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy* (3ª ed.). New York, NY: Brunner-Routledge, 2005.
- (20) Johnstone L, Dallos R. (Eds.). *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people’s problems* (2ª ed.). Londres: Routledge, 2013.