

El Marco de Poder, Amenaza y Significado.

Un análisis de esta nueva propuesta y sus posibles implicaciones en la práctica clínico-asistencial.

*The power, threat, meaning framework.
An analysis of this new proposal and its possible implications in
clinical practice.*

Carmen Barreiro González

Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Resumen

Este trabajo se plantea como una revisión y análisis de la nueva propuesta de la Asociación Británica de Psicología (*British Psychological Association*), el Marco de Poder, Amenaza y Significado, *Marco PAS*, (Johnstone et al., 2018). También tiene como objetivo el plantear una comparación de este modelo con aquellas teorías preexistentes y analizar las aportaciones que ofrece este nuevo paradigma y también las posibles limitaciones que pudiese presentar.

De este modo se pretende ofrecer una visión lo más objetiva posible, sin poder olvidar que no deja de ser un análisis personal sobre un modelo cuya publicación es muy reciente, y sobre la que el paso del tiempo seguramente aún tenga mucho que decir.

Palabras clave: Marco PAS, Modelo integrador, Apego, Trauma, Narrativas.

Abstract

The current paper is posed as a review and analysis of the new proposal by the British Psychological Association regarding the *Power Threat Meaning Framework, PTM Framework*, (Johnstone et al., 2018). It also has the goal of comparing this framework with other pre-existing theories, analyzing the nuances that this new paradigm offers, as well as the possible limitations that it could bear.

Thereby, this paper tries to offer an objective perspective, without taking aside the fact that it is a personal review regarding a framework that is relatively new, about which the passage of time surely still has a lot to say.

Keywords: PTM Framework, Integrative Model, Attachment, Trauma, Narratives.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de las últimas décadas ha sido claro el aumento del interés que ha surgido en el ámbito de la psicología en relación con la búsqueda de modelos alternativos al paradigma Biomédico, imperante en el estudio del sufrimiento psíquico y emocional. Muchas han sido las aproximaciones que han buscado este cambio, yendo desde los padres de la escuela humanista-existencialista, como Rogers, Maslow o Frankl, hasta nuestros días. Aun así, el debate sigue vigente, especialmente desde la reciente publicación de las últimas versiones de los manuales de diagnóstico clínico DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y CIE-11 (World Health Organization, 2019). Ambos manuales han resultado especialmente controvertidos, ya que por una parte han intentado adaptarse a las críticas realizadas a sus versiones anteriores con cambios como por ejemplo ofrecer sistemas ligeramente más dimensionales, mientras que, por otro lado, han mostrado claras deficiencias las cuales se achacan más a la base sobre la que se sustentan los mismos que a las características concretas de cada uno (Timimi, 2014).

Estos problemas de base achacados a las clasificaciones como el DSM-5 llevan muchos años siendo criticados por múltiples organismos, como el Instituto Nacional de Salud Mental de EE.UU., NIMH por sus siglas en inglés, (Insel, 2013), la Organización Mundial de la Salud (2017) y la Organización de las Naciones Unidas (2017). Sin ir más lejos, la división de Psicología clínica (DPC por sus siglas en inglés) de la Asociación Británica de Psicología, ya en 2013 planteó lo siguiente: *"Es el momento de afirmar públicamente que los sistemas de clasificación actuales como el DSM o la CIE, respecto a su funcionalidad en el diagnóstico psiquiátrico, presentan limitaciones conceptuales y empíricas significativas. En consecuencia, se hace necesario un cambio de paradigma en relación a las experiencias a las que tales diagnósticos se refieren, avanzando hacia un sistema conceptual no basado en el modelo de enfermedad."* (DCP, 2013 en Johnstone et

al., 2018). Estas limitaciones a las que hace referencia tanto la DPC como otros muchos autores, se expresan en múltiples niveles y del mismo modo tienen su origen en múltiples causas, que se proceden a explorar.

Algunas de las críticas concretas que se han planteado en los últimos años, en concreto respecto al DSM-5 (ya que la CIE-11 se ha publicado hace menos tiempo), han sido su falta de validez y fiabilidad y la presencia de deficiencias empíricas (Frances, 2013). También ha adquirido gran fuerza en el debate la influencia ejercida por la industria farmacéutica en su redacción, ya que el 69% de los miembros de la *task force* destinada a la elaboración del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) han manifestado tener vínculos con la industria farmacéutica. Esto implica un importante aumento, ya que el porcentaje de miembros de la *task force* destinada a la construcción del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) se encontraba en el 57%. Resulta también destacable el hecho de que, de todos los capítulos, aquellos en los que el tratamiento farmacológico está considerado como tratamiento de primera línea (Trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos y trastornos del sueño/vigilia) son los capítulos que presentan un mayor nivel de profesionales con estas relaciones (Cosgrove & Krinsky, 2012). Otro de los aspectos ampliamente criticados, es la patologización de aspectos de la vida cotidiana, con ejemplos como la eliminación del criterio temporal para diagnosticar un trastorno depresivo mayor en un contexto de duelo (American Psychiatric Association, 2013) y la ampliación de los diagnósticos que se contemplan en este manual (Frances, 2013). En cualquier caso, ninguna de estas críticas es nueva, de hecho, se vienen realizando de manera bastante similar a sus ediciones anteriores. Por ejemplo, el psicólogo español Marino Pérez Álvarez y su compañero Héctor González Pardo plantean ya en 2007 en su manual "*La invención de los trastornos mentales*" las mismas críticas hacia el modelo biomédico y las clasificaciones diagnósticas del momento (DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) y CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994)) que se continúan realizando más de una década después.

Todo esto refleja aquello que la DPC de la Asociación Británica de Psicología ya manifestó en 2013, que es necesario un cambio de paradigma. Con este objetivo se diseña el *Marco de Poder, Amenaza y Significado*, siendo un intento de superar aquellos déficits presentados por el modelo de enfermedad y el diagnóstico psiquiátrico tal y como lo conocemos, pero manteniendo aquellos beneficios que presenta. Algunos de estos beneficios consisten en aspectos como el estructurar los servicios asistenciales y jurídicos y la investigación. A su vez, los sistemas diagnósticos actuales, tienen el beneficio de ser vividos por algunas de las personas que los reciben como un alivio y validación de su sufrimiento y un elemento que aporta una identidad, sentimiento de pertenencia y esperanza en una posible "recuperación". Aun así, se ha de tener en cuenta que también se observa que existe otro gran grupo de personas para las cuales este tipo de diagnósticos no presentan únicamente dichos beneficios, sino que además lo viven como una importante alteración de su identidad que les genera sentimientos de vergüenza, miedo, invalidación, desesperanza, exclusión y pérdida de agencialidad. (Johnstone, 2014 en Johnstone et al., 2018).

Por todo esto, la *task force* destinada a la elaboración de este nuevo marco de trabajo se propone la tarea de cubrir todas estas necesidades que estaba cubriendo el modelo diagnóstico, pero superando las

limitaciones (o al menos algunas de ellas) que este presenta. Para ello se plantea el objetivo general de "*dar cuenta y ampliar los enfoques existentes, al ofrecer una perspectiva básicamente distinta sobre los orígenes, la experiencia y la expresión del sufrimiento emocional y del comportamiento perturbador o perturbado.*" (British psychological association, 2018 en Johnstone et al., 2018). La forma en la que se plantean dicha tarea se verá en el siguiente apartado.

EL MARCO DE PODER, AMENAZA Y SIGNIFICADO

Como se ha dicho previamente, el *Marco PAS* (Johnstone et al., 2018) se crea en respuesta a los déficits encontrados para explicar el sufrimiento psíquico y emocional por parte del paradigma biomédico y los modelos de enfermedad. Esto lleva a la Asociación Británica de Psicología (BPA por sus siglas en inglés) a plantearse el objetivo de buscar un cambio de paradigma, y eso no es tarea fácil. Para poder afrontar semejante encargo, la BPA se vuelca en una labor de investigación con el objetivo de desarrollar un modelo fundamentado y basado en evidencia científica. También se caracteriza por su interés en desarrollar un modelo integrador, basado en la observación holística del ser humano. Con todo esto, llegan a la conclusión de que es necesario plantear un modelo amplio y flexible que dé cabida a la complejidad de la experiencia humana y a todas las diferencias culturales que se encuentran más allá de la cultura occidental, pero que también pueda ser modificado a medida que pasen los años, ya que nada hay más humano que la evolución y el cambio. Para esto se desarrolla un Patrón fundamental, que se plantea como esquema básico que estructura el modelo, y después se plantean 7 Patrones generales provisionales, de los cuales se hablará más adelante. Solo decir, que los Patrones generales provisionales no se presentan a modo de un conjunto completo y definitivo con el que clasificar sino, como su propio nombre indica, constituyen patrones con los que manejarnos de forma "constantemente provisional", ya que como se ha mencionado antes, el cambio es inherente al ser humano y por lo tanto también a los sistemas que lo clasifican. De este modo, se conciben estos patrones generales como un punto de partida para futuros desarrollos e investigaciones.

En cualquier caso, este modelo (igual que todos) no surge de la nada, sino que parte de una serie de bases teóricas ampliamente aceptadas dentro del mundo de la psicología. Algunas de estas teorías a las que la BPA (2018) hace especial mención (para comentar sus fortalezas y sus limitaciones) son: 1) El Modelo Dinámico Madurativo de Patricia Crittenden (2002, 2005, 2006 en Johnstone et al., 2018), el cual se centra en conceptualizar los problemas de salud mental en términos de patrones de respuesta psico-biológica basados en el apego; 2) El modelo del Paul Gilbert (2007 en Johnstone et al., 2018), basado en la teoría evolutiva, la neurociencia y la psicología social para relacionar las atribuciones personales, los estilos de apego y los sistemas afectivos basados en la biología con las diferentes manifestaciones del sufrimiento emocional; y 3) El Enfoque Informado sobre el Trauma, que se basa en el reconocimiento de que la mayoría de las personas que usan los servicios de bienestar social han experimentado adversidades y amenazas significativas en su vida pasada y/o actual (Sweeney et al., 2016, en Johnstone et al., 2018).

Estos conceptos (apego, patrones de respuesta psico-biológica, atribuciones personales, trauma...) no son desconocidos, de hecho, ya a principios del siglo pasado, Pierre Janet planteaba su Teoría de la disociación y hablaba del origen traumático de la misma, y pocos años después Bowlby desarrollo su teoría del Apego. Lamentablemente, la psicología ha mantenido estas teorías en un segundo plano durante largo tiempo y solo en los últimos años se han retomado los acercamientos a la comprensión del sufrimiento psíquico desde esta perspectiva.

En relación con todo este contexto, se puede entender mejor el punto de partida desde el que se inicia este proyecto, y permite entender cuáles son los objetivos y los principios que lo caracterizan. En concreto, la BPA en su documento abreviado (Johnstone et al., 2018) enumera los siguientes principios fundamentales para el *Marco PAS*:

1. En primer lugar, se plantean que *"las clasificaciones del sufrimiento psíquico deben centrarse en aspectos no tenidos en cuenta hasta el momento por las clasificaciones anteriores"*, como por ejemplo el hecho de que las personas se caracterizan por la presencia de comportamiento intencional que se desarrolla en un contexto social y relacional.
2. El segundo punto a tener en cuenta es que se considera que *"el comportamiento y las experiencias "anormales" se dan en un continuo con el comportamiento y las experiencias "normales"*, estableciendo entre estas, diferencias cuantitativas más que cualitativas. A esto se le suma que *"nuestros comportamientos se pueden considerar respuestas comprensibles a nuestras circunstancias actuales, la historia, la cultura, los sistemas de creencias y las capacidades físicas."* De este modo, se concluiría que el impacto y las interacciones de estos factores llevarían a comprender el porqué de nuestro comportamiento, ubicándose este en el continuo entre la "normalidad" y la "anormalidad".
3. Esto se enlazaría con el tercer principio planteado por este modelo, que establece que *"la causalidad del sufrimiento y la conducta humana es probabilística."* Alejándose del determinismo planteado no solo por el modelo biomédico sino también por algunos modelos psicoterapéuticos.
4. Otro de los principios fundamentales a tener en cuenta establece que *"las experiencias y expresiones del sufrimiento emocional están posibilitadas y mediadas, aunque no causadas en un sentido simplista, por nuestros cuerpos y nuestra biología"*. Este punto resulta importante, ya que el *Marco PAS* no niega que exista una influencia biológica en los problemas asociados al sufrimiento psíquico, sin embargo, sí plantea que debería cambiarse la óptica con la que se observan estos factores para evitar el reduccionismo asociado a entender estos problemas como alteraciones meramente químicas.
5. Muy en relación con el punto anterior, se establece que *"los seres humanos son fundamentalmente seres sociales cuyas experiencias de sufrimiento y su comportamiento problemático resultan inseparables de sus contextos materiales, sociales, ambientales, socioeconómicos y culturales"*. Por este

motivo resulta especialmente importante no dejar estos factores fuera de la explicación que se da de estos fenómenos, siendo uno de los objetivos principales de trabajo de este modelo el permitir restablecer la relación entre estos factores y dichas experiencias de sufrimiento y comportamiento problemático.

6. Otro aspecto importante, y muy relacionado con el auge de los modelos de psicología y psiquiatría transcultural es el hecho de establecer que *"todas las formas autóctonas para comprender el sufrimiento tienen aspectos positivos, ya que no puede haber una "Psiquiatría global" o "Psicología global".*" Esto es importante, ya que desde los modelos de diagnóstico clínico DSM y CIE, se plantea un modelo de explicación del malestar psíquico fundamentalmente centrada en la cultura occidental que dejaba fuera una gran cantidad de manifestaciones asociadas a contextos culturales no occidentales. Para hacer frente a estas deficiencias, ambos manuales incluyeron entre sus páginas algunos diagnósticos considerados como "síndromes culturales", pero a pesar de esto no han conseguido reflejar la variabilidad de manifestaciones asociadas a las diferencias culturales presentes más allá de la cultura occidental.

7. En relación con el séptimo punto, se aprecia un aspecto ya planteado previamente y trabajado por múltiples autores como Marino Pérez en su obra *"La invención de los trastornos mentales"* (Pardo González & Pérez Álvarez, 2007), y es el planteamiento de que *"las teorías o juicios sobre la detección, explicación e intervención sobre el sufrimiento mental y el comportamiento problemático no se sitúan al margen de intereses y valores"*. Este hecho resulta de especial importancia ya que, como se ha visto en la introducción, el modelo de diagnóstico clínico tradicional se encuentra en una posición controvertida en relación con estos aspectos.

8. Finalmente, como último principio fundamental de este modelo se encuentra la idea de que, en relación con la intervención con personas que presentan sufrimiento psíquico *"se necesita considerar seriamente el significado, la narrativa y la experiencia subjetiva. Esto implica dar un lugar central a las narrativas de los expertos por la experiencia. También implica recurrir a una amplia variedad de métodos de investigación y otorgar un estatus equivalente a los métodos cualitativos y a los cuantitativos, incluyendo el testimonio de las personas usuarias o supervivientes de los servicios y de quienes cuidar"*. Esto último es de gran importancia ya que en área de estudio que constituye la psicología, se está produciendo un fenómeno altamente problemático para la investigación y consiste en que se está adaptando el objeto estudiado al método de estudio. Es decir, a falta de una metodología óptima se intenta encajar aquellos fenómenos complejos con los que trabajamos en categorías simplificadas que dan lugar a la pérdida de perspectiva del objeto realmente estudiado, generando esto una alteración de los resultados obtenidos y una comprensión incompleta de los fenómenos analizados (Martorell, 2017).

A raíz de estos ocho principios fundamentales surge un modelo que tiene entre sus características principales el trabajar en superar las deficiencias planteadas apoyándose en los conceptos identificados como esenciales para el desarrollo del trabajo psicoterapéutico. Y sabiendo todo esto, se procede a describir los aspectos concretos de este modelo.

Como ya se ha dicho previamente, el *Marco PAS* busca poder presentar a las personas con sufrimiento emocional o comportamiento perturbador una nueva narrativa que sea completa y coherente con su historia, y que les resulte útil para poder manejarse y explicar lo que les ocurre y lo que les ha ocurrido. Para esto, se manejan con cuatro elementos fundamentales e interrelacionados:

- El ejercicio del **poder**.
- La **amenaza** que supone el ejercicio negativo del poder.
- El **significado** aportado a la experiencia y la expresión del poder, la amenaza y nuestra respuesta a la amenaza.
- Y las **respuestas a la amenaza**, que suponen la reacción aprendida y evolutiva frente a todo lo anterior.

A continuación, se procede a explicar qué se entiende dentro de este marco de trabajo por cada uno de estos elementos ya que, entre otros aspectos, son las particularidades de los mismos los que constituyen las características distintivas de este trabajo (Johnstone et al., 2018).

Poder:

Se entiende el Poder como aquellas fuerzas que influyen sobre las personas, bien sea de manera positiva o negativa.

Puede manifestarse de distintas formas, como poder biológico y corporalizado; poder coercitivo o poder mediante la fuerza; poder legal; poder económico y material; capital social y cultural; poder interpersonal; y poder ideológico. Estas manifestaciones del poder pueden operar a través de diversas vías, como son estructuras sociales, instituciones y organizaciones; el entorno físico; los medios y la educación; y las relaciones sociales y familiares.

Amenaza:

La amenaza hace referencia en concreto a los tipos de amenazas que el ejercicio negativo del poder supone para una persona, grupo o comunidad. En este trabajo se describen una serie de amenazas centrales, que son: "Amenazas relacionales, Amenazas emocionales, Amenazas sociales y comunitarias, Amenazas económicas y materiales, Amenazas ambientales, Amenazas corporales, Amenazas de construcción de conocimiento y significado, Amenazas de identidad y Amenazas basadas en valores."

Es importante señalar que cualquier forma de adversidad se da con más frecuencia en contextos de desigualdad y que frente a cualquier tipo de amenaza existen factores que incrementan la experiencia de amenaza y factores que la disminuyen. Entre los factores que este modelo plantea como aquellos que incrementan la amenaza se encuentran: Estar en una etapa más temprana del desarrollo, estar atrapado/a, que la amenaza sea interpersonal e intencionada, imprevisibilidad y falta de control sobre la amenaza, que las amenazas sean múltiples y reiteradas, que exista intrusión física, encontrarse en un entorno crónicamente amenazante y la ausencia de alguien en quien confiar y que te proteja. Todo esto se correlaciona con los conocimientos acumulados en relación con el trauma y el trauma complejo (Van der Hart et al., 2008, 2010; Van der Kolk, 2017).

Finalmente, parece importante destacar el hecho de que desde este modelo también se entiende que *"las perturbaciones en las relaciones de apego tempranas son una adversidad en sí mismas y que establecen el escenario para las respuestas emocionales biológicamente medidas frente a las adversidades futuras"*.

Significado:

El significado hace referencia al sentido otorgado a las situaciones y experiencias determinadas por los elementos anteriores. Este elemento posee un papel central ya que activa y configura todos los demás, determinando la acción. Cabe destacar también, que se entiende que el significado resulta un producto de los discursos sociales y culturales y que tiene la capacidad de activar respuestas tanto evolutivas como adquiridas.

Respuestas a la Amenaza:

Como su propio nombre indica, son las respuestas evolutivas y aprendidas que una persona o grupo utiliza para protegerse al experimentar una amenaza. Estas respuestas están mediadas a través de las posibilidades corporales y se dan dentro de un proceso de Poder, Amenaza y Significado. En este caso, dejan de entenderse estas reacciones como "síntomas" que la persona sufre de forma pasiva y pasan a entenderse como "estrategias de supervivencia" que la persona activa para protegerse.

En concreto el documento original presenta una lista provisional y no completa de posibles respuestas a la amenaza encontradas en la población. Esta lista ordena las respuestas de las más "Pre-reflexivas", donde se aprecian las respuestas de congelamiento, la desrealización/despersonalización o múltiples respuestas psicósomáticas entre otras, a las más "Reflexivas" donde se ubican la desesperanza, las estrategias relacionales (como buscar distancia emocional y la adopción de roles rígidos) o la rumiación. Todas estas respuestas se pueden agrupar a su vez en las siguientes categorías, que no son exhaustivas ni mutuamente excluyentes, según su funcionalidad:

- Regulación de los sentimientos abrumadores
- Protección contra el peligro físico

- Mantener la sensación de control
- Buscar vínculos
- Protección contra la pérdida del apego, el daño y el abandono
- Preservar la identidad, la autoimagen y la autoestima
- Preservar un lugar dentro del grupo social
- Satisfacer las necesidades emocionales, calmarse
- Comunicar el sufrimiento y pedir atención
- Encontrar significado y propósito

Este cambio en la forma de entender los considerados “síntomas” por el modelo biomédico, constituye una de las bases fundamentales de este marco de trabajo, permitiendo devolver la agencialidad a las personas usuarias de los servicios, en contraposición a la pasividad que aportan los diagnósticos clínicos y que, como ya se ha visto, constituyen una de las principales críticas de base que se realizan a estos modelos.

Una vez explicados estos cuatro aspectos, resulta más fácil comprender cómo busca el *Marco PAS* lograr obtener un cambio en la narrativa aportada sobre los problemas que presentan las personas con sufrimiento psíquico. Para poder construir esta nueva narrativa, que es en sí mismo uno de los componentes terapéuticos fundamentales planteados en este modelo, el *Marco PAS* (Johnstone et al., 2018) plantea que se hace necesario responder con la persona, familia o grupo que consulta las siguientes preguntas:

- “¿Qué te ha pasado?” (¿Cómo ha actuado el poder en tu vida?)
- “¿Cómo te afectó?” (¿Qué tipo de Amenazas representó?)
- “¿Qué sentido le diste?” (¿Qué Significado tienen para ti estas situaciones y experiencias?)
- “¿Qué tuviste que hacer para sobrevivir?” (¿Qué tipo de Respuestas a la Amenaza estás usando?)

A estas cuatro preguntas básicas se les deben añadir dos cuestiones más de cara al trabajo terapéutico con este marco de trabajo, que son:

- “¿Cuáles son tus fortalezas?” (¿Qué acceso tienes a los Recursos de Poder?)
- “¿Cuál es tu historia?” (Para integrar todo lo anterior)

Con estas preguntas se busca lograr una comprensión más completa de lo que ha ocurrido y está ocurriendo a la persona, familia o grupo con el que se trabaja, cambiando la mirada de un “desequilibrio químico” a un “desequilibrio de poder”, siguiendo las recomendaciones de la ONU de sus últimos informes (Consejo de Derechos Humanos, 2017, citado en Johnstone et al., 2018). De este modo, se puede construir una narrativa distinta, más completa, que ayude a restaurar el significado y la agencialidad y permita identificar las respuestas a la amenaza que se están activando. Para llevar a cabo este proceso, el *Marco PAS* plantea, como ya se ha expuesto previamente, un Patrón fundamental que refleja cómo se conceptualiza de forma general el modelo de trabajo propuesto, y queda reflejado en el siguiente esquema y en una

descripción narrativa completa que está plasmada tanto en el documento original como en la versión abreviada traducida al castellano: (ANEXO 1 extraído de Johnstone et al., 2018).

De este patrón fundamental, posteriormente se desarrollan una serie de Patrones generales provisionales, basados en la evidencia empírica, y que buscan establecer regularidades causales que sirvan de punto de partida para futuros desarrollos e investigaciones. Estos patrones generales se entienden como agrupaciones de regularidades, que permiten operativizar y ayudan a trabajar, pero que no buscan ser una lista exhaustiva ni definitiva de entidades como aquellas procedentes de los modelos anteriores. De hecho, los Patrones generales en el documento abreviado (Johnstone et al., 2018) se plantean como entidades que:

- *“No representan agrupaciones separadas”*
- *“No sustituyen una a una las agrupaciones diagnósticas”*
- *“No proporcionan explicaciones universales de tipos específicos de “síntomas” o respuestas de amenaza”*
- *“Cruzan la frontera entre lo “normal” y lo “anormal””*
- *“Pueden dividirse en subpatrones”*
- *“Reflejan y son modelados por los significados ideológicos que se dan en los contextos sociales, políticos y culturales locales”.*

Además de esto, las personas pueden variar en la forma de “encajar” o ajustarse a estos patrones generales provisionales, moviéndose en el continuo entre incomodidades leves hasta un alto nivel de alteración del funcionamiento. También resulta importante destacar que se considera que tiene que haber versiones comunitarias de los patrones generales, ya que, aunque estos patrones concretos que se explicarán más adelante se ajustan mejor al funcionamiento individual o de una familia, se ha observado que existen patrones que pueden explicar las adversidades de toda una comunidad.

En relación con el trabajo con estos Patrones, se ha encontrado que su objetivo fundamental consiste en recuperar la relación entre las amenazas basadas en el significado y las respuestas a las amenazas basadas en ese significado. Por este motivo los Patrones generales reciben su nombre en forma de verbo y no de sustantivo, ya que de esta forma se pretende reflejar la agencialidad de la persona que provoca activamente las respuestas de amenaza para defenderse y no es simplemente un sujeto pasivo que sufre déficits biológicos. Para eso se trabaja con el siguiente esquema (ANEXO 2 extraído de Johnstone et al., 2018).

Este esquema es la base sobre la que se procede a construir los **7 patrones generales provisionales**, los cuales como se ha dicho anteriormente, y como su propio nombre indica, no pretenden constituir una clasificación definitiva, sino una herramienta de trabajo que debe permanecer en constante revisión a medida que pase el tiempo y con ello se modifiquen los discursos sociales y culturales y por tanto varíen el resto de componentes del modelo. A continuación, se procede a presentar cada uno de los siete patrones generales presentados, siendo el primero especialmente destacable, ya que sirve como punto de partida para todos los

demás, al poner el foco en aspectos especialmente centrales dentro de este modelo. Estos Patrones generales son:

- 1) Identidades.
- 2) Sobrevivir al rechazo, 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 la confusión de identidad.
- 5) Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado, 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.

En relación con cada uno de estos patrones generales el documento principal (Johnstone et al., 2018) presenta un "resumen narrativo" que aporta coherencia y estructura todos los elementos relacionados con el patrón concreto. Posteriormente se describe cómo suele manifestarse en ese patrón específico la influencia del poder, las amenazas que este genera, los significados más frecuentemente aportados a dichas amenazas y las respuestas a la amenaza más frecuentes en dicho contexto. Finalmente se presentan algunos subpatrones específicos que se han identificado en relación con ese Patrón general, haciendo una especial mención a determinados patrones no occidentales como el *Amok*, el *Brain fog* o el *Cen*.

Por otra parte, aunque no se considera que exista (ni se busca) una correspondencia unívoca entre los Patrones generales y determinados diagnósticos propios del modelo biomédico, sí se ha encontrado que algunos de los patrones descritos tienden a incluir a las personas que podrían recibir determinados diagnósticos concretos. Por ejemplo, el Segundo Patrón (*Sobrevivir al rechazo, estar atrapado y a la invalidación*) puede incluir a determinadas personas que cumplirían criterios para recibir el diagnóstico de "Trastorno límite de la personalidad", el cuarto patrón (*Sobrevivir a la separación y la confusión de identidad*) puede incluir a aquellas que cumplen criterios para el diagnóstico de "Esquizofrenia", el quinto (*Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado, al aislamiento y a la pérdida*) se relaciona con el diagnóstico de "Depresión" y el sexto (*Sobrevivir a la exclusión social, a la vergüenza y al poder coercitivo*) con el diagnóstico de "Trastorno de personalidad antisocial". Esta relación no implica que todas las personas que han recibido dichos diagnósticos vayan a encajar necesariamente en los patrones planteados, y tampoco que en dichos patrones exclusivamente haya lugar para personas que presenten dicho tipo de respuestas. Esto es así ya que los Patrones del *Marco PAS* están basados en la función de las respuestas, y no en las respuestas en sí mismas (o los "síntomas").

En base a todo esto, se puede concluir que el *Marco PAS* no solo aporta un esquema general que permite estructurar la forma en la que se entiende el sufrimiento psíquico y favorece una manera de trabajar con las personas que lo experimentan de una forma más adecuada, sino que además ofrece una clasificación basada en la evidencia empírica con la cual poder estructurar dicho trabajo. Resulta destacable el hecho de que dicha clasificación favorece en sí misma el trabajo psicoterapéutico, ya que, al estar basada en las funciones de las

respuestas, resulta imprescindible analizar dichas funciones y los motivos por los que se han llegado a desarrollar, favoreciendo este proceso en sí mismo la co-construcción de narrativas nuevas y más útiles para la persona.

SIMILITUDES ENTRE EL *MARCO PAS* Y OTROS MODELOS

Como se ha observado a lo largo del análisis de este modelo, queda patente que esta nueva propuesta recibe influencias de múltiples fuentes procedentes de muy diversos enfoques. Estas bases se pueden apreciar en los distintos elementos del *Marco PAS*, aportando una fuerte base teórica sobre la que se ha estructurado. En este apartado se analizarán algunas de las similitudes existentes entre el *Marco PAS* y ciertos modelos teóricos anteriores, poniéndolas en relación con los distintos elementos de este.

El concepto de **Poder** aportado por este marco de trabajo constituye un elemento muy amplio que incluye desde vulnerabilidades a nivel biológico hasta las oportunidades aportadas por la pertenencia a un grupo social con un nivel socioeconómico elevado. Esto permite analizar aspectos que se tienden a dejar fuera del trabajo psicoterapéutico, y que se ha visto que tienen una influencia clara en la frecuencia y la gravedad de la aparición de problemas asociados al sufrimiento psíquico, como puede ser la discriminación. Este aspecto es importante ya que, por un lado, se ha visto que el hecho de pertenecer a un grupo con características asociadas a la discriminación (pobreza, determinadas etnias, orientaciones sexuales LGBTI, ser mujer en el sistema social actual...) está directamente asociado con la presencia de "alteraciones de salud mental" (Belle, 1990; Brown et al., 2000; Burgess et al., 2008; Chakraborty & McKenzie, 2002). Y, por otra parte, el diagnóstico de dichas "alteraciones" se asocia a su vez a otra nueva forma de discriminación que aumenta el estigma y la indefensión (Campo-Arias & Herazo, 2015; Suárez Vergne, 2019).

En relación con este aspecto, uno de los primeros contextos en los que se pueden materializar los recursos de poder y que puede ayudar a modular el impacto del entorno social y de aspectos biológicos sobre el desarrollo, es la relación con los padres. De este modo, el desarrollo de un vínculo de apego seguro será un recurso de poder fundamental mientras que las alteraciones en el apego constituirán una amenaza importante. La teoría del apego de Bowlby entiende los patrones de apego seguro como el vínculo que permite interiorizar esquemas de funcionamiento sobre uno mismo como un ser con agencia y sobre el mundo como un lugar comprensible y manejable. Por otra parte, se conceptualizan los patrones de apego inseguros como alteraciones en dicha vinculación entre el recién nacido y sus figuras cuidadoras, que llevan al niño o niña a interiorizar esquemas que les resulten beneficiosos para sobrevivir según el modelo de relación ofrecido por estos adultos. Por ejemplo, activando elevadas reacciones de ansiedad que le impulsen a no alejarse de la figura cuidadora en el apego ansioso-ambivalente o internalizando las respuestas emocionales que no son atendidas en el patrón de apego evitativo (Fonagy, 1999). De este modo como se puede apreciar, el poder que se manifiesta en la figura de los padres puede llegar a suponer una amenaza para la que el bebé desarrolla respuestas, a pesar de que estas puedan generar sufrimiento psíquico (Aznárez, 2019).

Esta idea permite entender la importancia que puede implicar el trauma complejo en relación con este modelo. Se debe destacar que la definición de este concepto es compleja, pero podría resumirse como la exposición continua tanto en niños como en adultos, a traumas interpersonales crónicos prolongados, que dan lugar a alteraciones psicológicas (Morales Aguilar, 2018). Aun así, cuando estas alteraciones se dan en la infancia y los menores quedan atrapados y condicionados por un gran número y variedad de circunstancias estresantes, esto tiene un impacto especialmente generalizado y grave. Esto se debe a que la víctima es psicológica y físicamente inmadura, de modo que su desarrollo queda seriamente comprometido por el abuso repetido y la respuesta inadecuada por parte de las figuras cuidadoras (López Soler, 2008).

El propio *Marco PAS* especifica la importancia de las experiencias relacionales en la infancia como un área potencial de amenaza. Esto sigue la tendencia actual a dar cada vez mayor importancia al concepto de Trauma Complejo, llegando esta tendencia incluso a alcanzar al Manual de diagnóstico clínico CIE-11 (World Health Organization, 2019), que ha incluido en su clasificación el "Trastorno de Estrés Postraumático Complejo". Esta visión amplia de lo que se entiende por trauma permite comprender una gran parte de sufrimiento que quedaba fuera la conceptualización del trauma en base a lo que se ha venido a denominar como "Trauma simple". Esta idea queda reflejada en el *Marco PAS* en la conceptualización del concepto de **Amenaza** como un elemento mucho más general que el trauma simple, aunque este también se ve reflejado en el séptimo patrón general provisional (*Sobrevivir a las amenazas únicas*). De este modo no queda duda de que el concepto de amenaza del *Marco PAS* recoge las ideas propuestas en los últimos años por autores como Van der Kolk (2017) o Van der Hart (2008, 2010) con relación al concepto de trauma, ampliándolo con una visión también orientada al contexto sociocultural y político.

El tercer elemento fundamental del *Marco PAS* es el **Significado**, y no se puede obviar la relación de este concepto con los desarrollos propios de las terapias narrativas. Según Fernández Liria y Rodríguez Vega (2001) "*La terapia narrativa se sirve de recontar y revivir historias. Cuando una persona cuenta "su" historia, se da también un proceso por el que deja de ser el actor para ocupar la posición de observador, de narrador, de testigo. Solo contando la historia "la persona se da cuenta de que ha experimentado la participación en una historia alternativa."* Esta es también una de las ideas fundamentales del *Marco PAS*, que busca el analizar el significado que ha tenido para la persona aquello que le ha pasado en la vida y cómo ha respondido a esto en base a ese significado que le ha dado. De este modo, la propia formulación del patrón fundamental aporta una narrativa nueva que puede ayudar a poner en perspectiva ese significado se aportó en un primer momento a las amenazas sufridas por la persona. En resumen, el uso del *Marco PAS* a lo que ayudaría sería a co-crear con la persona una nueva narrativa en relación con su historia y las implicaciones de esta en su vida actual, favoreciendo una formulación de lo que ha ocurrido que ayude a reducir el sufrimiento psíquico de la persona, siendo esta una de las bases de las terapias narrativas (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2001).

Otro modelo de trabajo que se puede relacionar con los conceptos aportados por el *Marco PAS* es la Terapia de Esquemas (Young et al., 2015). Este modelo entiende que la base de las dificultades de las personas usuarias de los servicios de salud mental reside fundamentalmente en el desarrollo de esquemas precoces "desadaptativos", entendiendo estos como "patrones emocionales y cognitivos contraproducentes que se inician al comienzo de nuestro desarrollo y se van repitiendo a lo largo de la vida". La parte destacable es que entiende las "conductas disfuncionales" que presentan las personas como "respuestas" desarrolladas a raíz de estos esquemas, que a su vez se interiorizan como producto de experiencias adversas en las primeras etapas del desarrollo. De este modo se pueden observar los paralelismos entre estos dos modelos, aunque obviamente también existen importantes diferencias entre ellos, como el hecho de entender estos esquemas como "desadaptativos" en lugar de como respuestas que fueron necesarias para sobrevivir en el momento que se desarrollaron, y por lo tanto fueron adaptativos, a pesar de que en el momento actual generen sufrimiento psíquico a la persona.

Finalmente, en relación con las **Respuestas a la amenaza**, hay dos conceptos que destacan en la descripción que el *Marco PAS* hace de este elemento y son: la disociación y los procesos de mentalización. Se entiende la disociación como "*el fallo en el proceso de integración de los diversos aspectos de la experiencia tras la exposición a uno o múltiples sucesos potencialmente traumatizantes*" (Van der Hart et al., 2010). Por otra parte, la mentalización o función reflexiva hace referencia al concepto propuesto por Peter Fonagy y según Gergely (2003, citado en Lanza Castelli, 2011) se puede definir como "*una serie variada de operaciones psicológicas que tienen como elemento común focalizar en los estados mentales. Estas operaciones incluyen una serie de capacidades representacionales y de habilidades inferenciales, las cuales forman un mecanismo interpretativo especializado, dedicado a la tarea de explicar y predecir el comportamiento propio y ajeno mediante el acto de inferir y atribuir al sujeto de la acción determinados estados mentales intencionales que den cuenta de su conducta*". Estos dos conceptos están muy presentes en la clasificación que presenta el *Marco PAS* de las posibles Respuestas ante la amenaza que se pueden desarrollar, organizándolas de las más pre-reflexivas a las más reflexivas, llevando a cabo un análisis de los distintos niveles dentro del continuo que va desde la equivalencia psíquica hasta los procesos de mentalización más avanzados. Y, por otra parte, dándole un importante papel tanto a la sintomatología más típicamente asociada a los procesos disociativos como la despersonalización, la desrealización, las alteraciones psicósomáticas... como a otro tipo de sintomatología no tan clásicamente asociada a este fenómeno, pero en la base de las cuales también podemos encontrar elementos disociativos.

CONCLUSIONES

En resumen, se puede concluir que los trabajos llevados a cabo por la Sociedad Británica de Psicología presentan una propuesta de trabajo, respetuosa, contextual y basada en la evidencia, que busca cambiar el foco de atención y alejarse del modelo diagnóstico tradicional. Este hecho se lleva a cabo respondiendo a las necesidades planteadas no solo por organismos como la Organización de las Naciones Unidas (Consejo de

Derechos Humanos, 2017), sino atendiendo especialmente a las planteadas por los propios usuarios y usuarias y las personas cercanas a estas, que continúan solicitando un cambio en nuestra forma de entender sus dificultades y de trabajar con ellas.

Esto explica que este modelo de trabajo esté ganando tanta atención de una forma tan rápida, alcanzando un importante impacto internacional en pocos años, ya que se ha sumado a la nueva corriente de movimientos que buscan cambiar el modo de entender el sufrimiento psíquico.

Entre estos movimientos se pueden destacar enfoques como *El dialogo abierto*, *La red de escuchadores de voces* o los enfoques de trabajo basados en la formulación. De hecho, en el propio documento original del *Marco PAS* se describen estos enfoques como ejemplos de buenas prácticas (Johnstone et al., 2018). En cualquier caso, a este hecho se le suma para explicar su gran aceptación, el hecho de ser un modelo suficientemente amplio y fácil de aplicar como para poder englobar casi cualquier perspectiva de trabajo, caracterizándose por ser un modelo esencialmente integrador. Además, todo esto queda respaldado por el hecho de estar apoyado por una gran cantidad de evidencia empírica y de investigación desde múltiples perspectivas, siendo la falta de estos apoyos lo que en muchas ocasiones se ha criticado a este tipo de modelos. En base a todo esto, no es extraño que el *Marco PAS* este teniendo tanto impacto de una forma tan rápida, siendo de esperar que esta influencia continúe aumentando en los próximos años,

Aun así, merece la pena destacar que lo novedoso de este modelo no reside esencialmente en presentar conceptos especialmente diferentes, ya que sus propuestas se aproximan, como se ha visto, a conceptos y enfoques que han ido ganando fuerza en las últimas décadas y con los que una gran parte de profesionales del ámbito de la psicología ya estaban trabajando. Por el contrario, la importancia de este modelo se encuentra en el hecho de tomar estos conceptos y formas de entender el sufrimiento psíquico y estructurarlas para formar un modelo amplio apoyado en evidencia científica, que ayude a impulsar un cambio en el paradigma imperante. De este modo, el *Marco PAS* se presenta como un modelo estructurado que busca cambiar la narrativa con la que se trabaja, para ofrecer una atención más acorde a las demandas de nuestra profesión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (APA) (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (APA) (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Aznárez, B. (2019). *Psicoterapia Breve con niños y adolescentes*. Barcelona: Ed. Sentir.

Belle, D. (1990). Poverty and Women's Mental Health. *American Psychologist*, 45 (3), 385–389.

Brown, T. N., Williams, D. R., Jackson, J. S., Neighbors, H. W., Torres, M., Sellers, S. L., & Brown, K. T. (2000). "Being black and feeling blue": The mental health consequences of racial discrimination. *Race and Society*, 2 (2), 117–131.

Burgess, D., Lee, R., Tran, A., & Van Ryn, M. (2008). Effects of perceived discrimination on mental health and mental health services utilization among gay, lesbian, bisexual and transgender persons. *Journal of LGBT Health Research*, 3 (4), 1–14.

Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2015). El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44 (4), 243–250.

Chakraborty, A., & McKenzie, K. (2002). Does racial discrimination cause mental illness? *British Journal of Psychiatry*, 180, 475–477.

Consejo de Derechos Humanos. (2017). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. *Asamblea General de Naciones Unidas*.

Cosgrove, L., & Krinsky, S. (2012). A comparison of dsm-iv and dsm-5 panel members' financial associations with industry: A pernicious problem persists. *PLoS Medicine*, 9 (3).

Fernández Liria, A., & Rodríguez Vega, B. (2001). *La práctica de la Psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis*, 3.

Frances, A. (2013). Saving Normal The Battle at the Boundary of Psychiatry. *Psychotherapy in Australia* 19(3), 14.

Insel, T. (2013). Transforming diagnosis. *NIMH Director's Blog*.

Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *El Marco de Poder, Amenaza y Significado Publicación abreviada*. Leicester: British Psychological Society.

Johnstone, L., Boyle, M., Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *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: British Psychological Society.

Lanza Castelli, G. (2011). La mentalización, su arquitectura, funciones y aplicaciones prácticas. *Aperturas Psicoanalíticas*, 39.

López Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (3) 159-174.

Martorell, J. L. (2017). Los debates sobre la psicoterapia: cucos, dodós y otros pájaros. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2, 3–9.

Morales Aguilar, D. P. (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances En Psicología*, 26 (2), 135 - 144.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)*. Madrid, Meditor.

Pardo González, H., & Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.

Suárez Vergne, Á. (2019). Discriminación, apoyo social y bienestar psicológico en personas con trastornos mentales. *Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, 26, 155–168.

Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 208-215.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Solomon, R. (2010). Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 76–92.

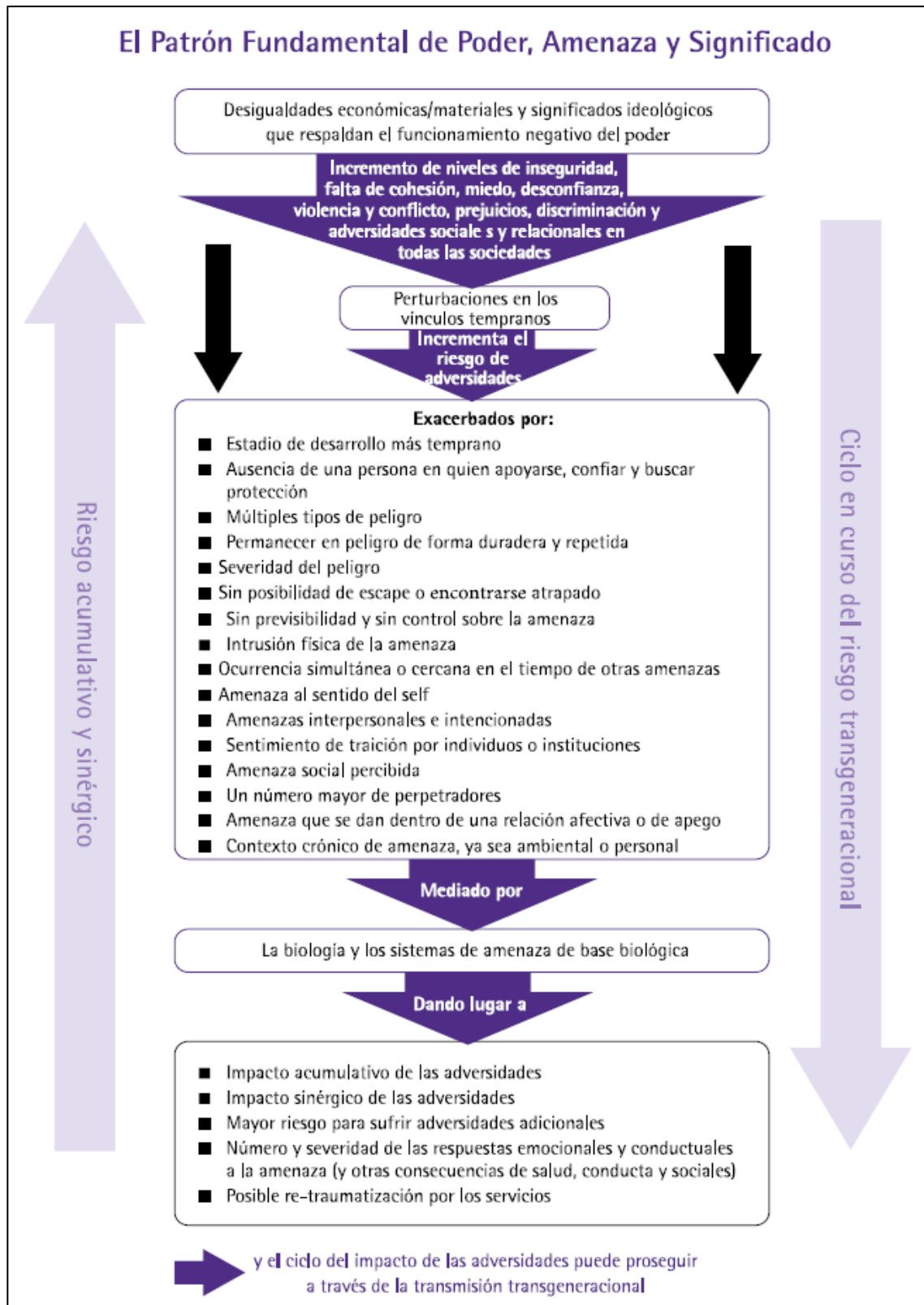
Van der Hart, O., Nijenhuis, E., & Steele, K. (2008). *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Van der Kolk, B. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Editorial Eleftheria.

World Health Organization (WHO). (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). Recuperado de: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

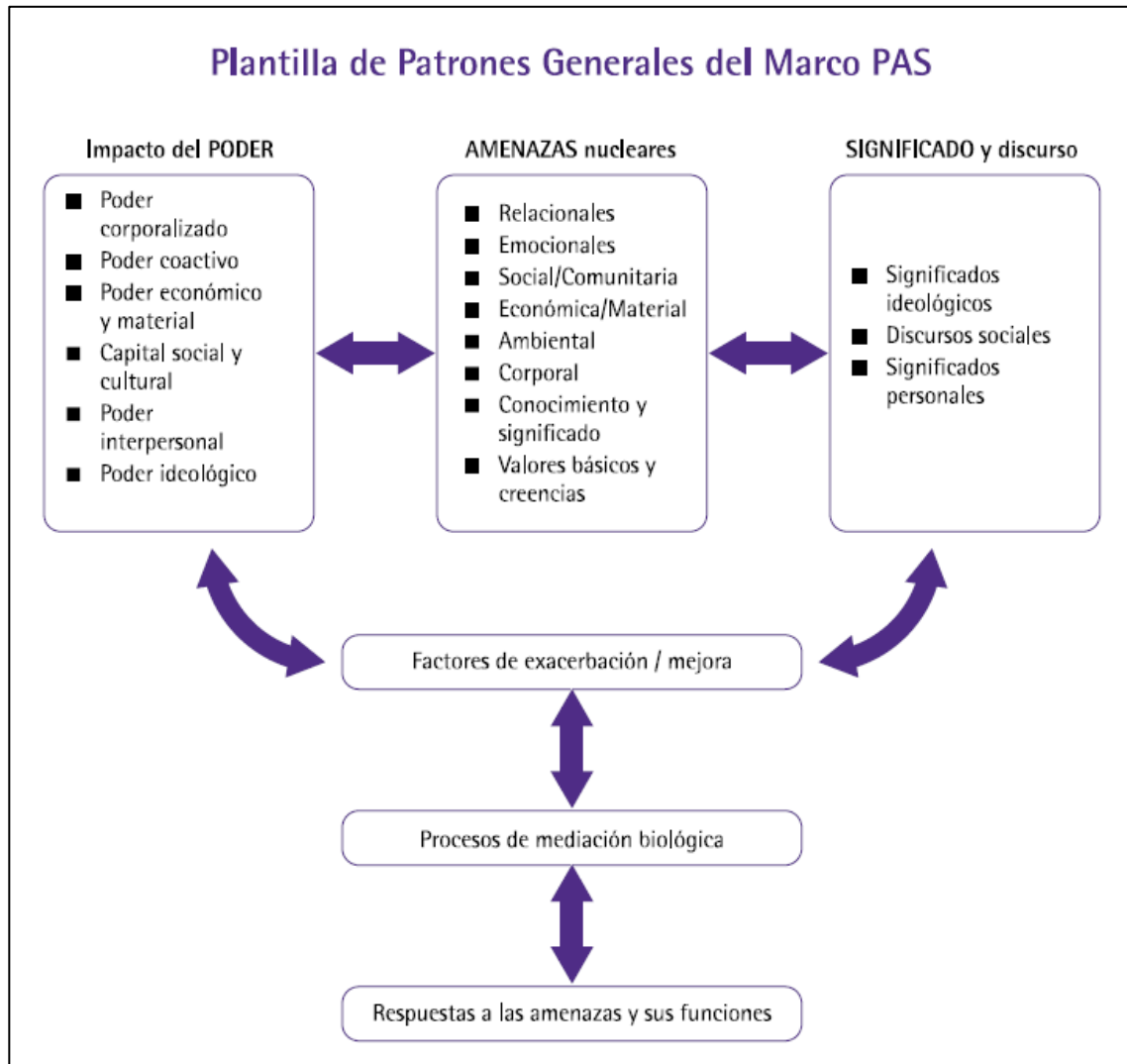
Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2015). *Terapia de esquemas. Guía Práctica*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

ANEXO 1



Esquema Patrón fundamental del *Marco PAS* (Tomado de Johnstone et al., 2018)

ANEXO 2



Plantilla Patrones generales del *Marco PAS* (Tomado de Johnstone et al., 2018)