



The British
Psychological Society



Division of
Clinical Psychology

El Marco de Poder, Amenaza y Significado

Publicación abreviada



Enero 2018

Esta publicación ha sido elaborada por la Division of Clinical Psychology (División de Psicología Clínica) de la British Psychological Society (Asociación Británica de Psicología). Es una publicación de la Red de Asociados y refleja los puntos de vista y la contribución experta de sus autores.

Cómo se cita esta obra:

Dentro del texto: Johnstone, L. & Boyle, M. (2018).

En bibliografías y cualquier lista de publicaciones: Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester: British Psychological Society.

© The British Psychological Society 2018

Todos los derechos reservados. Queda prohibido reimprimir, reproducir o utilizar cualquier parte de este informe de cualquier forma o por medios electrónicos, mecánicos o de otro tipo, conocidos en la actualidad o que se desarrollen en el futuro, incluidas fotocopias y grabaciones, o en cualquier sistema de almacenamiento o de recuperación de información, sin permiso escrito de los editores. Las consultas al respecto deben dirigirse a la British Psychological Society.

Datos de catalogación de la British Library

La British Library mantiene un registro de catálogo de este libro

ISBN 978-1-85433-767-2

Publicado por

The British Psychological Society

St Andrews House

48 Princess Road East

Leicester LE1 7DR

www.bps.org.uk

Si tiene dificultades para leer este documento y lo desea en un formato diferente, contáctenos indicando sus necesidades específicas.

Asociación Española de Neuropsiquiatría – AEN

Tel: 636 72 55 99 Email: aen@aen.es

**El Marco de Poder,
Amenaza y Significado:
Publicación abreviada**
Enero 2018

Contents

Reconocimientos	3
Introducción a la versión en castellano.....	5
Introducción	6
Parte 1: Un esquema del Marco, sus principios básicos, el propósito y su ámbito de aplicación	9
Parte 2: Visión general de la teoría y la investigación	14
Parte 3: Marco de Poder, Amenaza y Significado	20
Parte 4: Los Patrones Generales Provisionales que surgen del Patrón Fundamental	29
Parte 5: Narrativas personales dentro del Marco de Poder, Amenaza y Significado	75
Conclusiones	89
Apéndices	90
Apéndice 1: Una guía breve para usar el Marco PAS como apoyo a las narrativas.....	91
Apéndice 2: Entrenamiento en Trauma Complejo para el IAPT: «Comprender, afrontar y conectar»	102
Apéndice 3: Modelo orientado a resultados del CAMHS	105
Apéndice 4: Formulación en equipo	108
Apéndice 5: El grupo para mujeres supervivientes de abuso.....	111
Apéndice 6: Trayectorias y programas en clínica forense	113
Apéndice 7: Trayectorias y programas Informados sobre el Trauma en Salud Mental de Adultos	115
Apéndice 8: El trabajo basado en la formulación como alternativa al diagnóstico en Oriente Medio	117
Apéndice 9: Las perspectivas narrativas.....	121
Apéndice 10: Diálogo Abierto.....	123
Apéndice 11: La Red de Escuchadores de Voces	125
Apéndice 12: Leeds Survivor Led Crisis Service	127
Apéndice 13: Sharing Voices Bradford.....	129
Apéndice 14: MAC-UK.....	131
Referencias	134

Reconocimientos

Autores principales

- **Dra Lucy Johnstone**, Consultora de Psicología Clínica y Formadora Independiente
- **Professor Mary Boyle**, Profesora Emérita de Psicología Clínica, Universidad de East London

Autores que colaboran / Grupo del proyecto

- **Dr John Cromby**, Lector en Psicología, ULSB, Universidad de Leicester
- **Dra Jacqui Dillon**, Activista superviviente y presidenta nacional, Red de Escuchadores de Voces, Inglaterra
- **Dr David Harper**, Lector en Psicología Clínica, Universidad de East London
- **Dra Eleanor Longden**, Directora de Postdoctorado de Investigación de Usuarios de Servicios, Unidad de Investigación sobre la Psicosis, Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust
- **Professor Peter Kinderman**, Profesor de Psicología Clínica, Universidad de Liverpool
- **Professor David Pilgrim**, Profesor Honorario de Salud y Política Social, Universidad de Liverpool
- **Professor John Read**, Profesor de Psicología Clínica, Universidad de East London

Investigación y apoyo editorial

- **Dra Kate Allsopp**, Investigadora Asociada, Universidad de Liverpool

Grupo de consultoría de Usuarios de servicios / cuidadores

- **Lucy Goldsmith**
- **Nicky Hayward**
- **Sam Shakes**
- Cinco personas que prefieren mantener el anonimato

Grupo de lectores críticos

Con el cometido concreto de abordar distintos problemas:

- **Jan Bostock**, Consultor de Psicología Clínica y Director Profesional, Northumberland Tyne & Wear NHS Foundation Trust
- **Dr Jonathan Gadsby**, Investigador, Enfermería en Salud Mental y Discapacidades Intelectuales, Universidad de Birmingham City
- **Dra Sarah Kamens**, Profesora de Postdoctorado en Psicología, Universidad de Wesleyan, Estados Unidos
- **Guilaine Kinouani**, Consultora en Psicoterapia e Igualdad
- **Gilli Watson**, Consultora en Psicología Clínica, Devon Partnership NHS Trust

Contribuciones adicionales

- **Dra Kate Allsopp**, Investigadora asociada, Universidad de Liverpool
- **Alison Branitsky**, Mount Holyoke College, Estados Unidos
- **Dra Maria Castro Romero**, Profesora de Psicología Clínica, Universidad de East London, ayudando con las entrevistas y con el Capítulo 7 del documento principal
- **Dra Samantha Cole**, Consultora de Psicología Clínica (Psicología de la Salud)
- **Dra Selma Ebrahim**, Consultora de Psicología Clínica
- **Dra Alison Faulkner**, Investigadora Superviviente
- **Dra Jo Ramsden**, Consultora de Psicología Clínica (Servicios Forenses)
- **Dr Clive Weston**, Consultor de Psicología Clínica (Discapacidad Intelectual)
- **Phil Wilshire**, Director Profesional de Asistencia Social y Trabajo social, Avon and Wiltshire Mental Health Partnership NHS Trust, con una contribución significativa al Capítulo 8 del documento principal.

Appendices

Gracias a:

- **Ishtiaq Ahmed**, Gerente de Desarrollo Comunitario, Compartiendo Voces de Bradford
- **Isabel Clarke**, Consultora en Psicología Clínica
- **Dra Angela Kennedy**, Consultora de Psicología Clínica
- **Dra Shelley McCann**, Psicóloga Clínica
- **Professor Nimisha Patel**, Profesora de Psicología Clínica
- **Dr Sami Timimi**, Consultor en Psiquiatría de Niños y Adolescentes
- **Fiona Venner**, Directora Ejecutiva de Led Crisis Service de Leeds Survivor
- Miembros de MAC-UK.

Revisores

Agradecemos los comentarios sobre la versión final publicada de representantes de la dirección DCP, al Comité de DCP «Más allá del diagnóstico» (*Beyond diagnosis*) y a la Facultad de Psicosis y Salud Mental Compleja.

Agradecemos también a los siguientes por su ayuda y apoyo con el proyecto:

- **Dr Steven Coles**, ex presidente del grupo «Más allá del diagnóstico»
- **Richard Pemberton**, ex presidente del DCP
- **Dra Esther Cohen-Tovée**, presidenta del DCP
- **Helen Barnett**, Asesora de la División, Servicios de la Red Miembros
- **Dr Stephen Weatherhead**, ex Director, Unidad de Normas Profesionales del DCP.

Introducción a la versión en Castellano

Los sistemas de atención a la salud mental atraviesan hoy una crisis profunda. Sin duda uno de los elementos claves de esta crisis se refiere a los sistemas diagnósticos. Los grandes sistemas que han recabado la atención de la comunidad profesional durante las últimas décadas han fracasado en su pretensión de definir condiciones específicas cuyo reconocimiento serviría para proporcionar remedios cada vez más específicos. Está cada vez mejor documentado el daño que la aplicación de estos sistemas puede provocar. No se trata sólo de su posible papel estigmatizador. Para aplicar estos sistemas diagnósticos, sobre todo se necesita suponer que las experiencias, sean emocionales o cognitivas, de la persona que busca ayuda refiere no tienen sentido y tan solo pueden entenderse como síntomas, una consecuencia de un trastorno determinado.

Contrariamente a esos supuestos se han desarrollado distintas alternativas sobre la base de que esas experiencias de las personas, que se manifiestan en los comportamientos, pensamientos y emociones, a las que intentamos ayudar tienen sentido. Se pueden entender como vivencias y formas de responder a cuestiones relacionadas con su historia personal y el contexto donde ha desarrollado su vida.

La División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología ha tenido en cuenta estas cuestiones problemáticas (Awenat et al., 2013) y ha hecho diversas propuestas (Division of Clinical Psychology, 2011) algunas de las cuales han sido traducidas al castellano (Cooke, 2014).

La División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología ha publicado recientemente una propuesta alternativa a los sistemas diagnósticos mediante dos documentos. El primero de ellos describe la propuesta y sus fundamentos de forma detallada (Johnstone y Boyle, 2018b). El segundo, que se traduce aquí, es una visión general y resumida del proyecto (Johnstone y Boyle, 2018a).

Sin duda se trata sólo de un primer paso. Pero consideramos importante que el debate pueda desarrollarse también en lengua castellana y, por ello, con ese fin en mente, esta traducción estará disponible para todos, en la Red, a través de la Asociación Española de Neuropsiquiatría – Profesionales de la Salud Mental.

El equipo traductor¹

Referencias

- Awenat, F., Coles, S., Dooley, C., Hanna, J., Johnstone, L., & Wainwright, T. (2013). *Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: Time for a paradigm shift DCP Position Statement*. Leicester: The British Psychological Society. Retrieved from [https://www1.bps.org.uk/system/files/Public files/cat-1325.pdf](https://www1.bps.org.uk/system/files/Public%20files/cat-1325.pdf)
- Cooke, A. (Ed.). (2014). *Understanding Psychosis and Schizophrenia*. Leicester: Division of Clinical Psychology; The British Psychological Society. Disponible en: [https://www.bps.org.uk/system/files/user-files/Division of Clinical Psychology/public/understanding_psychosis_-_final_19th_nov_2014.pdf](https://www.bps.org.uk/system/files/user-files/Division%20of%20Clinical%20Psychology/public/understanding_psychosis_-_final_19th_nov_2014.pdf)
- Division of Clinical Psychology (2011). *Good Practice Guidelines on the Use of Psychological Formulation*. Leicester: The British Psychological Society. Available from <https://www1.bps.org.uk/system/files/Public%20files/DCP/cat-842.pdf>
- Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. Leicester: British Psychological Society. Available from: www.bps.org.uk/PTM-Overview.
- Johnstone, L. & Boyle, M. with 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. Available from: www.bps.org.uk/PTM-Main.

¹ Han constituido el equipo de traducción (por orden alfabético): Alberto Fernández Liria, Mar García Pérez, Patricia González Iglesias, Daniel Hernández Calle, Arantza Hernández Etxarren, Sergio Iribarren Lizarraga, Georgios Kollias, Víctor López de Loma-Osorio, Jaime Martínez Valero, Silvia Mateo Asín, Luis Nocete Navarro, Sofía Pérez de Zabalza Ruggeri, Natalia Rabanal Alascio, Laura Carolina Ramis Vásquez, Diego Sánchez Ruiz, Clara Sanahuja Muñoz, Pau Sánchez Rotger, Mikel Valverde Eizaguirre

Introducción

En 2013, la *Division of Clinical Psychology* (División de Psicología Clínica) de la *British Psychological Society* (Asociación de Psicología Británica) publicó una Declaración de principios denominada *Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnoses: Time for a paradigm shift* (Clasificación de la conducta y la experiencia en relación con diagnósticos psiquiátricos funcionales: un cambio de paradigma necesario). Se elaboró dentro de un contexto que reconoce de forma amplia que los actuales sistemas de clasificación, como el DSM y la CIE, son básicamente defectuosos. La Recomendación 3 de dicho documento es: «Apoyar el trabajo, al lado de las personas usuarias de los servicios, que desarrolle una perspectiva multifactorial y contextual, que además incorpore los factores sociales, psicológicos y biológicos» (p.9). El marco aquí descrito, el Marco de Poder, Amenaza y Significado (PAS), es el resultado de un proyecto de trabajo cuyo fin es cumplir con este objetivo.

El ánimo del equipo del proyecto fue el de elaborar un documento base en el que se expongan los fundamentos filosóficos, teóricos y empíricos de dicho marco y describa cómo podría servir como una alternativa conceptual a la clasificación psiquiátrica, en relación con el sufrimiento emocional y el comportamiento problemático o perturbador. Existen, de hecho siempre han existido, alternativas al diagnóstico individual, de persona a persona, tales como la descripción del problema y la formulación. Lo que hasta ahora faltaba era un marco de referencia conceptual que funcionara en un plano más amplio de agrupación e identificación de patrones.

El Marco de Poder, Amenaza y Significado (PAS) tiene el potencial de llevarnos más allá de las premisas de la medicalización y el diagnóstico. Propone formas de pensar alternativas sobre una serie de cuestiones básicas, entre las que se incluyen: ¿Qué tipos de marcos teóricos y supuestos resultan apropiados para comprender el sufrimiento emocional, las experiencias inusuales y las conductas problemáticas y perturbadoras? ¿Qué métodos de investigación se pueden utilizar y qué se debe considerar evidencia? ¿Cómo se pueden interpretar los resultados de la investigación? ¿Qué relación hay entre el sufrimiento personal y sus contextos más amplios, de tipo social, material y cultural? ¿Cómo se pueden articular las experiencias personales vividas y los significados que las definen? ¿Qué nuevas conceptualizaciones surgen de todas estas preguntas y cómo se pueden trasladar a la práctica todas sus consecuencias, tanto dentro como fuera de los servicios, a todos los niveles, desde la dimensión individual a la política social?

Resulta esencial reconocer que existe una amplia variedad de puntos de vista en torno al diagnóstico psiquiátrico, como paciente, persona usuaria de los servicios, superviviente, o cuidador/a del paciente. El equipo del proyecto ha incluido tanto a supervivientes como a profesionales, dado que su conocimiento y sus experiencias son fundamentales para los argumentos (el Capítulo 7 del documento principal describe el proceso de la consultoría con las personas usuarias de los servicios y quienes los cuidan). Con independencia de las opiniones individuales de las personas, a corto y medio plazo se necesitan los diagnósticos psiquiátricos para acceder a los servicios, prestaciones, etc. Del mismo modo, todos tenemos derecho a describir nuestras experiencias de la forma que más sentido tengan para cada cual. A largo plazo, el objetivo del Marco PAS es apoyar la construcción de narrativas que sean no diagnósticas, no culpabilizadoras y desmitificadoras sobre la fortaleza y la supervivencia, que reincorporen muchos comportamientos y reacciones, que en la actualidad se diagnostican como síntomas de un trastorno mental, en el ámbito de la experiencia humana universal.

Los documentos del proyecto

Los frutos del proyecto se presentan en inglés en dos formatos: una versión más larga y más detallada, denominada documento principal² (accesible en: www.bps.org.uk/PTM-Main); y este documento más breve, conocido como publicación abreviada (accesible en: www.bps.org.uk/PTMOverview). Esta publicación abreviada también está disponible en formato impreso; envíe, por favor, un correo electrónico a MemberNetworkServices@bps.org.uk para solicitar una copia. A continuación, describimos cada versión.

El documento principal

La publicación principal se titula: *El Marco de Poder, Amenaza y Significado: hacia la identificación de patrones en el sufrimiento emocional, las experiencias inusuales y el comportamiento perturbado o perturbador, como alternativa al diagnóstico psiquiátrico funcional*.

Complementa esta publicación abreviada porque:

- expone los problemas de la medicalización y el diagnóstico psiquiátrico, las razones por las que surgen estos problemas y los motivos por los que no se pueden resolver sin cambios fundamentales en el modo de pensar;
- muestra la relación entre los propósitos del diagnóstico en medicina y psiquiatría y los objetivos de este marco alternativo;
- brinda una descripción detallada de los principios filosóficos, las teorías y las evidencias subyacentes que respaldan el Marco PAS;
- recoge las opiniones del grupo de consultores de las personas usuarias de los servicios y quienes los cuidan que daban su opinión sobre el Marco PAS a medida que se iba desarrollando;
- discute las implicaciones prácticas que tiene la adopción de una perspectiva no diagnóstica en las áreas de puesta en funcionamiento, diseño y ejecución de los servicios, la práctica clínica, la investigación, la práctica legal, el acceso a ayudas sociales y otras prestaciones, también en relación con la sociedad en general en términos de política social, igualdad y justicia social;
- suministra las referencias completas sobre todo lo anterior;
- proporciona las referencias de los indicadores para los patrones generales y subpatrones que se derivan del Marco PAS.

Los lectores y lectoras, que deseen una comprensión en profundidad del contexto, los principios, la investigación y la práctica desde donde surge el Marco PAS, tal vez quieran leer el documento principal en su totalidad. También puede resultar útil consultar capítulos determinados, de forma suplementaria, ya que ofrecen más detalle sobre aspectos concretos del Marco PAS.

El contenido de la publicación principal es:

- Resumen ejecutivo
- Introducción
- Capítulo 1: Problemas de la medicalización y el diagnóstico
- Capítulo 2: Cuestiones conceptuales y filosóficas
- Capítulo 3: Significado y narrativa
- Capítulo 4: El contexto social
- Capítulo 5: El papel de la biología

² Johnstone, L. & Boyle, M. with 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. Accesible en: www.bps.org.uk/PTM-Main

- Capítulo 6: El Marco de Poder, Amenaza y Significado
- Capítulo 7: Consulta con las personas usuarias de los servicios
- Capítulo 8: Formas de avanzar
- Apéndice 1: La evidencia que respalda a los Patrones Generales

La publicación abreviada

La publicación con la visión general, más corta se titula: *El Marco de Poder, Amenaza y Significado: Publicación abreviada*.

Esta versión es independiente, aunque como se indicó antes, los lectores pueden consultar el documento principal para obtener más información sobre aspectos concretos. Esta versión impresa aporta un breve resumen de los principios y las pruebas de donde surge el Marco PAS, pero se centra sobre todo en el propio Marco PAS y en los Patrones Generales que se derivan del mismo. Se asemeja al Capítulo 6 del documento más largo. Incluye también unos apéndices que ilustran algunas formas en las que se han adoptado con éxito algunas prácticas no diagnósticas, tanto dentro como fuera de los servicios.

Este documento con la *publicación abreviada* se estructura de la siguiente manera:

- **Parte 1:** Resumen del Marco Poder, Amenaza y Significado (PAS), sus principios básicos, objetivos y alcance. Este breve resumen orienta al lector sobre las principales características del Marco PAS.
- **Parte 2:** Resumen de la teoría e investigación que sustenta el Marco Poder, Amenaza y Significado. Recapitula brevemente algunas de las conclusiones de la literatura acerca del papel de factores recogidos en distintos campos, incluidos los biológicos, psicológicos, sociales, políticos y culturales, en el origen y la persistencia del sufrimiento emocional y el comportamiento problemático.
- **Parte 3:** El marco de Poder Amenaza y Significado. Se muestra cómo la teoría y la investigación se pueden usar para respaldar una meta-perspectiva, el Marco PAS. La relación entre los distintos elementos del Marco PAS se ilustra a través del Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado.
- **Parte 4:** Los Patrones Provisionales Generales que surgen del Patrón Fundamental. Se describen algunos patrones generales que surgen del Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado. Estos patrones se pueden usar como base y recurso para la construcción conjunta de nuevas narrativas personales y sociales, así como para proponer alternativas al diagnóstico en la prestación de servicios, en los aspectos administrativos, legales, en la planificación e investigación de los servicios y en propósitos relacionados.
- **Parte 5:** Las narrativas personales dentro del Marco Poder, Amenaza y Significado. Se ilustra y se debate el papel, el propósito y los posibles formatos de las narrativas personales dentro del Marco PAS, junto con las opciones para usar un lenguaje no médico.

Tanto el documento más extenso como el más breve se consideran el resultado de la primera etapa de un proyecto en curso más extenso. Es necesario mucho más trabajo para trasladar sus principios a la actividad. Uno de los principales objetivos de este trabajo es generar o coproducir materiales para distintas audiencias, que incluyen a las personas usuarias, supervivientes de los servicios, las personas cuidadoras, estudiantes, formadores/as, profesionales, personal investigador, personal gestor, responsables de políticas y el público en general.

Referencia

Division of Clinical Psychology (2013). *Classification of behaviour and experience in relation to functional psychiatric diagnosis: Time for a paradigm shift*. Leicester: British Psychological Society.

Parte 1: Un esquema del Marco, sus principios básicos, el propósito y su ámbito de aplicación

El Marco de Poder, Amenaza y Significado (PAS) es un meta-marco. Se nutre de una diversidad de modelos, prácticas y tradiciones filosóficas, aunque también es más amplio y no depende de ninguna orientación teórica particular. Más bien, su objetivo es 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 perturbado o perturbador.

El Modelo PAS se basa en los siguientes principios fundamentales:

- Las alternativas constructivas a la clasificación y los diagnósticos psiquiátricos necesitan centrarse en los aspectos del funcionamiento humano que han sido marginados en los marcos teóricos que se extrapolan del estudio de los procesos somáticos o de los objetos del mundo físico. En concreto, estas alternativas deben basarse en el estudio del comportamiento intencional de humanos corporalizados en contextos sociales y relacionales.
- El comportamiento y las experiencias «anormales» se dan en un continuo con el comportamiento y las experiencias «normales», que están sometidos a marcos de comprensión e interpretación similares. Se asume el supuesto, a menos que exista una fuerte evidencia en contra, de que nuestro comportamiento y las experiencias se pueden considerar como respuestas comprensibles a nuestras circunstancias actuales, la historia, la cultura, los sistemas de creencias y las capacidades físicas, aunque puede que las relaciones entre ellas no siempre sean evidentes y sencillas.
- La causalidad del sufrimiento y la conducta humana es probabilística, es decir, tiene una cualidad de «promedio» y nunca será posible predecir los impactos precisos. Las influencias causales también operan de un modo contingente y sinérgico, lo que significa que el impacto de cualquier factor siempre estará mediado y dependerá de otros factores y que estas influencias pueden magnificar los efectos de otros.
- Las experiencias y expresiones del sufrimiento emocional están posibilitadas y mediadas, aunque no causadas en un sentido simplista, por nuestros cuerpos y nuestra biología.
- Los seres humanos son fundamentalmente seres sociales cuyas experiencias de sufrimiento y su comportamiento problemático o perturbador resultan inseparables de sus contextos materiales, sociales, ambientales, socioeconómicos y culturales. No existe un «trastorno» aislado que haya que explicar y donde el contexto sea una influencia adicional.
- Todas las formas autóctonas para comprender el sufrimiento tienen aspectos positivos, ya que no puede haber una «Psiquiatría global» o «Psicología global». Los patrones de las dificultades emocionales y de las conductas serán siempre un reflejo de los discursos, las normas y las expectativas sociales y culturales dominantes, incluyendo las percepciones aceptadas de la propia persona.
- 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. Esto no significa que no se pueda conseguir un saber útil y fiable, pero el intentar separar los «hechos» de los valores es algo muy problemático.
- 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 cuidan.

Estos principios conforman las principales características y propósitos del Marco PAS, que son los siguientes:

- Permite la identificación provisional de patrones generales en la expresión y la experiencia del sufrimiento y del comportamiento problemático o perturbador, en oposición a mecanismos causales biológicos o psicológicos específicos vinculados a categorías discretas de los trastornos.
- Muestra cómo estos patrones de respuesta resultan evidentes en distintas intensidades y en diferentes circunstancias en todas las personas a lo largo de la vida.
- No presupone «patología», más bien describe los mecanismos de supervivencia y afrontamiento que pueden ser más o menos funcionales en la adaptación a conflictos y adversidades concretas, tanto del pasado como del presente.
- Integra la influencia de los factores biológicos, genéticos y epigenéticos, y evolutivos en la mediación y la facilitación de estos patrones de respuesta.
- Integra los factores relacionales, sociales, culturales y materiales que dan forma a la aparición, la persistencia, la experiencia y la expresión de estos patrones.
- Explica las diferencias culturales en la experiencia y expresión del sufrimiento.
- Atribuye un papel central al significado personal, que surge de los discursos sociales y culturales, los sistemas de creencias, las condiciones materiales y las posibilidades somáticas.
- Asigna un rol central a la agencialidad³, la capacidad de tener influencia sobre la propia vida dentro de las inevitables limitaciones psicosociales, biológicas y materiales.
- Reconoce la importancia crucial del contexto relacional, social y político, para decidir lo que se considera una necesidad o una crisis de «salud mental» en cualquier situación dada.
- Proporciona una base de evidencia para identificar patrones de respuestas de afrontamiento y supervivencia que sirven para documentar las narrativas individuales, familiares y de grupo.
- Ofrece vías alternativas para llevar a cabo las tareas de los servicios, la administración y la investigación que se asocian a la función del diagnóstico.
- Sugiere usos alternativos del lenguaje al mismo tiempo que se argumenta que no es posible reemplazar «uno a uno» los términos diagnósticos actuales.
- Incluye significados e implicaciones para la acción dentro del contexto más extenso de la comunidad, la política social y el contexto político.

Un esquema del Modelo PAS

El Modelo PAS procede de un conjunto extenso de teorías e investigaciones de distintas disciplinas y métodos de investigación. Comprende cuatro aspectos interrelacionados:

1. El ejercicio del **PODER** (biológico, corporalizado, coercitivo, legal, económico, material, ideológico, social, cultural, e interpersonal).
2. La **AMENAZA** que el ejercicio negativo del poder puede suponer para la persona, el grupo y la comunidad, con una referencia centrada en el sufrimiento emocional y las formas en las que éste es mediado por nuestra biología.
3. El papel central del **SIGNIFICADO** (producto de los discursos sociales y culturales, que activa las respuestas corporales evolutivas y adquiridas) en la configuración de la acción, la experiencia y la expresión del poder, la amenaza y nuestra respuesta a la amenaza.
4. Como reacción a todo lo anterior, se encuentran las **RESPUESTAS A LA AMENAZA**, aprendidas y evolutivas, que una persona, familia, grupo o comunidad, puede necesitar usar para garantizar su supervivencia emocional, física, relacional y social. Estas respuestas abarcan desde reacciones fisiológicas (en gran parte automatizadas), hasta respuestas basadas en el lenguaje y las elegidas deliberadamente.

³ Agency en el texto original, se define su sentido en este párrafo. Se ha traducido en el campo de la psicología y de otras disciplinas como agencialidad, que es la palabra que se utilizará en este texto.

A diferencia del modelo biopsicosocial más tradicional sobre el sufrimiento mental, no asume la existencia de patología y no privilegia los aspectos «biológicos», sino que constituye un nivel explicativo que se une indisolublemente a todos los demás. Con la misma importancia, si bien el modelo de tres partes es adecuadamente heurístico, los cuatro elementos de Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la amenaza tampoco son independientes, sino que se derivan el uno del otro. La persona no existe de forma aislada, y, de hecho, no se la puede entender separada de sus relaciones, su comunidad y su cultura; el significado solo surge cuando se combinan los elementos sociales, culturales y biológicos; y las capacidades biológicas no se pueden separar del entorno social e interpersonal. En este contexto, el «significado» es intrínseco a la experiencia y expresión de todas las formas de sufrimiento emocional, a la vez que configura de forma única las respuestas propias de cada persona.

En resumen, el Modelo PAS sobre el origen y mantenimiento del sufrimiento, reemplaza la pregunta ubicada en el centro del modelo médico «¿Qué es lo que va mal contigo?» por otras cuatro:

- «¿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?)

Al trasladar lo anterior a la práctica con una persona, familia o grupo, se deben hacer dos preguntas adicionales:

- «¿Cuáles son tus fortalezas?» (¿Qué acceso tienes a los **Recursos de Poder**?)
- ...y para integrar todo lo anterior: «¿Cuál es tu historia?»

Un objetivo clave del Modelo PAS es ayudar a la identificación provisional de patrones basados en la evidencia en las situaciones de sufrimiento, experiencias inusuales y comportamientos problemáticos o perturbadores. A diferencia de los mecanismos causales biológicos concretos en los que se basan algunas categorías de los trastornos en medicina, estos patrones son sumamente probabilísticos y operan bajo la influencia de las contingencias y las sinergias. No obstante, esto no significa que no haya regularidades. Más bien, implica que estas regularidades no son, como en medicina, básicamente patrones biológicos, sino *patrones de respuestas corporalizadas, respuestas ante la amenaza basadas en el significado ante las acciones negativas del poder*.

El Marco PAS muestra cómo se pueden describir estos patrones probabilísticos a varios niveles, empezando por el «Patrón Fundamental del Marco Poder, Amenaza y Significado». De esta forma se establece el escenario para identificar los siete Patrones Generales Provisionales que emergen del Patrón Fundamental. No sustituyen uno a uno a cada grupo diagnóstico, sino que se basan en amplias regularidades que se extienden por los conjuntos diagnósticos y que surgen de los significados personales, sociales y culturales.

Cada Patrón General Provisional incluye un rango de posibles Respuestas a la Amenaza, agrupadas en base a las funciones que cumplen. Por otro lado, cada tipo de Respuesta a la Amenaza puede figurar dentro de varios Patrones Generales y puede desempeñar diversas funciones distintas.

Estos Patrones Generales Provisionales cumplen con uno de los principales objetivos del Marco, que consiste en restaurar los nexos entre las amenazas basadas en el significado y las respuestas a la amenaza basadas en el significado.

Estas respuestas surgen a partir de la necesidad humana básica de tener protección y estima, de tener un lugar dentro del grupo social, etc. y reflejan los intentos de las personas, sean conscientes o no,

de sobrevivir a los impactos negativos del poder. Entendidas como «estrategias de supervivencia» y no como síntomas, trascienden los diagnósticos, las especialidades y los límites de lo que generalmente se considera «normal» versus «patológico». En algún momento y en alguna medida están presentes en la vida cotidiana de todas las personas.

El Marco PAS y los patrones derivados de él también proporcionan una nueva perspectiva ante la aplicación de los sistemas de clasificación de la psiquiatría occidental en las culturas no occidentales y en las distintas expresiones del sufrimiento, tanto en el Reino Unido como en todo el mundo. El Marco PAS predice y acoge la existencia de experiencias culturales y expresiones del sufrimiento muy distintas sin que sean consideradas como variaciones extrañas, primitivas, exóticas o menos validas, como lo hace el paradigma diagnóstico dominante. Dado que los patrones del sufrimiento emocional siempre serán, hasta cierto punto, específicos de un momento y un lugar, nunca podrá haber un léxico universal para tales patrones. Sin embargo, considerado como un metamodelo que se basa sobre las capacidades humanas universales y evolutivas y las respuestas a la amenaza, los principios básicos del Marco PAS pueden aplicarse a cualquier tiempo y cultura. Así, las listas abiertas de respuestas a la amenaza y de sus funciones permiten un número indefinido de expresiones del sufrimiento concreto asociadas al lugar y a la historia, todas ellas modeladas por los significados culturales prevalentes.

Más específicamente, el Marco PAS puede ofrecer alternativas al diagnóstico para los objetivos de clasificar, para la administración, los de índole legal, para la planificación de los servicios y la investigación. Puede contribuir a la construcción, o a la construcción conjunta, de las narrativas personales y abrir la posibilidad a relatos distintos, no diagnósticos, sino de supervivencia y fortaleza. Además, brinda una manera más eficaz para cumplir con algunos de los beneficios asociados al diagnóstico, tales como el proporcionar una explicación, validar un sufrimiento, facilitar el contacto con otras personas en circunstancias similares, ofrecer alivio a la vergüenza y la culpa, sugerir un camino a seguir y transmitir la esperanza de un cambio positivo.

Alcance del Modelo PAS

Los Patrones Generales derivados del Marco PAS abarcan lo que a veces se denominan «diagnósticos psiquiátricos funcionales», es decir, conjuntos de pensamientos, sentimientos y conductas para los que no se identifica ninguna causa orgánica. El Marco PAS también es relevante en las formas de comportamiento problemático, incluyendo a algunas de las que ocurren en los ámbitos de las adicciones y la justicia penal. Si bien los principios centrales del Modelo PAS se aplican a todas las culturas, el foco principal del proyecto se coloca sobre los países que adoptaron o están en proceso de adoptar los sistemas de clasificación psiquiátrica estándar, como el DSM o la CIE. El Movimiento Global de Salud Mental indica que este es un terreno en expansión. (Este y otros temas relacionados se discuten en detalle en los Capítulos 2 y 3 del documento principal.⁴)

Más concretamente, el Marco PAS no está destinado a ser aplicado para las consecuencias directas debidas a afecciones como la demencia, la discapacidad intelectual, los trastornos neurológicos o neurodegenerativos, las consecuencias de accidentes cerebrovasculares, las lesiones cerebrales, las infecciones en personas de edad avanzada, etc. También se han excluido los problemas que surgen como efectos inmediatos de las drogas de calle. El autismo no es considerado como un diagnóstico específico, en su lugar se remite a los lectores a los excelentes debates sobre este tema complejo del proyecto de la Universidad de Exeter «Explorando el diagnóstico» (<http://blogs.exeter.ac.uk/exploringdiagnosis/>)

⁴ Johnstone, L. & Boyle, M. with 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. Available from: www.bps.org.uk/PTM-Main

Nada de esto sugiere que estos problemas nunca tengan componentes orgánicos, o que la distinción entre funcional y orgánico sea algo fijo. Los y las supervivientes de abusos infantiles y violencia doméstica, por ejemplo, pueden tener dificultades neurológicas que pueden actuar como uno de los factores que mantienen los problemas emocionales o conductuales posteriores. De forma más general, las enfermedades físicas, las discapacidades y los trastornos del desarrollo tienen consecuencias psicológicas y emocionales y en los significados, junto a las de tipo fisiológico. Por lo tanto, el Marco PAS puede ser relevante en el sufrimiento psicológico que acompaña a las condiciones médicas, a las del desarrollo o a las neurológicas, ya sea como consecuencia de lidiar con ellas o de las experiencias asociadas a la adversidad. Del mismo modo, tiene relevancia para las personas con condiciones físicas asociadas la salud, ya que a menudo éstas están relacionadas y se acompañan de otras experiencias adversas de la vida, además del sufrimiento que generan por sí mismas.

Como un tema distinto, a veces se pueden considerar o identificar los problemas de salud física de forma equivocada como problemas de salud mental. La amplia gama de posibilidades, no siempre identificadas, incluye desequilibrios hormonales, deficiencias vitamínicas, infecciones virales, enfermedades autoinmunes, etc. Estas condiciones necesitan detectarse y requieren un tratamiento médico apropiado y no forman parte del análisis de este documento.

Es esencial explicitar estas distinciones porque hay diferencias importantes entre las formas de sufrimiento y las conductas problemáticas que posibilitan y son influenciadas por nuestra biología – como en toda experiencia humana – que son diferentes a aquellos problemas somáticos sobre los que existen pruebas de un factor causal primario debido a un proceso biológico de enfermedad o por ser el componente principal de las dificultades en las minusvalías. Este documento considera que la distinción es suficientemente válida como para que se necesiten marcos teóricos diferentes para cada una y, también, para fundamentar los programas de investigación y práctica.

Para finalizar, existe una literatura extensa y creciente acerca de los efectos potencialmente dañinos, tanto mentales como físicos, de los fármacos psiquiátricos de todo tipo. Los profesionales deben ser muy conscientes de la posibilidad de que estos medicamentos pueden causar o exacerbar el sufrimiento emocional y la discapacidad física. Esto también está más allá del alcance de nuestro debate, excepto porque la adhesión a los principios del Modelo PAS probablemente puede llevar a niveles muy reducidos de prescripción.

Parte 2: Visión general de la teoría y la investigación

Las conclusiones de la literatura sobre el papel del contexto social y la biología

El documento principal⁵ resume el inmenso apoyo al impacto causal de las adversidades sociales y relacionales, mediadas por las respuestas corporales, sobre el sufrimiento emocional o la conducta problemática o perturbadora. Muchas investigaciones han descrito patrones extensos sobre las relaciones entre los aspectos sociales, psicológicos y biológicos del sufrimiento emocional, las experiencias inusuales y la conducta problemática o perturbadora. Esto sienta las bases para abordar la pregunta central de este proyecto:

¿Cómo se pueden utilizar estas tendencias y relaciones extensas para definir unos patrones generales más precisos y provisionales que puedan servirnos para comprender las dificultades concretas de una persona, familia u otro colectivo?

Hasta la fecha, los intentos de identificar vías o patrones específicos se han visto obstaculizados por tres grandes tendencias en la evidencia científica, que se pueden resumir en: Todo causa todo; todas las personas han experimentado todo; y todas las personas sufren de todo. En resumen, y de forma general, cualquier tipo de circunstancia y suceso adverso parece aumentar el riesgo para cualquier tipo de manifestación de alteración de salud mental (tanto en el comportamiento penal y delictivo como en los problemas de salud física y también en una variedad de aspectos sociales problemáticos). Esto parece estar mediado, para bien o para mal, por cualquier tipo de relaciones de apego y por todo tipo de apoyos sociales, mecanismos biológicos y estilos cognitivos y emocionales.

Esta evidencia enfatiza las limitaciones que supone el asumir rutas causales en las que se formula la hipótesis de que unas adversidades concretas o unos estados biológicos determinados se asocian a unas consecuencias específicas o a unos «trastornos». Aunque haya aportado algunas ideas valiosas, este tipo de investigación, no nos ha permitido avanzar mucho en la comprensión de los vínculos causales entre sucesos de riesgo concretos (tales como el abuso físico o sexual o la pobreza) y consecuencias concretas (tales como el ánimo depresivo, la ansiedad, los problemas de alimentación o la escucha de voces). Algunas de estas limitaciones pueden atribuirse a mantener las categorías diagnósticas y a la permanencia de las premisas positivistas, con la consecuente minimización del papel de los contextos sociales, materiales y culturales, junto a la marginalización del rol del significado personal y la agencialidad. En otras palabras, este enfoque todavía se halla de forma amplia en de la «mentalidad DSM». Por lo tanto, también tiene una capacidad limitada para conceptualizar la causalidad y para identificar patrones causales relacionados con los pensamientos, los sentimientos y comportamientos de los humanos corporalizados que de un modo activo dan sentido a sus vidas en interrelación con sus entornos relacionales, sociales, culturales y espirituales.

El documento principal expone un amplio debate sobre los principios y la investigación que ofrecen las bases filosóficas, teóricas y empíricas para superar estas limitaciones y para identificar patrones no diagnósticos y no medicalizados en la emergencia del sufrimiento psíquico y emocional. Antes de describir

⁵ Johnstone, L. & Boyle, M. with 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. Available from: www.bps.org.uk/PTM-Main

con más detalle cómo pasar de las tendencias y las relaciones más generales a patrones más específicos, consideraremos brevemente otras tres vertientes de trabajo que han intentado la misma tarea.

El Modelo Dinámico Madurativo⁶ de **Patricia Crittenden** (MDM: 2002, 2005, 2006) sintetiza fuentes que proceden de la biología evolutiva, la etología, la epigenética, las neurociencias cognitivas, la teoría del apego, el psicoanálisis y de la teoría general de sistemas para conceptualizar los problemas de salud mental en términos de patrones de respuesta psico-biológica basados en el apego. El MDM es un modelo ambicioso e inclusivo que aborda el impacto de la amenaza interpersonal (desde el abuso manifiesto a formas de adversidad menos graves) en varios aspectos del funcionamiento humano.

Crittenden sugiere que las experiencias tempranas de apego producen respuestas emocionales, conductuales, cognitivas y somáticas que son defensivas y autoprotectoras y que se adaptan a lo largo del desarrollo para favorecer la supervivencia. Por lo tanto, es probable que durante la niñez se reaccione a la amenaza regresando a «representaciones disposicionales» particulares (es decir, «patrones de actividad neurológica que disponen a los individuos para actuar de alguna manera»: Damasio, citado en Crittenden, 2005, p.3), que se corresponden de forma aproximada a los estilos de Apego A, B o C. El proceso de representación es el factor mediador central que lleva a adoptar estrategias particulares; por lo tanto, las mismas experiencias pueden producir diferentes efectos en distintas personas. Propone que cuando ciertas adaptaciones se expanden más allá de las circunstancias amenazadoras originales, en las que se desarrollaron, tienden a ser consideradas «patológicas». Las dificultades actuales, como la disociación, la «paranoia», la ansiedad, etc., se pueden considerar como «soluciones» previas que perdieron su utilidad original.

Crittenden sugiere identificar «patrones de formulación funcional» como la alternativa a los diagnósticos basados en síntomas (Crittenden & Dallos, 2012, p.407). Elabora, a partir de los patrones básicos de Apego A, B y C, una amplia gama de estrategias de tipo A, B y C, muchas de las que cuales resultan disponibles a medida que la persona madura. Por ejemplo, sugiere que las «estrategias de Tipo A» se basan en el uso de la cognición para hacer frente a la amenaza, al tiempo que minimizan la conciencia de los sentimientos. Dependiendo del grado de dependencia de estas estrategias, el resultado final puede extenderse desde una inhibición emocional leve a problemas más incapacitantes como la «depresión» o la «psicosis». Las «estrategias de tipo C» se desencadenan por emociones fuertes como la ira o el miedo, así como por la excitación física (por ejemplo, mediante una frecuencia cardíaca elevada) y la correspondiente reducción de la capacidad para usar la información cognitiva, por ejemplo, para predecir y evaluar el riesgo. En sus formas leves este tipo de estrategias pueden provocar problemas con la agresividad o la ansiedad y, en sus formas más intensas, puede provocar estados de extrema inseguridad que se pueden diagnosticar como «paranoia», «trastorno de la personalidad» o problemas de la alimentación. Las «estrategias de tipo B» tienen más probabilidad de asociarse con suposiciones y representaciones positivas acerca de cada cual, otras personas y el mundo. Estas clasificaciones describen estilos relacionales y estrategias de afrontamiento ante las amenazas y al objeto de lograr seguridad en situaciones concretas, no describen a las personas mismas o a los rasgos o características que residen dentro de ellas.

El resultado final es una matriz de posibles «patrones de formulación funcional» que las personas pueden activar en ciertas situaciones para predecir, evitar o sobrevivir ante amenazas reales o percibidas como tales. El MDM propone diferentes respuestas (o, en terminología psiquiátrica, «síntomas») que se pueden utilizar con propósitos de protección similares. Por el contrario, las mismas experiencias («síntomas») pueden no estar agrupadas, ya que pueden cumplir diferentes funciones en cada persona. El MDM también enfatiza la importancia de adaptar las intervenciones terapéuticas al conjunto de respuestas de cada persona.

⁶ A veces se ha denominado en español también como Modelo Dinámico Maduracional del apego.

Crittenden y Dallos han intentado realizar una síntesis entre el MDM y la Terapia Familiar Sistémica (Crittenden y Dallos, 2009) al objeto de comprender cómo las estrategias del MDM se podrían aplicar de un modo en que se refuerzan entre sí dentro del sistema familiar. Destacan que, al igual que las personas, «las familias son sistemas de creación de significado» (Crittenden y Dallos, 2012, p.402) y que estos significados se configuran mediante el lenguaje y los discursos sociales. El ser consciente de circunstancias más amplias ayuda a decidir si la intervención se ajusta mejor a nivel individual, familiar, comunitario y/o a nivel político y cultural.

Paul Gilbert (2007) recurre a la teoría evolutiva, la neurociencia y la psicología social y del desarrollo para proponer un modelo que relaciona las atribuciones personales, los estilos de apego y los sistemas afectivos basados en la biología con las diferentes manifestaciones del ánimo bajo (y más recientemente a otras condiciones como la «psicosis»). Postula que estos estados de ánimo provienen de estrategias de defensa evolutivas que nos ayudan a evitar la amenaza y la pérdida interpersonal y, también, de otros peligros. Sugiere que para poder sobrevivir debemos ser capaces de conseguir y dar afecto; de cooperar con otras personas; y de competir para obtener recursos y encontrar un lugar dentro del grupo social. En consecuencia, estamos preparados para sentir el sufrimiento por la separación, la exclusión y la «pérdida social», respuestas que pueden tener su equivalente en la conducta animal.

Gilbert sugiere que estas estrategias de defensa interactúan a través de los sistemas de regulación afectiva y, que, a su vez, generan «secuencias de procesos interactivos que crean procesos biopsicosociales complejos» (Gilbert, 2007, p.17), basados en significados amplios (por ejemplo, si otras personas se encuentran seguras). Se dice que la regulación afectiva se produce mediante tres sistemas principales: (1) sistemas de amenaza (asociados a una gran activación y a emociones como la ira, la ansiedad o el asco); (2) sistemas de regulación emocional, de unión, de apaciguamiento (asociados a sentimientos de conexión, seguridad y bienestar); y (3) sistemas de direccionamiento y motivación (asociados a la recompensa y el logro de objetivos y a sentimientos de energía y placer). En conjunto, se cree que las tres unidades interactúan para dar forma a las experiencias subjetivas y el significado del sufrimiento, en parte mediante la activación de estrategias de protección (como luchar, huir, quedarse paralizado o *congelado*⁷, protestar, etc.), mediante remembranzas emocionales y las experiencias pasadas y en parte por los sucesos actuales.

En este modelo, el bienestar de la persona adulta se encuentra influenciado de un modo significativo por «remembranzas emocionales» que han sido codificados en asociación a estas tres estrategias y se piensa que las experiencias tempranas de apego son una forma de regularlas. Por ejemplo, en un entorno de abusos o abandono, los sistemas de amenaza y la búsqueda de direccionamiento se activarán y se ensayarán más fácilmente, mientras que se inhibirá la capacidad de apaciguamiento y de unirse. Nuestra capacidad humana para pensar, reflexionar, interpretar y usar el lenguaje y los símbolos agrega otra capa de complejidad, que a su vez retroalimenta los patrones de respuesta, tanto de un modo adaptativo como desadaptativo; por ejemplo, fortaleciendo o amortiguando nuestras creencias de que hemos sido o seremos abandonados, heridos, avergonzados, excluidos, etc.

Aunque estas estrategias de defensa complejas no siempre se pueden experimentar como positivas, se sustentan en la premisa de que las personas se valen de adaptaciones aprendidas y conocidas para intentar gestionar las experiencias de pérdida, rechazo o amenaza. De esta forma, Gilbert comparte la visión de Crittenden de que estas estrategias evolutivas de supervivencia son esencialmente protectoras, aunque se puedan ver como «patológicas» si se extienden más allá de las circunstancias originales. Del mismo modo, considera que estas estrategias en potencia pueden servir a diferentes propósitos en distintas personas. Estas dinámicas existen dentro de lo que Gilbert llama «ecología

⁷ Freeze, en el original, significa congelado y suele usarse en etología para indicar la estrategia de quedarse paralizado, como muerto, cuando ciertos animales se encuentran ante un gran peligro.

social y física», lo que implica una necesidad de intervención también a nivel sistémico, social y político: «los modelos psicológicos deben abordar estos temas (y las cuestiones de justicia social) y no ver sus estrategias de afrontamiento como problemas y considerarlos como déficits personales (sino más bien ligadas a estrategias de protección)» (Gilbert, 2007, p.106). Su trabajo conceptualiza el estado de ánimo bajo (y potencialmente otras formas de sufrimiento) dentro de un contexto amplio, sugiriendo marcos explicativos prácticos y no culpabilizadores que adapten las intervenciones terapéuticas a las circunstancias concretas de cada persona (por ejemplo, a reducir los sentimientos de amenaza, de separación, inferioridad y vergüenza; y el desarrollo de la auto-compasión y el autocontrol que cuenta con numerosa literatura, como por ejemplo, Lee y James, 2012).

El «**Enfoque Informado sobre el Trauma**»⁸ 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 (por ejemplo: Sweeney et al., 2016; www.blueknot.org.au; www.acestoohigh.com). Defiende que la sanación a través de las vivencias de las experiencias y su validación en un marco de relaciones de confianza es clave para la recuperación. La pregunta central, por lo tanto, no es «¿qué es lo que te va mal?» sino «¿qué es lo que te ha pasado?» (Blue Knot Foundation, 2012, p.14). En este documento, estos sucesos y circunstancias se refieren generalmente como «adversidades» para incluir a las muchas formas que pueden adoptar. La investigación realizada reúne evidencias sobre los efectos de las experiencias amenazadoras, traumáticas y de abuso con lo que se sabe sobre el desarrollo del cerebro humano, especialmente en el contexto del apego y las relaciones tempranas. Este es un campo en rápida expansión y ahora existe un conjunto considerable de evidencias que relacionan estas experiencias con una amplia gama de consecuencias emocionales, físicas y sociales. En este sentido, un número en aumento de servicios de salud mental han asumido algunos componentes de esta perspectiva. También se están implementando proyectos basados en el enfoque informado sobre el trauma en el diseño de los servicios, en salud pública, en educación o en los servicios penitenciarios (ver ejemplos en www.acestoohigh.com).

El trabajo basado en este enfoque tiene dos aspectos interrelacionados: garantizar que los sistemas en su conjunto estén formados en «el enfoque informado sobre el trauma» y que oferten intervenciones específicas sobre el trauma. El primero implica que la plantilla debe estar formada para reconocer y trabajar con los efectos de la amenaza y la adversidad, considerando que todos los aspectos de los servicios se diseñarán para proporcionar seguridad, posibilidad de elegir, empoderar y evitar la re-traumatización. Las intervenciones específicas sobre el trauma habitualmente se basan en un modelo informado sobre el trauma de tres etapas, que consisten en Seguridad - Estabilización; Procesamiento; e Integración (Blue Knot Foundation, 2012; Herman, 1992; Courtois & Ford, 2013; véase capítulo 8). El modelo de las tres etapas brinda una estructura general para las intervenciones terapéuticas de todas las modalidades, junto a otros tipos de ayuda, si resulta conveniente. Es importante tener en cuenta que no se asume que todas las personas usuarias tengan una historia de sucesos traumáticos concretos o que, aunque la tenga, desee necesariamente abordarla directamente. No se trata del mismo traje para todo el mundo, sino un enfoque flexible, orientado a la persona usuaria del servicio, basado en la conciencia de que la adversidad, ampliamente definida, es sólo una parte de una imagen global. De forma clara, este enfoque ha generado un importante e innovador trabajo terapéutico y los vínculos causales generales entre la adversidad y el sufrimiento son innegables. Sin embargo, las declaraciones que asumen haber identificado las vías que conectan sucesos traumáticos concretos con tipos específicos de sufrimiento tienen un apoyo muy débil, como se podría predecir según los principios que sustenta el marco que proponemos.

⁸ Trauma-informed approach (TIC) traducido generalmente como el «Enfoque Informado sobre el trauma» y también como el «Cuidado Informado sobre el Trauma».

Visión general de los modelos

Los modelos comparten áreas significativas que se solapan. Sus fortalezas y limitaciones se pueden resumir de la siguiente manera:

- Los patrones de respuesta no se consideran patológicos, sino más bien reacciones adaptativas que se mantienen cuando ya no son útiles. Además, no asumen que los patrones de respuesta se hallen solo en un grupo concreto, como en el «enfermo/a mental»; y además tampoco las personas etiquetadas recurren a esos patrones todo el tiempo. Más bien, cada persona activa una variedad de estrategias que pueden ser más o menos útiles en situaciones particulares. Implica que la «comorbilidad» no es un problema nosológico a resolver, sino una muestra del hecho de que las personas pueden usar múltiples formas de respuesta a la adversidad y la amenaza.
- Los modelos se pueden acomodar a la heterogeneidad porque incorporan patrones de adaptación, tanto funcionales como generales, en vez de hipótesis que vinculan sucesos causales (específicos) con consecuencias o resultados (específicos). Como resultado, no es posible identificar unas vías causales etiológicas universales y no se diseñan paquetes de intervenciones estandarizadas ligadas a las expresiones concretas del sufrimiento.
- Los modelos contemplan un rol no reduccionista para la biología, como mediadora y habilitadora, estando los elementos nucleares de los patrones de respuesta, a diferencia de en los modelos biomédicos, basados en una extensa evidencia obtenida de una amplia gama de áreas. En otras palabras, son «biopsicosociales» de un modo que no presupone la primacía de los factores causales biológicos (sin evidencia), y de un modo opuesto a como se utiliza actualmente el término «biopsicosocial» en salud mental. Sin embargo, el ensamblado de estos factores múltiples en patrones, significados y vías es más especulativo. Los tres principales sistemas de regulación afectiva de Gilbert y su distinción entre «cerebro antiguo y cerebro nuevo» no se acepta de forma universal (Le Doux, 1999; Goldstein, 1995; Panksepp, 1988), al mismo tiempo que también hay quien critica aspectos de la Teoría del Apego (véase la revisión de Cassidy & Shaver, 2008).
- Los modelos sugieren cómo pueden emerger los patrones de respuesta y como se crean dentro de los contextos del desarrollo y en los relacionales. Sin embargo, sólo el enfoque informado sobre el trauma incorpora de forma completa la evidencia actual sobre las tasas extremadamente altas de adversidad en las personas que acuden a Salud Mental y a los otros sistemas de ayuda social.
- Todos estos modelos ponen un bienvenido énfasis en el significado personal y en la importancia de la cura a través de las relaciones personales. Gilbert es quien más explicita su relación con los intereses amplios del poder a través de los discursos sociales sobre la competencia, el estatus, etc. (por ejemplo, Gilbert, 2007). Al integrar la perspectiva del sistema familiar con el MDM se promueve el reconocimiento de que es necesario abordar el significado a todos los niveles organizativos, desde el familiar al político, cultural y social (Crittenden y Dallos, 2009), en línea con la tradición de las Terapias Familiares actuales (Dallos & Stedmon, 2014). Sin embargo, de forma general este aspecto de los modelos se encuentra relativamente poco desarrollado.
- Aunque hay cierto reconocimiento de los contextos sociales, políticos y materiales, el énfasis de los trabajos de Gilbert y Crittenden tienden a buscar las soluciones en términos de terapia (individual y familiar), en vez de en, o sin complementarlo con, la autoayuda, la ayuda comunitaria y otras formas de acción o política social. La evidencia que da respaldo a los enfoques informados sobre el trauma ha sido ensayada más ampliamente y, también, ha tenido influencia en la política de Salud Pública (www.acestoohigh.com; ver también el documento principal). Sin embargo, el trabajo de prevención dentro de este campo está lejos de suponer

un desafío que detenga la discriminación, la desigualdad y las estructuras socioeconómicas que crean las condiciones básicas dentro de las cuales se multiplican las adversidades.

- Los enfoques informados sobre el trauma enfatizan la importancia de trabajar con la diversidad (<http://www.samhsa.gov/nctic/trauma-interventions>). Existen proyectos específicos que analizan, por ejemplo, la experiencia del trauma intergeneracional en los pueblos aborígenes de Canadá (Arthur et al., 2013). Sin embargo, de forma general, los modelos prestan relativamente poca atención a las influencias enraizadas en las culturas sobre la experiencia y la expresión del sufrimiento, y los supuestos que sustentan su trabajo son principalmente occidentales. Por ejemplo, hoy resulta evidente que su expresión, su emergencia, y las consecuencias de las relaciones de apego están muy lejos de ser universales y se pueden presentar de formas muy distintas en los contextos no occidentales, lo que significa que se necesita una conceptualización culturalmente sensible con las manifestaciones de las trayectorias del desarrollo evolutivo (Otto y Keller, 2014).
- Una limitación importante de la perspectiva que aquí se adopta es que el distanciamiento con los términos y supuestos diagnósticos de estos modelos sólo tiene un éxito parcial. El impactante trabajo de Gilbert asume en buena medida la categoría diagnóstica «depresión» como algo establecido (Gilbert, 2007). Aunque «depresión» tiene un significado popular también tiene un significado clínico, esta cosificación de un estado que es una respuesta plena de significado es potencialmente contraproducente. Crittenden sugiere una posibilidad interesante mediante los «patrones de formulación funcional», como alternativa al diagnóstico psiquiátrico, pero también usa términos como «trastorno de la personalidad» o «psicopatología», etc. Los principales profesionales en la atención al trauma siguen utilizando categorías diagnósticas (véase la crítica de Burstow, 2003), e intentaron, sin éxito, introducir nuevas categorías diagnósticas, el «Trastorno Post-Traumático Complejo» en el DSM-IV y el «Trastorno del Desarrollo del Trauma» en el DSM-5 (Van der Kolk, 2014). Aunque esto se debe en buena medida a la necesidad de cumplir con los requisitos de los seguros en Estados Unidos (Wylie, 2010), su consecuencia es que detiene el replanteamiento básico del concepto del diagnóstico psiquiátrico de forma global.

En resumen, los modelos plantean, en su conjunto, una diversidad de perspectivas innovadoras e importantes en torno a las conceptualizaciones no diagnósticas del sufrimiento, que tienen implicaciones valiosas sobre la intervención y la práctica clínica. Su mensaje compartido, basado en una cantidad considerable de evidencia, indica que las experiencias que usualmente se describen como «síntomas» se pueden entender mejor como estrategias de supervivencia ante la adversidad, en vez de cómo «trastornos» o «enfermedades psiquiátricas». Al mismo tiempo, se quedan cortos en varios aspectos como para constituir una alternativa global y conceptualmente coherente al diagnóstico psiquiátrico. En consecuencia, existe el riesgo de que estas perspectivas vuelvan a asimilar de nuevo los relatos individualistas del sufrimiento. Se necesita un giro de pensamiento más sustancial, tal como se describe a continuación.

Parte 3: Marco de Poder, Amenaza y Significado

Una base alternativa para identificar patrones en el sufrimiento mental, las experiencias inusuales y el comportamiento problemático

Se sintetizan ahora los principios y las prácticas, la teoría y la evidencia previamente resumidas, para presentar un marco alternativo más detallado. Dada su importancia, se repiten ahora las características clave del marco, y se defiende que cualquier intento para trazar alternativas al sistema del diagnóstico psiquiátrico debe tener las siguientes características:

- Tiene que basarse en identificar patrones amplios y regularidades en la expresión y la experiencia del sufrimiento y la conducta problemática o perturbadora, de forma opuesta a los mecanismos causales biológicos (o psicológicos) concretos para vincularlos con distintos trastornos diagnósticos categoriales.
- Mostrar cómo estos patrones se manifiestan en distintos grados y en diferentes circunstancias en cada persona a lo largo de la vida.
- No debe asumir «patología»; sino más bien, definir los mecanismos de afrontamiento y supervivencia, que pueden ser más o menos funcionales, como formas de adaptación a los conflictos y a las adversidades concretas, tanto del pasado como del presente.
- Integrar la influencia de los factores biológicos, genéticos y epigenéticos, y evolutivos, en la mediación y activación de esos patrones de respuesta.
- Integrar los factores relacionales, sociales, culturales y materiales en la configuración de la aparición, la persistencia, la experiencia y la expresión de esos patrones.
- Dar cuenta de las diferencias culturales en la experiencia y la expresión del sufrimiento.
- Asignar un rol central al significado personal, que surge de los discursos y los sistemas de creencias sociales y culturales, las condiciones materiales y las posibilidades corporales.
- Asignar un rol central a la agencialidad, es decir, a la capacidad de tener influencia sobre la propia vida dentro de las inevitables limitaciones psicosociales, biológicas y materiales (especialmente con el apoyo de relaciones y comunidades saludables).
- Reconocer el carácter central del contexto relacional, social y político para poder decidir lo que es una necesidad o una crisis de «salud mental» en un caso dado.
- Proporcionar una base fundamentada en la evidencia para usar esos patrones con la finalidad de documentar las narrativas individuales, familiares o de los grupos.
- Brindar formas alternativas para cumplir con las funciones asociadas al diagnóstico, para los servicios, la gestión administrativa y la investigación.
- Sugerir usos alternativos del lenguaje, a la vez que se argumenta que no puede haber reemplazos para cada uno de los términos diagnósticos actuales.
- Incluir los significados y las implicaciones para actuar en un contexto comunitario, social y político más amplio.

El documento principal⁹ resume la evidencia sobre los aspectos fundamentales acerca de la emergencia del sufrimiento mental, las experiencias inusuales y el comportamiento problemático de la siguiente forma::

- El funcionamiento del **PODER** (que se puede manifestar de distintas formas, como poder biológico y corporalizado; 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, tanto negativas como positivas, operan a través de estructuras sociales, instituciones y organizaciones; a través de nuestro entorno físico; a través de los medios y la educación; y a través de las relaciones sociales y familiares.
- Los tipos de **AMENAZAS** que el ejercicio negativo del poder puede representar para la persona, el grupo y la comunidad, especialmente en lo referente al sufrimiento mental.
- El papel central del **SIGNIFICADO** (como producto de los discursos sociales y culturales, que activa las respuestas corporales evolutivas y adquiridas) en la configuración de la acción, la experiencia y la expresión del poder, la amenaza y nuestras respuestas a la amenaza.
- Las **RESPUESTAS A LA AMENAZA**, evolutivas y aprendidas, mediadas a través de las posibilidades corporales basadas en el significado, que cualquier persona (familia, grupo o comunidad) que experimenta una amenaza, que se da dentro del proceso de Poder, Amenaza y Significado, puede tener que usar para protegerse. En vez de ser «diagnosticada» como persona que sufre pasivamente de déficits biológicos, sugerimos que las personas usuarias de los servicios (y todos nosotros) puedan ser reconocidas y validadas como quienes activan respuestas para protegerse y sobrevivir. Las experiencias definidas como «síntomas» se entienden mejor como reacciones a la amenaza o «estrategias de supervivencia».

En línea con estos análisis, a continuación, se propone un marco conceptual para el origen y la persistencia del sufrimiento, las experiencias inusuales y el comportamiento problemático o perturbador, que se define como el Marco Poder, Amenaza y Significado.

Para expresarlo de la forma más sencilla posible, el Marco PAS sustituye la pregunta «¿Qué es lo que va mal en ti?» mediante cuatro preguntas clave:

- «¿Qué te ha pasado?» (¿Cómo ha actuado el **Poder** en tu vida?)
- «¿Cómo te afectó?» (¿Qué tipo de **Amenaza** representó?)
- «¿Qué sentido le diste?» (¿Qué **Significado** tienen para ti esas situaciones y experiencias?)
- «¿Qué tuviste que hacer para sobrevivir?» (¿Qué tipo de **Respuesta ante las Amenazas** utilizas?)

Traducido lo anterior a la práctica con una persona, familia o grupo, se deben hacer dos preguntas adicionales:

- «¿Cuáles son tus fortalezas?» (¿Qué acceso tienes a los **recursos de Poder**?)
- ...y para integrar todo lo anterior: («¿Cuál es tu historia?»)

(Ver el Apéndice 1, para recoger sugerencias para adaptar estas preguntas a la práctica.)

La evidencia citada en el documento principal fundamenta la afirmación de que los seres humanos son seres sociales cuyas necesidades centrales incluyen:

⁹ Johnstone, L. & Boyle, M. with 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. Available from: www.bps.org.uk/PTM-Main

- Experimentar un sentido de justicia y equidad dentro de su comunidad.
- Tener un sentimiento de seguridad y pertenencia en el grupo familiar y social.
- Sentirse seguro/a, valorado/a, aceptado/a y querido/a en las relaciones más tempranas con sus cuidadores/as.

Satisfacer las necesidades físicas y materiales básicas propias y de las personas a su cargo.

Desarrollar relaciones y alianzas íntimas.

Sentirse valorado/a y útil en los roles familiares y sociales.

Experimentar y gestionar las diferentes emociones.

Poder contribuir, lograr y cumplir metas.

Poder ejercitar la agencialidad y el control de su vida.

Tener la sensación de una vida con esperanza, fe, significado y propósito.

...todo lo cual proporcionará las condiciones para poder ofrecer a sus hijos/as...

- Seguridad y amor en las relaciones tempranas, como la base para un óptimo desarrollo físico, emocional y social, además de la capacidad para satisfacer sus propias necesidades básicas.

Cualquier cosa que impida la satisfacción de estas necesidades básicas se puede experimentar como una amenaza a la supervivencia y a la seguridad emocional, física, relacional y/o social. En consecuencia, los seres humanos han evolucionado de tal manera que son capaces de utilizar un conjunto de respuestas ante la amenaza que cumplen con la función protectora ante las amenazas principales.

Por lo tanto, el Marco PAS responde a los siguientes propósitos principales:

- Resaltar las amenazas frecuentes basadas en el significado que plantean las distintas manifestaciones del poder.
- Resaltar las estrategias evolutivas y adquiridas, que se emplean frecuentemente para hacer frente a estas amenazas.
- Resaltar la relación entre las amenazas y las respuestas de protección ante dichas amenazas, que ha quedado oculta mediante el uso de etiquetas diagnósticas.
- A diferencia de los modelos psiquiátricos tradicionales, suministrar una base para identificar patrones amplios basados en la evidencia, que conjuguen las influencias del Poder, Amenaza y Significado, así como las consecuentes Respuestas ante las Amenazas.
- Utilizar estos patrones para generar narrativas personales, grupales y/o sociales que ayuden a restaurar el significado y la agencialidad, y que, junto a los presupuestos culturales relevantes, tengan el potencial de crear esperanza, reconstruir relaciones y promover la acción social.

Es importante señalar que estamos conceptualizando este marco de una manera radicalmente distinta al modelo biopsicosocial más tradicional:

- Aunque el modelo de tres partes es convenientemente heurístico, los tres elementos no son independientes, sino que evolucionan uno en relación con el otro. No existe una división real dentro de los elementos centrales propuestos, ni entre ellos. No existe la persona que se la pueda entender separada de sus relaciones, la comunidad y la cultura; el significado solo surge de la interacción de elementos sociales, culturales y biológicos; y las posibilidades biológicas no se pueden separar del entorno social e interpersonal.
- A diferencia de (algunas versiones de) los modelos biopsicosociales, no se presupone patología y no se privilegian los elementos «biológicos». Más bien, los elementos biológicos conforman un nivel explicativo que se forma partir de todos los demás.
- Las capacidades para crear significado (dentro de los discursos disponibles) y ejercer la

agencialidad (dentro de las restricciones materiales y biosociales y la comprensión cultural) son atributos básicos de los seres humanos. Los significados personales no se eligen libremente, sino que reflejan la experiencia, las relaciones y las circunstancias sociales y culturales más amplias. El «significado» es algo inherente a la expresión y la experiencia de todo tipo de sufrimiento emocional, que da forma, tanto de manera compartida como única, a las respuestas personales del individuo.

- Si bien la mayor parte del trabajo de salud mental (y el relacionado) se centra sobre la persona, defendemos que el significado y el sufrimiento se debe entender también a nivel social, comunitario y cultural. Por lo tanto, vemos que el Marco PAS se puede aplicar por igual a la comprensión, la intervención y la acción social en un sentido más amplio. En otras palabras, el Marco coincide con un informe reciente de la ONU que recomienda un giro hacia el «desequilibrio de poder» y no sobre el «desequilibrio químico» (UNHRC, 2017, p.19).

La Parte 4 describe cómo las reacciones ante la amenaza y las estrategias de supervivencia que surgen dentro del contexto de Poder, Amenaza y Significado se pueden agrupar provisionalmente en **patrones** amplios, temporales, probabilísticos y con evidencia, como **respuestas ante la amenaza del poder basadas en el significado**. Estas respuestas y los patrones de los que forman parte se pueden describir mediante verbos o acciones que se adaptarán lo máximo posible para reemplazar los términos diagnósticos. «*Al reconfigurarse como verbos las categorías diagnósticas se convierten en estrategias para vivir*» (Laura Kerr en <http://dxsummit.org/>). Los patrones que se proponen son conceptualmente muy diferentes de las agrupaciones diagnósticas.

Una consecuencia importante de los principios esbozados previamente es que sugieren una posible solución al dilema hasta ahora no resuelto en lo referente a la aplicación de los sistemas de clasificación psiquiátrica occidentales en las culturas no occidentales y sobre las expresiones del sufrimiento, tanto en el Reino Unido como en todo el mundo (para un debate más amplio en torno a las etnias y la cultura, ver los Capítulos 2, 3 y 4 del documento principal). El Marco PAS predice y recoge la existencia de un rango amplio de experiencias culturales y de expresión del sufrimiento sin tratarlas como extrañas, primitivas, menos válidas o como variantes exóticas, según el diagnóstico dominante o los otros paradigmas occidentales. Lo mismo se puede decir de fenómenos históricos como la «histeria». Considerado como un meta-marco basado en las universales capacidades evolutivas de los seres humanos para responder a las amenazas, los principios básicos del Marco PAS se aplican a lo largo del tiempo y las culturas. Dentro de este contexto, las listas no cerradas de las respuestas ante la amenaza y de sus funciones (que se describirán más adelante) acogen a un número indefinido de expresiones del sufrimiento de carácter local e histórico específicas, todas ellas configuradas por los significados culturales predominantes.

A continuación, se describe el patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado que surge de los diversos elementos del Marco. Dicho patrón respalda los patrones específicos descritos más adelante, resumiendo las regularidades en las experiencias y en la expresión del sufrimiento a un nivel más general.

El Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado

Para identificar los patrones significativos del sufrimiento dentro de las tendencias y regularidades descritos detalladamente en el documento principal, el punto de partida debe ser el patrón fundamental más general que respalda a todos los demás, bien se aplique a nivel individual, familiar, grupal o de la población.

El Patrón Fundamental expuesto a continuación usa el Marco PAS para sintetizar la gran cantidad de investigación y evidencia sobre la extensa gama de las adversidades sociales e interpersonales debatidas en el documento principal. Ello aconseja un resumen de las tendencias y regularidades a nivel poblacional como el que sigue:

- Cualquier forma de adversidad se da más frecuentemente en contextos de desigualdad y otras formas de privación, discriminación, marginación e injusticia social.
- Los discursos sociales y los significados ideológicos dan forma a la experiencia y la expresión del sufrimiento.
- Las perturbaciones en las relaciones de apego tempranas son una adversidad en sí mismas y, también, establecen el escenario para las respuestas emocionales biológicamente mediadas frente a las adversidades futuras.
- Una gran parte del impacto de la adversidad se puede explicar mediante factores que incrementan la experiencia de la amenaza. Estos incluyen estar en una etapa más temprana del desarrollo; estar atrapado/a; amenaza interpersonal e intencionada; imprevisibilidad y falta de control sobre la amenaza; amenazas múltiples y reiteradas; intrusión física; entorno crónico amenazante; y la ausencia de alguien en quien confiar y que le proteja.
- Los factores de mejora como estar en una etapa de desarrollo posterior, que haya alguien en quien se puede confiar, la posibilidad de escapar, se oponen a los factores agravantes (ver Cuadro 1, Elementos agravantes de las adversidades).

Cuadro 1: Elementos agravantes de las adversidades

- Estadio de desarrollo más temprano
- Ausencia de una persona que ayuda, en la que se confía y que protege
- Múltiples tipos de peligro
- Estar en peligro de forma duradera y repetida
- Gravedad del peligro
- Sin posibilidad de escapar o encontrarse atrapado
- Imprevisibilidad y sin control sobre la amenaza
- Amenaza de intrusión física
- Amenazas que ocurren simultáneamente o son cercanas en el tiempo
- Amenaza al sentido del yo
- Amenazas interpersonales e intencionadas
- Sentimiento de traición por personas o instituciones
- Amenaza social percibida
- Un número mayor de perpetradores
- La amenaza ocurre dentro de una relación afectiva o de apego
- Contexto crónico de amenaza, ya sea ambiental o personal

Existe evidencia sólida que demuestra que estos factores aumentan la posibilidad de daño emocional ante las amenazas y adversidades. Las aquí descritas no son amenazas específicas en sí mismas, sino *aspectos de situaciones amenazantes que agravan* la experiencia de la amenaza. Los elementos opuestos – tales como un estadio de desarrollo más tardío, que haya alguien en quien confiar, o la posibilidad de escapar – que en igualdad de condiciones, reducirán la experiencia y el impacto de la amenaza.

Además:

- *El impacto de las adversidades es acumulativo.* Existe un claro fenómeno efecto dosis-dependiente que, a medida que las adversidades se multiplican, los resultados negativos (biológicos, psicológicos y sociales) aumentan de manera gradual.
- *Experimentar una o más adversidades aumenta el riesgo de sufrir adversidades más adelante.* Esto significa que los patrones simples – una única respuesta de amenaza ante una única amenaza – son relativamente infrecuentes en el ámbito de los servicios asistenciales.
- *El impacto de las adversidades es sinérgico.* El efecto acumulativo de más de una adversidad suele ser mayor y puede ser cualitativamente distinta a la suma de sus efectos individuales.
- *Cuantas más adversidades experimente una persona, más tipos de respuestas ante la amenaza usará.* En estas circunstancias, las personas necesitarán recurrir a un mayor número de estrategias de supervivencia, que se refleja cuando se les adjudica múltiples diagnósticos psiquiátricos.
- *Algunas respuestas a la amenaza, como las diagnosticadas como «psicosis», se vuelven más frecuentes, y se asocian a los efectos acumulativos y sinérgicos de las adversidades y, por lo tanto, se puede considerar que reflejan un mayor nivel de daño.*
- Los impactos de la adversidad se pueden transmitir entre las generaciones, perpetuando así estos ciclos destructivos.
- Por último, los sistemas de salud mental y otros, creados por los humanos, *a menudo son traumatizantes y re-victimizadores por sí mismos*, al instaurar otros ciclos de sucesos acumulativos y sinérgicos, donde el diagnóstico puede actuar confirmando sentimientos de vergüenza, deficiencia y exclusión, pudiendo de este modo multiplicar los ingresos, las etiquetas y las intervenciones.

Combinado todo esto se consigue lo que se puede definir como el Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado en el sufrimiento mental y otras consecuencias conductuales, de salud y sociales.

El resumen narrativo del Patrón Fundamental es el siguiente:

Las desigualdades económicas y sociales, junto a los significados ideológicos que respaldan la actividad negativa del poder provocan el aumento de los niveles de inseguridad, falta de vinculación, miedo, desconfianza, violencia y conflicto, prejuicio, discriminación y adversidades sociales y relacionales en todas las sociedades. Esto tiene consecuencias en todas las personas y, en particular, en aquellas con identidades marginales. Limita la capacidad de las personas cuidadoras para proporcionar en la infancia relaciones tempranas seguras, lo cual no solo hace sufrir por ello al niño o a la niña que se está desarrollando, sino que también puede comprometer su capacidad para gestionar el impacto de las adversidades futuras. Las adversidades se relacionan, de forma que su presencia en la vida previa y/o en el presente de una persona, aumentan la probabilidad de sufrir otras más adelante. Los elementos como el daño intencionado, la traición, la impotencia, el encontrarse atrapado y la imprevisibilidad aumentan el impacto de estas adversidades y este impacto no solo es acumulativo sino también sinérgico. Con el paso del tiempo, la existencia de adversidades complejas que interactúan tiene como efecto un incremento de la probabilidad de experimentar sufrimiento emocional y activar conductas problemáticas o perturbadoras. La forma de estas expresiones de sufrimiento queda determinada por los recursos disponibles, los discursos sociales, las posibilidades corporales y el entorno cultural, y su función principal es promover la seguridad y la supervivencia emocional, física y social. A medida que las adversidades se acumulan, el número y la severidad de estas respuestas aumentan en paralelo a otras consecuencias indeseadas en el ámbito social, de la salud y del comportamiento. En ausencia de factores o medidas de mejora, se instaura un ciclo que prosigue a lo largo de las generaciones posteriores.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, las consecuencias apenas parecen sorprendentes. Sin embargo, es importante tener una verificación basada en la investigación de esta conclusión de sentido común, dado que en esencia se opone a la basada en el diagnóstico. Demuestra que el sufrimiento psicológico

El Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado

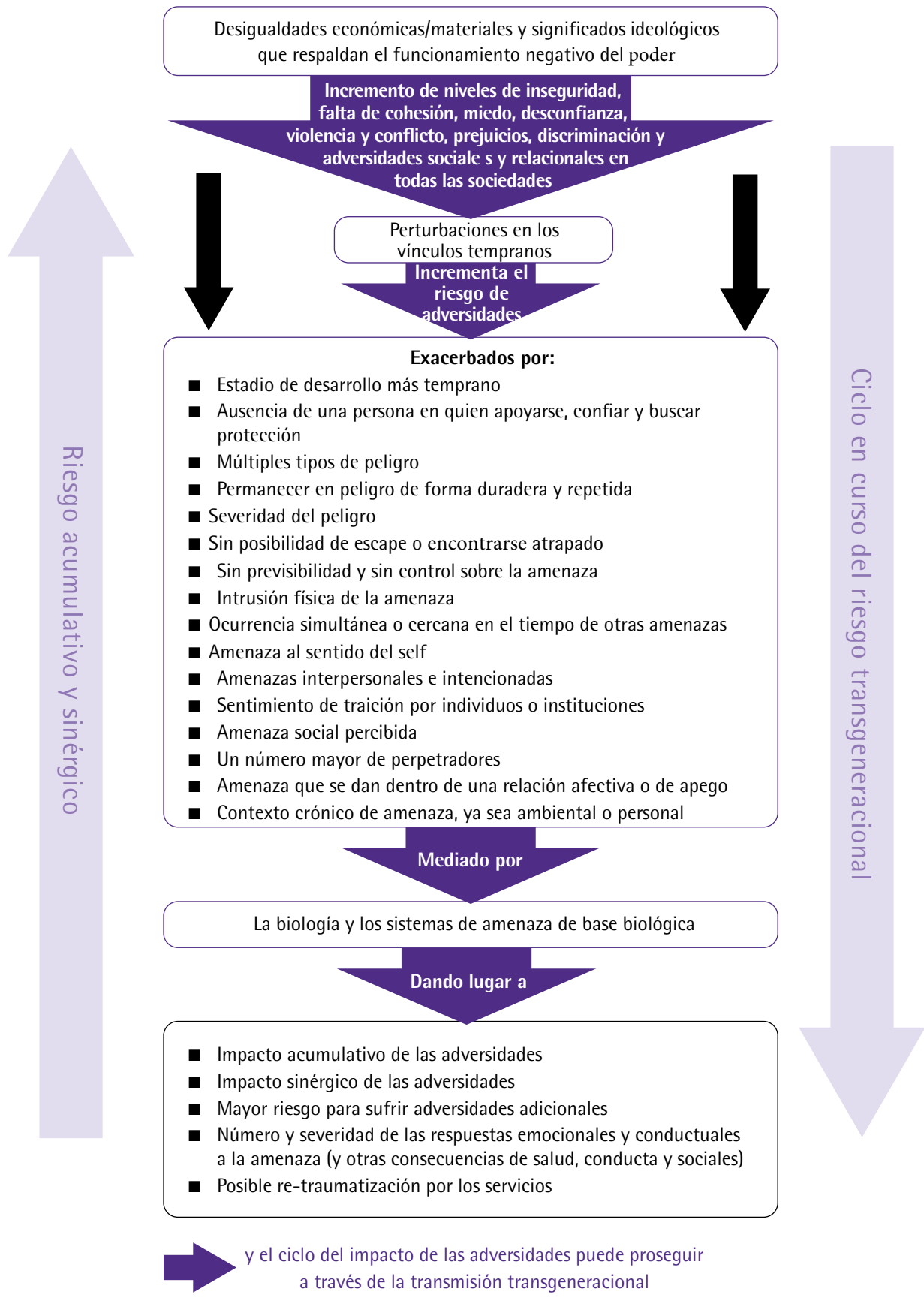


Figura 1. El Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado

y emocional está, como cualquier experiencia humana, mediada por la biología, pero no causada por ella en un sentido simplista. Ilustra el hecho de que el sufrimiento emocional y el comportamiento problemático o perturbador se encuentran dentro de un espectro en el que todo el mundo puede verse afectado como consecuencia de la injusticia social, lo que se refleja en aspectos de la vida cotidiana que se dan por sentado, incluso cuando no se experimentan sucesos traumáticos concretos. Lo ilustra, en las personas menos afortunadas o privilegiadas, que las circunstancias extremas e incapacitantes pueden conducir a respuestas extremas e incapacitantes en una proporción acorde al daño. También indica que pueden existir modos de escapar del ciclo, incluso en los contextos más difíciles. El patrón se resume como diagrama en la Figura 1.

Comentarios al Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado

Estas son tendencias a nivel poblacional, y no vías individuales predeterminadas, y describen riesgos, que no son inevitables. Sin embargo, el Patrón Fundamental tiene implicaciones extremadamente importantes para los sistemas de salud mental y en general para los servicios que asisten a las personas. Un modelo acumulativo y sinérgico del impacto de las adversidades no da apoyo a la individualización del sufrimiento, ni médicamente ni psicológicamente. En cambio, requiere la necesidad de intervenir, de forma principal a través de la política social, lo más tempranamente posible, antes de que se inicie el ciclo destructivo y que se autoperpetúe.

Los orígenes de «todos» los problemas se pueden ver claramente. Las experiencias de las adversidades, especialmente en los primeros años de vida, instaura patrones altamente complejos, que se superponen, basados en el significado, que son acumulativos y sinérgicos, en los que el sistema causal es contingente y probabilístico. El número de posibles combinaciones de respuestas (se las designe de forma oficial como «patológicas» o no) es casi infinito. Las vías causales discretas que asume el diagnóstico psiquiátrico no existen, ni pueden existir, en relación con las respuestas humanas a la adversidad. Y con la misma importancia, tampoco podemos pretender encontrar versiones psicosociales sobre estas vías para obtener resultados concretos ante eventos específicos. El Patrón Fundamental, por lo tanto, no resuelve el problema del «todo». Más bien admite que las cosas son así. Se necesita este reconocimiento indispensable y largamente esperado.

Aunque muchas de las personas que fueron etiquetadas psiquiátricamente habrán experimentado relaciones de apego perturbadas y formas concretas de adversidad, ni la crianza más cariñosa y segura puede brindar protección contra todas las amenazas, en especial debido al amplio contexto de desigualdad social. Del mismo modo, muy pocas personas, independientemente de sus antecedentes vitales, sobrevivirán sin cicatrices emocionales a circunstancias como el abuso intrafamiliar, la trata de personas, vivir como refugiado, el dolor físico crónico y la mala salud, múltiples duelos, un gran desastre natural, la guerra, la prisión, etc... Cuantos menos elementos tenga la persona para mejorar la vida (por ejemplo, que tengan cuidadores, apoyo social, vivienda adecuada, destrezas y habilidades, educación, acceso a los recursos, una intervención adecuada), menos posibilidades tendrá para escapar de este ciclo. Sin embargo, es muy importante reconocer que cada una de estas posibilidades también puede evolucionar positivamente – quizás por un pariente que se preocupa, un talento en particular o un cambio en las circunstancias sociales. Con el tipo de apoyo adecuado, muchas personas han podido encontrar una salida a estos patrones destructivos.

El Patrón Fundamental surge del contexto de los impactos negativos del poder, tanto inmediatos como más lejanos. Lo mismo que en el trabajo de muchos otros, este análisis sugiere que las estructuras socioeconómicas influyen en los discursos y significados sociales, que sirven y dan forma a intereses de distintos tipos de poder, tanto en su funcionamiento negativo como en el positivo. En todas estas situaciones, es probable que el sufrimiento de la persona aumente en proporción

al grado en que haya asimilado las normas y discursos sociales subyacentes, por ejemplo, los referidos a los roles de género pertinentes o respecto a la responsabilidad personal. La vergüenza es una emoción social y, aunque a veces el diagnóstico psiquiátrico resulta bienvenido porque ofrece protección contra la vergüenza relacionada con las propias acciones, también se puede experimentar como la síntesis de un juicio de la comunidad: «usted es un miembro defectuoso e inaceptable para el grupo social». El diagnóstico puede establecer las bases para perpetuar el ciclo de traumatización, discriminación y exclusión social.

El Patrón Fundamental PAS puede utilizarse en combinación con un listado de «factores de mejora», como una lista de verificación rápida para proponer una forma de entender y validar el grado de sufrimiento o dificultad en el funcionamiento que ha experimentado una persona, familia, grupo o comunidad en concreto. Si bien el Marco PAS y el Patrón Fundamental PAS se pueden usar tal como se presentan, también se pueden entender como un meta-marco dentro del cual se pueden acomodar los modelos existentes y el conjunto de las evidencias. Además, pueden utilizarse como un punto de referencia para identificar las brechas de la teoría y la práctica actual, que con mucha frecuencia surgen por la atención insuficiente al funcionamiento negativo del poder y sus significados ideológicos asociados.

La siguiente sección presenta los Patrones Generales provisionales dentro del Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado.

Parte 4: Los Patrones Generales Provisionales que surgen del Patrón Fundamental

Esta sección explica cómo se pueden utilizar los cuatro elementos principales de Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la Amenaza para identificar patrones y regularidades desde el más extenso Patrón Fundamental. Estas regularidades pueden entenderse como ejemplos concretos de **los patrones de respuesta basados en el significado ante las amenazas del poder**.

Al final de la sección se realizará una exposición sobre cómo estos Patrones Generales provisionales, probabilísticos, probados dentro del Patrón Fundamental, pueden servir como la base para generar narrativas personales, grupales, sociales y/o comunitarias que promuevan el significado y la agencialidad y, con ello, tienen la potencialidad de crear esperanza, reconstruir relaciones y apoyar la acción social. El Marco y los Patrones Generales también pueden usarse para el cumplimiento más efectivo de las otras funciones que se asocian al diagnóstico psiquiátrico, tales como proponer las intervenciones, planificar servicios, tomar decisiones administrativas y proporcionar la base para la investigación (como se explica en el documento principal¹⁰).

Antes de describir los Patrones Generales, es importante considerar con más detalle lo que se puede entender por «patrón» en este contexto, así como las semejanzas y diferencias entre estos patrones propuestos y los que se usan para respaldar los diagnósticos médicos.

¿Qué es un patrón?

En el nivel más general, un patrón se refiere a una asociación que parece darse de un modo más intenso que el atribuible al azar entre los fenómenos que se examinan. Algunas asociaciones se consideran significativas si lo sugiere, por ejemplo, una alta frecuencia de concordancia; mediante alguna prueba de causalidad, es decir la relación entre antecedentes y consecuentes; y mediante el conocimiento de los procesos que dan sentido a la relación. El documento principal explica cómo, en medicina, los patrones o las regularidades de este tipo, en las funciones somáticas, se usan como «plantillas» sobre las que los clínicos tratan encajar las quejas somáticas de cada persona y, al hacerlo, consiguen una cierta comprensión de cómo aparecen estas molestias y sobre cómo podrían aliviarse. También se aprecia que estos patrones tienen diferentes niveles de complejidad y desarrollo, por lo que proporcionan distintos niveles de comprensión de los problemas individuales.

Las dificultades para encontrar una definición precisa de «patrón» en esta clase de contextos están bien descritas en el artículo clásico sobre el diagnóstico médico de Engle y Davis, publicado en 1963, aunque aún sigue vigente (ver por ejemplo, Rosenberg, 2002). Estas similitudes entre los propósitos del diagnóstico médico y los objetivos de las alternativas al diagnóstico psiquiátrico reflejan que la argumentación general también resulta relevante en el debate sobre los patrones de las dificultades emocionales y conductuales.

Engle y Davis (1963) definen los diagnósticos médicos mediante diferentes «grados de certeza», que reflejan las distintas características de los patrones sobre los que se basan y en la «certeza» del clínico acerca de si el problema presentado por un paciente «encaja» en un patrón general

¹⁰ Johnstone, L. & Boyle, M. with 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. Available from: www.bps.org.uk/PTM-Main

concreto. El primer grado de certeza incluye los cuadros donde habitualmente las causas resultan muy claras y precisas, y que presenta muy pocas variaciones entre las personas o entre los entornos. Este incluye la congelación, las lesiones por traumatismo y otros efectos de los traumatismos. En el otro extremo, el quinto grado de certeza en la escala de Engle y Davis, son una constelación de signos y síntomas cuyas causas no resultan conocidas y presentan una alta variabilidad entre las personas. En medio se sitúan los patrones más o menos bien definidos entre causas y efectos, con mayor o menor variabilidad en las presentaciones individuales.

Se podría defender que los diagnósticos psiquiátricos simplemente ocupan un lugar débil en esta escala, pero este no es el caso. Por todos los motivos discutidos en el Capítulo 1 del documento principal, las agrupaciones del DSM y CIE, sobre las que se fundamentan los diagnósticos psiquiátricos funcionales, no alcanzan ni siquiera el grado de certeza más bajo de Engle y Davis – constelaciones de signos y síntomas – aunque el uso inadecuado, pero frecuente, de los términos «signo» y «síndrome» en los debates sobre el diagnóstico psiquiátrico podrían hacer pensar lo contrario.

Engle y Davis señalan varios puntos importantes en referencia a los patrones médicos generales y su papel en la comprensión de los problemas individuales. En primer lugar, los patrones y las fronteras entre ellos son siempre provisionales. Podemos señalar algunas evidencias sobre su validez, pero nunca queda resuelta. En segundo lugar, los patrones son de diferentes tipos y se basan sobre distintas clases de evidencia, que entre otras incluyen cambios anatómicos, agentes causales, anormalidades genéticas o bioquímicas. En tercer lugar, cada patrón se apoya en una teoría e investigaciones complejas sobre la naturaleza de sus «elementos» y de la relación entre ellos; a la vez que dicha teoría e investigación está en cambio constante. Finalmente, estos patrones tienen una relación variable cuando se intenta entender los problemas de un individuo. En algunos se ajustan de forma clara y directa, y en otros resulta menos concluyente o incierto.

Se ha subrayado que el tipo de patrones que se pueden encontrar en las personas con dificultades emocionales y de conducta, sus causas y consecuencias, son muy distintos al tipo de patrones de los problemas somáticos que sustentan el diagnóstico médico y se basan en regularidades causales totalmente distintas, por lo que deben fundamentarse sobre supuestos teóricos muy diferentes. Sin embargo, las señalizaciones generales de Engle y Davis resultan relevantes en la tarea de describir los patrones que puedan usarse para comprender las dificultades emocionales y de conducta. En concreto, estas regularidades no se ajustarán a una definición de «patrón» único y claro. Puede haber distintos tipos de evidencia sobre su validez, incluyendo sus bases referentes a marcos teóricos apropiados, la frecuencia de la concurrencia, las evidencias sobre las relaciones de causa y efecto, y el conocimiento de los posibles mecanismos subyacentes; pero los patrones y sus límites son inevitablemente provisionales, y tienen una relación abierta con los problemas de las personas y los grupos concretos. No obstante, los patrones específicos propuestos en este trabajo se caracterizan por una sorprendente consistencia respecto a la emergencia de sus elementos desde diferentes líneas de investigación realizada sobre grupos procedentes de cualquier población y los grupos de personas que usan los diferentes servicios. Estas investigaciones incluyen análisis históricos y teóricos; investigaciones demográficas, con encuestas o cuestionarios, líneas experimentales y cualquier otra de tipo cuantitativo; y también de los análisis cualitativos; y, no con menos importancia, del gran corpus de testimonios personales sobre el sufrimiento y las experiencias inusuales.

Describir las asociaciones significativas: Las relaciones entre las amenazas y las respuestas a las amenazas

Los patrones que se pueden deducir del Marco PAS y el Patrón Fundamental se fundamentan en recuperar la relación entre las amenazas basadas en el significado y las respuestas a dichas amenazas basadas en el significado.

Conviene recordar que, en algunas situaciones, estas relaciones son fácilmente reconocibles. No se necesita decir que la muerte de un ser querido se experimenta como una pérdida y que por lo general suscita una respuesta de duelo; y que la ausencia de figuras de apego en los niños pequeños se experimenta como abandono y conlleva ansiedad y conductas de búsqueda y averiguación; la amenaza a la seguridad física provoca terror y una reacción que puede ser de lucha, escape, o congelación; y así sucesivamente. No obstante, por lo general no atribuimos patología cuando el suceso causal psicosocial inmediato no resulta obvio. Por lo tanto, la locura temporal del duelo (llanto, desesperación, oír o ver a la persona que ha muerto, insomnio, inquietud, incapacidad para concentrarse, etc.) no se considera como una enfermedad psiquiátrica, aunque a este conjunto de reacciones se le adjudicaría indudablemente un diagnóstico en ausencia de una causa obvia. No creemos que una niña desesperada, que llora, se abraza, esté teniendo un «trastorno», al darnos cuenta de que ha perdido a su madre entre la multitud. No se considera que un soldado extremadamente alerta y muy nervioso haya desarrollado de repente una «enfermedad mental» si se encuentra realmente en un combate. Del mismo modo, quienes investigan sobre la «paranoia» han afirmado que tiene, de forma bien establecida, una relación con experiencias de acoso, violencia, discriminación y entornos inseguros, que la hace «comprensible y, de hecho, resulta adaptativa» (Shevlin et al., 2015, p.213). En los ámbitos sanitarios generales, la relación entre el suceso amenazante y el sufrimiento también puede resultar obvia (por ejemplo, al recibir un diagnóstico terminal o en un parto difícil), aunque puede haber menos conciencia acerca del papel desencadenante en los problemas preexistentes.

Algunas de estas relaciones se reconocen en los diagnósticos psiquiátricos, como en el «Trastorno de Estrés Postraumático» (TEPT) y, curiosamente, parece haber una tendencia creciente a ello. Así, el DSM-5 (APA, 2013) ha reasignado el «TEPT» desde la categoría general de «Trastornos de ansiedad» a un capítulo nuevo sobre «Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés» donde se describe como algo «único en del DSM-5 por requerir la identificación de un evento externo desencadenante». Esta nueva categoría incluye el «Trastorno de apego reactivo», «Trastorno de relación social desinhibida» (corresponde al «Trastorno de Vinculación Desinhibido» de la CIE), «Trastorno de estrés agudo», «Trastornos de adaptación» junto a otros trastornos específicos o no específicos «relacionados con traumas y factores de estrés». Se propone que el Trastorno de apego reactivo se desarrolla «como resultado de maltrato y/o negligencia», que el Trastorno de estrés agudo sigue a la «exposición real o amenaza de muerte, una lesión grave o una violación sexual», el Trastorno de adaptación ocurre dentro de un mes tras un suceso estresante y el Trastorno desinhibido del apego es «el resultado del abandono social». En otras palabras, en todos estos diagnósticos, los «síntomas» se describen explícitamente como patrones de respuesta a eventos y circunstancias psicosociales amenazantes; y, de hecho, las causas biológicas son criterios de exclusión. Este nuevo capítulo se añade al DSM y a la CIE en los «Trastornos disociativos» (que incluye al Trastorno de identidad disociativo, la Amnesia disociativa y la Despersonalización o Desrealización), siendo el único lugar donde los «trastornos» se reconocen de forma explícita como respuestas a eventos psicosociales adversos. La tendencia a encuadrar los cuadros psiquiátricos como consecuencias de las adversidades psicosociales, aunque dentro de todas las limitaciones del marco del concepto «trastorno», habría sido aún mayor si se hubieran aceptado las detalladas propuestas de van der Kolk y sus colegas (2014) de las nuevas categorías del «Trastorno por trauma complejo» y «Trastorno del desarrollo» que reemplazaban muchos usos diagnósticos del DSM-IV.

De forma similar, se propone incluir una nueva categoría de «Trastorno de Estrés Postraumático Complejo» («Trauma Complejo» para abreviar) en la CIE-11. Que se define como «*un trastorno que puede desarrollarse tras la exposición a un evento o serie de eventos de naturaleza extrema, prolongada o repetitiva, experimentados como una amenaza extrema o aterradora y de la que resulta difícil o imposible escapar (por ejemplo, tortura, esclavitud, genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia)*» (Maercker et al., 2013).

La tesis de este trabajo es que la mayor parte de las experiencias que se definen como «síntomas» de «trastornos psiquiátricos funcionales» (y muchos otros problemas, incluyendo a algunos ejemplos de comportamiento delictivo) pueden entenderse de este modo, pero sin que se necesite asumir un «trastorno mental», una vez identificadas las amenazas basadas en el significado y al restaurar las asociaciones con las respuestas de protección ante las amenazas. Los ejemplos anteriores también dejan claro que las respuestas necesitan describirse según su función, no solo a un nivel conductual o como reacciones que habitualmente se denominan «síntomas». Así, la función del llanto del niño es atraer la atención de la madre, la función de la alta activación del soldado es prepararse para la lucha, la función de los pensamientos de suspicacia es protegerse de un ataque, etc.

Varios factores se combinan para hacer que estas relaciones permanezcan ocultas en la mayor parte de lo que se denomina «enfermedad mental», al igual que en los «comportamientos delictivos» y otros problemas sociales y sanitarios. Resumiendo, de forma breve son:

- La amenaza (o actividad de poder) puede parecer menos obvia debido a que puede ser sutil, acumulativa y/o socialmente aceptada. Estos factores oscurecen la actividad negativa del poder, permitiendo así su perpetuación.
- A menudo la amenaza es distante en el tiempo, a pesar de que la respuesta a la amenaza siga activa.
- Las amenazas pueden ser tan numerosas y las respuestas tantas y variadas, que las conexiones entre ellas se confunden y permanecen ocultas.
- Puede darse una acumulación de amenazas y adversidades aparentemente menores durante un período prolongado, especialmente en personas mayores.
- La respuesta a la amenaza puede tomar una forma inusual o extrema con una relación con la amenaza que resulta menos obvia; por ejemplo, mediante creencias aparentemente «extravagantes», escuchar voces, autolesiones, auto-inanición.
- Es posible que el que sufre no sea consciente del suceso(s) o de la relación con él, ya que la pérdida de memoria y la disociación, entre otras, pueden formar parte de sus estrategias de afrontamiento.
- La persona que sufre puede haberse acostumbrado a negar la posible relación, porque reconocerla podría ser peligroso, estigmatizador, vergonzante, inútil, o por otra razón.
- Negar esta relación puede alentarse a través de discursos sociales, mediante la crítica, debilidad, culpabilidad, etc.
- Los profesionales de salud mental están educados para eclipsar la relación mediante la aplicación de un diagnóstico, que impone una poderosa narrativa experta basada en el déficit individual y la enfermedad médica.
- Existe una resistencia a todos los niveles en la sociedad para reconocer la prevalencia de las amenazas y los impactos negativos del poder.
- Hay muchos intereses personales, familiares, profesionales, organizativos, comunitarios, comerciales, económicos y políticos que desconectan la amenaza de la respuesta a la amenaza y, de ese modo, se preserva el modelo de «enfermedad médica».
- La combinación de las influencias previas niega a las personas un marco de pensamiento socialmente compartido dentro del cual puedan dar sentido a sus propias experiencias en sus propios términos.

De un modo acumulativo, estos factores ayudan a asegurar que esas experiencias puedan «permanecer fuera de un ámbito de la realidad socialmente reconocida» y así se convierten en «lo que no se puede hablar» (Herman, 2001, p.8). Este proceso se ha denominado «ceguera a la traición» (Freyd y Birrell, 2013) y opera en múltiples niveles: personal, familiar, institucional y social. En palabras de Judith Herman, «la represión, la disociación y la negación son fenómenos de conciencia tanto social como individual» (Herman, 2001, p.9). El impacto en la persona que es diagnosticada se puede considerar como una forma de «injusticia epistémica» (Fricker, 2007), un concepto que define el proceso por el que a los miembros de grupos marginalizados se les priva de los recursos sociales que les permitirían comprender sus experiencias fuera de los discursos dominantes. Este punto se revisará más adelante.

Mientras tanto, es importante hacer hincapié en que las secciones correspondientes de la CIE y el DSM siguen conceptualizando las respuestas a las amenazas como «síntomas» o quejas médicas discretas. Por el contrario, el PAS las agrupa según las principales funciones a las que sirven, que a su vez se vinculan a las necesidades humanas básicas de tener protección, ser valorado, ejercer la agencialidad y tener control, ocupar un lugar dentro el grupo social, etc. Estas estrategias trascienden los límites tradicionales entre lo «normal y anormal».

Cuadro 2: Agrupaciones funcionales de las respuestas a amenazas

Regulación de los sentimientos abrumadores	p. ej., mediante la disociación, autolesión, recuerdos fragmentados, atracones y purgas, codificación de memoria diferencial, realizar rituales, intelectualización, ánimo o elevado euforia, ánimo bajo, escuchar voces, uso de alcohol y drogas, actividad compulsiva de diversos tipos, atracones, negación, proyección, escisión, desrealización, somatizaciones, insensibilidad corporal
Protección contra el peligro físico	p. ej., hipervigilancia, insomnio, flashbacks, pesadillas, lucha, huida, congelación, paranoia, aislamiento, agresión
Mantener una sensación de control	p. ej., auto-inanición, rituales, violencia, dominancia en las relaciones
Buscar vínculos	p. ej., mediante la idealización, conciliación, búsqueda de atención y respuestas emocionales, uso de la sexualidad
Protección contra la pérdida del apego, el daño y el abandono	p. ej., mediante el rechazo a los otros, desconfianza, búsqueda de atención y respuestas emocionales, sumisión, autoinculpación, violencia interpersonal, contemporización, apaciguamiento, auto-silenciamiento, autocastigo
Preservar la identidad, la autoimagen y la autoestima	p. ej., grandiosidad, creencias inusuales, sentirse con derecho, perfeccionismo, insistencia, dominancia, hostilidad, agresión
Preservar un lugar dentro del grupo social	p. ej., insistencia, competitividad, dominancia, auto-silenciamiento, autoinculpación
Satisfacer las necesidades emocionales, calmarse	p. ej., balanceo, autolesión, rascado de la piel, sobre ingestas, consumir alcohol, atracones, sexualidad compulsiva
Comunicar el sufrimiento, conseguir atención	p. ej., autolesión, creencias inusuales, escucha de voces, auto-inanición
Encontrar significado y propósito	p. ej., creencias inusuales, exceso de trabajo, ánimo elevado

En el Cuadro 2 se muestra una lista, no exhaustiva, de las respuestas ante las amenazas. Todas las personas experimentan o utilizan estas distintas formas de reacción y comportamiento a veces, sin que esto necesariamente constituya un problema. Muchas de estas respuestas – como buscar lazos afectivos – simplemente forman parte del ser humano. Por lo tanto, no siempre cumplen con la función de protección ante la amenaza, independientemente de que sean consideradas dentro de la categoría social de lo «normal», o incluso lo deseable (por ejemplo, el trabajar duro) o «patológica» (por ejemplo, tener creencias inusuales, escuchar voces). Sin embargo, especialmente si cumplen un propósito como respuesta a las amenazas, pueden llegar a ser problemáticas por sí mismas.

La función de las respuestas ante las amenazas concretas varía de una situación a otra y entre cada persona, aunque se pueden esperar características parecidas dentro de una misma cultura. Esto se debe, tal como se discute en el documento principal, a que las diferentes culturas suministran «grupos de síntomas» o formas que son culturalmente reconocidas para expresar el sufrimiento. Además, una misma respuesta a la amenaza puede servir a múltiples propósitos en la misma persona. Por lo tanto, la autolesión puede usarse de forma simultánea como un autocastigo, una forma de comunicar y de aliviar los sentimientos. Todas estas estrategias pueden constituir los intentos de las personas, sean conscientes o no, de sobrevivir ante los impactos negativos del poder y la adversidad, usando los recursos que disponen. La gestión de los sentimientos y recuerdos abrumadores es una prioridad de supervivencia en todas las formas de sufrimiento y, por lo tanto, es posible que desencadenen una amplia gama de respuestas a la amenaza.

Restaurar los vínculos entre las amenazas y las respuestas a las amenazas dentro del Marco PAS

El Marco PAS propone un sistema que recupera la relación entre las amenazas basadas en el significado (como la traición, el abandono, el peligro físico) y las respuestas a las amenazas basadas en el significado (como la hipervigilancia, la autolesión, la realización de rituales). Situar todo esto en un contexto más amplio de significado relacionado con el poder, lo social y lo ideológico contribuye a definir algunos Patrones Generales probabilísticos y solapados, y regularidades dentro del Patrón PAS Fundamental.

La Figura 2 («Plantilla de Patrones Generales del Marco Poder, Amenaza y Significado») puede ayudar a ilustrar este proceso. En ella se muestra una versión del Patrón Fundamental de Poder, Amenaza y Significado. Los elementos principales del Patrón Fundamental (Poder, Amenaza, Elementos de exacerbación y de mejora, y Respuestas ante las amenazas) se amplían para posibilitar una explicación más detallada de sus distintos aspectos. Los «Factores biológicos mediadores» pueden incluir no solo las respuestas a las amenazas basadas en factores biológicos, sino también en factores más generales como cambios hormonales, factores de temperamento, el impacto de la restricción de alimentos, la privación del sueño, los cambios asociados al envejecimiento, etc., junto a las consecuencias de las alteraciones del neurodesarrollo, apoplejía o lesión cerebral, cuando sea pertinente. La inclusión de «Significado y discurso» facilita un examen más cercano de los significados personales y sociales característicos, a través de los cuales se pueden experimentar las amenazas.

Esta versión ampliada de los elementos del Patrón Fundamental se puede usar para facilitar la identificación de los Patrones Generales Provisionales basados en la evidencia, que se solapan y son contingentes, dentro del Fundamental, como se explica en la próxima sección «Patrones Generales Provisionales: Identificación de los elementos y los componentes básicos».

Plantilla de Patrones Generales del Marco PAS

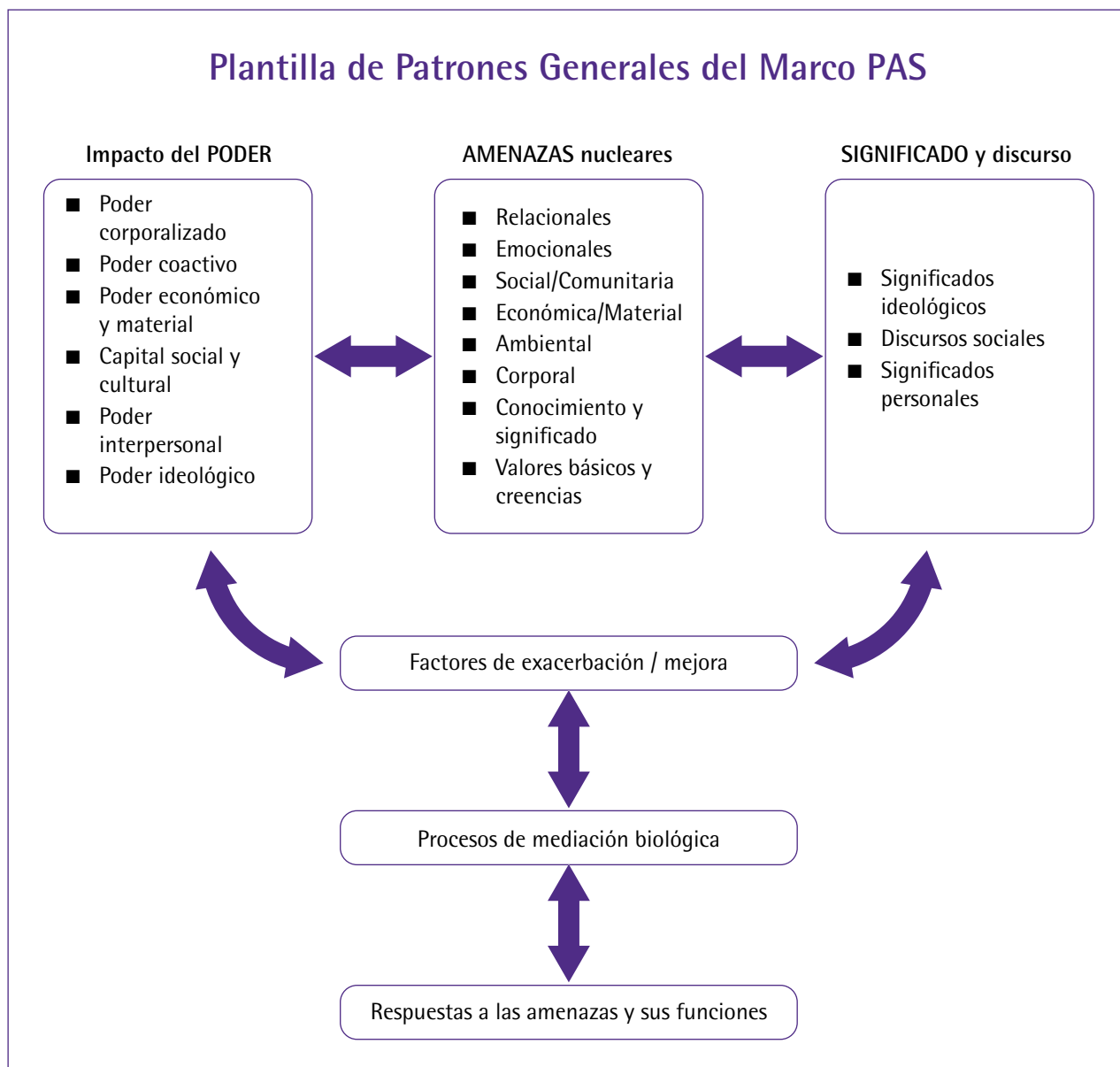


Figure 2: Plantilla de Patrones Generales del Marco PAS

Patrones generales provisionales: identificación de los elementos y componentes básicos

Esta sección describe un conjunto preliminar, basado en la evidencia, de los componentes básicos de los cuatro aspectos de Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la Amenaza. Estos componentes básicos se usarán luego como la base para trazar los Patrones Generales dentro de del PAS Fundamental.

Estas listas no son exhaustivas, independientemente del contexto cultural en el que se utilicen. Están concebidas para ser y permanecer abiertas, para recoger la evolución de las expresiones de sufrimiento en contextos locales e históricos concretos. Del mismo modo, se necesita mayor investigación para confirmar la validez y la utilidad práctica de los distintos elementos.

Nunca se insistirá lo suficiente acerca de que los cuatro aspectos, Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la Amenaza, son inseparables, a nivel conceptual y experiencial, aunque se considerarán por separado para explicarlos más claramente.

Por eso, ahora procederemos a una consideración más detallada de cada uno de estos cuatro aspectos.

PODER ¿Cómo está actuando el poder en tu vida? («¿Qué te ha pasado?»)

El poder puede operar positivamente, en términos de proteger, ayudar y acceder a recursos, pero también de forma negativa. No es posible describir la actividad negativa del poder sin implicar al mismo tiempo tanto a la amenaza que puede conllevar como el significado inherente que puede tener la amenaza. La demarcación explícita del PAS de las múltiples fuentes de poder posibles en la vida de un niño, adulto, grupo o comunidad es fundamental para dar un sentido coherente a las experiencias de las personas y debe ser el punto de partida para cualquier comprensión del sufrimiento o conducta perturbadora.

El poder opera tanto con factores inmediatos como con otros más distantes, mediados por las posibilidades corporales, las relaciones, las estructuras sociales, las instituciones, las organizaciones y las interacciones cotidianas. Funciona siendo consciente y también sin ser consciente del mismo. No hay una lista consensuada sobre los «tipos» de poder, pero la siguiente refleja muchos aspectos de su funcionamiento en esferas separadas, aunque relacionadas:

- **El poder biológico o corporalizado** opera positiva y negativamente a través de los atributos físicos y sus significados culturales: por ejemplo, la fuerza, la apariencia física, la fertilidad, el color de la piel, las aptitudes y habilidades físicas, la salud física y el bienestar.
- **El poder coercitivo o el poder mediante la fuerza** es parte inevitable de la guerra y el combate, pero también implica cualquier uso de violencia, agresión, amenazas o uso de la fuerza física, para asustar, intimidar o garantizar la obediencia. Aunque a menudo es negativo, el poder coercitivo puede usarse positivamente, por ejemplo, cuando los padres apartan a los niños pequeños de un peligro.
- **El poder legal** también puede ser coercitivo, como el poder de arrestar, encarcelar u hospitalizar. También hace referencia a una amplia gama de reglas y sanciones que regulan y controlan muchas áreas de nuestras vidas y nuestra conducta, apoyan o limitan otros elementos de poder, brindan o restringen elecciones, protegen los derechos de las personas, mantienen el orden social y así sucesivamente.
- **El poder económico y material** implica contar con los medios para obtener propiedades y servicios costosos, controlar el acceso a los mismos para algunos, y realizar actividades costosas. Esto se aplica en múltiples áreas, incluidas la vivienda, el empleo, el transporte, la educación, el tratamiento médico, el ocio, los servicios legales, la seguridad y la vida privada.
- **El capital social o cultural** se refiere a una forma de poder caracterizada por una combinación de titulaciones valoradas, identidades sociales, conocimiento y conexiones sociales que se pueden transmitir indirectamente a la siguiente generación. Cada vez más supone el acceso y las habilidades para usar ordenadores, redes sociales y otras nuevas tecnologías, así como la comprensión de cómo pueden moldear nuestras vidas, para bien o para mal.
- **Poder interpersonal.** Aunque todas las formas de poder pueden operar a través de las relaciones, se refiere más concretamente al poder de cuidar o no cuidar, o de proteger a alguien, de ayudar o abandonar, de dar, entregar, o retirar el amor y el cuidado, de debilitar o apoyar a otros a desarrollar sus creencias e identidades, etc.
- **El poder ideológico** conlleva el control del significado, el lenguaje y las «prioridades». También incluye el poder de crear narrativas que apoyan intereses sociales y económicos concretos, para generar creencias o estereotipos sobre grupos concretos, para interpretar la experiencia propia o la de otros, el comportamiento y los sentimientos propios, y de que estos significados sean confirmados por otros, así como el poder para silenciar o minusvalorar. Es una de las formas más invisibles del poder y opera en muchas áreas, incluyendo los medios, la publicidad, el gobierno, la educación, el sistema legal, la salud, la ciencia y la investigación. Las redes sociales e Internet propician esta actividad, cada vez más omnipresente y sofisticada, del poder ideológico en formas que a menudo están más allá de nuestro conocimiento, conciencia o capacidad.

Tal como se discute minuciosamente en el documento principal, el funcionamiento negativo del poder en estas esferas estrechamente relacionadas y la falta de atributos y recursos socialmente valorados, pueden generar contextos problemáticos y amenazadores y, al mismo tiempo, limitar la capacidad de las personas para responder a estas amenazas.

AMENAZA ¿Qué tipo de amenaza representa? («¿Cómo te afectó?»)

La amenaza describe los riesgos o peligros que los usos negativos del poder, como se explicó antes, pueden plantear a la seguridad y supervivencia de las personas o los grupos. Dado que los tres aspectos de Poder, Amenaza y Significado están interconectados, un listado de las amenazas inevitablemente implica tanto a sus fuentes como a sus significados.

En situaciones como los desastres naturales, la influencia del poder es más indirecta y se puede hacer más evidente, por ejemplo, a través de los diferentes medios para implementar de antemano medidas preventivas o para conseguir después el apoyo material. Además, todos estamos expuestos a sufrir amenazas inevitables debidas al azar, como un duelo inesperado, accidentes o enfermedades físicas. Una vez más, el poder ejercerá sus efectos principales mediante el acceso a la ayuda ante estos acontecimientos de la vida y en el nivel que nuestras experiencias previas nos han preparado para gestionar ese impacto emocional.

Las Amenazas Centrales referentes a la seguridad, la supervivencia o el bienestar pueden concebirse a la inversa de las necesidades humanas básicas descritas antes, e incluyen a las:

Relacionales: perturbaciones en los apegos, abandono, traición, aislamiento, vergüenza y humillación, rechazo, hostilidad, desamparo, pérdidas, estar atrapado, amenazas a los límites, autonomía y control, autoconcepto y formación de la identidad, invalidación.

Emocionales: sentirse emocionalmente abrumado e inseguro.

Sociales y comunitarias:: aislamiento, exclusión, hostilidad, rechazo social, injusticia, pérdida del rol social o laboral.

Económicas y materiales: pobreza, incapacidad para satisfacer las necesidades básicas, acceso a los servicios mínimos para uno mismo y/o sus familiares.

Ambientales: inseguridad, amenaza física, encierro o secuestro, pérdida de contacto con la tierra natal o la naturaleza.

Corporales: enfermedad, dolor crónico, discapacidad física, lesión, pérdida de funcionalidad, peligro físico, inanición, agotamiento, intrusión corporal.

Construcción de conocimiento y significado: falta de oportunidades, apoyo o recursos sociales para acceder y usar importantes fuentes de información y dar sentido a las propias experiencias; desprecio de los conocimientos propios y las experiencias debido a las relaciones de poder desiguales; imposición de significados por los discursos sociales u por otros con más poder.

Identidad: falta de apoyo para desarrollar la propia identidad; pérdida de identidad social, cultural o espiritual; la adopción o imposición de identidades despreciadas, inferiores o vergonzantes sobre uno mismo o su grupo social.

Basadas en los valores: pérdida de propósito, valores, creencias y significado; pérdida de los rituales sociales, los sistemas de creencias y prácticas.

Cuadro 3: Significados.

SIGNIFICADO: ¿Qué Significado tienen estas situaciones y experiencias para ti? («¿Qué sentido le has dado»)	
Inseguro, asustado, atacado	Entrampado
Abandonado, rechazado	Derrotado
Indefenso, impotente	Fracasado, ser inferior
Desesperanzado	Culpable, reprochable, responsable
Dañado	Traicionado
Controlado	Avergonzado, humillado
Emocionalmente abrumado	Sensación de injusticia / desigualdad
Emocionalmente «vacío»	Sensación de falta de sentido
Malo, indigno	Sucio, malvado
Aislado, soledad	Extraño, peligroso
Excluido, enajenado	Diferente, «anormal»

Como ya se señaló, los impactos amenazadores de la actividad del poder no se pueden explicar sin tener en cuenta el significado que tienen para la persona y/o el grupo social. La actividad del poder (por ejemplo, mediante el abuso) no supone que de forma necesaria la amenaza para la persona vaya a ser duradera (por ejemplo, la vergüenza) si esta tiene la capacidad de elaborar un significado para el suceso (por ejemplo, «no fue culpa tuya»). A la inversa, la atribución del significado puede generar un sentimiento de amenaza incluso sin que haya un peligro actual, como se puede ver en algunos casos referentes a los pensamientos de suspicacia («paranoia»). Por lo tanto, el «significado» es el hilo que mantiene unidos a todos los demás elementos del Marco PAS.

Tal como se argumenta en el documento principal, aquí el «Significado» se entiende que está constituido social, relacional e individualmente, mediante creencias y sentimientos, y, también, a través de las reacciones corporalizadas. La vergüenza, por ejemplo, se compone de un sentimiento corporalizado, además de lo que la persona piensa sobre sí misma, como el miedo, la humillación, el fracaso, el sentimiento de inferioridad, etc.

En el extremo pre-reflexivo, ciertos significados («esta persona está segura/insegura»; «estoy protegido/en peligro») pueden ser biológicamente más prioritarios al formar parte de un patrón de respuesta evolutivo. En los estadios de desarrollo más tempranos, los significados se pueden codificar pre-conscientemente a modo de «remembranzas emocionales» (Gilbert, 2007), imágenes, símbolos, reacciones corporalizadas y en otras formas de memoria no verbal y, a veces, consisten en las primeras o las principales manifestaciones de conflictos o adversidades que no se han resuelto. Con el desarrollo del lenguaje y la capacidad de reflexión y mentalización surge la

posibilidad de evaluar y modificar los significados existentes y crear otros nuevos, moldeados por los discursos sociales, que se codifican lingüísticamente. Sin embargo, las expresiones no verbales del significado, entre las que se incluyen los sueños, las visiones, las experiencias corporalizadas, como la tensión, el dolor, la incomodidad, etc., siguen funcionando a lo largo de nuestras vidas. De este modo, el significado se puede comunicar a través de la conducta, los símbolos y las reacciones corporalizadas y también verbalmente. A veces, a las expresiones no verbales o pre-verbales se les presta más respeto y atención en las culturas no occidentales y, por lo tanto, es menos probable que se las considere como patología, «trastorno» o locura.

Las respuestas sustentadas en el lenguaje, como imaginar, anticipar, rumiar, reflexionar, interpretar y evaluar, pueden interactuar positiva o negativamente con otras respuestas. Algunas veces, las personas potencian sin darse cuenta ciclos que refuerzan los significados y retroalimentan las respuestas a las amenazas creando profecías autocumplidas. Alternativamente, nuestras habilidades reflexivas basadas en el lenguaje pueden usarse para generar nuevas narrativas y significados que ayudan a liberarse de estos ciclos.

RESPUESTAS A LA AMENAZA ¿Qué tipos de respuestas a la amenaza estás usando? («¿Qué has tenido que hacer para sobrevivir?»)

El documento principal presenta una reflexión muy detallada sobre el papel que tiene aquí la biología. No obstante, la próxima sección se centra en las reacciones corporalizadas individuales que se pueden considerar mejor como respuestas a la amenaza.

Frente a la amenaza, los seres humanos pueden recurrir a un abanico de respuestas ante la amenaza con el objetivo de asegurar la supervivencia emocional, física, relacional y social frente al impacto negativo del poder. En otras palabras, como se ha resaltado antes, estas respuestas desempeñan algunas funciones comunes que no se ajustan necesariamente como una descripción de «síntomas» o de categorías existentes.

Frente a las amenazas, las personas pueden usar cualquier combinación de estas respuestas corporalizadas (mirar cuadros 4-8) dependiendo de los recursos de poder y los significados culturales que puedan disponer. Las respuestas enumeradas en el primer lugar de la lista son las más pre-reflexivas y no dependen necesariamente de las estrategias y recursos verbales o de una ejecución consciente, aunque pueden moldearse por un aprendizaje posterior. Pueden ser predominantes en las etapas tempranas del desarrollo y se presentan a lo largo de toda la vida y pueden ser más constantes en todas las culturas.

Las capacidades socio-cognitivas de orden superior listadas más adelante dependen más del lenguaje y del aprendizaje y el patrón específico de la estrategia de la persona puede requerir ser más consciente y más selectivo. En el desarrollo evolutivo, es probable que surjan más tarde, sean más abiertas y se puedan moldear por los significados locales y siendo de este modo culturalmente más específicas. No obstante, es importante resaltar que no existe una distinción clara entre las respuestas reflexivas y las pre-reflexivas. Del mismo modo, no hay una división implícita entre las respuestas «positivas» versus «negativas» o las «maduras» versus «primitivas». Todas ellas son más adaptativas en ciertas circunstancias y menos en otras, especialmente cuando se usan con poca flexibilidad.

Las respuestas se formulan en términos de actividad con significado más que en términos de conductas automáticas o irreflexivas. Esto no significa que las respuestas se eligen siempre de una forma consciente y deliberada. Más bien se debe resaltar que surgen mediante una asociación flexible con patrones dinámicos complejos de significado, antes que de un modo automático asociados a estímulos cuyo significado es más o menos constante.

En el extremo pre-reflexivo, las respuestas ante la amenaza pueden estar regidas por elementos de significado o emociones biológicamente privilegiados; por ejemplo, luchar con ira, escapar por miedo. El sufrimiento y el afloramiento de remembranzas se pueden experimentar de este modo, sobre todo cuando se trata de adversidades muy graves o tempranas, en forma de reacciones corporalizadas abrumadoras y aterradoras. Sin embargo, en la práctica, las respuestas al principio de la lista se sustentan con frecuencia sobre elementos de lenguaje al ejecutarse. Igualmente, las respuestas situadas al final de la lista, aunque se sustenten en el lenguaje, el aprendizaje, el discurso, la narrativa, los símbolos y las auto-representaciones, están moldeadas por elementos de significado procedentes de sentimientos pre-reflexivos. En cualquier caso, aquello que en un momento se sitúa en el ámbito reflexivo puede caer en el ámbito de la actividad pre-reflexiva en otro momento. De una forma similar, un significado que antes no se percibía puede surgir repentinamente y llegar a ser prominente. Estos cambios en grado y forma, de las reflexiones y las interpretaciones que las personas hacen de sus propias experiencias añaden más capas de complejidad y contingencia a sus patrones de respuesta. El modelado adicional procede de las respuestas de otros, de los significados sociales disponibles y el acceso a los recursos de poder. (NB: Se reconoce que, particularmente en los sistemas de justicia penal y en los entornos de salud mental, se necesita tener en cuenta no sólo la adaptabilidad de la respuesta desde la perspectiva de la persona, sino también su legalidad y el daño potencial a los demás).

Si una reacción específica se puede considerar o no una respuesta a la amenaza depende del significado y el contexto; por lo tanto, hay muchas razones posibles para tener experiencias somáticas, disociaciones, insomnio, consumo de alcohol, aislamiento, retraso en el habla, etc. y no todas ellas se relacionan a la amenaza. En concreto, dentro de las especialidades, como gerontología, discapacidad intelectual y neuropsicología, las expresiones del sufrimiento pueden producirse debido a otros problemas físicos o cognitivos. Por ejemplo, dentro de la discapacidad intelectual, algunos «fenotipos conductuales» se asocian a determinados (a menudo infrecuentes) desarrollos neurológicos, como Prader-Willi, Lesch-Nyan, X-Fragil, etc. Las personas con una patología del espectro autista experimentan dificultades concretas con base neurológica, como las referidas al procesamiento de los estímulos sensoriales y son muy propensas a experimentar sobrecarga sensorial y ansiedad extrema, lo que abona el terreno para una serie de respuestas conductuales. Estas respuestas pueden considerarse como un intento de mediar entre la activación emocional y ejercer cierto control sobre el ambiente físico y social, sobre el que a menudo tienen muy poco control (Clements, 2005; Grandin, 1984). Existe el riesgo de que estas respuestas y comportamientos sean considerados tan solo como una parte de su enfermedad y no como el intento de comunicar su malestar y sufrimiento.

En el cuadro 4 se puede ver una lista provisional y no completa de las reacciones a la amenaza descritas en términos de respuestas activadas, no de síntomas, que abarcan un espectro que se extiende desde las pre-reflexivas hasta las reflexivas y se presentan más ejemplos de respuestas a la amenaza en los cuadros 5-8.

Cuadro 4: Respuestas ante la amenaza.

Prepararse para «luchar» o atacar	Estados de ánimo extremos; cambios rápidos de humor («desregulación emocional»)	Ejecutar rituales y otras conductas para conseguir seguridad
Prepararse para «huir», escapar, buscar seguridad	Tener creencias inusuales	Coleccionar, acumular
Paralizarse, respuesta de congelamiento	Tener sensaciones visuales olfativas y táctiles inusuales	Evitar/práctica compulsiva de la sexualidad
Hipervigilancia, respuestas de sobresalto, insomnio	Sensaciones físicas: tensión, mareos, dolor físico, acúfenos, sensación de frío o calor, cansancio, irritación de la piel, problemas gastrointestinales y muchas otras reacciones somáticas	Impulsividad
Pánico, fobias		Ira, rabia
Codificación de memoria fragmentada		Agresión y violencia
Supresión de recuerdos (amnesia)	Defensas emocionales: negar lo sucedido, idealizar a las personas	Pensamientos y actos suicidas
Escuchar voces		Desconfiar de los demás,
Disociación (perder la noción del tiempo / lugar, distintos grados de división de la conciencia)	Intelectualización, racionalización (evitar los sentimientos y las sensaciones corporales)	Actuar de forma autoritaria
Despersonalización, desrealización	Problemas de concentración/ atención	Empatía disminuida
Flashbacks		Desconfianza
Pesadillas	Confusión, imagen de sí, sentido del self inestable	Evitar los desencadenantes de amenazas
NEAD («crisis pseudo-epilépticas»)	Discurso y comunicación confusa	Esfuerzo, perfeccionismo, respuestas dirigidas
Aletargamiento, aplanamiento, indiferencia	Autolesiones de varios tipos	Usar drogas, alcohol, fumar
Insensibilización corporal	Abandono de sí mismo	Trabajar en exceso, hacer «ejercicio en exceso»
Sumisión o pasividad	Hacer dieta, restricción alimenticia	Desesperanza / perder la fe en el mundo
Renunciar, «indefensión aprendida», estado de ánimo bajo, etc.	Atracones	Estrategias relacionales: rechazo y mantenimiento de la distancia emocional; buscar afecto y vínculos; asumir roles de cuidado; aislamiento o evitar a otros; intentar dominar, buscando control sobre los demás, etc.
Protestar, llorar, aferrarse	Quedarse callado,	
Pensamientos suspicaces	Odiar el cuerpo	Rumiar, reflexionar, anticipar, imaginar, interpretar, buscarle un sentido
Regresión emocional, aislarse	Pensamientos compulsivos	

Cuadro 5: Ejemplos de las respuestas a la amenaza más habituales en niños y gente joven.

Problemas para comer o dormir	Golpear, morder
Mala concentración, distraibilidad	Miedo extremo a la separación
Impulsividad	Fobias
Enuresis	Crueldad con los animales
Tics nerviosos, rascarse, etc.	Aislamiento emocional, regresión, balanceo
Hurtos	Hacer novillos
Retraso del habla y del desarrollo	Malas relaciones con los pares
Acosar a otros	Conducta sexualizada
Escaparse de casa	

Cuadro 6: Ejemplos de respuestas a la amenaza más habituales en personas con discapacidad intelectual

«Comportamientos autolesivos»: rascarse, frotarse los ojos, darse golpes en la cabeza, pica
Otros «comportamientos oposicionistas», podrían ser intentos de comunicar, especialmente cuando las habilidades expresivas son limitadas, como golpear o morder

Cuadro 7: Ejemplos de respuestas a la amenaza más habituales en adultos mayores con dificultades cognitivas

Vagabundear, buscar lugares familiares	Agresiones físicas o verbales
Conductas o preguntas repetitivas	Esconder o acumular objetos
Gritos persistentes	Labilidad emocional
Agitación, inquietud	Desinhibición

Cuadro 8: Ejemplos de respuestas a la amenaza más frecuentes en personas con dificultades o problemas neurológicos

Ansiedad	Animo bajo
Insomnio, cansancio	Labilidad emocional
Problemas de concentración y atención	Desinhibición

Patrones generales provisionales

El debate anterior nos conduce ahora al momento de poder ilustrar como los «componentes básicos» dentro de los elementos del Marco de Poder, Amenaza y Significado y las Respuestas ante la Amenaza se pueden agrupar de forma laxa formando Patrones Generales Provisionales dentro de un Patrón Fundamental. Estos patrones no se presentan como si fueran un conjunto completo y definitivo, sino constituyendo un punto de partida a futuros desarrollos e investigaciones. Acorde con el debate previo, no se corresponden a una definición única y directa de «patrón»; aunque, constituyen asociaciones significativas basadas en la investigación y en la evidencia relacionada con el funcionamiento humano general, en las relaciones de causa y efecto y en los procesos subyacentes. El importante conjunto de teoría e investigación muy amplia que se revisa en el documento principal, se resumirá ahora asociada a cada patrón en el Apéndice 1 en este documento.

Repitiendo el mensaje central de la discusión anterior, la experiencia de adversidad genera patrones altamente complejos, que se solapan, basados en el significado, acumulativos y sinérgicos, en los cuales la causalidad es contingente y probabilística. A menudo las adversidades están interrelacionadas y el número de las combinaciones de las posibles respuestas es casi infinito, con variaciones posibles entre las personas y dentro de la misma persona a lo largo del tiempo, incluso ante circunstancias similares. Las vías de causalidad discreta implicadas en el diagnóstico psiquiátrico no existen y no pueden existir en lo que respecta a las respuestas de agencialidad y de creación de significado que los seres humanos elaboran ante sus conflictos vitales. Sin embargo, se pueden delinear algunas regularidades que emergen de las respuestas de los humanos corporalizados en sus contextos sociales y culturales, materiales y discursivos, en vez de proceder de una hipotética disfunción biológica. Tal como se dijo, aquí estas regularidades causales se conceptualizan como patrones de respuestas al poder basadas en el significado de las amenazas. Por todas las razones expuestas, la comprensión de las experiencias individuales o grupales en base a estos patrones siempre será provisional y abierta.

Ya que esto representa un giro muy importante respecto al pensamiento tradicional sobre el diagnóstico, merece la pena volver a resaltar algunos de los aspectos centrales:

Los Patrones Generales no representan agrupaciones separadas

Los Patrones Generales describen regularidades que atraviesan las agrupaciones diagnósticas y se solapan entre sí. No hay ningún límite establecido entre un patrón y otro, ni puede haberlo. Dentro del Marco de Poder, Amenaza y Significado esto no representa problemas del tipo de «límites difusos», comorbilidad o «categorías disyuntivas». **Más bien, reconoce la irreductible complejidad de las respuestas que activan las personas ante sus circunstancias**, los múltiples significados que la experiencia de las adversidades puede generar y la serie creativa de estrategias que pueden usar, en distintos grados de conciencia reflexiva, para sobrevivir a ellas.

Los Patrones Generales no sustituyen uno a uno a las agrupaciones diagnósticas

Algunos de los Patrones Generales se corresponden de forma aproximada a las categorías diagnósticas existentes – por ejemplo, el segundo incluye a algunas de las personas que pueden recibir el diagnóstico de «trastorno límite de la personalidad», ocurre lo mismo en el cuarto con las personas con diagnóstico de «esquizofrenia», el quinto se corresponde con algunas de los diagnosticadas de «depresión» y el sexto se refiere a algunas personas que terminan en el sistema

judicial con el diagnóstico de «trastorno antisocial de la personalidad». Esto es así debido a que los diagnósticos psiquiátricos, si bien de forma muy deficiente, reflejan patrones de respuestas psicosociales comunes, aunque descritos en términos médicos. **Sin embargo, como los patrones del PAS se basan en funciones y no en síntomas, no es posible predecir qué patrón o combinación de patrones puede describir mejor las experiencias de una persona a la que se le ha asignado un diagnóstico concreto.** Del mismo modo, cada patrón puede describir a personas que recibieron un(os) diagnóstico(s) dentro de una gama de diagnósticos psiquiátricos y a personas que nunca lo recibieron.

Los Patrones Generales no proporcionan explicaciones universales de tipos específicos de «síntomas» o de respuesta ante las amenazas

Cada Patrón General incluye un abanico de respuestas posibles ante las amenazas, como hipervigilancia, escuchar voces, restricción de alimentos, etc. agrupadas según la función a la que se destinan. A la inversa, cada tipo de respuesta a la amenaza puede darse dentro de varios Patrones Generales distintos y puede usarse en una gama funciones distintas. **Los patrones intentan reestablecer los nexos de unión entre los significados de las amenazas y las funciones a las que sirven las respuestas a las amenazas, no entre sucesos causales concretos (biológicos o psicológicos) y resultados psicológicos específicos (ya sean descritos como «síntomas» o como emociones y conductas.** No puede haber una explicación universal de por qué las personas se sienten ansiosas o con ánimo bajo, o de por qué acumulan cosas o realizan rituales de comprobación, o de por qué tienen miedo a que les persigan o espíen, etc.

Habiendo dicho esto, las respuestas a la amenaza en cada patrón no se han incluido al azar o sin criterio. Las respuestas a las amenazas en un nivel más pre-reflexivo (por ejemplo, hipervigilancia) se unen de una forma más evidente a las amenazas originales (por ejemplo, peligro físico). Las respuestas a la amenaza en un nivel más reflexivo están moldeadas de forma más importante por el aprendizaje social y los discursos sociales, lo que conduce a una mayor variabilidad entre culturas. Mediante las narrativas y discursos que se encuentran más presentes dentro de una cultura particular, los Patrones Generales ayudan a identificar los vínculos entre los significados comunes (por ejemplo «el que haya sido abusado sexualmente es mi culpa») y las funciones comunes (por ejemplo «aliviaré mi culpa mediante la autolesión»). Sin embargo, estos nexos siempre tendrán un grado de provisionalidad, especialmente a nivel individual.

Los Patrones Generales cruzan las fronteras entre lo «normal» y lo «anormal»

Las respuestas ante las amenazas no se ajustan a los límites tradicionales de lo que se considera «normal» vs «patológico» – por lo que, a modo de ejemplo, atributos socialmente valorados, como trabajar mucho, algunas veces pueden cumplir con las mismas funciones de autocastigo o evitación del sufrimiento emocional que tienen las autolesiones. Del mismo modo, las funciones de las respuestas a las amenazas rebasan los límites habituales de los servicios – así, las adicciones y el comportamiento violento se pueden considerar como estrategias de supervivencia que tienen propósitos de supervivencia similares a los «delirios» y las «alucinaciones», a comer en exceso, a fumar, a los comportamientos sexuales de riesgo, etc.

Tiene que haber patrones dentro de los Patrones Generales

Dentro de los Patrones Generales, a veces puede ser útil considerar sub-patrones relacionados con sucesos y circunstancias específicas, tales como la violencia doméstica, la violación, la falta de vivienda, etc. Esto se debe a que estos sucesos y circunstancias pueden, en un contexto social particular, ser objeto de significados y narraciones especialmente intensos. Por ejemplo, el discurso social sobre las mujeres como responsables de la agresión sexual significa que la violación con frecuencia desencadena fuertes significados de vergüenza y autoculpabilización. Del mismo modo, el discurso social sobre los hombres como fuertes y que tienen el control significa que al ser víctima de violencia física es probable que desencadene importantes significados de sumisión y humillación.

En ambos casos podemos esperar encontrar respuestas comunes que tienen la función de gestionar el impacto de esos significados dominantes; la mujer puede mantener la violación en secreto y castigarse y autolesionarse, mientras que el hombre puede tratar de restaurar el respeto hacia sí mismo mediante un contrataque. Puede resultar de ayuda a las personas que experimentan estas adversidades el conocer acerca de estas reacciones comunes. **Sin embargo, no existe un significado universal ni tampoco una respuesta única relacionada con un determinado conjunto de circunstancias, ni dentro o entre las culturas.** Por lo tanto, presentamos los sub-patrones asociados a las circunstancias particulares de forma muy aproximativa, recordando que se solapan unos con otros y que posiblemente las regularidades más potentes emergen a un nivel general.

Los Patrones Generales siempre reflejan y son moldeados por los significados ideológicos que se dan en los contextos sociales, políticos y culturales locales

Se ha argumentado que, **de algún modo, es posible que las expresiones y experiencias de sufrimiento en una determinada sociedad y en una época histórica dada reflejen un desajuste (real o percibido) con sus valores y expectativas**, tal como se manifiestan mediante los discursos sociales y los significados ideológicos.

Así, en las sociedades modernas industrializadas se podría esperar que los patrones comunes de sufrimiento se centren en temas como luchar por: alcanzar los logros según lo que se entiende como éxito; emanciparse de la familia de origen al inicio de la edad adulta; encajar en los estándares de estatura, figura y peso; cumplir adecuadamente las funciones del trabajo asalariado; satisfacer las expectativas de género, incluyendo las referentes a la identidad y orientación sexual, ser capaz de comprar bienes materiales; satisfacer las necesidades emocionales y de apoyo dentro de una familia nuclear; conciliar los valores y expectativas al tener una cultura de procedencia diferente; educar a los niños y niñas para que se comporten de acuerdo a los estándares; en la infancia, encajar en los sistemas educativos; como persona adulta mayor, hacer frente a la soledad; como alguien con discapacidad intelectual o de otro tipo, ser competente en el mercado laboral; y así sucesivamente. Del mismo modo, podríamos esperar encontrar patrones de sufrimiento comunes en relación con las necesidades humanas básicas, que muy probablemente se vean amenazadas por los impactos negativos de la industrialización y el neoliberalismo, como la exclusión social, la marginación y la desconexión. Finalmente, en las culturas euroamericanas se podría esperar que haya un mayor riesgo de atraer un diagnóstico en respuesta a las experiencias que desafían los conceptos occidentales de persona – por ejemplo, creencias «irracionales» o no racionales, experiencias espirituales inusuales y experiencias como escuchar voces que no encajan con la noción de un self definido. Todos estos temas pueden reconocerse en los Patrones Generales que se describen a continuación.

Se acepta que puede haber otros Patrones Generales más relevantes para grupos y sociedades con una visión del mundo diferente, aunque cada vez más colonizados por la globalización. Por esta razón, la lista incluye algunas sugerencias ilustrativas muy aproximativas sobre las funciones que algunos de los «síndromes culturales» identificados en el DSM y la CIE pueden desempeñar cuando son considerados desde la perspectiva del PAS. El objetivo es demostrar el principio general de que los elementos centrales del Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la Amenaza se pueden encontrar en todos los grupos y sociedades, aunque haya que hacer adaptaciones.

Sin embargo, se recalca que esto no implica el hecho de que el Marco de Poder, Amenaza y Significado se deba imponer o exportar donde no sea necesario. Más bien, **la intención es transmitir un sentido de respeto por las numerosas formas culturalmente específicas en las que el sufrimiento individual y comunitario se expresa, se experimenta y sana en el Reino Unido y en todo el mundo.**

Las personas pueden variar en la forma de «encajar» o ajustarse a estos Patrones Generales Provisionales

Cada uno de los Modelos Generales describe una gama de adversidades y respuestas. Dependiendo de sus historias y circunstancias propias y singulares, **las personas pueden encontrarse en cualquier punto del continuo, desde incomodidades leves y temporales hasta situaciones severas y un sufrimiento incapacitante para todo momento y situación.** Contrariamente a la presunción de «déficit global» que transmite una etiqueta de enfermedad mental, nadie debería ser considerado/a como incapaz de funcionar en todo momento y situación. Del mismo modo, todas las personas experimentamos inevitablemente formas extremas de sufrimiento en algún momento de la vida, estemos o no etiquetados/as psiquiátricamente. Algunas veces la actividad del poder puede darse en formas más sutiles y socialmente aceptables – por ejemplo, mediante supuestos incuestionables sobre cómo se presentan, se comportan, se sienten y se relacionan entre sí las personas «normales». Entonces puede ser más difícil detectar las raíces de las respuestas a la amenaza menos «graves», pero comunes, como la ansiedad, las crisis de pánico y humor depresivo.

Algunas personas se reconocerán a sí mismas dentro de un patrón o sub-patrón particular; a otras le resultará útil recurrir a dos o más patrones y sub-patrones. Esto no es un defecto de los patrones, sino el reconocimiento del papel central del significado, dentro y a través de los patrones, en todas las respuestas humanas a las adversidades, lo que significa que es imposible hacer declaraciones simples sobre los orígenes o las funciones de cualquier expresión(es) de sufrimiento. **Y, sin embargo, este reconocimiento permite recuperar los recursos humanos para «crear significados» y la agencialidad que se excluyen dentro de un modelo diagnóstico muy limitado.** Éste se puede realizar mediante el procedimiento que utiliza los Patrones Generales para el desarrollo de las narrativas personales, como se describe con más detalle al final del capítulo.

Tiene que haber versiones comunitarias de los Patrones Generales

Aquí los Patrones Generales se conciben para aplicarse de forma principal a las personas y familias, ya que es la visión más familiar de observar el sufrimiento en las culturas euroamericanas. Sin embargo, **se admite que, tanto dentro como fuera del Reino Unido, se pueden observar patrones que expresan el trauma o la desvalorización de toda una comunidad de forma indiscutible.** De forma especial, esto se puede aplicar en los contextos donde comunidades completas se han visto afectadas por un desastre natural, una guerra, o una pérdida a gran escala de la cultura, la

identidad, el territorio, el patrimonio, la lengua, los rituales y los sistemas de creencias (p. ej., Jankovic et al., 2012; Somasundaram & Sivayokan, 2013; Steel et al., 2009). El trabajo informado sobre el trauma reconoce cada vez más las formas en las que los grupos indígenas, como los nativos americanos y los pueblos aborígenes, se encuentran afectados por la violencia comunitaria a este nivel (véase Arthur et al., 2013) y www.preventioninstitute.org).

Recientemente la perspectiva comunitaria ha ganado credibilidad en los EE.UU. ya que se ha reconocido que las Experiencias Adversas en la Infancia (ACE) surgen de Entornos Comunitarios Adversos. Comunidades al completo pueden encontrarse colectivamente afectadas por la violencia estructural, que se puede definir como «el daño que las personas, familias y comunidades experimentan debido a la estructura socioeconómica, a las instituciones sociales, a las relaciones sociales de poder, a los privilegios, la desigualdad y la injusticia» (Pinderhughes et al., 2015, p.11). Estos contextos sociales inducen a desconfiar y socavan la resiliencia a múltiples niveles, afectando a todos los miembros directa e indirectamente, haciendo resonar y reforzar los patrones individuales de sufrimiento (p. ej., Rosen et al., 2017). Los patrones característicos de los «síntomas» del trauma colectivo se pueden experimentar a nivel del entorno sociocultural (las personas), del entorno físico y las edificaciones (el lugar) y del entorno económico (la disponibilidad de recursos y oportunidades). Se sugiere que esto requiere un abordaje a múltiples niveles, incluyendo el desarrollo de una nueva narrativa más optimista sobre la misma comunidad (Pinderhughes et al., 2015). Es fácil entender cómo se podría aplicar a las comunidades del Reino Unido afectadas por los conflictos (por ejemplo, Irlanda del Norte), asociadas a la pérdida de las industrias tradicionales y a los altos niveles de privatización. Este enfoque es también compatible con una perspectiva orientada a la «identidad social», que muestre que una parte importante de nuestro autoconcepto se deriva de la percepción de pertenecer a grupos sociales (Jetten et al., 2012). Esta es un área donde resulta posible un desarrollo mayor de los patrones, quizás utilizando el marco sugerido por la investigación sobre los Ambientes Comunitarios Adversos (ver Pinderhughes et al., 2015) y/o adaptando parte del Patrón Fundamental del PAS.

Los siete Modelos Generales provisionales

Lo discutido hasta ahora establece el escenario para perfilar siete Patrones Generales provisionales dentro del Patrón Fundamental de Poder Amenaza Significado. Se sugiere el primer Patrón General, «Identidades» como un punto de partida práctico para todos los demás, ya que pretende resaltar los temas centrales relativos a la identidad, la diversidad, la transversalidad, la marginación y la desvalorización cultural y (cuando sea pertinente) los modos en los que la identidad específica de «enfermo mental» puede interactuar de forma global con los significados y experiencias.

De acuerdo con el principio de «provocar activamente las reacciones ante la amenaza para la protección y la supervivencia» en lugar de «sufrir pasivamente déficits biológicos», estos Patrones Generales, con la excepción del primero, se titulan en forma verbal («Sobrevivir a la amenaza X» en lugar de «Sufrir del déficit X»).

1. Identidades
2. Sobrevivir al rechazo, a estar atrapado, y a la invalidación
3. Sobrevivir a las perturbaciones en los apegos y a las adversidades en la infancia y la adolescencia
4. Sobrevivir a la separación y a la confusión de identidad
5. Sobrevivir a la derrota, a estar entrampado, al aislamiento y a la pérdida
6. Sobrevivir a la exclusión social, a la vergüenza y al poder coercitivo
7. Sobrevivir a las amenazas únicas

1. Patrón General Provisional: Identidades

Este Patrón General se ha concebido como la base que informa y sustenta a todos los demás y, como tal, puede funcionar como un punto de partida para trabajar con personas o grupos concretos. Como en todos los Patrones Generales, la presencia de un menor número de amenazas y factores agravantes y de más factores de mejora y de protección supone que serán necesarias menos respuestas a la amenaza y serán menos incapacitantes.

Resumen narrativo del Patrón General

El Marco de Poder, Amenaza y Significado indica que el sufrimiento puede experimentarlo cualquier persona y también quienes tienen una posición social más privilegiada. Cualquiera puede recibir el impacto de la actividad negativa del poder de un modo u otro y nadie es inmune a las adversidades sociales y relacionales. Un estatus social más elevado puede traer consigo una exposición con características propias, asociadas a la actividad negativa del poder. Sin embargo, de forma general, algunas identidades tienen más capacidad compensatoria, estatus, control y acceso al capital social, ante el sufrimiento, en mayor medida que otras, junto a más opciones de apoyo, huida, protección, seguridad y sanidad. Esto se confirma mediante las pruebas que se asocian al estatus de clase, «raza» y género en salud mental, en justicia penal y en los demás sistemas de bienestar social.

Por tanto, este patrón asociado al sufrimiento emocional o psicológico se refiere habitualmente, aunque no siempre, a alguien cuya identidad, o aspectos de su identidad, tiene un estatus desvalorizado o inferior. Lo que incluye a muchas personas con un estatus de minoría (en lo que respecta a este documento al Reino Unido, aunque puede ser igual de frecuente en todo el mundo). También puede referirse a las experiencias de una mayoría y, como tal, puede ser una parte inherente de la vida cotidiana de muchas personas. En este caso, incluso el patrón puede ser menos visible que el resto de los patrones y que, de un modo simple, se considere como algo culturalmente normal. La identidad desvalorizada puede referirse al origen étnico, nacionalidad, orientación sexual, identidad de género, religión, discapacidad, y a lo que se denomina «enfermedad mental», pero puede referirse también a grupos identificados mucho más grandes, como mujeres, ancianos o clase obrera.

Al igual que en todos los patrones, la pertenencia a varias identidades marginadas (p. ej., raza negra y discapacidad; mujer y pobre; homosexual y «enfermo mental») implica un mayor grado de discriminación y amenaza y aumenta la probabilidad de experimentar otras adversidades sociales y relacionales, junto a problemas físicos de salud. De manera inversa y protectora, las personas pueden experimentar más solidaridad social dentro de su grupo y/o tener elementos debido a sus identidades que sean, culturalmente, más valoradas.

Como norma general, todos los diagnósticos en salud mental son más frecuentes en personas con identidades desvalorizadas, especialmente si pertenecen a grupos gravemente desvalorizados. Por ejemplo, las personas que viven en el Reino Unido y pertenecen a grupos étnicos minoritarios tienen tasas mucho más altas de problemas de salud mental, tanto comunes como severos, en comparación a sus equivalentes británicos blancos. Esto ocurre tanto si nacieron en el Reino Unido como si se trasladaron desde otras partes del mundo. También se mantiene para varios grupos minoritarios blancos en el Reino Unido, como la población irlandesa. Otros grupos marginados como mujeres, gitanos y «travellers»¹¹, las personas con minusvalía, los identificados como homosexuales, transexuales y las personas con discapacidad, y las que proceden de un estatus socioeconómico inferior, tienen mayor probabilidad de tener diagnósticos de problemas de salud mental común o grave de la que correspondería para su tasa de población.

¹¹Travellers, significa viajeros o nómadas, se aplica a una población itinerante, existente en el Reino Unido, que se desplaza en grupos y vive en campamentos (N de T).

Poder, Amenaza, Significado y Respuestas a la Amenaza dentro del Patrón General

Los factores de Poder, Amenaza, Significado y Respuestas a la Amenaza de este Patrón General habitualmente incluyen los siguientes:

Poder

Es posible que tanto la persona como su grupo social hayan tenido experiencias, bien en el pasado o en el presente de sometimiento, exclusión y opresión en múltiples formas, asociadas directa o indirectamente con aspectos despreciados de su identidad, aunque esto no sea igual para todas las personas. Esta situación se puede manifestar como amenazas permanentes hacia los grupos marginados (por ejemplo, al vivir en entornos inseguros y con carencias, con amenazas frecuentes de posible violencia o agresiones contra ese grupo) o discriminados (en relación a salario y empleo, educación, vivienda, transporte, asistencia sanitaria, etc.). También se presenta bajo la forma de choques frecuentes con los estereotipos negativos sobre su grupo, con hostilidad y acoso y mediante «micro-agresiones» o interacciones cotidianas, breves y múltiples, que con frecuencia socavan sutilmente a la persona debido a su pertenencia al grupo. Resultan más difíciles de detectar aquellas prácticas potencialmente traumatizantes y que se consideran socialmente aceptables o incluso deseables. El desprecio a un grupo social o cultural se amplía también a la «injusticia hermenéutica» o «epistémica», cuando a sus miembros se les impide la posibilidad de dar sentido a sus propias experiencias, en base a las relaciones desiguales de poder y a la falta de recursos sociales compartidos. Todo ello puede ocurrir en un contexto de opresión histórica e intergeneracional para el grupo social o cultural al completo, como por ejemplo en la guerra, el colonialismo o, en casos extremos, el genocidio. La actividad negativa del poder ideológico resalta de forma especial mediante su papel para crear significado e identidad, normas y estándares, mediante los que se puede juzgar el comportamiento, el carácter, las habilidades y el valor de los miembros del grupo. El poder ideológico también se asocia estrechamente a la «injusticia hermenéutica» (véase más arriba).

Amenaza

Dentro de este patrón, la persona (y su grupo familiar, social y cultural) se encuentra expuesta, frecuentemente, a amenazas que proceden del desprecio a los aspectos centrales de su autoconcepto e identidad, incluyendo la exclusión y la marginación social, que procede del grupo dominante, por ser el «otro», mediante la amenaza física, la desvalorización, la impotencia, la derrota en la competencia, la carencia material y el desprecio de su imagen física, así como la pérdida o la devaluación de su rol social, los vínculos con la comunidad y las fuentes de su saber y comprensión, los rituales, sus prácticas y su tierra natal.

Significado

Frecuentemente, las amenazas se asocian a significados como: exclusión, vergüenza, humillación, estar atrapado/a, ser inferior, inutilidad, no tener poder o impotencia, desigualdad e injusticia.

Respuestas a la amenaza

Las amenazas y los significados asociados dan lugar a respuestas que están mediadas corporalmente. Las respuestas a las amenazas se conciben de un modo fundamental como protectoras. Los elementos incapacitantes se pueden minimizar y contrarrestar mediante otras respuestas basadas sobre las habilidades, las fortalezas, el apoyo material, relacional y social, las narrativas alternativas y mediante otros recursos de poder, muchos de ellos se activan en el polo más «reflexivo» del espectro y puede que sean más accesibles para quienes ocupen las posiciones más privilegiadas. En este patrón, estos recursos se pueden plasmar como ventajas sociales que proceden de unos atributos destacados. Dentro de este patrón, las respuestas a las amenazas que se usan sirven habitualmente a

funciones como la solidaridad y la toma de conciencia del poder ideológico que conduce a la acción social. Puesto que todas las personas desempeñamos una serie de identidades podemos aprovechar las ventajas que ofrecen sus miembros más destacados o favorecidos.

Las respuestas a las amenazas dentro de este patrón se usan de forma habitual para las siguientes funciones:

Regulación de los sentimientos abrumadores (p. ej., ánimo «elevado», ánimo bajo, oír voces, uso de alcohol y drogas, sensaciones somáticas, rabia, insensibilización corporal, aislamiento, culparse, autolesión).

Protección ante la amenaza física (p. ej., hipervigilancia, lucha o huida, respuesta de congelación, pensamientos suspicaces, aislamiento, agresión).

Mantener la identidad, la autoimagen y la autoestima (p. ej., negar «ser el otro» o discriminar, hipervigilancia, suspicacia, creencias inusuales, perfeccionismo, agresión, esfuerzo).

Mantener un lugar dentro del grupo social (p. ej., esfuerzo, competitividad, resignación, hipervigilancia, pensamientos suspicaces, culparse, acallarse).

Protección frente a la pérdida del apego, daño y abandono (rechazo a los demás, desconfianza, búsqueda de atención y respuestas emocionales, sumisión, culparse, aislamiento, conformarse, callarse).

Subpatrones dentro del Patrón General de «Identidades»

Ya que este Patrón General hace referencia a un buen número de identidades, que a menudo se solapan, no se pretende proporcionar una lista exhaustiva de las consecuencias asociadas al sufrimiento psicológico y emocional en cada caso. En cambio, se sugieren ejemplos ilustrativos de sufrimiento asociados a un pequeño grupo de identidades para las que hay más evidencias de investigación. En el Apéndice 1 del documento principal se aportan referencias adicionales que definen el punto de partida para los patrones de sufrimiento emocional referentes a estas y a otras identidades, junto a un análisis detallado de las relaciones entre las identidades y el sufrimiento. Aquí se quiere subrayar que las identidades son importantes para la experiencia y la expresión de cualquier tipo de sufrimiento y conducta problemática y, también, se quiere indicar que esta conciencia tiene que inspirar la exploración del patrón de respuesta a la adversidad en cada persona o grupo.

Se proporciona una visión general más detallada sobre la identidad de tener una «enfermedad mental», ya que por definición se ha aplicado, y ha sido asumida, en muchas personas con sufrimiento o con experiencias inusuales.

Estar identificado o identificarse como «enfermo/a mental»

El adjudicar la identidad de «enfermo/a mental» o «paciente psiquiátrico o de salud mental» es una acción muy potente, como se ha demostrado, que conlleva un impacto profundo, duradero y, con frecuencia, negativo sobre muchos aspectos de la vida de las personas, incluyendo el sufrimiento psicológico o emocional. Frecuentemente afecta a la salud física, bien por sus efectos indirectos, como una dieta deficiente y falta de acceso a la asistencia sanitaria, o por sus efectos directos, a través de la medicación psiquiátrica. Debido a que las personas con identidades desvalorizadas tienen más probabilidad de experimentar adversidades, junto al sufrimiento que las acompaña, al adjudicarles el diagnóstico psiquiátrico, a lo que se añade una identidad devaluada de «paciente mental», se puede aumentar y amplificar las experiencias ya existentes de vergüenza, fracaso, exclusión y marginación.

El modelo de una «enfermedad como cualquier otra», para el sufrimiento psíquico, se promueve de forma activa en los países desarrollados y, cada vez más, en todo el mundo y tiene el respaldo de una creciente proporción de la población general. Y en todo el mundo esta opinión se asocia al aumento, en vez de a la disminución, de la estigmatización, junto al rechazo social y el pesimismo sobre la

recuperación, y también autoestigma y sentirse culpable. El modelo de «enfermedad mental» basado en el diagnóstico puede considerarse como un elemento del individualismo que caracteriza a las culturas occidentales. Se ha argumentado que la promoción de un modelo basado en el déficit de la persona sirve a objetivos a nivel individual, social, profesional, empresarial y político.

La identidad de «enfermo/a mental» conlleva una mezcla de consecuencias. Puede significar un alivio para la culpa y la incertidumbre y la esperanza de que los expertos y las expertas dirigirán y ejecutarán una intervención eficaz. Pero también se ha postulado que la identidad del «rol de enfermo/a» alienta la pasividad y reduce el sentido de la responsabilidad sobre la recuperación. De forma global, se ha comprobado que, sobre todo, el diagnóstico inclina a la persona a ser menos optimista de cara a la recuperación, a hacer menor esfuerzo para recuperarse y a que sea más probable el uso de alcohol para encararlo, además de percibir que tiene menos control ante sus dificultades y a socavar los efectos de la terapia. Por el contrario, rechazar el diagnóstico se ha relacionado con mejores resultados. Sin embargo, hacerlo puede implicar un conflicto con los y las profesionales y la necesidad de acceder a los servicios y a las prestaciones descarta esta opción en la mayoría de las personas.

El autoestigma, como un efecto de ser calificado como «enfermo/a mental», se ha estudiado ampliamente. Las personas pueden tener reacciones positivas, negativas o mixtas cuando reciben un diagnóstico psiquiátrico y estas pueden variar con el tiempo. Depende en parte del diagnóstico y las etiquetas como la «esquizofrenia», que indican una mayor «gravedad», se experimentan generalmente como más estigmatizadoras. Con frecuencia, las etiquetas como «trastorno de la personalidad» se perciben como las más estigmatizantes de todas, debido a que implican un juicio global de locura y maldad y además son conocidas por suscitar, o ser consecuencia, unas actitudes de rechazo del personal. Los diagnósticos como la «depresión» o el «trastorno de ansiedad» tienen más probabilidad de percibirse como útiles por las personas usuarias de los servicios, por razones como el alivio de la culpa, el acceso a información y apoyo y la validación del sufrimiento.

Se ha demostrado que el diagnóstico psiquiátrico incrementa estos elementos en las actitudes de la población general sobre las personas con identidad de «enfermo/a mental»: peligrosidad percibida; imprevisibilidad percibida; percepción de dependencia y falta de responsabilidad sobre sus propios actos; ausencia percibida de «humanidad»; gravedad percibida del problema; temor; rechazo y deseo de poner a distancia; y pesimismo en su recuperación.

Se ha indicado que la discriminación como consecuencia de tener un diagnóstico de «enfermo/a mental» es un fenómeno casi universal. Y constituye una barrera para el empleo y la educación y, también, para las actividades diarias, como las vacaciones y el ocio. Estas experiencias se agravan en las personas de minorías étnicas y en las que tienen una discapacidad. La discriminación tiene un impacto negativo en la búsqueda de ayuda, la autoestima, el autocuidado y las relaciones sociales, además de que es una fuente de culpa, vergüenza y preocupación, para familiares, cuidadores y cuidadoras.

El diagnóstico psiquiátrico facilita el acceso a importantes fuentes de ayuda, tanto dentro como fuera de los servicios de salud mental. Los equipos de Salud Mental y otros relacionados, suelen ofrecer una amplia gama de intervenciones, además de las médicas habituales, que incluyen distintos tipos de terapias, apoyo en las habilidades para la vida diaria, oportunidades educativas y el desarrollo de redes sociales, orientación en vivienda y empleo, etc. Algunas personas tienen una buena experiencia de los servicios y los encuentran muy útiles. La mayor parte de las personas muestra una mezcla de vivencias, buenas y malas a la vez. En el lado negativo, el diagnóstico psiquiátrico también puede abonar el terreno para intervenciones potencialmente incapacitantes, coercitivas y retraumatizantes dentro de los sistemas de salud mental y los sistemas relacionados, incluyendo el uso a largo plazo de fármacos, el ingreso forzoso, el confinamiento y la restricción. La imposición de una narrativa experta de «enfermedad» puede socavar la confianza y la capacidad de las personas para crear el sentido de sus propias experiencias.

De un modo más sutil, la identidad de «enfermo/a mental» puede limitar las expectativas de las personas acerca de quienes pueden llegar a ser, lo que pueden lograr y el tipo de vida que pueden aspirar a vivir.

Ejemplos ilustrativos de otros patrones de sufrimiento bien conocidos y asociados a identidades concretas

Estar identificado/a o identificarse como mujer

Las mujeres y las niñas constituyen aproximadamente la mitad de quienes comparten otras identidades desvalorizadas. En muchas, más bien en la mayoría de las sociedades, las mujeres están consideradas y tratadas como inferiores o secundarias, intelectualmente, económicamente y socialmente. Hay ciertas variaciones al respecto y, por ejemplo, una mujer con un nivel social alto puede ser tratada como superior a un hombre de un estatus social bajo en algunos aspectos. También algunos roles femeninos, como la maternidad, pueden estar muy valorados. Sin embargo, en general las mujeres, como grupo, están sometidas a un control mayor sobre sus cuerpos y sus actividades que los hombres, con frecuencia son mostradas de forma cosificada y erotizada, dando más valor a su apariencia que a sus logros y se ven sometidas a altos niveles de acoso, microagresiones y violencia, que proceden de los hombres. Además, están en minoría en muchos puestos de poder e influencia, por ejemplo, en el gobierno, la judicatura, la industria, la ciencia y la investigación. Su situación se complica debido a sus estrechas relaciones con los hombres, frecuentemente de índole biológica y por el carácter de las estructuras, las prácticas y las relaciones sociales, que dan por hecho la supuesta inferioridad de la mujer, tan arraigada y asumida. Existe evidencia extensa sobre el impacto negativo de todo ello en la salud mental de las mujeres y niñas a través de una amplia gama de manifestaciones, como la ansiedad, el ánimo bajo, la «psicosis», la disociación, los problemas sexuales, los problemas de sueño, el estrés post-traumático, los problemas de alimentación y las autolesiones.

Estar identificado o identificarse como hombre

A pesar de que en general la «masculina» no es una identidad desvalorizada, los privilegios que se asocian a la misma a menudo suponen limitaciones estrictas para los aspectos positivos de su identidad y el desprecio para los aspectos que se oponen a estos límites, especialmente los comportamientos y las expresiones emocionales, que se perciben más propias de lo «femenino». Los hombres que encarnan otras identidades devaluadas, por ejemplo, en base al contexto étnico o socioeconómico, tendrán problemas concretos para mantener los aspectos valorados socialmente de su masculinidad. Todo esto, combinado con las amenazas descritas en los otros patrones generales provisionales, se refleja en los más altos índices de suicidio, en la violencia hacia otros, el consumo problemático de drogas y alcohol, así como en los problemas de ansiedad y el estado de ánimo bajo.

Estar identificado/a o identificarse como miembro de un grupo étnico minoritario (en el Reino Unido)

Las personas pertenecientes a muchos de los grupos étnicos minoritarios que viven en el Reino Unido tienen tasas mucho más altas de problemas de salud mental comunes y severos. Esto resulta válido tanto para quienes han nacido en el Reino Unido como para quienes proceden de otras partes del mundo y se ha demostrado que se asocian a experiencias y percepciones de discriminación y racismo, junto a otras formas numerosas de desventaja social. Hay confluencias entre la clase social y género. Las comunidades concretas (turca, polaca, rumana, hindú, pakistaní, ugandesa, asiática, somalí, húngara, etc.) pueden afrontarlas mediante sus propios patrones característicos ante los retos (para referencias ilustrativas, ver el Apéndice 1 del documento principal). Las personas irlandesas en el Reino Unido tienen un balance tan negativo o incluso peor que muchos de los principales grupos étnicos minoritarios que viven en Inglaterra, tanto en términos de «salud mental» como de salud física, esta desventaja persiste en la segunda y tercera generación.

Estar identificado/a o identificarse como africano/a o afrocaribeño/a (en el Reino Unido)

Las personas de raza negra son un grupo minoritario en el Reino Unido y, como muchos otros grupos minoritarios, se enfrentan a más dificultades y discriminación, que incluye el estar muy infra-representados en los ámbitos de poder e influencia. En parte, su impacto se mitiga al vivir en estrecha proximidad con otras personas de raza negra. Los afrodescendientes, que proceden o descienden de África o son afrocaribeños y residen en el Reino Unido tienen tasas particularmente altas de diagnóstico de «psicosis». Se ha demostrado que se relaciona con niveles más altos de desventaja social, incluyendo pobreza, racismo y discriminación. Los jóvenes de color que viven en entornos urbanos del Reino Unido tienen tasas especialmente altas de diagnósticos de «psicosis», y tasas más altas de «paranoia», que pueden atribuirse a vivir en un contexto donde se desarrollan múltiples formas de desventaja y discriminación. Históricamente, la asociación entre la «esquizofrenia» y los hombres de raza negra y violencia, hostilidad y paranoia se remonta al Movimiento por los Derechos Civiles en los Estados Unidos, en la década de 1960, cuando empieza surgir este estereotipo. Antes se pensaba que la «enfermedad» afectaba principalmente a las personas de raza blanca y que se asociaba a la incapacidad para funcionar y no a la violencia. Este estereotipo ha sobrevivido como lo demuestra el hecho de que tanto la población como los y las profesionales tienden a sobrestimar la probabilidad de que los jóvenes varones de raza negra sean violentos.

Las personas de raza negra tienen más posibilidades de ingresar involuntariamente en un hospital psiquiátrico y de ser sometidas a otras formas de intervención coercitiva. Los entornos urbanos aumentan el riesgo de sufrimiento en todo el mundo, pero particularmente cuando hay una gran desigualdad de ingresos. Vivir cerca de un mayor número de miembros de su grupo étnico es un factor protector. La «paranoia» se asocia a ser varón, tener un estatus socioeconómico bajo, ser inmigrante, pertenecer a un grupo étnico minoritario y a ser un refugiado. La investigación asocia a la paranoia con sentimientos como la vergüenza, la ira, el ser despreciado, la humillación, el encontrarse atrapado, el aislamiento, la impotencia y la injusticia.

Las mujeres de raza negra residentes en el Reino Unido experimentan las múltiples adversidades del racismo, de la pobreza, además de las desigualdades de género, y manifiestan altas tasas de violencia sexual y revictimización. La violencia sexual y la victimización se asocian a la depresión severa y al trauma. Los estereotipos en torno a la fortaleza de la mujer de raza negra se han identificado como barreras para que estas mujeres reciban ayuda de los servicios de salud mental y de los comunitarios. Las mujeres manifiestan que se les ofrece medicación pero que no se les da acceso a la ayuda o a la terapia en los servicios de salud mental.

Estar identificado/a o identificarse como discapacitado intelectual

De forma especial quienes tienen un CI discretamente bajo pueden sentir vergüenza y desprecio y muchos de ellos también desean alejarse de otros con ese CI y de los servicios de apoyo, exacerbando el sentimiento de aislamiento y de ser «diferente». Sentirse «idiota» es un riesgo continuo al interactuar con el mundo social. Investigaciones ya antiguas, de los años 60 y 70, referían los intentos de «parecer normal», p. ej., mediante «el velo de la competencia», que implica un alto coste emocional para la persona. También se puede tener vergüenza cuando se experimentan «impedimentos» importantes y la discriminación dentro de una sociedad altamente individualista y orientada a los logros, que acarrearán sentimientos de fracaso, de «no ser lo suficiente», de ser una persona defectuosa, etc. También este grupo tiene más probabilidad que sus pares de sufrir en la infancia experiencias de abuso físico, sexual y emocional y abandono, que incluso pueden estar menos reconocidas que en la población sin discapacidad. El Apéndice 1 del documento principal muestra referencias ilustrativas del sufrimiento emocional y psicológico asociado a esta cuestión y en relación a identidades como las personas de raza gitana, los travellers, los irlandeses y las irlandesas (en el Reino Unido), los LGBTQ (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales y queers), las personas pobres, aquellas con discapacidad y las personas mayores.

2. Patrón General Provisional: Sobrevivir al rechazo, a estar atrapado/a y a la invalidación

Al igual que los demás Patrones Generales, éste hace referencia a un continuo y la presencia de un número menor de amenazas y factores agravantes y un número mayor de factores de mejora y protección supone necesitar menos respuestas a la amenaza y menos incapacitantes.

Resumen narrativo del Patrón General

Desde el Marco de Poder, Amenaza y Significado, se describe un patrón amplio sobre las relaciones entre las amenazas y las respuestas a las amenazas que surgen principalmente de los significados ante el rechazo, el estar atrapado/a y la invalidación. Un dilema central para la supervivencia consiste en mantener las relaciones y los vínculos en oposición a la desconfianza y el miedo al rechazo, a ser dañado/a, o a ser herido/a. Estas situaciones se dan con más frecuencia en contextos de la actividad del poder, como la pobreza, la desigualdad social, el desempleo, las desigualdades de género y la guerra. Los diagnósticos más comunes son el «trastorno límite de la personalidad», el «trastorno bipolar», el «trastorno disociativo», el «trastorno depresivo mayor», el «trastorno de estrés postraumático», el «alcoholismo» y la «psicosis», aunque no todo el que tiene diagnóstico como estos encaja en este patrón y las personas que tienen estos diagnósticos también se pueden ajustar a otros patrones. Una mala salud física puede agravar las dificultades de la persona. A veces puede haber una historia de delitos penales. Como en los demás patrones, éste puede describir a personas que nunca han sido formalmente diagnosticadas.

Los discursos sociales y culturales que se centran en los roles de género configuran la forma en las que se experimentan y se expresan las amenazas. Las mujeres, en muchas culturas occidentales, muestran una tendencia a dirigir el sufrimiento hacia el interior y los hombres hacia el exterior, aunque ambos pueden sentir la ira. A veces no se ha dado un abuso franco, pero el abandono emocional, la invalidación, la crítica y el control en las relaciones tempranas pueden crear respuestas a las amenazas muy similares. En los dispositivos asistenciales, este patrón se identifica con más frecuencia en las mujeres. Puede ser efecto de la patologización de respuestas, como la ira y la reivindicación, que en las mujeres se suelen considerar menos adecuadas. También se puede asociar al hecho de que expresar la ira interior tal como es la socialización femenina en algunas culturas, se la asocie más fácilmente con dificultades de salud mental, antes que como una mera expresión de enfado dirigida hacia fuera con violencia hacia otros. El abuso sexual, una poderosa ACE¹² sinérgica en las mujeres, resulta muy común en los primeros años de vida de las mujeres que encajan en este patrón. A veces han sufrido un abuso colectivo. Los veteranos de guerra masculinos pueden mostrar un subconjunto de respuestas ligeramente diferentes (ver también el subpatrón «Superviviente del combate»).

El patrón describe a algunas mujeres que se encuentran insertas en el sistema de justicia penal, que pueden autolesionarse y tienen vidas y relaciones inestables. Las mujeres encarceladas presentan elevadas tasas de abuso infantil, violencia doméstica y violación. Como norma general, las mujeres presentan una tendencia mayor a procesar la ira hacia el interior, mediante la autolesión, los trastornos de alimentación, etc. y los hombres tienden a dirigirla hacia el exterior, con violencia hacia otros. Las mujeres pueden consumir drogas ilegales, robar, implicarse en la prostitución o, de forma más infrecuente, cometer delitos más graves. Sus pares masculinos, por motivos asociados a la socialización de género, suelen encajar mejor dentro del Patrón General de «Sobrevivir a la exclusión social, la vergüenza y el poder coercitivo».

La mayor parte de las personas con historias complejas de adversidad también muestran respuestas a la amenaza (como flashbacks) ante sucesos traumáticos únicos y, por lo tanto, también experimentar elementos del

¹² ACE, acrónimo de Adverse Childhood Experiences, Experiencias de Adversidad en la Infancia, se usa frecuentemente en la literatura sobre el trauma, en el mundo anglosajón.

patrón «Sobrevivir a las amenazas únicas», en particular las asociadas con hombres (y mujeres) expuestos al combate. Los niños y niñas es muy probable que encajen en la descripción del Patrón General «Sobrevivir a las perturbaciones de los apegos y adversidades en la infancia».

Poder, Amenaza, Significado y Respuestas a la Amenaza dentro del Patrón General

Los componentes de este Patrón General de Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la Amenaza incluyen los siguientes:

Poder

Con frecuencia ha habido maltrato interpersonal, acoso, invalidación y abandono en circunstancias donde no hay posibilidad de control, con dependencia, aislamiento o estando atrapado/a. En estas situaciones, la persona se ha encontrado indefensa e impotente ante la amenaza emocional y/o física, donde a menudo la supervivencia dependía de sus causantes. Estas situaciones pueden originarse porque los cuidadores no pudieron facilitar unas relaciones tempranas de seguridad, debido a sus propias circunstancias sociales, materiales y personales y de ese modo proteger a los niños y niñas de ser expuestos a importantes abusos del poder; o puede que estos hayan ocurrido fuera de la familia de origen o en la vida adulta. Es posible que se hubiera dado un proceso de trauma significativo y ya siendo adulto otro de revictimización. Los contextos son: las relaciones tempranas de abandono y/o abuso; el acoso escolar continuado en la infancia; la violencia doméstica; las peleas. Otros contextos son haber sido prisionero de guerra; víctima de la trata de personas; superviviente de abuso sexual colectivo; superviviente de sectas.

Amenaza

Las amenazas principales son el rechazo, la invalidación, el abandono, la pérdida de vínculos, el estar atrapado/a, el abrumamiento y la desregulación emocional, la impotencia, la amenaza y la agresión física, la mala salud física y el deterioro.

Significado

Las amenazas se suelen asociar a significados como: falta de seguridad, miedo, rechazo y abandono, vergüenza, culpa, vacío, maldad y vejación, marginación, traición, desesperación, impotencia e insignificancia.

Respuestas a la Amenaza

Las amenazas y los significados asociados a ellas originan respuestas a las amenazas que están mediadas por el cuerpo. Se considera que las respuestas a las amenazas tienen básicamente una función protectora. Los aspectos incapacitantes se pueden reducir y contrarrestar mediante otras respuestas basadas en las capacidades, las fortalezas, el apoyo material, relacional y social, las narrativas alternativas y mediante otros recursos de poder, muchos de las cuales se encuentran en el polo más «reflexivo» del espectro. En este patrón las respuestas a la amenaza se usan frecuentemente para llevar a cabo las siguientes funciones, enumeradas en un orden que se corresponde a la frecuencia de su utilización:

Regulación de sentimientos abrumadores (p. ej., mediante disociación, amnesia, pérdida de atención, desrealización, embotamiento afectivo, insensibilización corporal, escucha de voces, consumo de alcohol y drogas, autolesión, impulsividad, sensaciones somáticas, escisión y proyección de sentimientos, cambios rápidos del estado de ánimo, creencias inusuales, pensamiento y conductas y pensamientos suicidas).

Protección frente a la pérdida de los apegos, daño y abandono (p. ej., dominar y búsqueda de control, desconfianza, alerta ante el rechazo, rechazar a otras personas, aislarse y evitar a los demás, callarse, odiarse, culparse, conformismo, sumisión).

Búsqueda de vínculos (p. ej., mediante la idealización, conformidad, culparse, llamar la atención).

Mantener una sensación de control (p. ej., ira, dominancia, hábitos alimentarios).

Protección frente al peligro (p. ej., hipervigilancia, rabia e ira, ansiedad, pensamientos suspicaces).

Satisfacer necesidades emocionales y calmarse (p. ej., consumir drogas y alcohol, buscar vínculos seguros, autolesionarse).

Preservar la identidad, la autoimagen y la autoestima (p. ej., sentimiento de tener derecho, proyección).

Comunicar el sufrimiento, buscar atención (p. ej., autolesión, ira).

Subpatrones dentro del Patrón General «Sobrevivir al rechazo, a estar atrapado/a y a la invalidación»

Los subpatrones dentro del Patrón General se pueden considerar en asociación, entre otras, a las siguientes circunstancias concretas:

Sobrevivir al acoso doméstico (mujeres): Las mujeres que son testigos del acoso doméstico en la infancia tienen más tendencia a ser víctimas de acoso doméstico cuando son adultas. Se pueden dar otros problemas de poder en situaciones de dependencia económica y en ausencia de una vivienda alternativa y sin apoyo. La constelación de las amenazas y las respuestas a las amenazas en las mujeres que han sobrevivido, o viven actualmente, al acoso doméstico incluyen ansiedad, ánimo bajo, miedo, culpa, vergüenza, riesgo elevado de suicidio y problemas de salud física. Pueden utilizar toda una gama de estrategias de seguridad y supervivencia, como resignación, aislamiento, callarse y el consumo de alcohol y drogas. Los significados frecuentes, reforzados por el causante, se asocian a culparse y sentirse inútil. La situación se puede perpetuar por el temor realista a las represalias, junto a la falta de dinero, apoyo social o alojamiento alternativo y, a veces, por el desconocimiento de los profesionales de la salud y bienestar social. Se sabe menos de los patrones de las víctimas de acoso doméstico masculinas y del abuso en las relaciones homosexuales o transexuales. Puede haber un solapamiento con «Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado/a y a la pérdida».

Sobrevivir como refugiado/a, solicitante de asilo, víctima de la trata de personas o como personas desplazadas.

Este grupo ha experimentado numerosas amenazas, pasadas y actuales, que incluyen guerra, tortura, pérdida de seres queridos, persecución y batallas legales, junto a la pérdida de la familia, ingresos, trabajo, su tierra natal y su cultura. Esto significa amenazas en todos los aspectos de las relaciones, en la seguridad material y en la identidad social y personal. Los significados abarcan la desesperanza, el duelo, la pérdida, el miedo, la desconfianza, el aislamiento, la falta de seguridad y la impotencia. Lo que puede conllevar respuestas a las amenazas como ánimo bajo, ansiedad, pesadillas, flashbacks, desesperanza, consumo de drogas y alcohol y oír o ver a parientes desaparecidos. Los diagnósticos más frecuentes son el «TEPT», la «depresión» y la «psicosis», es más probable que se den los diagnósticos severos en los casos donde hay múltiples traumas. Hay una superposición con «Sobrevivir a la amenaza única» y «Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado, al aislamiento y la pérdida».

Sobrevivir al trauma histórico e intergeneracional. El trabajo con las familias de los supervivientes al Holocausto ha sentado las bases para comprender el «trauma intergeneracional» que puede afectar a la tercera y a las siguientes generaciones de una familia, mediante el impacto psicológico y emocional de convivir con supervivientes del trauma. Un concepto asociado es el trauma histórico, una herida emocional que se acumula durante generaciones, causado a una población sometida, como en el colonialismo, el genocidio y la esclavitud, en la que pueblos enteros o grupos coloniales sufren entre otras la pérdida de la lengua, las tradiciones, mediante la destrucción deliberada de sus vidas y culturas.

3. Patrón general provisional: Sobrevivir a las perturbaciones en los apegos y a las adversidades en la infancia y la adolescencia

Como en todos los patrones generales, este describe un continuo, donde la presencia de menos amenazas y factores exacerbantes y un mayor número de factores de mejora y protección supone una necesidad menor de respuestas ante la amenaza y menos incapacitantes.

Resumen narrativo del Patrón General

Dentro del marco PAS, el patrón describe situaciones donde las relaciones tempranas en la infancia y/o sus entornos se vieron comprometidas, debido a una mezcla compleja de factores de poder, como las historias intergeneracionales de trauma y adversidad, la falta de recursos materiales, las presiones sociales y el aislamiento social. Una combinación de trauma no violento (por ejemplo, abuso o abandono emocional) y violento (por ejemplo, abuso sexual o físico) puede ser la más dañina. En ejemplos más extremos, los niños/as pueden resultar víctimas de abuso colectivo, o tanto ellos y ellas como sus familias pueden ser refugiados o vivir en una zona de guerra. El patrón se puede manifestar como «apego desorganizado», donde incluso la figura de apego es una fuente de amenaza. Es probable que esto genere respuestas a la amenaza basadas en la disociación, «escapar cuando no hay escapatoria». Los discursos sociales sobre los roles de género configuran el modo en que las amenazas se experimentan y se expresan, de modo que las chicas tienen más probabilidad de responder mediante la disociación y los chicos con hiperactividad e inatención. Los diagnósticos frecuentes incluyen «trastorno del apego», «TDAH», «trastorno opositorista desafiante», «depresión», fobias y «trastornos de ansiedad», aunque no todas las personas que caen dentro de estas categorías se ajustan al patrón y estos diagnósticos también se ajustan a otros patrones.

También pueden surgir síntomas y afecciones en la salud física. En los niños y niñas algo mayores y en los jóvenes, el patrón puede solaparse con «Sobrevivir a la separación y a la confusión de identidad» o «Sobrevivir a la exclusión y a la derrota competitiva en una persona joven» y puede haber un historial de delitos penales. Como todos los patrones, este también puede referirse a niños y niñas, y jóvenes que nunca han sido diagnosticados formalmente. Cuando llegan a ser personas adultas, pueden ser descritas en cualquiera de los otros patrones, incluyendo en «Sobrevivir al rechazo, a estar atrapado/a y a la invalidación».

Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la amenaza en el Patrón General

Los aspectos del Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la Amenaza en este Patrón General incluyen frecuentemente los siguientes:

Poder

Con frecuencia, estos niños, niñas y/o jóvenes fueron expuestos a varias o múltiples adversidades, incluyendo el abandono, el abuso sexual, físico y/o emocional, el presenciar violencia doméstica, el acoso, la separación o la pérdida de las figuras parentales (a veces cuando están en una institución) y, en algunos casos, al abuso ritual y colectivo. Los impactos más sutiles del poder pueden operar en el entorno escolar, social y comunitario, mediante las comparaciones y las expectativas familiares y sociales, etc.

Amenaza

Las principales amenazas son el peligro físico, la sobrecarga emocional, estar atrapado, el abandono emocional, la impotencia, la pérdida de agencialidad y el control, el abandono, la confusión de identidad, el desamparo y la agresión física.

Significado

Las amenazas se asocian comúnmente con significados, como miedo, vergüenza, inutilidad, vacío emocional, abandono, traición, desesperanza, sentirse controlado, estar atrapado y derrotado.

Respuestas a la amenaza

Las amenazas y los significados a los que están asociadas originan respuestas a las amenazas mediadas por el cuerpo. Las respuestas a las amenazas se conciben básicamente como protectoras. Los aspectos incapacitantes se pueden reducir y contrarrestar mediante otras respuestas basadas en las capacidades, las fortalezas, el apoyo material, social y relacional, las narrativas alternativas y mediante otros recursos de poder, muchos de los cuales operan en el polo más «reflexivo» del espectro. En este patrón, se usan a menudo para cumplir las siguientes funciones, dependiendo en parte de la etapa de desarrollo evolutivo y se ordenan acorde a la frecuencia con las que se usan habitualmente:

Regulación de sentimientos abrumadores (p. ej., autolesión, embotamiento emocional, cambios de humor, uso de drogas y alcohol en los niños más mayores, disociación, escucha de voces, creencias inusuales, sensaciones somáticas, insensibilización corporal, golpes en la cabeza, lagunas de memoria, alteraciones en la atención y concentración, empatía disminuida, impulsividad, hiperactividad, desrealización, ira y agresión).

Protección contra la pérdida de apego, daño y abandono (p. ej., desconfianza, odio hacia la propia persona, sumisión, exigencias, ira, malas relaciones con los pares).

Búsqueda de vínculos (p. ej., comportamiento sexualizado, dominancia, apaciguamiento, sumisión).

Protección contra el peligro (p. ej., hipervigilancia, ansiedad, inquietud, alteración de la atención y la concentración, insomnio, desconfianza, agresión, morder, fobias).

Satisfacer necesidades emocionales, calmarse (p. ej., balanceo, golpearse la cabeza, rascarse, autolesiones, rituales).

Comunicar el sufrimiento, buscar atención (p. ej., autolesiones, destruirse, rabietas, agresión e ira, búsqueda de vínculos, ánimo bajo, sensaciones somáticas).

Mantener un sentido de control (p. ej., furia, acoso, agresión, problemas de alimentación).

Preservar la identidad, la autoimagen y la autoestima (p. ej., acoso, dominancia).

Preservar un lugar en el grupo social (p. ej., acoso, dominancia, resignación).

Dependiendo de la edad, es posible que se encuentren impactos en el desarrollo de los hitos del habla, lenguaje y comportamiento, así como en la salud física y el desarrollo.

Subpatrones en el Patrón General «Sobrevivir a las perturbaciones en el apego y a las adversidades en la infancia y la adolescencia»

Los subpatrones del Patrón General se pueden asociar, entre otras, a las siguientes circunstancias específicas:

Sobrevivir a ser testigo de abuso doméstico siendo niño/a o adolescente: Es muy probable que estos menores, especialmente los niños, muestren violencia (crueldad hacia los animales, agresiones y arrebatos de ira, delincuencia, peleas, acoso, amenazas, malas relaciones con los pares, falta de respeto a las mujeres, abuso doméstico cuando se hacen adultos). Esto puede considerarse un proceso de «identificación con el agresor». De forma inversa, principalmente las niñas, pueden recurrir a resignarse, a retirarse y a sentirse muy responsable del padre abusado, tal y como lo indican los altos niveles de culpabilidad, ansiedad y miedo a la separación. Más adelante, los adolescentes y los adultos pueden buscar afecto mediante conductas sexuales de riesgo indiscriminadas. Cuanto peor es la violencia en el hogar más severamente se encuentran afectados los niños.

Sobrevivir al abuso sexual siendo niño/a o adolescente: El abuso sexual infantil puede tener múltiples efectos a largo plazo en la infancia y al ser adulto, depende en parte de los factores exacerbantes y de los protectores. Hay una sinergia poderosa de los ACE en chicos y chicas. Las chicas que han sufrido abuso sexual experimentan con más frecuencia ánimo bajo, autolesiones, disociaciones, dificultades cognitivas, insensibilización, impulsividad, desconfianza y disociación comparado con sus pares femeninas que no han sido abusadas, junto a la falta de amigos y a relaciones sexuales problemáticas en la adolescencia. El daño generalmente es más severo si el causante es el padre biológico, si ha habido contacto genital y si el inicio es más temprano, o si hubo múltiples causantes y violencia. El abuso sexual infantil hace que también sean más probables las «alucinaciones», lo que implica un grado alto de disociación («escapar cuando no hay escapatoria») aunque no es un predictor específico o único de tales experiencias.

Sobrevivir al acoso siendo niño/a y adolescente: El acoso se puede entender, a cierto nivel, como un proceso de imponer las normas del grupo a un grupo de pares. En este nivel, se reflejan las normas de la escuela, los medios y el entorno social más amplio y los niños y niñas que son vistos como desviados de estas normas, por su apariencia, estatus socioeconómico, capacidad o discapacidad, género, sexo y sexualidad, cultura, raza y religión, son los objetivos más probables del acoso. Por lo tanto, las culturas de acoso tienen su origen en las normas sociales y culturales y en una ausencia global de tolerancia al diferente. Los acosadores y acosadoras también pueden necesitar ayuda; son más propensos a intimidar a otros niños si han experimentado maltrato de sus padres, especialmente abuso físico y sexual, y han sido testigos de violencia doméstica.

El acoso parece ser particularmente frecuente en las escuelas de Reino Unido. Puede incluir asaltos físicos y verbales y «acoso en Internet» desde las redes sociales. Si bien no existe un receptor «típico» del acoso, es más probable que las víctimas pertenezcan a grupos que ya carezcan de poder y que sean discriminados de otras formas, debido a su sexualidad, etnia o discapacidad.

Con frecuencia, el impacto del acoso es poco reconocido, pero puede incluir un mal rendimiento académico, ánimo bajo, baja autoimagen, ansiedad, autolesiones y suicidio y, también, quejas somáticas, como dolores de cabeza, insomnio, dolores de estómago y orinarse en la cama. También conlleva un mayor riesgo de experiencias «psicóticas» en la adolescencia, que pueden incluir el oír la voz de personas acosadoras. Los efectos a largo plazo, cuando ya son adultos, dependen en parte de los factores exacerbantes y los de mejora y van desde una baja confianza en uno mismo y soledad hasta experiencias «psicóticas». El acoso es un factor causal en una serie de formas de angustia en la edad adulta (véase también «Sobrevivir a la derrota, el estar atrapado/a, el aislamiento y la pérdida» y «Sobrevivir a la exclusión social, a la vergüenza y al poder coercitivo»).

Sobrevivir a las intervenciones médicas invasivas siendo niño/a o adolescente: Los niños y niñas que tuvieron que someterse a intervenciones médicas repetidas, dolorosas e invasivas, pueden estar traumatizados/as, en parte porque, hay alguna evidencia al respecto, los niños más pequeños tienen una explicación «moral» del tratamiento sanitario e interpretan que profesionales médicos y padres les causan dolor intencionalmente, como castigo por haber hecho algo mal. El tratamiento también puede implicar un grado de «estar atrapado» o bajo reclusión («retención clínica») que, aunque inevitable en algunas circunstancias, puede aumentar el malestar psicológico.

Patrón No Occidental: *Sobrevivir al conflicto siendo una persona joven en el norte de Uganda:*

La posesión espiritual se ha descrito en muchas culturas de todo el mundo y se asocia a una variedad de situaciones, presentaciones y significados, algunos positivos y otros menos. No aparece en el DSM, pero se incluye como «trastornos de trance o de posesión», una subcategoría del «trastorno disociativo no especificado» en la CIE-10. A veces se le ha considerado como un equivalente al concepto psiquiátrico de «psicosis».

Una versión, el «cen», se puede encontrar en el norte de Uganda, donde la guerra civil ha derivado en una brutalidad generalizada, donde se secuestra y se recluta de forma forzosa a niños para que actúen como soldados. En esta condición, los jóvenes explican que su identidad ha sido poseída por el malévolo fantasma de una persona muerta. Se ha visto que el «cen» se asocia a altos niveles de trauma relacionado con la guerra y el secuestro y el espíritu a menudo es identificado con alguien a quien los secuestrados fueron obligados a matar.

4. Patrón General Provisional: Sobrevivir a la separación y a la confusión de identidad

Al igual que todos los Patrones Generales, este también describe un continuo, en el que la presencia de menos amenazas y factores exacerbantes y un mayor número de factores de mejora y protección supone una necesidad menor de respuestas ante la amenaza y menos incapacitantes.

Resumen narrativo del Patrón General

Dentro del marco PAS, se describe un patrón que resulta propio de las culturas individualistas, donde tradicionalmente la familia nuclear se separa al llegar a los últimos años de la adolescencia en la segunda década y se asocia a unas altas expectativas de logros. Un dilema central de supervivencia (que se refleja en los discursos de la cultura más amplia) es encontrar un equilibrio entre la dependencia emocional, que se puede experimentar como estar atrapado y con menor autonomía y la separación e individuación, que se puede experimentar como abandono y miedo al fracaso. Frecuentemente este dilema se hace crucial en la adolescencia y al principio de la edad adulta. Las familias se pueden encontrar aisladas, sin apoyo y cuidadores, pueden batallar según sus propias expectativas culturales, los roles de género y/o las historias de trauma. Lo que puede contribuir a actitudes de protección, control y/o crítica de quienes cuidan, y además a estilos de comunicación confusos. Los discursos sociales referentes a la independencia, el esfuerzo, el trabajo duro, la competitividad y el éxito pueden añadir presión al joven. Las crisis de identidad se pueden dar también en otros puntos importantes de la transición vital, como la muerte de un ser querido, la pérdida de trabajo, la ruptura sentimental o por llegar a una determinada edad. Los diagnósticos frecuentes son la «psicosis», la «esquizofrenia», la «anorexia», la «bulimia» y el «trastorno obsesivo compulsivo», aunque no todos los que se sitúan dentro de estas categorías se ajustan al patrón y estos diagnósticos también se pueden asignar a otros patrones. La mala salud física puede agravar las dificultades de la persona. En los y las adolescentes y los jóvenes se puede dar un solapamiento con «Sobrevivir a las perturbaciones del apego y a las adversidades en la infancia y la adolescencia». Como en todos los patrones, este también puede incluir a personas que nunca han sido diagnosticadas formalmente.

Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la amenaza en el Patrón General

Los elementos del Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la Amenaza de este Patrón General incluyen frecuentemente a los siguientes:

Poder

Desde tiempo atrás existe la dificultad de conseguir un equilibrio entre la dependencia y la individuación y, en ocasiones, se inicia en la vida temprana. Pueden haber ocurrido antecedentes de separación parental o pérdida, o de abuso sexual y otros traumas. La familia de origen puede encontrarse aislada y sin apoyo. Los discursos sociales sobre el éxito y la independencia añaden presión al joven, que ha podido desarrollar expectativas muy altas para sí. Los ideales occidentales sobre la apariencia corporal de las mujeres y, cada vez más, de los hombres, se transmiten y se respaldan en los medios, por la dieta, las modas, en las revistas y otros sectores, y preparan el escenario para tener problemas con la comida y con el exceso de ejercicio, como una forma de expresión del malestar. (En algunos países – p. ej., Ghana, Hong Kong y Sudáfrica – el control, más que la apariencia corporal, puede ser el tema dominante en la restricción alimentaria).

Amenaza

Existen amenazas centrales para la identidad, el sentido de sí mismo y la agencialidad, incluyendo la invalidación emocional. Otras amenazas son el abandono, la desatención emocional, el rechazo, la exclusión y el aislamiento social, la agresión física y la derrota.

Significado

Las amenazas se asocian frecuentemente a significados como: abandono, rechazo, inutilidad, vergüenza e inferioridad, sentirse controlado, invadido, estar atrapado.

Respuestas a la amenaza

Las amenazas y los significados a los que se asocian incitan a respuestas a las amenazas mediadas por el cuerpo. Las respuestas a las amenazas se consideran básicamente protectoras.

Los aspectos incapacitantes se pueden reducir y contrarrestar mediante otras respuestas basadas en las capacidades, las fortalezas, el apoyo material, social y relacional, las narrativas alternativas y mediante otros recursos de poder, muchos de los cuales operan en el polo más «reflexivo» del espectro. En este patrón, se usan a menudo para cumplir las siguientes funciones, dependiendo en parte de la etapa de desarrollo, y se ordenan según la frecuencia con las que se usan:

Protección contra la pérdida del apego, el daño y el abandono (p. ej., mediante miedo a la separación; negación y la proyección de la ira y la sexualidad; conformidad; callarse; regresión emocional; confusión de la identidad y los límites; ánimo bajo; ansiedad).

Preservar la identidad, autoimagen y autoestima (p. ej., con creencias inusuales; adelgazamiento; ira; rebeldía; perfeccionismo).

Regulación de los sentimientos abrumadores (p. ej., adelgazamiento; autolesión, insensibilización corporal, creencias inusuales, escuchar voces, llevar a cabo rituales).

Protección contra el peligro (p. ej., mediante hipervigilancia, resignación).

Mantener un sentido de control (p. ej., con rituales y compulsiones; dejando de comer o con atracones; exceso de ejercicio).

Búsqueda de vínculos (p. ej., dependencia, sumisión).

Preservar un lugar en el grupo social (p. ej., con perfeccionismo, esfuerzo).

Castigarse (p. ej., culparse, odio al cuerpo, autolesiones, ánimo bajo).

Comunicar el sufrimiento y la búsqueda de cuidados (p. ej., mediante creencias inusuales, escucha de voces, comunicación confusa; adelgazamiento, rituales, ánimo bajo).

Encontrar significado y propósito (p. ej., creencias inusuales, control de la alimentación).

Subpatrones en el Patrón General «Sobrevivir a la separación y a la confusión de identidad»

Los subpatrones dentro del Patrón General se pueden considerar en relación, entre otras, a las siguientes circunstancias específicas:

Sobrevivir a las transiciones en la mitad de la vida: En ocasiones las mujeres experimentan un malestar significativo al tener que afrontar un cambio de rol cuando sus hijos abandonan el hogar, u otras cuestiones propias de esta edad, que puede incluir la muerte de sus padres. En ocasiones se observa un patrón similar en los hombres. En ambos casos, puede surgir un impulso para satisfacer necesidades que se negaron o se soslayaron debido a la necesidad de cumplir con las expectativas sociales y de género en una etapa más temprana de la vida. Por ejemplo, el sentido de identidad de las mujeres puede haber quedado soterrado por las exigencias debidas a la crianza de los hijos, exacerbada por los mensajes sobre el sacrificio emocional propio y por otras desigualdades sociales y económicas. Es más probable que los hombres se sientan agotados en relación a las expectativas laborales y a las limitaciones de la socialización masculina.

Sobrevivir a la separación en las familias emigrantes: Los jóvenes de familias emigrantes de primera generación pueden experimentar una doble presión sobre su individualización, entre las debidas a las normas culturales occidentales, ejemplificadas en sus pares blancos, y las de permanecer en relación estrecha con sus familias según las expectativas culturales. También pueden tener que negociar compromisos sobre los estilos de vestir, el uso de drogas y alcohol, las relaciones sexuales, etc. Y junto a una mayor probabilidad de desempleo y otras formas de discriminación, puede explicar, en parte, las tasas más altas de expresión del malestar, que incluye la «psicosis» en algunos grupos de adolescentes de minorías étnicas.

5. Patrón General Provisional: Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado, al aislamiento y a la pérdida

Al igual que todos los Patrones Generales, este también describe un continuo, en el que la presencia de menos amenazas y factores exacerbantes y un mayor número de factores de mejora y protección supone una necesidad menor de respuestas ante la amenaza y menos incapacitantes.

Resumen narrativo del Patrón General

Dentro del marco PAS, este describe un amplio patrón de amenazas, pasadas y presentes y respuestas a las amenazas que surgen de significados centrales sobre la derrota, el estar atrapado, el aislamiento y la pérdida. Un cierto grado de tristeza, miseria, soledad y ansiedad es una parte inevitable de la vida. Sin embargo, si los entornos presentes son suficientemente prolongados, severos e ineludibles (p. ej., condiciones laborales; aislamiento de la comunidad; parejas controladoras; problemas de salud física; pobreza; estatus de refugiado), su impacto puede ser profundo e incapacitante, incluso en ausencia de adversidades y pérdidas previas o adicionales. Este patrón de malestar es más común en los grupos de menor influencia, p. ej., mujeres, clase social baja, grupos de mayor edad, minorías étnicas y, especialmente en contextos de austeridad, desigualdad e injusticia social. Estos grupos también son los más propensos a sufrir las consecuencias adversas del alto nivel de desempleo, los salarios bajos, las condiciones laborales precarias, etc. Los discursos sociales sobre el esfuerzo, el trabajo duro, los logros, la competitividad y el éxito pueden aumentar la sensación de vergüenza y derrota cuando estas estrategias no han tenido éxito. En condiciones de austeridad y desigualdad, de forma global, las poblaciones pueden experimentar niveles crecientes de humillación y vergüenza; miedo y desconfianza; inestabilidad e inseguridad; aislamiento y soledad; y sentirse atrapadas e impotentes. Esto se aplica independientemente de los antecedentes personales y de haber experimentado otras adversidades. También afecta a los miembros más ricos de la sociedad, incluso aunque tengan protección ante los impactos materiales.

En algunas personas que se ajustan a este patrón puede equivaler a tener «depresión» y «ansiedad», pero es más probable que se identifique en las mujeres. Lo que se puede asociar a la doble trampa de un trabajo con menor salario y menos valorado, junto a asumir la carga principal en el cuidado de los niños. Sin embargo, un factor influyente, el desempleo, puede tener un efecto mayor sobre los hombres, debido a su relación con las identidades masculinas de ser más fuerte, como trabajadores y proveedores. Los discursos sociales en torno a las familias, la crianza de los hijos, los roles de las mujeres como cuidadoras, los roles de los hombres como asalariados y otros, alimentan las expectativas y, también, establecen el escenario para culparse cuando éstas no se cumplen. Los diagnósticos frecuentes son «depresión», «depresión clínica», «trastorno depresivo mayor», «ansiedad», «trastorno de ansiedad generalizada», «trastorno de pánico», «agorafobia», «alcoholismo y drogodependencia», «TOC», «acumulación», «depresión postparto», «bulimia», «trastorno de duelo prolongado» o «duelo complicado» junto a sentimientos suicidas y, aunque no todos los que entran en estas categorías se ajustan a este patrón, también los que tienen estos diagnósticos pueden asignarse a otros patrones. La mala salud física o el dolor y la discapacidad pueden aumentar las dificultades de las personas. Como todos los patrones, este también puede describir a personas que nunca han sido diagnosticadas formalmente.

Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la Amenaza en el Patrón General

Los elementos del Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la Amenaza en este Patrón General incluyen comúnmente a los siguientes:

Poder

Dentro del Marco PAS, este patrón describe a las personas que están atrapadas en situaciones de larga duración, con estrés crónico interpersonal, ambiental y/o de exclusión social. Esto puede incluir pobreza, relaciones de control que no son un apoyo, aislamiento social, duelo, estatus de refugiado/a, estrés laboral, desempleo, dolor y discapacidad, o la crianza de los hijos sin el apoyo suficiente. A un nivel más amplio, puede describir el impacto global de sobrevivir a situaciones de desigualdad e injusticia social y su efecto en fragmentar las comunidades que afecta a todos sus miembros. Pueden darse historias previas de perturbación en los apegos y trauma, incluyendo la pérdida de un padre, el abuso sexual y físico, la violencia doméstica, el acoso, la crítica o el desamparo.

Amenaza

Las principales amenazas incluyen estar atrapado, exclusión social, derrota en competitividad, pérdida, pérdida de vínculos, pérdida de agencialidad, menor acceso a los recursos, cansancio físico y agotamiento.

Significado

Las amenazas se asocian frecuentemente con significados como: impotencia, estar atrapado/a, derrota, soledad, exclusión, falta de confianza, culparse, vergüenza, humillación, inferioridad, inutilidad y desesperanza. Otros significados pueden tener un sentido de enajenación, fracaso, injusticia o desigualdad.

Respuestas a la amenaza

Las amenazas y los significados a los que se asocian originan respuestas a las amenazas mediadas corporalmente. Las respuestas a las amenazas se consideran básicamente protectoras. Los aspectos incapacitantes se pueden reducir y contrarrestar mediante otras respuestas basadas en las capacidades, las fortalezas, el apoyo material, social y relacional, las narrativas alternativas y mediante otros recursos de poder, muchos de los cuales operan en el polo más «reflexivo» del espectro. En este patrón, a menudo se usan para cumplir las siguientes funciones, dependiendo en parte de la fase vital y se han ordenado según la frecuencia con que se usan:

Protección contra la pérdida de apego, el daño y el abandono (p. ej., resignación, sumisión, callarse, aislarse, dependencia, «renuncia», agotamiento).

Regulación de los sentimientos abrumadores (p. ej., distanciamiento, evitación («agorafobia»), ánimo bajo para enmascarar el duelo, ira y pérdida, rituales, exceso de trabajo, despersonalización).

Auto castigo (p. ej., ánimo bajo, culparse, autolesiones, intentos de suicidio, ira).

Preservar la identidad, la autoimagen y la autoestima (p. ej., esfuerzo, competitividad, adelgazamiento, perfeccionismo, odio al cuerpo).

Preservar un lugar en el grupo social (p. ej., resignación, conformismo, dependencia, esfuerzo, competitividad, odio al cuerpo).

Búsqueda de vínculos (p. ej., desesperanza, llanto).

Satisfacer necesidades emocionales, calmarse (p. ej., comer en exceso, uso de drogas y alcohol, agotamiento).

Protección contra el peligro físico (p. ej., ansiedad, pánico, fobias, retirarse, «agorafobia», insomnio).

Mantener una sensación de control (p. ej., rituales, rumiación).

Comunicar el sufrimiento, buscar cuidados (p. ej., agredirse, agotamiento, llanto, desesperanza).

Subpatrones dentro del patrón general «Sobrevivir a la derrota, a estar atrapado, la desconexión y la pérdida»

Los subpatrones dentro del patrón general se pueden considerar, entre otros, en relación a las siguientes circunstancias específicas:

Sobrevivir a la derrota en la competencia: Algunas personas expresan su éxito hacia el exterior a través de un logro importante y un ímpetu competitivo, que procede de las expectativas familiares y sociales. Cuando las expectativas percibidas no se cumplen, o no es posible mantener el ímpetu, o de repente se encuentra ante el desempleo y otras circunstancias desfavorables que caen fuera de su control, se pueden originar respuestas ante la amenaza del estilo de la «derrota en la competencia», como el agotamiento y la autocrítica, con un sentido de pérdida, vergüenza y desesperanza y sentimientos suicidas. Es probable que estas reacciones se extiendan más en el contexto de las presiones globales asociadas a la recesión económica y/o la austeridad, que tal como se ha comprobado conduce a un aumento global de los niveles de humillación y vergüenza; miedo y desconfianza; inestabilidad e inseguridad; aislamiento y soledad; sentimientos de «estar atrapado/a» y de impotencia. Los hombres pueden ser más vulnerables a estos mensajes, siendo el grupo con mayor riesgo de suicidio. Dentro de este grupo, los hombres económicamente más desfavorecidos y de mediana edad tienen las tasas de suicidio más altas. Esto se puede deber a una combinación de factores, entre los que se incluye el fracaso percibido de no estar a la altura, según los estándares masculinos de éxito y control, en un contexto de ruptura sentimental y en los cambios y las presiones socioeconómicas.

Sobrevivir a la exclusión y al fracaso competitivo como persona joven: en el Reino Unido, los y las adolescentes, los y las jóvenes adultos/as muestran niveles muy altos de autolesión, odio a su cuerpo, alteraciones de la conducta alimentaria, ansiedad, sufrimiento, uso de drogas y alcohol, etc., en asociación a una presión alta dentro de un entorno más competitivo y con constantes comparaciones de su estatus en las redes sociales. El «ideal de estar delgado» se ha convertido en una preocupación casi universal en las mujeres jóvenes. Los hombres jóvenes pueden tener una preocupación similar en relación a estar en forma y mostrar una apariencia física bien formada. La austeridad y la desigualdad incrementan las presiones en todos y pueden tener un fuerte impacto en los jóvenes mediante la pérdida de oportunidades y en combinación a las presiones sociales y económicas.

Sobrevivir a la exclusión y al fracaso competitivo, cuando no se es alguien típico o debidamente ajustado: cuanto más limitada acaba siendo la gama de formas aceptables y cuanto más individualistas y competitivas son las normas sociales, más difícil les resultará encontrar un rol social y un lugar a las personas que no siguen el modelo estándar y más probable será que experimenten sentimientos de fracaso, inadecuación, vergüenza y exclusión. Algunos de los ejemplos incluyen: tener discapacidad intelectual; tener características asociadas con el síndrome de Asperger o trastorno del espectro autista; ser LGBTQ; tener diferencias físicas visibles; etcétera.

Hacer frente al parto y a la crianza de los hijos: a veces diagnosticado como «depresión postparto». El parto puede conllevar factores de riesgo o amenaza como: «estar atrapada», agresión física,

falta de control, pérdida del rol y el estado previo, etc. y en algunas mujeres puede reactivar los recuerdos de un trauma sexual o físico. Todo ello se puede exacerbar por los cambios hormonales, el agotamiento físico, etc. Los temas del poder a largo plazo incluyen la falta de apoyo social para las familias, el aislamiento de los núcleos o las estructuras familiares, o las parejas con creencias idealizadas sobre la paternidad. Las madres y, en ocasiones, los padres, que recibieron una crianza que no fue la ideal y/o experimentaron adversidades en una edad temprana y/o se encuentran aislados y viven en la pobreza y/o son víctimas de violencia doméstica, pueden experimentar más fácilmente necesidades emocionales y físicas al ejercer una paternidad más sobrecargada y sin posibilidad de alivio. Por todo ello, resulta más probable que surjan sentimientos de fracaso y/o de «estar atrapado/a». Las respuestas a la amenaza cumplen la función de expresar la necesidad de apoyo y de reparar la situación, la expresión de sentimientos inaceptables, mediante formas como el estado de ánimo bajo, la ansiedad, las imágenes intrusivas de daño, la «agorafobia», la autocensura, etc.

Sobrevivir al acoso escolar o «bullying» y al acoso laboral o «mobbing»: El acoso se puede entender, en un primer nivel, como un proceso de imposición de normas grupales dentro de los grupos de pares. El acoso prolongado en la niñez se asocia a ánimo bajo y baja autoestima, en dificultades en confiar en si mismo y en la intimidad de las parejas sentimentales, vergüenza y falta de confianza y soledad persistente cuando se llega a la vida adulta. En sus formas más graves, puede desembocar en «psicosis» y otras dificultades en la persona adulta, como se describe en el Patrón General «Sobrevivir al rechazo, a “estar atrapado/a” y a la invalidación». Aunque los adultos estén, en igualdad de condiciones, mejor equipados para lidiar con el acoso que los niños y niñas, el acoso en el lugar de trabajo es una situación de «estar atrapado/a» y de invalidación, que se asocia a ataques de pánico, estado de ánimo bajo, pérdida de autoestima, hiper-alerta, evitación y síntomas físicos, como dolores de cabeza, insomnio, problemas digestivos, afecciones cutáneas, náuseas y palpitaciones. El acoso es más frecuente en los entornos de los negocios o en los institucionales que se basan principalmente en la competencia y la amenaza.

Patrones no occidentales: El «agotamiento cerebral» (*brain fog*) en África occidental puede ser una expresión de estrés similar. Principalmente lo manifiestan los estudiantes varones en los colegios y en la universidad y en quienes estudian para mejorar las calificaciones, especialmente en los períodos de estudio intensivo, e incluye: agotamiento mental, sensaciones de dolor de cabeza y cuello y visión borrosa. Las experiencias parecen asociarse a un intenso deseo de tener éxito y mejorar su situación económica y social y también la de su familia. Estas presiones aparecen en un contexto de cambio social rápido, con la globalización, que crea tensiones con las prácticas y los valores más tradicionales. El «agotamiento cerebral» es un diagnóstico que se encuentra en desuso y que se aplica infrecuentemente por las nuevas generaciones de psiquiatras. También se ha defendido que no es un verdadero «síndrome ligado a la cultura», sino una percepción transmitida desde el siglo XIX en Gran Bretaña.

La comunidad Khwe en Sudáfrica manifiesta una versión en la «kufingisisa», un fenómeno traducido como «pensar demasiado», que se menciona en el DSM-5 y es identificado en varias regiones del mundo. Aunque este estado no siempre tiene un impacto o connotaciones negativas para los Khwe, a veces se refiere a una intensa rumiación sobre la pobreza extrema, la falta de bienes materiales y las preocupaciones por la salud, que encara esta marginada y aislada comunidad, acompañada de sentimientos de desesperanza y falta de control.

6. Patrón General Provisional: Sobrevivir a la exclusión social, a la vergüenza y al poder coercitivo

Como todos los Patrones Generales, este también describe un continuo, en el que la presencia de menos amenazas y factores exacerbantes y un mayor número de factores de mejora y protección supone una necesidad menor de respuestas ante la amenaza y menos incapacitantes..

Resumen narrativo del patrón general

Dentro del Marco PAS, se describe a alguien cuya familia de origen ha vivido más habitualmente en entornos caracterizados por amenazas, discriminación, privación material y exclusión social. Lo que puede conllevar padres ausentes, una crianza institucional y/o la falta de un hogar. En un entorno así, es probable que los cuidadores/as luchan con sus propias adversidades, pasadas y presentes y, a menudo, pueden abusar de drogas y alcohol. Como resultado, las primeras relaciones de apego de la persona a menudo son desorganizadas e inseguras y pueden haber experimentado adversidades significativas en la infancia y en la adultez, incluyendo las de índole física y sexual, acoso, ser testigo de violencia doméstica y estilos de paternidad hostiles o humillantes. Los estilos de apego desorganizados son frecuentes. Los individuos tienden a usar estrategias de supervivencia para aislarse de las emociones propias y las de otros, mantener la distancia emocional y permanecer muy alerta a las amenazas. Los discursos sociales y las comparaciones de estatus pueden conferir un sentimiento de inutilidad, vergüenza e injusticia, que se puede gestionar con diversas formas de comportamiento violento. Las sociedades con mayor desigualdad, donde la desigualdad económica incrementa la competencia social, permiten que estas dinámicas afloren. Esto puede tener un impacto particularmente importante en los hombres desfavorecidos, que tienen una mayor motivación que las mujeres para competir, alcanzar y mantener un estatus social alto, dado que encaran numerosas señales sobre su falta de éxito y de su estatus.

La «paranoia», o los pensamientos de suspicacia, es muy característica de este patrón (aunque no necesariamente siempre, ya que también se encuentra en otros patrones). Se ha visto que tiene sus raíces en la perturbación de los apegos, la violencia doméstica en la familia de origen, la pobreza, los cuidados en las instituciones, los entornos urbanos inseguros y en experiencias de acoso, agresión y otras amenazas físicas. La condición de pertenecer a una minoría étnica aumenta la probabilidad de tener experiencias de discriminación y exclusión, lo que puede explicar una mayor incidencia de suspicacia («paranoia») en estos grupos. Por lo tanto, la «paranoia» puede considerarse como una respuesta posible ante la exclusión y el aislamiento. Las respuestas a las amenazas pueden incluir temor, hipervigilancia, resignación, evitación y aislarse en sí mismo/a.

Se ha mostrado que la violencia y la agresión surgen de raíces similares a la «paranoia». A veces, aunque no siempre, se vinculan a este patrón, en el sentido de que las respuestas a la amenaza con forma de agresión pueden desencadenarse muy fácilmente como una respuesta a la «paranoia» o al peligro percibido, especialmente porque el desarrollo de las capacidades para la reflexión puede que no se hayan facilitado en las primeras etapas de la vida de la persona. La socialización de género significa que los hombres son más propensos a dirigir la ira hacia fuera en forma de violencia y agresión hacia otros, mientras que las mujeres tienen tasas más altas de autolesión y alteraciones de la conducta alimentaria. Por lo tanto, es más probable que las mujeres con este tipo de antecedentes sean más propensas a encajar en el patrón «Sobrevivir al rechazo, a “estar atrapado/a” y la invalidación». La pobreza, que es una característica frecuente en este patrón, es una ACE sinérgica especialmente fuerte, tanto en hombres como en mujeres.

Si bien el Marco PAS considera que las personas pueden tomar decisiones sobre sus vidas, reconoce también que estas opciones a menudo están limitadas. Por lo tanto, muchos ejemplos (aunque no todos) de comportamiento violento y delictivo se pueden entender como respuestas de supervivencia. De este modo, el patrón es característico para un gran número de hombres (y algunas mujeres) que se hallan en el sistema de justicia penal (y también de muchas personas ajenas a él). También se ha argumentado que el «trastorno de personalidad antisocial» es una versión extrema de los estereotipos culturales occidentales, acerca de hombres dominantes y con una capacidad limitada para empatizar o expresar emociones.

En los hombres, los diagnósticos más habituales que encajan en este patrón son el «trastorno de la personalidad antisocial» y la «paranoia», mientras que en las mujeres es más probable que sean diagnosticadas con «trastorno límite de la personalidad», «trastornos alimentarios», «trastorno bipolar» y «trastorno depresivo mayor». Otro diagnóstico posible es el «trastorno por consumo de sustancias», aunque no todos los que tienen estos diagnósticos se adaptan a este patrón y además estos diagnósticos también se pueden ajustar a otros patrones. Como en todos los patrones, este también puede describir a personas que nunca han sido diagnosticadas formalmente.

Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la amenaza dentro del Patrón General

Los elementos de Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la amenaza de este Patrón General habitualmente incluyen los siguientes:

Poder

Se han dado múltiples experiencias de la actividad negativa del poder, en casi todas sus formas, que provocan múltiples amenazas y adversidades sociales y relacionales, tanto en el pasado como en el presente. Lo que con frecuencia se agrava cuando una persona es enviada a otras instituciones amenazantes, como la prisión. Un contexto más extenso es el de las sociedades competitivas con desigualdad económica y social, donde las personas y, de forma especial, los hombres, se enfrentan a señales constantes de fracaso y exclusión.

Los discursos sociales acerca de los roles de género moldean la forma en que se experimentan y expresan las amenazas. Incluye a la violencia doméstica, que se ve facilitada por los discursos sobre la fuerza, el dominio y el control masculino.

Amenazas

El individuo (familia o grupo social) incluido en este patrón se enfrenta a amenazas importantes, como la exclusión y la desvinculación social, el peligro físico, la desregulación emocional abrumadora, el desamparo y la invalidación emocional, la humillación, la impotencia, el abandono, la pobreza material y la agresión física.

Significado

Habitualmente las amenazas se asocian a significados como: miedo, vergüenza, humillación, inferioridad, inutilidad e impotencia, aunque puede que haya una conciencia y reconocimiento limitado de ello. Se ha observado que los pensamientos de suspicacia surgen de sentimientos de impotencia, injusticia, vergüenza, ira, sentirse atrapado/a, indignidad y exclusión social. El miedo al abandono, el vacío emocional, el aplanamiento emocional, la culpa y el aislamiento también pueden estar presentes.

Respuestas a la amenaza

Las amenazas y los significados a los que se asocian dan lugar a respuestas que están mediadas por el cuerpo. Las respuestas a las amenazas se consideran fundamentalmente protectoras. Los aspectos incapacitantes se pueden reducir y contrarrestar mediante otras respuestas basadas en las capacidades, las fortalezas, los recursos, el apoyo relacional y social, las narrativas alternativas y mediante otros elementos de poder, muchos de los cuales funcionan en el polo más «reflexivo» del espectro. En este patrón a menudo se utilizan las siguientes funciones, que se enumeran en un orden que se aproxima a la frecuencia con la que se emplean:

Preservar la identidad, la autoimagen y la autoestima (p. ej., dominación, sentirse con derecho, violencia, suspicacia, agresión sexual, externalización, hipervigilancia, desconfianza).

Regular los sentimientos abrumadores (p. ej., negación, proyección, empatía y conciencia emocional disminuida, suspicacia, disociación, aplanamiento, experiencias somáticas, escuchar voces, autolesiones, drogas y alcohol, impulsividad, ira que enmascara el miedo, tristeza, vergüenza y soledad).

Protección contra el peligro físico (p. ej., suspicacia, desconfianza, dominación, agresión, hipervigilancia, evitación, aislamiento centrado en sí mismo/a).

Mantener un sentido de control (p. ej., mantener la distancia emocional y/o física, usar la agresión como defensa contra la vergüenza y la humillación, dominación, violencia y amenazas).

Protección contra la pérdida de apego, el daño y el abandono (p. ej., resignación, mantener la distancia emocional, dominación, suspicacia, violencia, agresión sexual, sensibilidad a la humillación y la vergüenza, empatía disminuida, impulsividad).

Preservar un lugar dentro del grupo social (p. ej., agresión, pertenecer a un grupo).

Castigarse (p. ej., autolesión, intentos de suicidio).

Satisfacer necesidades emocionales, calmarse (p. ej., drogas y alcohol, hábitos alimenticios).

Subpatrones dentro del patrón general «Sobrevivir a la exclusión social, a la vergüenza y al poder coercitivo»

Los subpatrones dentro del patrón general pueden asociarse, entre otros, a las siguientes circunstancias específicas:

Causar violencia doméstica: la violencia doméstica se puede manifestar como cualquier relación violenta o coercitiva entre los miembros adultos de la familia, pero más frecuentemente describe al maltrato en la pareja. Los agresores domésticos, como cualquier persona que comete un delito o se comporta de modo violento o coercitivo, son responsables de sus acciones. Al mismo tiempo, es importante reconocer que en ciertos patrones del PAS se incrementa la probabilidad de que algunas personas opten por actuar de esta manera. La violencia doméstica protagonizada por los hombres resulta más frecuente en situaciones de desempleo, en un nivel socioeconómico más bajo y cuando hay problemas financieros. Las experiencias tempranas de victimización y el haber presenciado violencia doméstica entre sus padres también aumenta el riesgo de reproducir este comportamiento en los hombres, aunque no en las mujeres. El grado de exposición a la violencia en la infancia se correlaciona con la gravedad del maltrato realizado cuando se es adulto. El maltrato doméstico se encuentra en todos los sectores sociales y algunos agresores domésticos masculinos pertenecen a un estatus social elevado, sin que apenas presenten otros comportamientos violentos. Los hombres que encajan en este patrón, a veces, presentan diagnósticos de «trastorno narcisista, trastorno antisocial o trastorno límite de la personalidad» y,

a veces, abusan del alcohol. Se sabe menos del maltrato doméstico causado por mujeres, aunque puede relacionarse con perturbaciones en el apego y a traumas tempranos. Poco se sabe sobre el maltrato doméstico en las relaciones entre personas del mismo sexo y transgéneros, aunque hay algunos indicios de que los apegos inseguros y la presencia de violencia doméstica también pueden ser relevantes para gays y lesbianas.

Sobrevivir a no tener hogar: las personas que no tienen hogar desde hace tiempo con frecuencia manifiestan escasas relaciones familiares, altas tasas de maltrato o violencia, tanto emocional como física, incluida la violencia doméstica, el cuidado en instituciones y el abuso de sustancias y una serie de adversidades acumuladas.

Sobrevivir a la separación, la institucionalización y el privilegio: las personas de entornos más opulentos pueden mostrar patrones de respuesta algo diferentes. Las perturbaciones tempranas en los apegos, la victimización y el trauma y las respuestas a las amenazas posteriores pueden ser más limitadas, sutiles y ser consideradas como socialmente aceptables o incluso deseables. La empatía disminuida puede estar enmascarada mediante habilidades sociales, la simpatía superficial y el alto estatus social. Por ejemplo, se ha descrito el llamado «boarding school syndrome» (síndrome del niño institucionalizado) en los grupos más privilegiados. La pérdida repentina de apegos a una edad temprana, junto a la necesidad de sobrevivir en un entorno nuevo, posiblemente amenazante o abusivo, puede llevar a desarrollar una aparente presencia de seguridad, que oculta la vulnerabilidad, el miedo y la soledad, incluso para la propia persona. Es probable que ello conlleve dificultades posteriores en relación a la confianza y a la intimidad y (en el caso de los varones en las escuelas de un solo sexo) ante las mujeres. Algunas veces, pero no siempre, este patrón se manifiesta mediante un comportamiento dominante, intimidatorio u ofensivo.

Subpatrón no occidental: El Amok es un patrón de comportamiento que se encuentra en Malasia e Indonesia, entre otros lugares. Puede tomar varias formas, pero una de ellas, es la de un hombre pacífico hasta el momento en que coge un arma e intenta de forma frenética herir o matar a otros. Frecuentemente el episodio finaliza cuando el hombre se mata o es matado por otros. La mitología malaya atribuyó esta conducta a la posesión de un espíritu. También es considerado, por muchos, como una forma de restablecer la reputación de un hombre como un ser respetable y temido, después de percibir un desprecio. Se ha comparado con los tiroteos en las escuelas de los EE. UU., que parecen asociarse a sentimientos de humillación, rechazo, fracaso, exclusión, agravio e ira, en los varones.

7. Patrón General Provisional: Sobrevivir a las amenazas únicas

Al igual que todos los Patrones Generales, este también describe un continuo, en el que la presencia de menos amenazas y factores exacerbantes y un mayor número de factores de mejora y protección supone una necesidad menor de respuestas ante la amenaza y menos incapacitantes.

Resumen narrativo del patrón general

Dentro del Marco PAS, este patrón describe a personas que han experimentado situaciones de amenazas concretas, ya sea directamente o al presenciar amenazas dirigidas a otros/as. Estas pueden ser amenazas no intencionales, como accidentes de tráfico, procedimientos médicos, desastres naturales, partos difíciles, pérdida de un ser querido; o intencionales como violación, agresión, tortura, presenciar o causar acciones de guerra, etc. Los factores de exacerbación se presentan en los traumas interpersonales e intencionados (violación, agresión), pudiendo tener un mayor impacto. En ausencia de adversidades previas y dificultades en el apego, el impacto promedio es menos severo. Por lo tanto, ante los sucesos amenazantes específicos como el abuso sexual, la intimidación, la agresión, el parto difícil, etc. se puede sobrevivir sin un sufrimiento duradero en ausencia de factores exacerbantes y si hay relaciones de apoyo y protección. No obstante, es probable que al menos haya un impacto inicial mediado por los significados sociales habituales para esos sucesos.

Este patrón se reconoce ampliamente en los dispositivos occidentales bajo el diagnóstico de «TEPT – Trastorno de Estrés Post-Traumático». Las principales diferencias en el Marco PAS son que este evita la patología implícita en el término «trastorno» y que incluye los factores del contexto social. Esto posibilita la diferencia individual y cultural y reconoce la centralidad del significado y la función en todas las respuestas a las amenazas. Es importante señalar que los criterios característicos del «TEPT»: la hipervigilancia, la evitación, los pensamientos intrusivos, etc., no son respuestas ni transcultural ni históricamente universales (por ejemplo, la «neurosis de guerra»).

El patrón también reconoce la distinción realizada en la literatura del trauma entre trauma de «suceso único» (un suceso inesperado y puntual, que surge «de la nada», como un desastre natural, una colisión, un ataque terrorista o un episodio único de agresión, abuso o de presenciarlo) y trauma complejo, que es acumulativo, repetitivo y que se genera en las relaciones interpersonales. Como todos los patrones, este también puede hacer referencia a personas que nunca han sido diagnosticadas formalmente. Cuanto más severa y más dure la amenaza(s), más probable es que este patrón tenga un reflejo en otros patrones generales como «Sobrevivir al rechazo, a “estar atrapado/a”, a la invalidación y a las adversidades».

Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la Amenaza dentro del Patrón General

Los aspectos de Poder, Amenaza, Significado y Respuesta a la amenaza de este Patrón general habitualmente incluyen lo siguiente:

Poder

El poder puede que no se relacione (p. ej., la pérdida por causas naturales) o lo haga indirectamente en los traumas únicos. Por ejemplo, un accidente en el lugar de trabajo puede deberse a la maquinaria, pero lo más frecuente es que se produzca en unas condiciones de trabajo inseguras. Un desastre natural puede que no tenga una causa humana, pero su impacto y consecuencias (¿quién estaba mejor protegido? ¿qué ayuda se proporcionó?) probablemente involucra aspectos de poder.

Amenaza

El suceso traumático consistió en una amenaza para la integridad psicológica y/o física de la persona y/o para las personas próximas.

Significado

Las amenazas se asocian con frecuencia a significados como: miedo, impotencia, aislamiento, extrañeza, culpa y vergüenza. Estos dos últimos resultan especialmente probables cuando los sucesos traumáticos se viven muy personalizados o intencionados y cuando se asocian a significados culturales negativos. Las amenazas que surgen en contextos de sentimientos de traición – p. ej., una guerra que se vive como injusta o cuando los demás no reconocen la magnitud del trauma, o responsabilizan parcialmente a la persona – pueden tener un impacto mayor.

Respuestas a la amenaza

Las amenazas y los significados a los que se asocian dan lugar a respuestas a las amenazas, que están mediadas por el cuerpo. Las respuestas a las amenazas se entienden básicamente como protectoras. Los aspectos incapacitantes se pueden reducir y contrarrestar mediante otras respuestas basadas en las capacidades, las fortalezas, los recursos materiales, el apoyo relacional y social, las narrativas alternativas y otros recursos de poder, muchos de los cuales operan en el polo más «reflexivo» del espectro. En este patrón, a menudo se usan las siguientes funciones, enumeradas en orden según la frecuencia con la que se usan:

Regular los sentimientos abrumadores (p. ej., evitar los factores desencadenantes, uso de drogas y alcohol).

Distracción o evitación de los sentimientos abrumadores (p. ej., uso de drogas y alcohol, insensibilización emocional y física, disociación, lagunas mnésicas, despersonalización, irritabilidad, ira, callarse).

Protección contra el peligro (p. ej., luchar o escapar, hipervigilancia, insomnio, rabia, flashbacks, pesadillas).

Mantener un sentido de control (p. ej., hipervigilancia).

Castigarse (p. ej., autocrítica, vergüenza, culpa, ánimo bajo).

Satisfacer las necesidades emocionales, calmarse (p. ej., uso de drogas y alcohol).

Subpatrones dentro del patrón general «Supervivencia a las amenazas únicas»

Los subpatrones dentro del patrón general pueden relacionarse, entre otras, con las siguientes circunstancias específicas:

Sobrevivir a la violación: Se sabe que la violación tiene un impacto más fuerte que muchos otros delitos debido a sus elementos esenciales de terror, humillación, impotencia y agresión e intrusión corporal. Las respuestas a la amenaza y los significados más frecuentes incluyen sentimientos de responsabilidad y, por lo tanto, acusarse, vergüenza y culpa (especialmente en las mujeres), ira, dificultades relacionales y sexuales. Un patrón similar en los hombres incluye respuestas a la amenaza y significados de humillación, negación, represión, vergüenza, impotencia, escasa confianza en sí mismo, desconfianza en los hombres adultos, dificultades sexuales, imagen corporal negativa y dudas sobre su orientación sexual, junto a homofobia internalizada. Las víctimas pueden tener ánimo bajo, ansiedad, temor, pánico y/o tendencias suicidas tras la agresión, además de experimentar hipervigilancia, evitación y pensamientos intrusivos y pueden consumir alcohol o drogas para encarar la situación. Estos significados están moldeados mediante el discurso social

referente al rol de la mujer y del hombre, la sexualidad masculina y femenina, etc. Muchas violaciones son cometidas por personas conocidas por la víctima y puede que el causante niegue o minimice lo ocurrido, lo que puede dar apoyo a una negación social más extensa. Las víctimas que denuncian la violación pueden encontrarse con interpretaciones y procesos legales que agravan su sufrimiento. La violación también se suele usar como arma contra la población civil en las guerras, los genocidios y otras formas de violencia de masas.

Sobrevivir al combate: Estas respuestas se han reconocido durante mucho tiempo como «neurosis de guerra» y tras la guerra de Vietnam se reconocieron oficialmente en el DSM-III bajo la denominación de «trastorno de estrés postraumático». Cuando los sucesos amenazantes en el combate se caracterizan por incluir múltiples factores de exacerbación y se producen sobre personas en un contexto de una historia de adversidades previas y con dificultades en los apegos, las respuestas a la amenaza resultan en general más graves y el patrón se puede ajustar más al de «Sobrevivir al rechazo, a “estar atrapado/a” y a la invalidación». Se ha defendido que los patrones de respuesta son similares a los que experimentan de forma predominante en su esfera privada mujeres (principalmente) y niños/as, como consecuencia de la violación, la violencia doméstica y el abuso sexual. Habitualmente, la guerra expone a los combatientes a una violencia extrema, así como a transgresiones, a poder ser heridos o matados de formas horribles y se conoce que en el testigo se incrementa la probabilidad de sufrir daño psicológico. El superviviente puede presentar un estado alto de alerta fisiológica y estar alerta ante la posible amenaza y, siendo así, con insomnio, respuestas de sobresalto e irritabilidad. Pueden experimentar recuerdos muy realistas, fragmentarios, e intrusivos de los sucesos vividos en combate, en forma de flashbacks y pesadillas. Pueden intentar controlar insensibilizándose de sus sentimientos, limitando sus percepciones y, a veces, hasta el grado de disociarse de sus cuerpos. También pueden usar las drogas y el alcohol para controlar los sentimientos de impotencia y temor. Lo mismo que en los sucesos traumáticos en general, un sentimiento de traición (p. ej., acerca de la justificación de la guerra) aumenta el impacto negativo al destruir las convicciones de los soldados sobre el mundo, las otras personas y sobre sí mismos.

Patrones no occidentales: *Sobrevivir como persona refugiada de Camboya o «ataque de Khyâl»:* El «ataque de Khyâl» se ha descrito en el sudeste asiático y en muchos países asiáticos, donde se cree en el Khyâl, una sustancia similar al viento que puede ascender por el cuerpo a través del torrente sanguíneo. Los síntomas corporales se atribuyen frecuentemente a la interrupción de este flujo. Los ataques de Khyâl se caracterizan por palpitations, mareos, tinnitus, disnea, dolor en las articulaciones y el cuello, dolor de cabeza y pérdida de energía. La creencia es que el Khyâl de repente empieza a fluir hacia el corazón, los pulmones y el cuello. Esto provoca que las manos y los pies se enfríen y mientras el flujo ascendente de khyâl detiene el corazón o rompe los vasos del cuello de forma súbita. El khyâl se escapa por los oídos o los ojos, lo que causa el tinnitus o la visión borrosa. Frecuentemente, estos ataques son descritos por las personas refugiadas de Camboya. En este grupo, los ataques a menudo se relacionan con vivencias o recuerdos de traumas severos experimentados durante el régimen de Pol Pot, que incluyen violencia, amenazas de muerte y presenciar cómo otras personas fueron torturadas o asesinadas. Las personas refugiadas de Camboya manifiestan con frecuencia estos ataques. En este grupo, los ataques a menudo se asocian a las remembranzas de recuerdos traumáticos severos que experimentaron bajo el régimen de Pol Pot, e incluyen violencia, amenazas de muerte y ser testigo de torturas y asesinatos.

Parte 5: Narrativas personales dentro del Marco de Poder, Amenaza y Significado

Uno de los objetivos principales de los Patrones Generales consiste en apoyar la construcción de narrativas, en sus diversas versiones, como una alternativa a los diagnósticos psiquiátricos. Las «Narrativas Personales» en este sentido pueden ser de carácter individual, de pareja, familiar o de las redes sociales, dependiendo de la situación y (si resulta relevante) del modelo de intervención. Las narrativas pueden tener cualquier forma, desde formulaciones psicológicas estructuradas hasta historias personales expresadas por escrito o por cualquier otro medio. Dado que la narración verbal y escrita son la forma más habitual de expresión y, a menudo, las más valoradas socialmente en el contexto occidental, son el centro principal de esta sección, aunque existen otros tipos de narrativas (entre otras: arte, música, teatro, poesía y danza) igualmente válidas y en ocasiones más útiles y relevantes.

En primer lugar, se abordan las cuestiones asociadas a los contextos, formas, estructuras y funciones de las narrativas y se describe una versión particular denominada formulación.

Narrativas – contextos y debates

Dentro del Marco PAS, los significados «personales» que conforman las narrativas se enlazan con los discursos sociales más amplios y con los significados ideológicos de donde surgen. Los capítulos 2 y 3 del documento principal¹³ muestran una amplia reflexión sobre el hecho de que «cada sociedad tiene procedimientos que controlan la producción de los discursos al objeto de preservar la estructura y las convenciones de dicha sociedad» (Hawtin & Moore, 1998, p.91). Esta relación entre lo personal y lo social y lo ideológico funciona en ambas direcciones. Como observan Sherry Mead y Beth Filson, «a través del diálogo, el nuevo significado evoluciona a medida que comparamos y contrastamos cómo hemos llegado a saber lo que sabemos. Nuestras historias compartidas crean comunidades de sanación intencionada y esperanza [...]. Cuando las personas comparten sus historias, sin que otras personas les impongan el significado, se genera un cambio social» (Mead & Filson, 2016, p.109). En este sentido, la construcción de una narrativa mediante el diálogo es bastante más que una historia individual. Forma parte de invertir los procesos que, dicho en palabras de la superviviente Jasna Russo, «devalúan no solo nuestras historias personales sino también nuestra capacidad para comprender y dar sentido a nuestras propias experiencias». En vez de esto, es necesario «participar en la producción del saber formal acerca de la locura y restablecer nuestra propia existencia epistémica» (2016, pp.62–61).

Es importante recordar que contar historias y crear significado son capacidades humanas universales y, como tales, existe un número casi infinito de procesos de prácticas narrativas y dialógicas en todo el mundo. Las narrativas a nivel del grupo social se pueden considerar con el mismo valor o incluso más en las culturas colectivistas, donde la idea de participar en una terapia individual podría resultar extraña o inadecuada y, en consecuencia, se pondría mayor énfasis en localizar el sufrimiento emocional dentro de los contextos relacionales de la familia extensa, en los vínculos con la comunidad y las redes sociales y la relaciones con la casa y la tierra, etc. (Bracken, 2002; Somasundaram y Sivayokan, 2013). Por ejemplo, el estudio de Davar y Lohokare (2008), sobre los centros de sanación centrados en la fe localizados en India, habla sobre cómo las dificultades de las personas «se entrelazan

¹³ Johnstone, L. & Boyle, M. with 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 troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society. Available from: www.bps.org.uk/PTM-Main

dentro de una narrativa más amplia sobre el propósito de la vida, la búsqueda espiritual, la penuria económica y las luchas sociales» (citado en Davar, 2016, p. 15). Del mismo modo, los significados se pueden expresar más habitualmente como patrones dentro de la comunidad entendida como un todo – tanto en términos del daño que la guerra, los desastres naturales u otros factores, pueden haber causado a todo el tejido social, como en términos de apoyo a la sanación mediante los rituales y las narrativas compartidos por la comunidad. A veces, este tipo de daño se suele denominar «trauma colectivo» y, de este modo, una respuesta colectiva puede resultar más relevante (Somasundaram & Sivayokan, 2013). Comparativamente, estas perspectivas se subestiman en las culturas más individualistas, a pesar de la fuerte evidencia a favor del rol central de las relaciones y los lazos comunitarios para el bienestar emocional en todas las sociedades (Cromby et al., 2012).

El documento principal analiza en detalle cómo, en las culturas euroamericanas y occidentalizadas, las experiencias de sufrimiento de forma habitual se abordan mediante la poderosa narrativa dominante de la medicalización. Sin embargo, como también se dijo, las narrativas pueden ser reparadoras y sanadoras, pero también pueden ser limitantes. Este es un tema prioritario para la vida de muchas personas que utilizan los servicios y del movimiento dirigido por los y las supervivientes. Así, el campo emergente de los estudios sobre la locura «lleva los saberes de quienes son considerados locos» al medio académico, la teoría, la investigación y la práctica, como un modo de resistir al pensamiento diagnóstico y biomédico (LeFrancois, 2016, p.v.). Los y las supervivientes o activistas, como Jacqui Dillon y Rupert May, coinciden en que «muchos relatos de recuperación se parecen a los de un proceso de descolonización» donde se «reclaman sus experiencias para recuperar la autoría de sus propias historias». Estas nuevas historias pueden transformar los discursos basados en el déficit en otros de fortaleza y supervivencia, como parte de «nuestro derecho a definirnos nosotros mismos; el derecho a encontrar nuestras propias voces» (Dillon & May, 2003, p.16). Esto incluye el considerar sus experiencias como válidas y significativas; situarlas en un contexto más amplio de justicia social; unirse a otras personas; y, a veces, encontrar un nuevo propósito que surge desde el sufrimiento (Dillon & May, 2003, p.16).

Es importante entender que la elección de alejarse de las narrativas dominantes y construir otras nuevas no es una solución rápida, fácil o completa (Romme et al., 2009). En parte, se debe a que el discurso de la medicalización está profundamente incrustado en nuestras instituciones sociales, teorías, prácticas y también en la vida diaria. Puede resultar muy difícil liberarse del estigma internalizado del diagnóstico. Las formas de sufrimiento de larga data pueden que no desaparezcan, pero es posible encontrar formas de convivir con ellas (como se describe en la literatura sobre la recuperación temprana). La sanación de algunas de las consecuencias del diagnóstico – al igual que de los efectos de la medicación – puede necesitar meses o años, o quizás nunca se complete. Los problemas económicos, con la vivienda, el empleo mal remunerado y, así sucesivamente, pueden seguir dominando la vida cotidiana. Y se requiere prudencia respecto a la idea de la narrativa en sí misma – como se observa a través de la presión para que se elabore una «historia de recuperación» aceptable, sin modificar las bases de las estructuras diagnósticas, económicas y materiales. Criticando esta tendencia, Lucy Costa y sus coautoras (2012) señalan que «ahora es frecuente que las organizaciones de salud mental soliciten las historias personales de sus clientes – por lo general, de su hundimiento y la posterior recuperación de la enfermedad mental». Estas historias sirven para conseguir el apoyo de figuras de autoridad, como por ejemplo dentro de la política y la filantropía, para construir la «marca» organizacional, independientemente de la calidad del programa y para recaudar fondos de financiación en tiempos de restricciones económicas (p.86). Las autoras advierten que estos relatos «asépticos», respaldados por las declaraciones de figuras públicas, funcionan «para apuntalar aún más los relatos hegemónicos de la enfermedad mental» (p.87).

Se necesita una señal de advertencia similar sobre la creciente tendencia de la «medicina basada en la narrativa», como marco para una comprensión holística y empática de la enfermedad física de los y las

pacientes y el significado atribuido (Greenhalgh y Hurwitz, 1999). Si bien este enfoque puede tener mucho que ofrecer a la práctica médica general, no se pueden hacer analogías entre la enfermedad física y la «enfermedad mental» (véase el documento principal respecto al debate sobre el tema problemático del «paralelismo en la valoración»). La narrativa medicalizada de la «enfermedad» no es simplemente otra historia que alguien podría ofrecer asociada al sufrimiento emocional o la conducta preocupante, su uso continuado por los profesionales plantea cuestiones de tipo ético y también de evidencia.

A pesar de todas las advertencias previas, todavía existe una posibilidad para los enfoques basados en los principios narrativos, relacionales, dialógicos y de justicia social que permiten lo que la psiquiatra Judith Herman denomina el «poder reparador de decir la verdad» (Herman, 2001, p.181). Puede proporcionar un medio para que la persona ubique su sufrimiento dentro de un contexto social más amplio y reemplace la exclusión y la culpa por un sentido de compasión y comunidad. En un artículo escrito conjuntamente, el psiquiatra Philip Thomas y la superviviente Eleanor Longden coinciden en que «así como el self puede deshacerse y deshumanizarse mediante la brutalidad y el aislamiento, también puede renovarse y rehacerse mediante la solidaridad y la conexión con otras personas mediante la narrativa» (Thomas & Longden, 2013, p.4). Estos diálogos requieren, en palabras de Herman, «una postura moral comprometida. Durante la terapia [...] se tiene que adoptar una posición de solidaridad con la víctima. Esto no remite a la noción simplista de que la víctima no puede hacer nada malo; más bien, implica una comprensión de la injusticia básica en la experiencia traumática y la necesidad de una respuesta que restablezca un cierto sentido de justicia» (Herman, 2001, p.135). Existen resonancias evidentes con el énfasis de la psicología comunitaria sobre los valores centrales de la liberación, el empoderamiento y la justicia social (Orford, 2008); con la formulación en un contexto de desigualdades sociales y junto a las perspectivas de la psicología comunitaria (Hagan y Smail 1997a, 1997b; McClelland, 2014); con las psicologías de la liberación en América Latina (Afuape y Hughes, 2016; Burton y Kagan, 2011); y con el proceso de «concienciación», o del desarrollo de una conciencia crítica sobre el impacto de las estructuras sociales en el bienestar, a partir del cual se genera una transición desde el «usted es el culpable de sus circunstancias y debe resolver sus problemas individualmente con mi ayuda experta» hacia «existen disposiciones sociales donde los grupos particulares pueden mantener poder en mayor o en menor medida, por lo tanto, trabajemos juntos para cambiarlo» (Nelson y Prilleltensky, 2010).

El uso de las narrativas personales en el marco de los patrones generales

El marco PAS no pretende reemplazar las prácticas narrativas y dialógicas existentes, ni reconvertir las habilidades humanas en habilidades propias de un equipo profesional. El objetivo a más largo plazo es lograr que el marco PAS (Poder, Amenaza y Significado) constituya un posible recurso al que todas las personas puedan acceder. Mientras tanto, se ofrecen a continuación algunas ideas iniciales para trasladar el marco PAS a la práctica. Se pueden encontrar más recursos, materiales y buenos ejemplos prácticos en los Apéndices.

Según informan las personas usuarias de los servicios, los Patrones Generales proporcionan una base para desarrollar narrativas personales que cumplen más eficazmente con aquellas funciones útiles del diagnóstico, como transmitir una explicación, validar el sufrimiento, facilitar el contacto con otras personas en circunstancias similares, aliviar la vergüenza y la culpa y sugerir formas de actuar. Un esbozo narrativo personal, desde el marco PAS, tiene como objetivo promover la comprensión y la influencia y la agencialidad, dentro de la persona, la familia o la red social mediante: el aumento de la conciencia sobre los orígenes, tanto locales como lejanos, de las experiencias de sufrimiento; la identificación y desmitificación de la influencia de los discursos

sociales y los significados ideológicos; la recuperación del vínculo entre las amenazas basadas en el significado y la funcionalidad de las respuestas ante la amenaza; la facilitación para abandonar las narrativas de estigmatización, vergüenza y déficit; la apertura de formas alternativas de convivir con, o aliviar, el dolor emocional; el reforzar el acceso al poder y a los recursos; el aumento de la influencia y la agencialidad en el marco de las limitaciones biológicas, psicológicas, sociales y materiales inevitables y las premisas culturales locales; y la creación, o la co-creación, de una nueva narrativa y que contenga mayor esperanza que respalde y posibilite todo lo anterior. En términos de la evaluación de las terapias narrativas, es más probable que los relatos basados en el marco PAS sean «narraciones densas», que aumentan la influencia y la elección (Harper & Spellman, 2014). El Apéndice I brinda una guía que puede ser útil para orientar este proceso.

Como se explicó antes, las narrativas personales dentro del marco PAS, o de cualquier otro, deben añadir dos aspectos importantes a la información de los Patrones Generales (ver Apéndice I). Estos son:

- Los recursos de poder disponibles para la persona y su grupo social y que moderan los impactos negativos del poder, transmiten un mensaje de esperanza y resiliencia que proporcionan las bases de ayuda y el impulso para avanzar. En otras palabras, hay que preguntar: «¿Cuáles son tus fortalezas?» (¿Qué acceso tienes a los recursos de Poder?).
- Un resumen de la historia evolutiva, narrativa, con una hipótesis de «mejor pronóstico» que integre Poder, Amenaza, Significado y Respuestas a las Amenazas asociados a los significados que tienen para la persona y su familia, red social o comunidad y las fortalezas y recursos que pueden aprovechar. En otras palabras, hay que elaborar “¿Cuál es tu historia?”.

Claramente, el poder se puede usar tanto de una forma que ayuda (con experiencias de protección, facilitación, ayuda) como de forma perjudicial (con experiencias amenazantes, de estar atrapado, e invalidantes). Incluso la persona o la familia menos empoderada y la comunidad más devastada tendrán al menos algún acceso a las fuentes de influencia y resistencia, que contrarresten en alguna medida las acciones negativas del poder, como lo ilustra el proceso «Powermapping» de Hagan y Smail (Hagan y Smail 1997a, 1997b). Estas pueden abarcar:

- Relaciones tempranas seguras
- Apoyo de compañeros/as actuales, familia y amistades.
- Apoyo social y sentido de pertenencia.
- Acceso a recursos materiales, capital cultural, educación, etc.
- Acceso a información, perspectivas alternativas.
- Aspectos positivos en la identidad valorados socialmente.
- Capacidades, habilidades: inteligencia, ingenio, determinación, talento.
- Recursos corporales: apariencia, fuerza, salud.
- Sistemas de creencias, religión, valores comunitarios, etc.
- Prácticas y rituales comunitarios.
- Contacto con la naturaleza.

Estos factores pueden permitir que las personas, las familias y los grupos aprovechen algunos de los siguientes recursos y estrategias en las respuestas a las amenazas:

- Regular las emociones mediante la liberación, expresión, procesamiento de los sentimientos, (p. ej., mediante la escritura, el ejercicio, la psicoterapia, las terapias corporales, la creatividad y el arte, los enfoques centrados en la compasión, el mindfulness, la meditación).
- Cuidarse – p. ej., nutrición, ejercicio, descanso, terapias alternativas.
- Valerse de los vínculos y relaciones que sanan, que brindan apoyo práctico y emocional, protección, escucha, validación.

- Encontrar roles y actividades sociales con significado.
- Valores y creencias espirituales.
- Otros rituales culturales, ceremonias, e intervenciones de apoyo.
- Apoyándose mutuamente en campañas, activismo.
- Creando o encontrando nuevas narrativas, significados, creencias, valores, «objetivos de supervivientes».

El uso de la narrativa en la práctica actual

Existe una gama amplia de prácticas narrativas, dialógicas y relacionadas con la formulación sobre las que se puede edificar, cada una de las cuales tiene sus fortalezas y limitaciones características. En los servicios se incluyen las formulaciones psicológicas desde distintas perspectivas teóricas (Johnstone & Dallos, 2014; Corrie & Lane 2010); la terapia narrativa (por ejemplo, White, 2000, ver el Apéndice 9); el Modelo Tidal (Barker & Buchanan-Barker, 2005); los equipos reflexivos (Anderson, 1991); el Diálogo Abierto (p. ej. Seikkula & Arnkil, 2006, ver el Apéndice 10) y muchos otros. Los enfoques narrativos para la sanación emocional desarrollados principalmente fuera de los servicios incluyen los «constructos» o significados personales sobre la escucha de voces de la Hearing Voices Network – Red de Escuchadores de Voces (Romme y Escher, 2000, ver el Apéndice 11); otros recursos desarrollados por la Red de Escuchadores de Voces (p. ej., la entrevista de Maastricht); Intentional Peer Support – el apoyo intencionado de los pares –, una forma de narrar las historias entre pares y «convertirlas en parte de las narrativas de otras personas» (Mead y Filson, 2016); el enfoque el «Árbol de la vida», que se desarrolló inicialmente en el sur de África (Ncube-Millo y Denborough, 2007) y se utiliza ahora en diversos entornos, incluyendo en las personas con discapacidad intelectual y en la juventud (Denborough, 2008).

Otros han encontrado que el arte, la poesía, la pintura, la música, la literatura, el deporte, el yoga, etc., son útiles además de, o en lugar de, la terapia. Los ejemplos incluyen el uso de técnicas musicales para explorar las nociones de masculinidad con jóvenes delincuentes (Clemon, 2016); y la realización de películas con jóvenes refugiados y solicitantes de asilo (Clayton & Hughes, 2016). Ver también los proyectos Shared Voices – Voces Compartidas – y MAC-UK en los Apéndices 13 y 14.

Dentro de este trabajo, a menudo el concepto testimonio puede ser más importante que los asociados a la intervención terapéutica formal. Alec Grant (2015) argumenta que todas las profesiones de la salud mental necesitan «desarrollar niveles cada vez más elaborados de competencia narrativa. Este término hace referencia a la capacidad de los seres humanos para asimilar en profundidad, interpretar y responder apropiadamente a las historias de otra gente. Esta atención cercana facilita los medios para abordar las cuestiones existenciales de las personas usuarias en torno al daño interno, la desesperación, la esperanza [...] Al prestar una atención cuidadosa al contexto, los matices y las diferencias, dentro y entre, de las experiencias de sufrimiento de las personas, la práctica de la capacidad narrativa es útil para implicar a las personas que usan los servicios de salud en un proceso de recuperación mediante el cual pueden re-narrar sus vidas» (Grant, 2015, p.52). Este proceso de «re-relatar una narrativa» (Grant et al., 2015) se aproxima más al «arte profesional» de la práctica reflexiva que al modelo técnico o racional dominante en medicina (Schon, 1987). La implicación es que la «capacidad narrativa» debe integrar todos los aspectos de las interacciones de los profesionales con quienes usan los servicios. Esto se alinea con los principios del enfoque de Diálogo Abierto, donde el diálogo compartido no es una forma de decidir sobre la intervención, sino que es la intervención en sí misma, así como los medios a través de los cuales puede darse el cambio. Muchos usuarios o supervivientes de servicios han manifestado el poder de este proceso (Coleman, 2017; Grant et al., 2015; Longden, 2014; Romme et al., 2009; Waddingham, 2013).

El Marco PAS no quiere suplantarse a estas prácticas existentes y, dicho de forma clara, el enfoque de la Narrativa Personal no es la única forma de estructurar un relato, aunque puede ser particularmente útil en algunos entornos. Más bien, el objetivo es crear conciencia sobre los aspectos que tanto las prácticas narrativas como las de formulación que ya existen pueden subestimar. Estos son:

- El efecto de «entrapamiento» de la narrativa dominante de los diagnósticos psiquiátricos, dentro del contexto más amplio de las meta-narrativas sobre la ciencia.
- Las contradicciones inherentes al combinar las narrativas del diagnóstico psiquiátrico con las de carácter psicosocial.
- El papel de los discursos sociales, especialmente los centrados en el género, clase, etnia y la medicalización del sufrimiento mental, debido a que estos discursos pueden apoyar la imposición de los significados a otros.
- Los impactos del poder coercitivo, legal y económico.
- La naturaleza y el impacto de las desigualdades de poder en los entornos psiquiátricos.
- La prevalencia del abuso del poder interpersonal en las relaciones.
- El papel del poder ideológico expresado mediante las narrativas dominantes y las premisas sobre el individualismo, los logros, la responsabilidad personal, el género, los roles, etc.
- El papel mediador de las respuestas a la amenaza sustentadas en lo biológico.
- La importancia de la función frente al «síntoma» o al problema específico.
- El papel del aprendizaje social y los recursos de poder en la configuración de las respuestas a la amenaza.
- Los significados culturales específicos, los sistemas de creencias y las formas de expresión.
- La autoayuda y la acción social junto a, o en vez de, la intervención profesional.
- La importancia de las narrativas comunitarias, los valores y las creencias espirituales, que dan apoyo a la recuperación y la reintegración del grupo social.
- El reconocimiento de la naturaleza variada, personal y provisional de todas las narrativas, así como la necesidad de apoyar su desarrollo y expresión en cualquiera de sus formas, de un modo sensible y respetuoso.
- Un meta-mensaje de normalización y no patologizador (ya sea médico o psicológico): «Experimentas una reacción normal y comprensible ante las amenazas y las dificultades. Muchas otras personas han sentido lo mismo en las mismas circunstancias».

El análisis que se manifiesta en este apartado y en el documento principal sugiere que las narrativas de cualquier tipo pueden ser más holísticas, útiles, sanadoras, empoderantes y sustentadas en la evidencia si se nutren de los elementos del Marco de Poder, Amenaza y Significado..

Narrativas personales y formulación psicológica

Las formulaciones psicológicas y psicoterapéuticas son un tipo de narrativa y una perspectiva narrativa obviamente tiene implicaciones en el desarrollo de las formulaciones.

Aunque los cursos de formación y algunos manuales tienden a describir la formulación como si fuera un suceso o una «cosa», puede resultar más exacto considerarla como un proceso, un elemento de una exploración compartida entre dos o más personas, que no tiene un punto final definitivo. Esto se expresa con la definición: «un proceso continuo de creación de sentido en colaboración» (Harper & Moss, 2003, p.8). El desarrollo de esta historia o narrativa personal se ha descrito como «una forma de sintetizar significados, de negociar formas compartidas de entendimiento y de hablar sobre ellos», aunque nunca será un relato acabado o «verdadero» (Butler, 1998). En contraste con el diagnóstico psiquiátrico, en los enfoques basados en la formulación psicológica se asume que todas las expresiones de sufrimiento bajo la premisa de que

«a algún nivel, todas tienen sentido» (Butler, 1998, p.2). En otras palabras, constituye una forma radicalmente distinta de pensar sobre el sufrimiento emocional y no solo una actividad o técnica adicional.

La formulación psicológica, tal y como la describe la Division of Clinical Psychology – División de Psicología Clínica –(DPC) (2011) y su Good Practice Guidelines – Guía de Buenas Prácticas –, ya cumple algunos de los criterios de las narrativas descritas antes. Es importante destacar que ésta se concibe como una alternativa y no como un complemento al diagnóstico psiquiátrico: «Las formulaciones sobre las mejores prácticas [...] no se fundamentan en el diagnóstico psiquiátrico, sino en las experiencias que han podido conducir a un diagnóstico psiquiátrico (estado de ánimo bajo, creencias inusuales, etc.)» (DPC, 2011, p.17). En concreto, resulta importante para los dispositivos de salud mental, aunque la formulación también se usa para proporcionar una comprensión holística en los servicios de discapacidad intelectual, en la asistencia a las personas mayores, en neuropsicología y en la psicología de la salud, donde la condición médica o del neurodesarrollo a menudo es el foco principal de la intervención. La Guía reconoce el impacto dañino de la adversidad, la discriminación, la pobreza y la desigualdad (pp.14, 18, 20), así como el papel potencialmente traumatizante y re-traumatizante de los servicios (p.20). Se recomienda que las formulaciones psicológicas incluyan «una conciencia crítica referente al contexto social amplio, dentro del cual se realiza la formulación» (p.20). Además, se enfatiza que cambiar la atención de los déficits personales a los «daños infligidos por un ambiente perjudicial puede constituir una forma de desestigmatizar, aportando un significativo grado de alivio» (Hagan y Smail, 1997a, citado en DPC, 2011, p.20). Se reconoce que la formulación psicológica por si misma es solo una forma de construir narrativas y que está influenciada por las premisas occidentales sobre la causalidad interna, el individualismo y la auto-realización (p.18). Finalmente, el respeto, la colaboración y la reflexividad resultan fundamentales en el proceso de construcción conjunta de las formulaciones (p.30). Muchos de estos principios se reflejan en un texto central de la psicología y el counselling: *Constructing stories, telling tales: A guide to formulation in applied psychology* – Construir historias, contar cuentos. Una guía a la formulación en psicología aplicada – de Corrie y Lane (2010), que enfatiza el papel de la narrativa en las áreas habituales de la Psicología y las artes y también en todas las sociedades humanas. El texto ofrece reflexiones útiles sobre las definiciones, los usos, los contextos profesionales, la adecuación, la evaluación y la pertinencia de la formulación.

La matriz de la narrativa personal se puede considerar como otro formato posible para estructurar las formulaciones psicológicas con las personas, las familias y los equipos. En términos más generales, se espera que el Marco PAS enriquezca la teoría y la práctica de la formulación psicológica para cualquier forma en la que se use y que ayude a disminuir algunos de los riesgos inherentes de la individualización, la insensibilidad cultural, la imposición de los puntos de vista «expertos» y que minimiza el papel de las adversidades, tanto las relacionales como las sociales (DCP, 2011). Este es un campo en evolución y existen algunos ejemplos interesantes de formulación en relación a fenómenos políticos y sociales como el «sexting» de los jóvenes¹⁴, los debates sobre armas nucleares y el impacto de los procesos legales en los refugiados (ver Clinical Psychology Forum 2017, n. 293). Actualmente se debaten las formas de asegurar que las formulaciones sean culturalmente sensibles y apropiadas (e.g. McInnis, 2017).

La *Good Practice Guidelines* de DCP (2011) – Guía de Buenas Prácticas de la *Division of Clinical Psychology* – realiza una importante distinción entre la formulación psiquiátrica, como complemento al diagnóstico psiquiátrico y la formulación psicológica, como alternativa al diagnóstico psiquiátrico (p.17). Posiblemente no se trata de una coincidencia que la formulación y los debates sobre su función adquieren una importancia creciente debido a los problemas del

¹⁴ Sexteen es la práctica de enviar mensajes y fotos subidos de tono, se supone que es más popular entre los adolescentes.

diagnóstico psiquiátrico (p. ej., Craddock & Mynors-Wallis, 2014). Ahora que la versión psiquiátrica de la formulación ha llegado a convertirse en una competencia central para todas las profesiones relacionadas con la salud mental (Skills for Health, 2016), se necesita una vigilancia extra para promover, proteger y desarrollar aquellos aspectos de la formulación que ofrecen una alternativa a la medicalización y al diagnóstico psiquiátrico.

Evaluar las narrativas y las formulaciones

Hemos observado que cuanto más diversidad hay entre las personas y los entornos dentro de los Patrones Generales, más abiertas, variadas y provisionales resultan las narrativas personales que se derivan de ellas. También hemos defendido que esta variación y solapamiento entre los patrones es inevitable, ya que procede de la naturaleza altamente contingente y sinérgica de la causalidad en los asuntos humanos, debido a la multiplicidad, la complejidad y la naturaleza interactiva de los elementos involucrados y por nuestros roles como creadores de significado y agentes activos en nuestras vidas. Por lo tanto, nunca puede haber una versión final, precisa y completamente cierta de los orígenes y los significados de las dificultades de las personas. Desde la tradición psicoanalítica, Stephen Frosh (2007) advierte acerca de la imposibilidad de conseguir una narrativa personal que «tenga sentido» completo y acabado porque:

El ser humano nunca es algo completo, siempre está dividido, con impulsos parciales, con discursos sociales que enmarcan los modos de experiencia que se encuentran disponibles y con formas de ser contradictorias y que reflejan las lealtades variables de poder a medida que actúan sobre el cuerpo y la mente (p.638).

De manera más general, Bebe Speed (1999) enfatiza la combinación entre incertidumbre y regularidad que caracteriza a las narrativas personales:

Puedo contar muchas historias sobre mí misma, sobre quién soy y sobre mis diferentes yoes o partes de mí, que se evocan en mis interacciones con los otros, [pero el cómo] me comporto y me siento en cualquier contexto no es algo aleatorio, sino que sigue un patrón. Mi vida no es una ficción [...] Los clientes y yo construimos juntos una versión de lo que está pasando. No es la única posible, la verdad sobre la situación [...] Habrá otras versiones de su situación que yo (sin mencionar a otros terapeutas) y ellos/as podríamos haber construido de manera conjunta, que también habrían podido encajar de alguna otra forma y serían relativamente adecuadas a su situación (Speed, 1999, p.136).

Esto hace surgir una pregunta importante: ¿en qué sentido, si es que lo tiene, se puede decir que una narrativa o una formulación es «verdadera», ajustada, o en la terminología actual «basada en la evidencia»?

La cuestión de la evidencia se ha abordado de manera más directa en relación con las formulaciones que se diferencian de las «narrativas», en un sentido más general, porque aquellas se definen sobre las bases explicitadas de una teoría establecida y un corpus de evidencia (DPC, 2011). La práctica que se basa en la formulación es, en esencia, una forma de adaptar esta evidencia a la persona, mediante las formulaciones, que sirven como «el eje central que recoge y une la teoría y la práctica» (Butler, 1998, p.2). En otras palabras, «las formulaciones se pueden entender mejor como hipótesis a contrastar» (Butler, 1998, p.2). Dado que el desarrollar y probar hipótesis es el eje central de la práctica basada en la evidencia (Sackett, 2002), tiene poco sentido argumentar que las formulaciones, ya sean de forma individual o global, carecen de «validez». La validez de una formulación o hipótesis particular se prueba en la práctica y se modifica en consecuencia; y la fuerza de la formulación, o hipótesis, depende en parte de la fuerza de la evidencia sobre la que se basa. Este proceso siempre implica un grado de incertidumbre y provisionalidad.

Además, tanto en el caso de las formulaciones como en el de las narrativas en general, podemos reflexionar acerca de su utilidad desde nuestras distintas perspectivas, como profesionales, personas usuarias de servicios o simplemente personas con problemas. Siguiendo a Speed, podemos pensar sobre qué tal encajan las nuevas narrativas con la experiencia real vivida y en qué medida mejoran y enriquecen nuestras vidas, o por el contrario como las limitan y/o las empeoran: en otras palabras, si «hacen que se pueda concebir y alcanzar el cambio» (Schafer, 1980, p.42), al ofrecer una «teoría de sanación» (Meichenbaum, 1993, p.204). Esta utilidad depende de un tipo distinto de «verdad», al menos tal como la experimenta el cliente, del tipo que se busca mediante la «práctica basada en la evidencia». A todos nos resulta familiar la experiencia de conseguir repentinamente una nueva comprensión, bien sea mediante la autorreflexión, la conversación o en un proceso más formal de terapia. Esto se manifiesta en algunas reacciones de los clientes a las formulaciones que surgen de sus dificultades (Redhead et al., 2015):

«Creo que me abrió los ojos, oh Dios mío, eso es lo que estoy haciendo. Realmente lo estoy haciendo y realmente no me está ayudando. Es casi como el álgebra en la escuela, de repente hay un clic» (p.459).

«Todo tiene sentido. Lo entendí (la formulación), porque era verdad. En todo caso, lo sentí como cierto» (p.459).

La confirmación experiencial de lo ajustado de una formulación puede ocurrir como un cambio emocional y con el sentido de poder avanzar:

«Todos mis pensamientos flotaban al azar, era como una especie de tormenta en el cerebro. Pero el diagrama retiró la presión [...] entenderlo todo fue como, uff y la tormenta se fue» (p.460).

«Pienso que si sabes la razón de lo que está sucediendo automáticamente se vuelve más controlable. Podía tomar el control» (p.462).

Esto contrasta con la reacción intuitiva a una formulación que no se experimenta como verdadera y por lo tanto no era útil: (p.461).

«Estaba muy alejada de eso, incluso al sugerir que se debía a mi madre que tenía un mal talante y que yo la veía cuando no se encontraba bien. Y era como que no» (p.461).

Entonces, en el caso de las formulaciones y las narrativas, no es suficiente con demostrar que la teoría que las sustentan es robusta, o que los hechos de la vida de la persona son precisos en un sentido histórico. Es posible que esos requisitos se cumplan y que la formulación se experimente como inútil o inexacta. Se podría esperar que las formulaciones arraigadas en las evidencias tengan mayor probabilidad de provocar esta experiencia de «encaje», pero no se debe suponer que esto será así. De hecho, existe el peligro opuesto de «calzar» o «encajar» las experiencias de los clientes dentro de una teoría que las recoge con demasiada rigidez. Las personas también pueden encontrar útiles elementos de narrativas que se oponen entre sí, dependiendo de la situación (Leeming et al., 2009). Esta es la razón por la cual las respuestas de las personas usuarias (que, irónicamente, rara vez se consideran en las investigaciones sobre la validez de las formulaciones; Johnstone, 2013) deben ocupar el centro cuando se evalúan las narrativas y las formulaciones personales.

El problema se puede aclarar analizando la distinción de Donald Spence entre «verdad narrativa» y «verdad histórica». Define la verdad narrativa como «el criterio que usamos para decidir cuándo una determinada experiencia ha sido captada a nuestra satisfacción [...] cuando una explicación nos resulta convincente. Una vez que una construcción dada ha llegado a ser la verdad narrativa, se vuelve tan real como cualquier otra verdad» (Spence, 1982, p.31). De hecho, defiende que, para la persona en cuestión, la verdad narrativa puede tener prioridad sobre la verdad histórica

«porque somos capaces de comprender una parte incompleta de la realidad en una expresión con sentido» (p.137); en otras palabras, ayudar a alguien a observar las cosas de una forma nueva, de una forma que le pueda ayudar a construir nuevos significados. Estos efectos serán mayores cuando las interpretaciones tienen propiedades tales como consistencia, coherencia y comprensibilidad. La noción de significado es central aquí, porque, como señala Spence, el trabajo psicoterapéutico se basa en teorías sobre los significados de situaciones y las acciones y no (como en las ciencias naturales) sobre sucesos y procesos más verificables objetivamente. Esta es la razón por la cual las narrativas construidas en terapia «en buena medida son independientes de los hechos» (p.292).

Por lo tanto, las formulaciones y las prácticas relacionadas con ellas, en los contextos terapéuticos, se pueden considerar como un puente que une las narrativas de la ciencia con las narrativas subjetivas y el significado personal. Aunque se basan en la evidencia establecida, la formulación también «requiere un tipo de arte que también conlleva intuición, flexibilidad y evaluación crítica de la propia experiencia [...] una síntesis equilibrada de los sistemas cognitivos intuitivos y racionales» (Kuyken, 2006, p. 30). Esto nos anima a adoptar una actitud más abierta y respetuosa hacia las narrativas no clínicas – en otras palabras, la enorme variedad de historias que podemos presentar dentro de la clínica o que podemos construir y vivir como seres humanos. Como ejemplo: los elementos de las narrativas de las personas usuarias de servicios pueden ser completamente inverosímiles, en los términos de evidencia convencional (p. ej., la creencia de que están atormentados por la voz del diablo). En estas situaciones, la terapia a menudo consiste en un proceso lento que negocia una narrativa distinta, menos incapacitante, que puede ser no demostrada y no demostrable; tal vez el «diablo» es realmente la manifestación de un abuso no resuelto por un causante que usó las mismas palabras. O tal vez la persona pueda recurrir a una metáfora distinta desde el interior de su propio sistema de creencias culturales. Con el tiempo, esta nueva historia puede conseguir ser una verdad narrativa y, por lo tanto, puede ayudar a la persona a abrirse a nuevas formas de comprender y gestionar su sufrimiento.

¿Qué aporta el Marco PAS a estas cuestiones complejas? El argumento es que, junto a los Patrones Generales, que se pueden esbozar aplicando este enfoque, el marco respalda la afirmación de que las formulaciones y las narrativas personales generadas desde esta perspectiva se pueden basar en la evidencia. Esto se cumple en dos sentidos importantes.

En primer lugar, como se indicó antes, las mejores prácticas de las formulaciones siempre han estado basadas en la evidencia, en el sentido de que recurren al corpus de saber existente. El elemento adicional que suministra el marco PAS es una base teórica para agrupar las respuestas a la amenaza basadas en el significado dentro de los Patrones Generales. Estos patrones de nivel superior, que se apoyan en una teoría e investigación amplia, dan respaldo a la construcción y el contenido de formulaciones o hipótesis específicas, situándolas sobre una base de evidencia más firme. Esta clase de «agrupación» es lo que defiende para sí el diagnóstico psiquiátrico, pero no la puede proporcionar en sus propios términos – p. ej., suministrar las pruebas para la premisa de que las personas que tienen un diagnóstico determinado comparten algo relevante, que procede de una etiología común y que sugiere un tratamiento que se dirige a las disfunciones subyacentes del mismo. Al abandonar la búsqueda de este tipo de patrones biológicos, necesarios para que el diagnóstico médico tenga apoyo, a favor de un enfoque muy distinto que resulta necesario para comprender el comportamiento y la experiencia humana, hemos podido identificar regularidades provisionales amplias, basadas en el significado y que pueden servir al propósito paralelo de las formulaciones, se basan en conceptos muy diferentes de causalidad y etiología compartida.

En segundo lugar, como los Patrones Generales se organizan principalmente en torno a significados – personales, sociales y culturales – se pueden usar para identificar patrones comunes de significado sobre los que se pueden apoyar las narrativas particulares, se presenten formalmente como formulaciones, o informalmente como historias individuales, familiares o

grupales. Así, la evidencia del Marco PAS sobre los patrones basados en el significado puede ayudarnos a ubicar las narrativas personales dentro de significados y discursos culturales más amplios y a identificar y apoyar la construcción, cuando sea necesario, de otras más útiles y empoderantes, que tengan sentido dentro de los propios sistemas de creencias de la persona y que se puedan experimentar como «ajustados». Esto se puede apoyar mediante la base de evidencia existente, pero también somos libres para trabajar (como lo hace la red Hearing Voices Network – la Red de Escucha de Voces – www.hearing-voices.org y la National Paranoia Network – Red Nacional de Paranoia – www.nationalparanoianetwork.org) desde cualquier marco de referencia que sea significativo para la persona, sabiendo que el desajuste con los hechos históricos y científicos no supone una barrera para construir «verdades» narrativas nuevas y liberadoras. Por lo tanto, el Marco PAS tiene el potencial de conseguir que las narrativas y las formulaciones tengan una base mayor sobre la evidencia, tanto en el sentido convencional como en el sentido de facilitar la construcción personal o la «verdad narrativa».

¿Qué lenguaje usamos en lugar de los términos diagnósticos?

La cuestión del lenguaje, especialmente la asociada a los usos cotidianos, es quizás el siguiente paso más fundamental e importante, que sustenta todos los intentos para el desarrollo de formas alternativas de entender y responder al sufrimiento emocional y a los comportamientos problemáticos o preocupantes. Las alternativas para los objetivos de los servicios, la investigación, el acceso a las prestaciones, etc., se explican con más detalle en el capítulo 8 del documento principal.

Cambiar nuestro lenguaje tiene un alcance mayor que cambiar un término discutido o estigmatizante por otro. Más bien, implica reemplazar totalmente el discurso sobre lo que se denomina «salud mental». El término «Discurso» hace referencia a formas organizadas de hablar, que a menudo son incuestionables y a utilizar el lenguaje que conforma y transmite el saber y las prácticas que dependen del mismo (Foucault, 1979; 1980). El discurso nunca se usa en el vacío, sino que su comprensión siempre depende de otras declaraciones, generalmente no formuladas, que «contienen convicciones profundamente arraigadas y esquemas explicativos fundamentales para la forma dominante de dar sentido al mundo en cualquier período concreto» (Sawicki, 1991, p.104). Por lo tanto, el cambio de lenguaje no se refiere solo a usar un vocabulario alternativo, sino a facilitar nuevas formas de pensar, experimentar y actuar. Hasta que esto suceda, simplemente continuaremos reproduciendo las prácticas existentes en formas ligeramente diferentes, pero igualmente insatisfactorias.

Por estos motivos ha habido varios intentos para delinear usos alternativos del lenguaje, tanto desde el profesional (DCP, 2014b) como desde la perspectiva de la persona usuaria o superviviente. Las guías sobre el Enfoque Informado sobre el Trauma sugieren de forma similar un cambio de «síntoma» a «adaptación», de «trastorno» a «respuesta», etc. (Arthur et al., 2013, p.24). Las publicaciones de la BPS *Understanding bipolar disorder* – Comprender el Trastorno Bipolar – y *Understanding psychosis* – Comprender la psicosis – dan cuenta del debate y animan a elegir la terminología basada en las personas usuarias de los servicios (BPS, 2010; 2014). Sin embargo, este es un problema complejo, que no tiene una respuesta única. En cambio, sugerimos diversas frases y términos no médicos que pueden adecuarse a diferentes propósitos y circunstancias. Es decir, en lugar de un «nuevo dogma» se necesita una «diversidad sensible en el lenguaje» (Beresford et al., 2016, p.27). Al mismo tiempo, sabemos que el lenguaje medicalizado no cambiará de la noche a la mañana; que el desarrollo de nuevos usos del lenguaje es un proceso evolutivo que únicamente puede darse junto con un cambio general en el pensamiento sobre el sufrimiento; que la terminología existente todavía se utilizará – y, por lo tanto, necesitará ser usada por otros –

para algunos propósitos prácticos actuales, como el acceso a servicios, o la búsqueda de literatura relevante y los grupos de autoayuda; y que algunas personas encontrarán los términos diagnósticos como una descripción concisa y útil de sus problemas en el día a día.

Y, lo más importante, apoyamos el derecho de las personas a elegir su propia terminología. En la actualidad, este derecho normalmente funciona sólo en un sentido: a quienes deseen definir sus dificultades en términos diagnósticos es poco probable que se les niegue hacerlo. El derecho a rehusar las etiquetas psiquiátricas, o incluso a ser informado sobre sus controversias y sus limitaciones, rara vez se otorga. De hecho, en muchos entornos de salud mental, justicia penal y otros servicios de asistencia social puede resultar imprudente e inseguro para las personas usuarias el rechazo de su diagnóstico a favor de puntos de vista alternativos.

Al mismo tiempo que afirmamos el derecho de las personas a describir sus dificultades como deseen, también afirmamos que es igualmente importante el principio de que los equipos profesionales, investigadores, formadores, académicos y legisladores, las organizaciones benéficas y otras personas implicadas en el campo de la salud mental, tienen que usar un lenguaje y conceptos que describan con precisión y se basen en la evidencia. Debido a que el diagnóstico psiquiátrico no cumple con estos estándares, se deduce que ya no se puede considerar profesional, científico o éticamente justificable el presentar los diagnósticos psiquiátricos como si fueran declaraciones válidas sobre las personas y sus dificultades.

Para trazar una analogía de la historia de la psiquiatría, una vez que resulta claro que términos como «útero errante» son erróneos, ninguna profesión debe utilizarlos, ni mucho menos imponerlos. La desaparición de las categorías actuales ha sido pronosticada por psiquiatras del Reino Unido, como Paul Bebbington y Robin Murray; este último ha afirmado que prevé que la «esquizofrenia» quede tan obsoleta como «*dropsy*»¹⁵ (2017) Los términos existentes probablemente sobrevivirán en el lenguaje ordinario durante algún tiempo, ya que transcurre cierto tiempo hasta que el habla ordinaria se pone al día, pero ya no pueden ser conceptos avalados por los profesionales.

Sin embargo, no solo se trata simplemente de cambiar los términos diagnósticos. Para pensar y actuar de forma distinta, los múltiples usos del lenguaje que implica el apoyar y perpetuar el modelo actual (paciente, síntoma, diagnóstico, psicopatología, enfermedad, trastorno, pronóstico, remisión, etc.) también deben cambiar. La DCP (*Division of Clinical Psychology*) sugiere tres principios en la «*Guidelines on Language for professional documents*» – Guía sobre el lenguaje de los documentos profesionales – (DCP, 2014b): 1) Donde sea posible, evitar el uso de lenguaje diagnóstico en relación a las presentaciones psiquiátricas funcionales (p. ej., «cambios de humor extremos» y no «trastorno bipolar», «pensamiento suspicaz» y no «paranoia»). 2) Sustituir los términos que asumen una perspectiva diagnóstica o estrechamente biomédica por un lenguaje psicológico o uno ordinario (p. ej., «problema» y no «síntoma», «intervención» y no «tratamiento»). 3) En las situaciones donde el uso de la terminología diagnóstica y la asociada es difícil o imposible de evitar, señalar la conciencia de su naturaleza problemática y controvertida (p. ej., en una nota introductoria).

Estos principios se pueden aplicar también de un modo más general. Por ejemplo, en investigación a menudo se usa un lenguaje medicalizado como enfermedad, síntomas y psicopatología de forma innecesaria. Esto no solo apuntala continuamente una visión problemática de la realidad, sino también retira la atención de la investigación sobre las características de lo que realmente están estudiando y se corre el riesgo de perder un conocimiento valioso acerca de las experiencias de las personas. Esto no quiere decir que las personas que investigan no deban inferir conceptos o procesos. No obstante, la evidencia presentada aquí sugiere que estos serán más válidos si reflejan

¹⁵ Dropsy, hidropesía, un término antiguo para la hinchazón de los tejidos blandos debido a la acumulación de agua en exceso.

los contextos sociales y las relaciones, así como el comportamiento y las experiencias individuales. «Disociación», por ejemplo, se refiere a un proceso funcional y dependiente del contexto, en el que participan tanto personas de manera individual como grupos sociales más grandes.

Sin embargo, hay que señalar que no hay un sustituto totalmente satisfactorio para términos como «enfermedad mental», «trastorno mental» o «salud mental» y, en concreto, este último término no se ha podido evitar usarse en algunas ocasiones a lo largo de estos textos. Tampoco habrá una única palabra o una frase adecuada para sustituir estos términos, ya que la gama de pensamientos, sentimientos y acciones, que pueden llevar a un diagnóstico psiquiátrico abarca casi todas las experiencias humanas, surge de una compleja multitud de factores causales contingentes y depende principalmente de juicios locales sociales y culturales. Una solución podría consistir en adoptar una variedad de términos no-médicos intercambiables y utilizar los que más se ajustan en cada circunstancia o uso concreto. En este documento, hemos alternado entre sufrimiento emocional y psicológico, problemas, dificultades emocionales, experiencias inusuales y comportamiento problemático o perturbador. Las directrices sobre el lenguaje de la DCP proponen «sufrimiento emocional, sufrimiento mental, sufrimiento mental grave, estado extremo, sufrimiento psicológico».

Como se describe en el documento principal, el acceso a los servicios, las prestaciones, la vivienda, etc., se puede establecer y hasta cierto punto ya se hace así, en base al respaldo profesional de que una persona que experimenta sufrimiento psicológico severo repercute en su funcionamiento diario, o de una forma parecida. Para fines más específicos, las descripciones de problemas no médicos, como «escuchar voces hostiles», «pensamiento suspicaz», «estado de ánimo muy bajo», «tendencias suicidas» o «autolesiones», pueden ser un punto de partida útil para la investigación y el trabajo de los servicios, o incluso la base para brindar intervenciones concretas, desarrollar bibliografía o establecer grupos de apoyo. El diseño del servicio y la puesta en funcionamiento se pueden basar de manera similar en las necesidades, los grupos de población específicos o las categorías de problemas, en lugar de en el diagnóstico. Los términos de agrupaciones como el «trauma complejo», ya se utilizan en algunos ámbitos (Sweeney et al., 2016) e incluso considerando nuestras precauciones a la hora de emplear el término «trauma», son más pertinentes para los problemas y las necesidades reales de las personas que las agrupaciones diagnósticas actuales. Aun cuando los sistemas actuales exigen un registro diagnóstico, el DSM-5 y las propuestas para la CIE-11 permiten opciones como «trastorno por estrés agudo», «trastorno adaptativo», «trastorno disociativo» o «trauma complejo», que reconocen causas más psicosociales que médicas y, en general, son mucho menos estigmatizantes que otros términos a los que pueden sustituir, como el de «esquizofrenia». Algunos registros informáticos dejan espacio para un breve resumen al estilo de las formulaciones – normalmente también para los diagnósticos, pero posiblemente se emplearán en lugar de estos en el futuro.

Los temas asociados al uso del lenguaje cotidiano también son complejos. Uno de los dilemas más difíciles para las personas que han sido etiquetadas, es cómo explicar al resto el sufrimiento de una forma clara que exponga las dificultades propias de un modo que parezcan razonables y comprensibles. Las muchas desventajas del diagnóstico psiquiátrico pueden compensarse por su función de legitimar y – aparentemente – explicar el sufrimiento a amigos, familiares, contratantes y a otras personas. Según lo discutido por Leeming et al. (2009), las narrativas y las formulaciones pueden dar la apariencia de ser poca defensa ante las atribuciones de vergüenza o debilidad, y debido a la información compleja que incluyen, no resultan apropiadas para todos los fines. Los títulos de los Patrones Generales provisionales probablemente no sean adecuados para explicar el sufrimiento a otros, aunque las versiones adaptadas pueden resultar aceptables para algunas personas (p. ej., «Estoy experimentando, tengo dificultades, vivo, las consecuencias de la violencia y el abandono o abuso, el trauma o la pérdida y la pobreza»).

Puede ser necesario encontrar un equilibrio entre los verbos – más precisos, pero también más largos – y los nombres. Hemos utilizado el ejemplo del duelo en varios momentos. Debido a que esta forma de sufrimiento es una experiencia universal y, por lo general, se entiende que una frase como «reacción de duelo» no se refiere a una enfermedad o condición específica que alguien «tiene», sino a un proceso emocional reconocido, una forma diferente de decir «estoy de duelo». La educación pública puede ayudar a llevarnos al punto donde se entenderá que frases como «reacción al trauma», «dificultad de separación», «problemas de apego», «conflictos de identidad», «exclusión social» o «respuesta a la amenaza grave» se refieren a procesos similares para sobrevivir al impacto de los acontecimientos de la vida y sus adversidades. También debería haber espacio para conceptualizaciones como «crisis espiritual». Algunas personas usuarias desean reclamar la palabra «locura», como en el movimiento «Mad Pride», mientras que otras definitivamente no (Beresford et al., 2016).

Estos ejemplos no son conceptos psicológicos definidos con precisión (ni mucho menos médicos), pero esta es la situación; tal como hemos argumentado, los patrones de respuestas humanas a la adversidad no encajan, ni pueden encajar, en categorías estrictamente reguladas. Aunque deseemos formas concisas para expresar las respuestas de las personas que se enfrentan a las adversidades, en realidad se describen mejor mediante «conceptos difusos» – en términos filosóficos, se trata de categorías abiertas, inexactas y aun así útiles y significativas dentro de su contexto, como lo son muchos ejemplos de lenguaje cotidiano (Haack, 1996). Curiosamente, la existencia de versiones ordinarias del lenguaje psiquiátrico, como «estrés» o «crisis nerviosa», sugiere que los términos generales o los conceptos difusos como «crisis emocional o psicológica» podrían servir como sustitutos aceptables para los términos pseudomédicos actuales (Barke et al., 2000).

Sin duda se objetará que estas no son categorías precisas, pero tampoco lo son las que se sustituyen. La pregunta crucial es si son lo suficientemente precisas para los fines deseados. Está claro que pueden serlo – y, además, sin acarrear las muchas desventajas de los diagnósticos y la identidad de «enfermos mentales».

Un problema fundamental es el fracaso a la hora de encontrar un punto medio a lo que se ha llamado la dicotomía «cerebro o culpa» (Boyle, 2013). Dicho de otro modo, «como sociedad, parece que nos cuesta encontrar un término medio entre «tienes una enfermedad física y, por lo tanto, tu sufrimiento es real y nadie tiene la culpa» y «tus dificultades son imaginarias y/o la culpa es tuya o de otra persona y, por lo tanto, tienes que esforzarte y cambiar» (Johnstone, 2014, p.2). Es necesario, de forma urgente, informar en salud pública acerca de las limitaciones de los modelos actuales. Para recoger lo que ya se dijo en la Introducción, el marco PAS ofrece recursos para evitar esta trampa, mediante la construcción de historias no diagnósticas, que no culpan y que desmitifican, sobre la fortaleza y la supervivencia. Haciendo esto se abre la posibilidad de sustituir los diagnósticos por un abanico de descripciones de estas experiencias humanas universales en un lenguaje ordinario.

Conclusiones

Las ideas expuestas en este proyecto se explican, necesaria y principalmente, a nivel teórico, y se necesita mucho más trabajo para el traslado del marco conceptual a la práctica. Nuestro equipo agradece los comentarios y sugerencias realizados para adaptar y mejorar el proyecto y reconoce que en la actualidad el trabajo en desarrollo se encuentra en una etapa inicial.

Con el transcurso del tiempo, el objetivo es convertir el Marco PAS en un recurso a disposición del público, mediante el desarrollo de versiones y materiales accesibles, que apoyen a todos los campos, tanto el profesional, como el cuidador, el de las personas usuarias y supervivientes y a cualquier persona que sufra o trabaje con el sufrimiento emocional. Al mismo tiempo, los Apéndices brindan algunos ejemplos sobre el funcionamiento de las alternativas no diagnósticas y algunas sugerencias y recursos para la posterior aplicación de las ideas y principios del Marco PAS. Además, el Capítulo 8 del documento principal suministra una visión general detallada y un esbozo de las implicaciones del Marco relacionadas con: 1. La política de salud pública; 2. La política de salud mental; 3. Los principios de los servicios; 4. El diseño de los servicios, su puesta en marcha y los resultados; 5. El acceso a la asistencia social, la vivienda y las prestaciones sociales; 6. Las intervenciones terapéuticas; 7. El sistema legal; 8. La investigación.

Finalmente, es importante resaltar estos puntos:

- El propósito principal del Marco PAS es diseñar un recurso conceptual e intelectual que nos lleve más allá del pensamiento y de la práctica diagnóstica y medicalizada en referencia al sufrimiento emocional, las experiencias inusuales y el comportamiento problemático o perturbador.
- El Marco PAS no depende de ninguna orientación teórica. Al contrario, se elabora con evidencias y principios generales para definir una perspectiva básicamente distinta, con el potencial de enriquecer la teoría y la práctica actual y, también, sugerir nuevas formas de avanzar.
- No se pueden sustituir, una a una, las categorías o la terminología psiquiátrica existente. El marco PAS sugiere un cambio de pensamiento más fundamental, que plantea un reto a todos los aspectos de la práctica y la teoría en los que se basan los diagnósticos actuales y trasciende las fronteras entre lo «normal» y lo «anormal».
- Los Patrones Generales sugeridos son provisionales e incompletos, e inevitablemente se modificarán en respuesta a nuevas investigaciones y pruebas basadas en la práctica.
- Un objetivo principal del Marco PAS es reestablecer los aspectos que quedan marginados y oscurecidos mediante la práctica actual basada en el diagnóstico: la actividad del poder, las relaciones entre las amenazas y las respuestas a las amenazas, los contextos sociales, políticos y culturales más extensos y la creación de significado y la agencialidad de quienes luchan para sobrevivir, dentro de su persona corporalizada y en sus entornos sociales, socioeconómicos y materiales.
- Las narrativas, en su sentido más amplio, pueden brindar y en muchos entornos y culturas ya lo hacen, una alternativa valiosa y plena de significado al diagnóstico psiquiátrico. El Marco PAS ofrece formas que apoyan la construcción y la co-construcción de narrativas, de manera conceptual, empírica y práctica, tanto dentro como fuera de los dispositivos asistenciales.

Apéndices

Los Apéndices se han recopilado con el doble objetivo de demostrar que los enfoques no diagnósticos ya se están aplicando con éxito, tanto dentro como fuera de los servicios oficiales; y para sugerir formas de continuar integrando las ideas y los principios que sustentan el Marco PAS. Como ya se indicó, el mismo Marco PAS se considera un recurso conceptual que puede usarse como una base que cubre una amplia gama de iniciativas en los servicios, en el apoyo entre pares, en la autoayuda, en la investigación, en la participación pública y en las iniciativas políticas.

El Apéndice 1 es una guía breve de cómo se puede usar el Marco PAS en el trabajo directo con la persona, en el apoyo entre pares, o en los contextos de autoayuda. Se ha diseñado como una base que muestra, a las personas con experiencias de sufrimiento, las ideas que sustentan el Marco PAS, para ayudarles a reflexionar sobre sus propias vidas y sus experiencias desde esta perspectiva. El material no está protegido por derechos de autor y el equipo del proyecto anima a las personas a usarlo y adaptarlo a sus propios contextos.

El debate guiado en el Apéndice 1 incluye una plantilla. Entre las plantillas existentes que proceden de una perspectiva similar se encuentran las de Hagan y Smail's Powermapping (Hagan y Smail, 1997a, 1997b) y el «Map of social inequalities» de McClelland – Mapa de las desigualdades sociales (McClelland, 2013). Hagan y Gregory (2001) desarrollaron una versión que apoya el trabajo en grupo con mujeres supervivientes de abuso sexual.

Los apéndices 2-14 relatan una serie de ejemplos de trabajo que no se basan en la perspectiva diagnóstica. Los ejemplos 2-10 se implementan dentro de los servicios oficiales y, por ello, ilustran los intentos para trabajar junto a los sistemas existentes, o de modificarlos y adaptarlos. Los ejemplos 11-14 se desarrollan al margen de los servicios y, por esa razón, han tenido más libertad para poner en funcionamiento enfoques innovadores no médicos.

Clase	Apéndice nº	Título
Marco	1	Una guía breve para usar el Marco PAS como apoyo a las narrativas
Ejemplos de buenas prácticas	2	Formación en el trauma complejo para IAPT
	3	El modelo orientado a resultados CAMHS
	4	La formulación en equipo
	5	Trabajo grupal para mujeres supervivientes de abuso
	6	Programas y trayectorias en la clínica forense
	7	Programas y trayectorias en los servicios informados sobre el trauma en AMH
	8	El trabajo basado en la formulación en Oriente Medio
	9	Las perspectivas narrativas
	10	El Diálogo Abierto
	11	The Hearing Voices Network – La red de escuchadores de voces
	12	Leeds survivor led crisis service
	13	Sharing Voices Bradford
	14	MAC-UK

Apéndice 1

Una guía breve para usar el Marco PAS como apoyo a las narrativas

Estas sugerencias y preguntas se han adaptado de las que se usaron en el proyecto del grupo de usuarios consultado. Se ofrecen como un modo posible para comenzar la reflexión y el debate sobre la forma de aplicar el Marco PAS en un contexto individual, en uno de apoyo mutuo, o entre personas usuarias y profesionales. La misma estructura se puede adaptar al trabajo con la familia o en un grupo, o en la formación del personal, en el asesoramiento, la supervisión o en la formulación en equipo. Es mejor usarlo junto a un material educativo, relacionado con el impacto de los diversos tipos de amenaza en la mente, el cerebro y el cuerpo, como el <http://cwmtaf.wales/services/mental-health/stabilisation-pack/>. También puede ser útil usar la plantilla «Identidades» (ver al final de este apéndice) como punto de partida. Finalmente, está la opción de comparar la historia emergente con los patrones más amplios, descritos en «Patrones generales provisionales». Esto puede ayudar a proporcionar validación y confianza y, también, a situar las historias dentro de un contexto social más amplio.

Las sugerencias y preguntas que siguen están muy abiertas a su desarrollo y adaptación. El equipo del proyecto agradece los comentarios, especialmente los de aquellas personas que trabajan en los ámbitos de niños y adolescentes o en los entornos de las discapacidades intelectuales, donde seguramente se necesitarán modificaciones.

El Marco de Poder, Amenaza y Significado: Debate guiado

«¿Qué te ha pasado?» (¿Cómo está actuando el **Poder** en tu vida?)

«¿Cómo te afectó?» (¿Qué tipo de **Amenaza** supuso?)

«¿Qué sentido le diste?» (¿Cuál es el **Significado** de estas situaciones y experiencias para ti?)

«¿Qué hiciste para sobrevivir?» (¿Qué tipo de **Respuesta a la Amenaza** estás usando?)

«¿Cuáles son tus fortalezas?» (¿Qué acceso a los **recursos de Poder** tienes?)

«¿Cuál es tu historia?» (¿Cómo encaja todo esto?)

Introducción al debate

El Marco PAS es una forma alternativa de entender por qué las personas a veces experimentan todo un abanico de formas de sufrimiento, confusión, miedo y desesperanza, desde un grado leve a uno grave. A menudo estas se denominan como «enfermedad mental». El Marco PAS se basa en una gran cantidad de evidencia que sugiere que cuando se conoce lo suficiente sobre las relaciones de las personas, las situaciones sociales, las historias de vida y las luchas que han enfrentado o siguen enfrentando, es posible dar sentido a estas experiencias. Cuando también se tiene en cuenta sus fortalezas y sus apoyos podemos ser capaces de encontrar nuevas formas de avanzar.

El Marco PAS se basa en las cuatro primeras preguntas mencionadas antes. La quinta pregunta se centra en las habilidades, fortalezas y apoyos. Las respuestas a todas las preguntas se pueden resumir como una narración o historia personal (que a veces se llama «formulación» en los servicios).

Plantilla del marco de poder, amenaza y significado

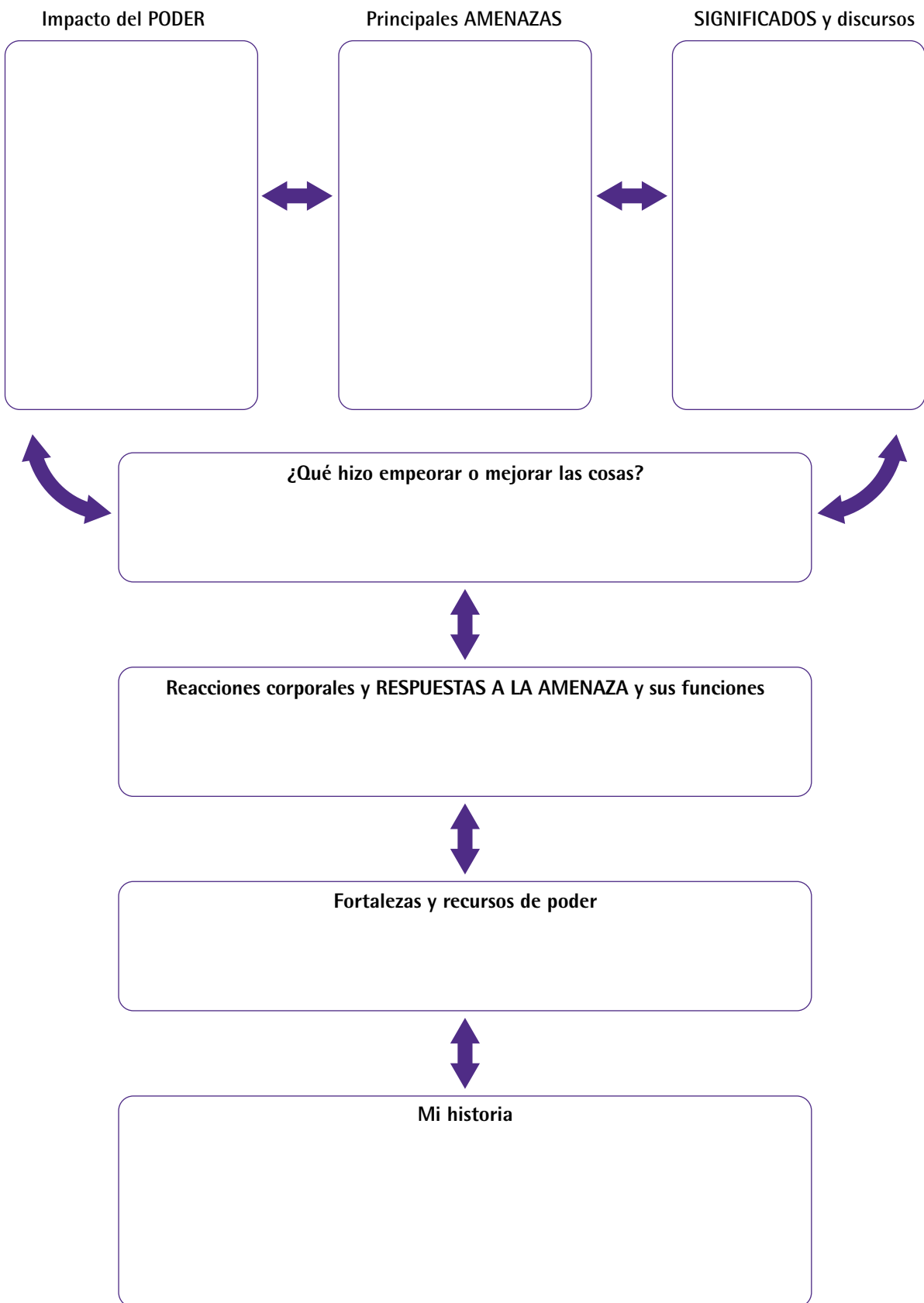


Figura 1: Plantilla de Poder, amenaza y significado

Las siguientes preguntas son un punto de partida para la reflexión, ya sea por cuenta propia o con el apoyo de un amigo, un par o un profesional, sobre cómo todo esto se puede aplicar a usted o a su familia, grupo o red social. Ya que las preguntas están estrechamente relacionadas entre sí, las respuestas pueden solaparse. Por ejemplo, hablar sobre la forma en la que el Poder ha influido en su vida, probablemente lleve a mencionar algunas de las Amenazas ocurridas y, quizás también, algunas de las formas en las que le han afectado esas Amenazas y cómo las afronta. Puede resultar útil el anotar estos pensamientos en las casillas correspondientes de la plantilla, a medida que surjan, en lugar de seguir el orden de las preguntas de una forma demasiado rígida.

No hay una forma correcta o incorrecta de usar las preguntas y la plantilla. La mayoría de las personas necesitarán asumir este proceso por etapas. Es posible que quieran volver y añadir nuevos pensamientos e ideas a lo largo del tiempo.

La primera parte del debate guiado invita a pensar sobre las diferentes formas en las que el Poder ha afectado a la persona. Seguidamente, se describen los diversos tipos de Poder. Podría anotar ejemplos de cómo esto se puede aplicar a la persona y su vida.

PODER

«¿Qué te ha pasado?» (¿Cómo está actuando el Poder en tu vida?)

El «Poder» puede tener varios significados. En general, significa la posibilidad de obtener ventajas o privilegios, de organizar las cosas según los propios intereses; o poder obtener ventajas o privilegios para otros y para arreglar las cosas de un modo que dé satisfacción a los intereses propios.

El Poder puede operar a través de nuestros socios, familias, amigos, comunidades, escuelas, trabajo, servicios de salud, la política, el gobierno y los medios. El Poder se puede usar negativamente; por ejemplo, cuando las personas son dañadas, excluidas o silenciadas por otros. También se puede usar de manera positiva, como cuando otros nos protegen y nos cuidan.

Hay una gran cantidad de evidencia de que el uso negativo del poder, tanto en el pasado como en el presente, puede desencadenar problemas de salud mental. También hay evidencia de que podemos recibir ayuda y protección mediante un poder positivo y solidario. A continuación, se muestran ejemplos de los diversos tipos de poder y de los acontecimientos y circunstancias difíciles a los que puede conducir. Tal vez algunos de ellos se apliquen a la persona.

El poder biológico o corporalizado se refiere a nuestros cuerpos y a las características físicas. Por ejemplo, uno puede disfrutar de tener fuerza, salud física, apariencia atractiva, habilidad en los deportes, etc. Por otro lado, podemos experimentar limitaciones físicas, como dolor, enfermedad, daño cerebral, deformidad o discapacidad.

Poder coercitivo o poder mediante el uso de la fuerza. El poder coercitivo comprende el uso de la agresión, la violencia o la intimidación para obligar a que alguien haga cosas que no desea, para asustarle o controlarle. Los ejemplos incluyen el maltrato en la infancia, el acoso en la escuela, el abuso doméstico, las intervenciones psiquiátricas involuntarias, o sufrir un robo o un ataque. En una escala superior el poder mediante la fuerza se manifiesta en los barrios inseguros, en la violencia sistemática contra ciertos grupos de personas, en los conflictos políticos y en las guerras. Cuando se usa de manera positiva, el poder coercitivo puede protegernos de las amenazas y peligros.

Poder legal. La ley es necesaria para poder vivir en una sociedad justa y pacífica, para proteger nuestros derechos. También se utiliza la ley para enjuiciar y encarcelar a las personas o para restringir su libertad, al objeto de proteger al resto de la sociedad. Por otro lado, el internamiento

o la coacción bajo la Ley de Salud Mental puede resultar perjudicial y en ocasiones la ley fracasa al juzgar a alguien que ha hecho daño y en conceder los mismos derechos a ciertas personas o grupos sociales. El sistema de protección social tiene el respaldo del poder legal y de ese modo las personas pueden obtener las prestaciones a las que tienen derecho. Sin embargo, la ley también se puede usar para imponer políticas injustas o que perjudican a las personas vulnerables.

Poder económico y material. Tener el suficiente dinero para subsistir, tener una vivienda digna en condiciones y poder alimentarse adecuadamente resulta esencial para nuestro bienestar. Además, hace que resulte más fácil escapar de, o cambiar, las cosas con las que no estamos contentos, proteger a nuestras familias y acceder a la ayuda y el apoyo cuando se necesita. A veces, nuestra seguridad financiera se pone en riesgo debido a otras personas, como nuestros padres, socios, propietarios, funcionarios públicos o empleadores, que pueden tener el control de nuestra economía, ingresos, viviendas y propiedades. Los sistemas de protección social y de, forma más amplia, las políticas y las estructuras sociales y económicas también pueden crear y mantener la pobreza y la desigualdad.

El capital social o cultural se refiere al hecho de tener, o no, acceso a las oportunidades socialmente valoradas de educación, capacitación laboral y ocio. También se refiere a si tenemos, o sabemos cómo conseguir, el conocimiento y la información necesaria para vivir la vida que deseamos y de beneficiarnos de las conexiones sociales y conseguir un sentido de confianza social y pertenencia en la sociedad que vivimos. Todos estos beneficios pueden transmitirse a las futuras generaciones. Sin ellos podemos sentirnos excluidos o pensar que no nos merecemos diversas formas de influencia y oportunidades, como son los puestos de trabajo, la educación, la atención sanitaria, etc.

Poder interpersonal – Todos los demás tipos de poder pueden operar mediante las relaciones interpersonales. Además, nuestras relaciones brindan importantes fuentes de seguridad, apoyo, protección, validación, amor y conexión. Esto ayuda a construir un sentido de identidad sobre quiénes somos como individuos y, también, de forma más amplia, en la familia, en las redes sociales y en la comunidad. Las relaciones con otros, incluyendo a los familiares, colegas, profesorado, amistades, vecinos/as, contratantes, personal sanitario y funcionariado público también pueden tener aspectos negativos, como la falta de atención, la intimidación, el abuso, el abandono, la invalidación, la vergüenza, la humillación, la discriminación, etc. Estas experiencias pueden causar un impacto negativo en cualquiera y en la percepción de cada cual y nuestras identidades, especialmente si ocurren en la infancia.

Poder ideológico. Eso significa poder sobre el significado, el lenguaje y las «prioridades». Este consiste en una de las formas de poder menos evidentes, pero más importantes, ya que hace referencia a nuestra forma de pensar y en las creencias. Los mensajes ideológicos, o las formas de vernos a nosotros mismos y al mundo, pueden tener sus orígenes en una amplia gama de fuentes. Algunos ejemplos son los padres y madres, las redes sociales, las escuelas, los anuncios publicitarios, el personal sanitario, las figuras políticas y otras figuras públicas y, también, los mensajes de los medios de comunicación, Internet y las redes sociales. Independientemente de si estos mensajes son positivos o negativos, resultan sumamente influyentes y pueden ser muy difíciles de cuestionar, debido en parte a que la mayoría de las veces se asumen como normales e incuestionables. Entre los poderes ideológicos se incluyen:

- El poder de generar creencias o estereotipos sobre un grupo concreto. Nuestro sentido de identidad se basa, en parte, en diversas identidades sociales – como, por ejemplo, en nuestra identidad como mujeres, hombres, trans, negros o minorías étnicas, personas mayores, personas con problemas de salud mental o discapacidad intelectual o física y así sucesivamente. También podemos ser identificados como miembros de un subgrupo, como personas que reciben prestaciones sociales, o como familias monoparentales. Todas estas identidades superpuestas pueden tener aspectos que pueden ser positivos o negativos.

- El poder de incidir sobre las personas, directa o indirectamente, acerca de cómo deben pensar, sentir, considerarse y comportarse para ser aceptados como miembros de un grupo o en la sociedad. Esto puede comprender casi todo, desde el tamaño y la apariencia física «correcta» hasta el estilo de vida «correcto», la forma correcta de educar a los niños, la expresión sexual o las creencias religiosas, etc. Cuanto más no alejemos de estos estándares, más difícil será desarrollar un sentido de confianza y autoestima.
- El poder de acallar o descalificar a una persona y/o a su grupo social, por ejemplo, mediante críticas, banalización, descalificaciones, tergiversación deliberada de sus puntos de vista, intimidación o, a veces, etiquetándole como «enfermo/a mental». Esto puede ocurrir en el contacto directo con otros, o indirectamente, a través de fuentes como el sistema legal y los medios de comunicación.
- El poder de interpretar sus experiencias, su comportamiento y sus sentimientos, y diciéndole lo que significan. Idealmente, los niños y niñas son guiados para que desarrollen su propia comprensión y sus creencias y valores. Como adultos, podemos conseguir el apoyo de otras personas que comparten nuestras creencias y visiones del mundo. Por otro lado, tanto los niños y niñas como las personas adultas pueden tener que enfrentar el silenciamiento, la invalidación e incluso se les puede imponer puntos de vista y sentimientos. Un ejemplo se puede encontrar cuando se les dice a las personas que sus experiencias de sufrimiento son debidas a una «enfermedad mental», incluso aunque no estén de acuerdo con ello. Este tipo de Poder puede operar a través de muchas fuentes, incluyendo el material educativo y las redes sociales.

Es casi seguro que usted tendrá algunas ideas sobre cómo las diversas formas de poder le han afectado. Las siguientes preguntas le ayudarán a reflexionar sobre ellos más detalladamente.

AMENAZA

«¿Cómo te afectó?» (¿Qué tipo de amenaza supuso?)

Cuando el poder se utiliza de forma negativa puede provocar situaciones o retos muy difíciles y amenazantes. Ahora se presentarán algunos ejemplos que le ayudarán a pensar sobre las posibles amenazas que ha podido encontrar:

Relaciones: Pueden incluir a los padres y madres, las parejas, a otros familiares, amistades, los compañeros y compañeras, el profesorado, el personal de salud mental y muchas otras personas. Como se explicó antes, las amenazas en el ámbito de las relaciones pueden incluir el abandono, el rechazo o la pérdida de los seres queridos o de las personas de las que se depende; el ser víctima o testigo de violencia doméstica o acoso escolar; el ser descalificado o despreciado mediante crítica, hostilidad, humillación, descalificación de sus pensamientos o creencias; las comunicaciones confusas; la imposición de puntos de vista y significados por otras personas con los que no se está de acuerdo; la falta de amor, cuidado y protección; el abuso sexual, físico o emocional; el abandono emocional, físico o material; y el trauma intergeneracional heredado de los padres, madres u otros familiares.

Emocional: Cuando las personas encaran las amenazas, pueden sentirse inseguras y emocionalmente sobrepasadas y tener una gama amplia de sentimientos muy difíciles de gestionar.

Social y comunitario: En el centro de trabajo, las personas pueden tener que afrontar el aislamiento, la exclusión, la hostilidad, el acoso, las agresiones sexuales, la discriminación y la pérdida del puesto de trabajo, etc.

Económico y material: Incluye la pobreza, la ausencia de vivienda, el no poder cubrir las necesidades mínimas o el acceso a servicios básicos para uno mismo o para quienes dependen de uno.

Entorno ambiental: Las personas pueden vivir, o haber vivido, en situaciones de pobreza o inseguridad, ya sea en su propio hogar o en zonas castigadas por la pobreza o la guerra. Pueden haber perdido el contacto con la comunidad, país de origen o su tierra.

Corporal: Puede incluir la mala salud, el dolor crónico, la discapacidad, las lesiones, el daño cerebral u otras limitaciones funcionales, daño físico, hambre, agotamiento, haber sido agredido/a o abusado/a.

Identidad: Incluye la ausencia de apoyo para desarrollar sus propias creencias, valores y la identidad; la pérdida del estatus social; la pérdida de identidad social, cultural o religiosa, por ejemplo al ser padre, madre o miembro de un grupo social o étnico determinado. Sin ese apoyo, las personas y su grupo social se pueden sentir avergonzadas o devaluadas.

Basada en los valores: Incluye pérdida de los propósitos, valores, creencias y significados vitales; pérdida de historias, cultura, rituales y prácticas en la comunidad.

Construcción de conocimiento y significado: Algunos tipos de poder ideológico y, en ciertas personas, pueden limitar la oportunidad, el apoyo o los recursos sociales necesarios para cuestionar o dar significado a sus propias experiencias. Por ejemplo, Internet da acceso a una gran cantidad de información, pero ésta puede encontrarse manipulada para mostrar ciertas visiones, a la vez que suprime otras. El conocimiento, los estilos de comprensión, o las creencias de las personas pueden debilitarse debido a la asimetría de poder en las relaciones respecto a uno mismo y los demás. En el campo de la salud mental, las ideas y significados de la corriente dominante se pueden promover o imponer por la familia, el personal de salud mental, el ámbito académico, las figuras mediáticas, el personal de investigación y otras personas. Lo que hace difícil conseguir información acerca de las visiones alternativas en salud mental. Estas situaciones se pueden aplicar a colectivos (como las mujeres o los/las «enfermos/as mentales»), así como a individuos particulares (p. ej., personas etiquetadas como «sin estudios» o con «falta de conciencia»).

Circunstancias que dificultan o facilitan la supervivencia a las amenazas

Aquí se presentan algunas de las circunstancias que modulan el impacto de las situaciones muy difíciles. Puede que ya la haya considerado en las respuestas a las preguntas previas. Estas cuestiones pueden ayudar a pensar con más detalle sobre los aspectos de las amenazas que fueron especialmente difíciles y, también, sobre las formas de gestionarlas para sobrevivir a ellas.

- Si se sintió seguro/a, protegido/a y querido/a por sus padres y cuidadores durante su infancia.
- La edad que tenía cuando sufrió esos sucesos difíciles.
- Si la amenaza consistió en un acto deliberado realizado por otra persona.
- Si se sintió traicionado/a o abandonado/a por una persona o una organización.
- Si afrontó una o varias amenazas y si procedieron de una o varias personas.
- Si la amenaza(s) se produjo una sola vez o de forma repetida.
- Si la amenaza era predecible y cuánto control tuvo sobre ella.
- La gravedad de la amenaza(s) y si tuvo alguna forma de escapar.
- Si la amenaza consistió en una agresión física.
- Si las amenazas ocurrieron cercanas en el tiempo o a la vez.
- Si la amenaza(s) fue crónica y persistente (tanto del entorno o por personas concretas)
- Si supuso una amenaza al sentido de sí mismo (self) o a su forma de ser como persona.
- Si la amenaza procedió de alguien cercano o con el que tenía una relación emocional.
- Si tuvo en quien confiar sobre las amenazas, a alguien que le creyera y protegiera.

Al pensar sobre sus amenazas, probablemente se haya dado cuenta de lo que significaron para usted. Por ejemplo, puede haber sentido miedo o vergüenza. Los siguientes apartados le ayudarán a ahondar de forma más detallada.

SIGNIFICADO

«¿Qué significado le dio?» (¿Qué sentido tuvieron estas situaciones y experiencias para usted?)

Los significados, en este sentido, comprenden las creencias, los sentimientos y las reacciones corporales. Todos damos un significado a aquello que nos pasa. Habitualmente, aunque no siempre, somos conscientes de estos significados. A veces estos significados nos hacen sentir peor aún – por ejemplo «Todo fue mi culpa» o «No merezco ser amado/a» o «No se puede confiar en nadie». Aquí se proporciona una lista de significados que suelen ser relevantes para quienes han sufrido algún tipo de amenaza. Pueden aplicarse a usted en distintas situaciones o momentos. Quizás también desee pensar en los significados positivos que le han ayudado a salir adelante. Por ejemplo, las personas del pasado o del presente que le hayan ayudado a sentirse querido, valioso o protegido.

Cuadro 1: Significados.

Inseguro, atemorizado, agredido	Estar atrapado
Abandonado, rechazado	Derrotado
Desamparado, indefenso	Fracasado, inferior
Desesperanzado	Culpable, reprobable, responsable
Agredido	Traicionado
Controlado	Avergonzado, humillado
Emocionalmente sobrepasado	Sentido de injusticia, inequidad
Emocionalmente vacío	Sentido de falta de significado
Malo, indigno	Sucio, malvado.
Aislado, solo	Extraño, peligroso
Excluidos, ser raro	Diferente, «anormal»

Cuadro 2: Respuesta a las amenazas

Listo para «luchar» o atacar	Mantener creencias inusuales	Acumular, almacenar
Listo para «huir», escapar, buscar seguridad	Tener sensaciones visuales, olfativas y táctiles inusuales	Evitar o realizar un uso compulsivo de la sexualidad
Respuesta de congelamiento	Sensaciones físicas – tensión, mareos, dolor físico, tinnitus, sensaciones de calor o frío, cansancio, irritación de la piel, problemas gastrointestinales y muchas otras reacciones corporales.	Impulsividad
Hipervigilancia, respuestas de alarma, insomnio		Furia, rabia
Pánico, fobias		Agresión y violencia
Codificación de memoria fragmentada		Pensamientos y actos suicidas
Recuerdos reprimidos (amnesia)	Defensas emocionales: negar lo ocurrido, idealizar a las personas, etc.	Desconfiar de otros
Oír voces		Sentirse con derecho
Disociación (perder la noción del tiempo o del lugar; varios niveles de conciencia escindida)	Intelectualización (evitar sentimientos y sensaciones físicas)	Empatía disminuida
		Recelar
Despersonalización, desrealización	Problemas de atención o concentración	Evitar los desencadenantes de amenazas
Flashbacks	Imagen personal o sentido de sí mismo confuso o inestable	Esfuerzo, perfeccionismo, respuesta impetuosa
Pesadillas	Discurso y comunicación confusa	Usar sustancias, alcohol, fumar
Crisis pseudoepiléptica	Autolesión de varios tipos	Trabajar, hacer ejercicio en exceso, etc.
Embotamiento, aplanamiento, indiferencia emocional	Descuido de sí mismo	Abandonar la esperanza, pérdida de la fe en el mundo
Insensibilización corporal	Dieta, desnutrición	Estrategias relacionales: rechazar y mantener la distancia emocional; solicitar atención y vínculos; asumir el rol de cuidar; aislarse o evitar a otras personas; dominar, buscar el control sobre otras personas; etc.
Someterse, callarse	Atracones, comer en exceso	
Renunciar, «indefensión aprendida», ánimo bajo	Callarse	
Protestar, llorar, aferrarse	Duelo, afligido	
Pensamientos suspicaces	Culparse y castigarse	
Regresión emocional, retraerse	Odio al cuerpo	
Ánimo elevado o extremo; fluctuaciones rápidas del ánimo («desregulación emocional»)	Pensamientos intrusivos o compulsivos	Rumiar, reflexionar, anticipar, imaginar, interpretar, dar sentido
	Realizar rituales y otras «conductas destinadas a estar seguro»	

Como respuesta a las experiencias difíciles, es necesario hallar formas para afrontarlas y sobrevivir. Estas se pueden llamar «respuestas ante la amenaza». Las siguientes preguntas y cuestiones le ayudarán a reflexionar sobre las respuestas a las amenazas que se ajustan a su caso.

RESPUESTA A LAS AMENAZAS

«¿Qué hizo para sobrevivir?» (¿Qué tipo de respuesta a las amenazas está usando?)

Estas formas de reaccionar ante las amenazas a veces se denominan «síntomas», pero dentro del marco del PAS se consideran «respuestas a las amenazas». Son estrategias de supervivencia que fueron necesarias cuando ocurrió la(s) amenaza(s) y puede que todavía en alguna medida sean protectoras si la situación no ha cambiado. En otras palabras, hay una buena razón para que estén ahí. Estas razones pueden comprender: ayudar a gestionar los sentimientos abrumadores; protección contra el peligro físico; mantener un sentido de control; protegerse de una pérdida, daño, rechazo o abandono; buscar o aferrarse a relaciones seguras; aferrarse al sentido de sí mismo/a y de su identidad; encontrar un lugar dentro de los grupos sociales; satisfacer las necesidades emocionales; comunicar la necesidad de recibir cuidado y ayuda; y encontrar significado y propósito para su vida. Sin embargo, es posible que algunas de estas respuestas ante las amenazas ya no sean necesarias o útiles. De hecho, pueden estar causándole problemas por sí mismas.

Las respuestas a las amenazas se sitúan en una gama que va desde las reacciones corporales automáticas, como flashbacks o pánico o el impulso de atacar o huir ante el peligro, hasta estrategias más deliberadas, como restringir la alimentación, evitar las relaciones o consumir alcohol. Las experiencias inusuales como escuchar voces o tener fluctuaciones de ánimo o sentirse abrumado por pensamientos de suspicacia también se pueden considerar como respuestas a las amenazas. La lista en el Cuadro 2 puede ayudarle a identificar algunas de las reacciones más frecuentes o problemáticas ante la amenaza.

(Ver el Capítulo 6 del documento principal sobre las respuestas a las amenazas que pueden ser más características en la infancia, en las personas adultas con déficit cognitivo, en las personas con discapacidad intelectual y en las personas con dificultades neurológicas).

Sus respuestas a las cuestiones previas le habrán proporcionado algunas ideas sobre las fortalezas y recursos que le ayudaron a sobrevivir. Aquí se dan algunas sugerencias más.

FORTALEZAS

«¿Qué fortalezas tiene?» (¿Qué acceso tiene a los recursos de poder?)

Puede incluir a las personas que cuidan de usted, a los aspectos de su identidad que le hacen sentirse satisfecho/a, como las habilidades, las creencias, etc. Otras posibles fortalezas de su vida, ya sea pasada o presente, pueden ser:

- Relaciones tempranas de cariño y seguridad.
- El apoyo de los compañeros, familia y amistades. .
- El apoyo social y el sentido de pertenencia.
- Tener la posibilidad de disfrutar de oportunidades materiales, de ocio o educativas.
- Tener acceso a la información, el conocimiento o las perspectivas alternativas (por ejemplo, en salud mental).
- Los aspectos de la identidad positiva o socialmente valoradas.

- Las aptitudes o habilidades – como la inteligencia, el ingenio, la determinación, el talento.
- Los recursos corporales – imagen, fuerza, salud.
- El sistema de creencias – fe, valores comunitarios, etc.
- La practicas comunitarias o rituales.
- El contacto con la naturaleza.

Quizás desee pensar sobre algunas formas de construir en base a sus recursos o fortalezas:

- Gestionar sus emociones mediante revelar, expresar, procesar los sentimientos (p. ej., mediante la escritura, con la psicoterapia, las terapias corporales, al crear arte, los abordajes centrados en la compasión, con *mindfulness* o meditación).
- Autocuidados – p. ej., la nutrición, ejercicio, descanso o terapias alternativas.
- Al utilizar, o encontrar, relaciones personales para suministrar ayuda personal, protección o validación.
- Al encontrar roles sociales o actividades.
- Con otros ritos culturales, ceremonias o intervenciones.
- Al participar en campañas o activismo.
- Crear, o encontrar, nuevas narrativas, significados, creencias o valores.

¿Cuál es su historia?

Una vez que ha trabajado en todos los ejemplos propuestos, puede ser útil colocarlos juntos como una narración o una historia de su vida, con las dificultades que ha afrontado, los efectos que tuvieron en usted, todo lo que significó, las formas que lidió con dichas dificultades y las fortalezas que le permitieron sobrevivir. La historia nunca se acaba ni se completa, por lo que probablemente deseará volver a ella.

¿Tienen otras personas historias similares?

Del mismo modo que le ayuda a explorar su propia historia, el Sistema de Poder, Amenaza y Significado sintetiza los patrones comunes que se pueden encontrar en la historia de otros. Pueden denominarse Patrones Generales y están basados en una gran cantidad de evidencia en torno al impacto del poder, las amenazas y el significado y las respuestas ante la amenaza sobre la vida de las personas. A veces, saber que otras personas han pasado por algo parecido y han reaccionado de forma similar puede ayudar y tranquilizar. Los patrones generales se explican en el Marco de Poder, Amenaza y Significado. Los Patrones Generales se describen en www.bps.org.uk/PTM-Overview

Es importante señalar que:

- Los Patrones Generales no son meros sustitutos de los diagnósticos psiquiátricos concretos. Comprende todos los diagnósticos, pero también a personas sin diagnóstico alguno.
- A menudo no hay un encaje preciso de una persona concreta dentro de un Patrón General particular, sino que una misma persona se puede reconocer aspectos de su historia en varios patrones.
- Los Patrones Generales se sitúan en un continuo. Los efectos del poder y la amenaza sobre una misma persona dependen de muchos factores que agravan o mejoran el impacto. Algunas personas tendrán dificultades mínimas, mientras que otras tendrán problemas enormes.
- Los Patrones Generales se corregirán y modificarán con el tiempo a medida que surja más evidencia. En concreto, sabemos menos sobre los patrones típicos de las culturas y entornos no occidentales, tanto en el Reino Unido como en todo el mundo.

Identidades

El sentido de identidad de la persona moldea cada uno de los aspectos de la vida del individuo, así como su forma de responder ante las amenazas y las dificultades. Puede resultar útil pensar cómo le han influenciado diversos aspectos de su identidad. Es posible que lo hayan hecho de forma positiva, como haciéndole sentir seguro y formar parte de un grupo, pero también de formas negativas, como al ser un sujeto de discriminación. Quizás le resulte útil pensar sobre su etnia, clase social, edad, género, nacionalidad, orientación sexual, religión, discapacidad o al ser catalogado como «enfermo/a mental».

El ejemplo ficticio que se muestra en el siguiente diagrama muestra a una mujer joven, heterosexual y de clase trabajadora, que se vio implicada en un grave accidente de coche que le ha dejado parcialmente incapacitada. Superó algunas desventajas tempranas y construyó una carrera de éxito, pero ahora se encuentra de baja por enfermedad. Tiene flashbacks del accidente y, también, está lidiando con muchos cambios en su vida y sobre sus aspiraciones. En este momento se siente atrapada y desesperada por su futuro. Ha participado en un debate guiado en el marco PAS y se da cuenta de que sus reacciones se encuentran descritas en dos de los patrones generales: «Sobrevivir a la derrota, a sentirse atrapada, a la desconexión y a la pérdida» y «Sobrevivir a las amenazas únicas».



Apéndice 2

Formación en el Trauma Complejo para el IAPT: «Comprender, afrontar y conectar»

El servicio IAPT (*Improving Access to Psychological Therapies* – Mejorar el Acceso a las Terapias Psicológicas) de Hampshire, italk, realizó una auditoría sobre un grupo de pacientes que consiguieron una recuperación limitada con las intervenciones existentes y que fueron identificados con problemas derivados del trauma complejo. La *Strategic Health Authority* – Autoridad de la Estrategia de Salud–, Salud financió entonces un proyecto para brindar un servicio adaptado a este grupo. «Comprender, afrontar y conectar» (CCC – *Comprehend, Cope and Connect*) fue una iniciativa que desarrolló Isabel Clarke (2015) y se adoptó como un abordaje que incorpora el trauma pasado y los aspectos relacionales de la terapia mediante una formulación colaborativa, que facilita el impulso para aclarar los protocolos de tratamiento de los terapeutas del IAPT. Se está ensayando en cuatro centros de Hampshire, e incluye cuatro sesiones individuales, con formulación, una perspectiva transdiagnóstica y 12 sesiones de un curso grupal intensivo y una o dos sesiones de revisión individuales.

El modelo CCC (antes *Emotion Focused Formulation* – Formulación Focalizada en la Emoción, o EFFA) fue definido por Clarke (2008, 2009) y tuvo una primera evaluación del enfoque publicada por Durrant et al. (2007). Se trata de un abordaje flexible e intuitivo que se fundamenta en los siguientes principios:

- Comienza con una formulación colaborativa individual en vez de un diagnóstico.
- Reconoce que cuando la experiencia resulta insoportable para uno mismo, éste la afrontará – por ejemplo, aislándose, autolesionándose, bebiendo alcohol, etc.
- Las estrategias se pueden comprender y funcionan a corto plazo. La mayoría de ellas las usan todas las personas en alguna ocasión.
- Los traumas pasados y la manera en la que responde el cuerpo a las señales amenazantes y la disposición a actuar se combinan para activar círculos viciosos que atrapan al individuo.
- Una vez que la persona identifica estos círculos viciosos puede decidir romperlos. Es posible ayudar y proporcionar las habilidades necesarias para ayudarlo a ello.

El CCC brinda una comprensión compasiva de los problemas de las personas, junto a formas que les ayudan a avanzar, activando también la ayuda de los profesionales o del apoyo natural como los familiares y las amistades. Este modelo no se trata de otra psicoterapia, sino que es una integración de terapias cognitivo conductuales de tercera generación con los fundamentos teóricos de la ciencia cognitiva basada en el modelo de Subsistemas de Interrelación Cognitiva (ICS – *Interacting Cognitive Subsystems*) (Teasdale & Barnard, 1993). Por consiguiente, provee un abordaje terapéutico simplificado aplicable en todas las categorías diagnósticas. Se basa en la premisa de que todos los seres humanos, en todas las culturas, encuentran dificultades de cuando en cuando en sus relaciones (incluyendo en la relación consigo mismo/a), en las emociones y al tratar de adaptarse al mundo que les rodea. Esto se puede identificar en los modos del funcionamiento cerebral. Una parte de nuestro sistema cognitivo nos trasmite un sentido de autoconciencia personal y también la capacidad de realizar juicios precisos. La cultura occidental tiende a sobrevalorar este aspecto y da poca importancia a otro circuito cerebral que se implica en nuestras emociones y que hace posible la relación interna con nosotros mismos y con otras personas. El equilibrio crucial entre estos dos circuitos se mantiene mediante el estado de activación o «arousal»; el circuito por defecto, el

relacional, es más accesible en el momento de muy alta y muy baja activación. La alta activación se puede experimentar como emociones o alteraciones físicas y es precisamente este cambio en el estado de activación lo que regula las relaciones (ver Clarke 2008, 2009 para una exposición más detallada).

Desde esta perspectiva, nuestro propio ser se basa en la relación y sólo encontramos sentido en el contexto de una red de relaciones. La familia y las personas cercanas, de forma clara, resultan claves para ello, pero es extensible a una experiencia relacional más amplia y profunda, como la espiritual o religiosa. Al resaltar la primacía del aspecto emocional y relacional del ser humano, el CCC se coloca en sintonía con las culturas no occidentales. La experiencia y el sentimiento son el centro del enfoque y los «síntomas» se consideran como formas comprensibles, aunque en última instancia contraproducentes, para lidiar con un estado interno intolerable, que surge debido a las perturbaciones de la red de roles y relaciones que mantienen al individuo compacto y definido, que alteran las bases del self y/o la relación con uno mismo/a.

La formación

Algunos, dentro de este grupo de clientes con trauma complejo, por motivos de complejidad y riesgo, necesitan ser derivados a los servicios «Step 4 – Paso 4». Los servicios «IAPT Step 2 – IAPT Paso 2» (o en cualquier lugar donde se gestione la primera entrevista de valoración) necesitan las habilidades necesarias para identificar y gestionar las interacciones con este grupo de personas. La formación posterior enseña a los practicantes del «IAPT Step 3 – IAPT Paso 3» a reconocer, conectarse y a trabajar, sobre este grupo, con los que se puede realizar la intervención en Atención Primaria.

Se ofrecen 4 talleres de un día cada uno. Cada grupo de profesionales acude a tres de ellos.

Día 1. Se dedica al Paso 2: Desarrollar las habilidades necesarias para identificar y gestionar el trauma complejo cuando se presenta a una evaluación. Ser capaz de diferenciar los casos de trauma complejo apropiados para el Paso 3.

Día 2. Se dedica al Paso 3: Desarrollar las habilidades de identificación, motivación y conexión con las personas con trauma complejo y familiarizarse con la formulación centrada en la emoción.

Día 3: Se dedica al trabajo conjunto entre el Paso 2 y el Paso 3. Entender los retos que suponen la motivación y la alianza terapéutica implicados en el trabajo con este grupo de clientes, así como adquirir las habilidades necesarias para gestionar estos retos mediante la formulación individual.

Día 4. Se dedica al trabajo conjunto entre el Paso 2 y el Paso 3. Usar la formulación para encontrar el abordaje terapéutico más indicado para los pacientes concretos, así como introducir una gama de programas que incorporen las intervenciones ajustadas.

Esto prepara al personal para ofertar 4 sesiones de formulación individual, transdiagnóstica y centrada en la emoción y a 12 sesiones de un curso intensivo en grupo, al que sigue una o dos sesiones de revisión.

Este programa grupal se ha adoptado con entusiasmo en 4 áreas del Reino Unido y la impresión inicial de los y las profesionales y también de los usuarios y usuarias, con su feedback, resulta verdaderamente prometedor. Aún así, la recogida de datos ha sido más lenta debido a las presiones debidas a la puesta en funcionamiento (el servicio sólo ha superado con éxito un proceso de licitación). Actualmente se está preparando una evaluación completa del modelo en los servicios del IAPT en la Asistencia Primaria de Hampshire. Una vez se haya establecido adecuadamente su eficacia, podremos recomendar esta intervención no diagnóstica a una parte importante de los clientes del IAPT que han experimentado un trauma complejo, haciéndola mucho más accesible.

Referencias

- Clarke, I. (2008). Pioneering a cross-diagnostic approach founded in cognitive science. In I. Clarke & H. Wilson (Eds.), *Cognitive behavior therapy for acute inpatient mental health units: Working with clients, staff and the milieu* (pp.65–77). London: Routledge.
- Clarke, I. (2009). Coping with crisis and overwhelming affect: Employing coping mechanisms in the acute inpatient context. In A.M. Columbus (Ed.), *Coping mechanisms: Strategies and outcomes* (pp.111–129). *Advances in Psychology Research*, 63. Huntington, NY State: Nova Science Publishers Inc. Available at: http://www.isabelclarke.org/docs/Coping_Mechanisms.doc
- Clarke, I. (2015). The emotion focused formulation approach: Bridging individual and team formulation. *Clinical Psychology Forum*, 275, 28–32.
- Durrant, C., Clarke, I., Tolland, A. & Wilson, H. (2007). Designing a CBT service for an acute in-patient setting: A pilot evaluation study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 117–125.
- Teasdale, J.D. & Barnard, P.J. (1993). *Affect, cognition and change: Remodelling depressive thought*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.

Apéndice 3

Modelo Orientado a Resultados del CAMHS

El modelo Outcome-Oriented del CAMHS – Modelo Orientado a Resultados del CAMHS (*Child and Adolescent Mental Health Services*, CAMHS – Servicio de Salud Mental para la Infancia y la Adolescencia) se implementó y desarrolló por un equipo comunitario del CAMHS en Lincolnshire, bajo la dirección del Profesor Sami Timimi, durante un periodo de seis años (Timimi et al., 2013). El modelo se fundamenta en la comprensión de las evidencias que muestran las evaluaciones de los resultados clínicos en los servicios de salud mental y muestran que el asociar las categorías diagnósticas a los modelos de tratamiento conlleva un impacto irrelevante. Los resultados que consiguen las terapias en los estudios de hace 50 años son similares a los que se obtienen ahora. Además, parece haber pocas diferencias en relación a la efectividad entre las distintas «marcas» terapéuticas. Lo que parece ser importante dentro de las consultas es conseguir una alianza terapéutica con significado y los factores externos al tratamiento (las historias y los contextos de la vida real), como el estatus socioeconómico, la motivación, la disponibilidad de una red social y otros más, resultan ser los que contribuyen de forma más importante a los resultados.

El equipo comunitario del Servicio de Salud Mental para la Infancia y la Adolescencia (CAMHS) de Lincolnshire desarrolló un nuevo modelo de atención integral – el modelo del Servicio de Salud Mental para la Infancia y la Adolescencia Orientado a Resultados – que se edificó sobre los principios de la perspectiva del *Partners for Change Outcome Management Systems*, PCOMS – Colaboradores de los Sistemas de Gestión para el Cambio de Resultados (Duncan, 2012). Basados en principios opuestos al diagnóstico, a los de «fidelidad al modelo» que con demasiada frecuencia se imponen de una forma rígida, que aliena al personal clínico y que adolece de una base de evidencias creíbles (Bracken et al., 2012; Timimi, 2015a), este servicio se sustenta en la creencia de que en la interacción terapéutica debe primar la voz del paciente y considera que el sufrimiento mental forma parte de los dilemas y los retos humanos de estar vivo y cree que el cambio positivo resulta posible. El personal del servicio forma alianzas con el propósito de: (1) fortalecer los factores transteóricos que se implican en el éxito terapéutico – los llamados factores comunes del cambio; (2) usar las ideas y las preferencias del paciente para guiar la elección del enfoque; e (3) incluir en el trabajo terapéutico mediciones fiables y válidas de los resultados y la experiencia del paciente en la alianza de trabajo.

Forma parte del modelo conocer, mediante evaluaciones regulares, o incluso en cada sesión, el progreso de la persona (según lo perciben los propios jóvenes y/o sus padres y madres o cuidadores/as), junto a las evaluaciones de su experiencia del tratamiento. El modelo incluye la creación de espacios en los que se discuten los casos que no mejoran, al objeto de considerar un cambio de la perspectiva terapéutica o del profesional.

Dada la evidencia de que entre el 40% y el 85% de la variación de los resultados se debe a factores extra-terapéuticos, como el apoyo social, la salud mental de los padres, el estatus socioeconómico y la motivación (Duncan et al., 2010; Wampold, 2001), el trabajo individual específico es tan sólo una pequeña parte de lo que se ofrece. La mayoría de los clínicos también tienen que lidiar con las presiones del «sistema» alrededor del «paciente identificado».

Por tanto, el modelo OO-CAMHS también implica analizar el sistema en torno al joven y la propia dinámica del equipo. No es raro que haya una variedad de diferentes organizaciones involucradas (como la escuela, los servicios de apoyo escolar especializado, los servicios sociales, los consejeros para padres, etc.) en torno a los problemas de un joven y su familia, cuando se deriva a la persona

al CAMHS. Sin una coordinación debidamente adecuada con las otras entidades implicadas, la intervención consecuente del CAMHS puede verse comprometida. No sólo es posible que distintos profesionales realicen intervenciones similares y que, por tanto, dupliquen innecesariamente el trabajo, sino que también puede ocurrir que el joven y su familia lleguen a sentirse confusos y desamparados al recibir una ayuda contradictoria y el aumento de la profesionalización del problema. Por ello, antes de iniciar el tratamiento y durante el tratamiento, consideramos los factores externos, o el sistema, que rodean al paciente, para evitar el riesgo de obstaculizar el acceso de las personas a sus fortalezas y habilidades ya existentes, o de reforzar los sentimientos de vulnerabilidad y dificultad para el afrontamiento. Tratamos de evitar que más de una entidad trabaje a la vez en cualquier problema concreto. Utilizamos reuniones de «equipo» cuando una o más entidades están involucradas en el problema o asunto del paciente que ha sido derivado.

No es infrecuente que las entidades creen que un diagnóstico conduce a un tratamiento determinado que será efectivo y consideren el contexto más amplio como irrelevante en este proceso. La explicación de que el diagnóstico en psiquiatría simplemente describe un conjunto de conductas observadas y de experiencias declaradas, que aunque a menudo van juntas, no aclara la causa ni el tratamiento a utilizar, puede resultar útil (Timimi, 2013). Esto puede proporcionar posibilidades para edificar sobre las relaciones ya existentes, por ejemplo, con el personal de la asistencia y/o con los padres que le tutelan, que pueden haber sido soslayados, debido a la creencia equivocada de que sólo los profesionales especialmente formados saben cómo tratar los problemas de los y las jóvenes. Reducir al mínimo el número de profesionales implicados es frecuentemente más útil que aumentarlos. El paciente y su familia pueden ser el centro de los debates que informan a las principales partes implicadas de sus necesidades reales y que orientan las futuras aportaciones de las entidades.

El modelo OO-CAMHS se diseñó no sólo para apoyar a los pacientes jóvenes y a sus familias colocándoles en el centro de su propio cuidado sino también para alentar a los miembros del equipo a darse apoyo unos a otros. De esta forma, los profesionales también pueden establecer relaciones positivas que fomenten la ética en su vida laboral. Una buena terapia detecta los valores positivos, las fortalezas, la aceptación y las capacidades de sus pacientes. Los buenos equipos ven los valores positivos, las fortalezas, la aceptación y las capacidades de sus clínicos, apoyando y respetando su autonomía y la formación continuada.

En noviembre de 2010, el servicio ganó un premio del *East Midlands Regional Innovation Fund* – Fondo Regional de Innovación de East Midlands – para promover el desarrollo del modelo e implementarlo en todo el CAMHS de Lincolnshire. Desde entonces ha ganado varios premios, incluyendo el del equipo de CAMHS de Lincoln, donde se implementó principalmente, llegando a ser finalista en el *British Medical Association Mental Health Team* – Equipo de Salud Mental de la Asociación Médica Británica (BMA) – del año 2015. Desafortunadamente, el modelo OO-CAMHS se interrumpió en abril de 2016, cuando los directivos ordenaron la implementación de un determinado modelo asistencial (la terapia ajustada a las categorías diagnósticas específicas de acuerdo con el marco normativo nacional *Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies* (CYP-IAPT) – Mejora del Acceso de la Infancia y la Juventud a las Terapias Psicológicas (CYP-IAPT) (ver Timimi 2015a, 2015b, para una crítica del modelo CYP-IAPT). Cuando el OO-CAMHS fue suspendido, ya se había implementado en todos los equipos CAMHS de Lincolnshire. Tenemos una base de datos con resultados registrados de más de 4.000 casos dados de alta, en los que se registró una mejora significativa y/o una tasa de «recuperación» del 75%. En una revisión de los datos del equipo de Lincoln que compara el modelo previo al OO-CAMHS con los resultados dos años después de la implementación, encontramos que las tasas de «No acude» (DNA) habían disminuido significativamente, los resultados habían mejorado significativamente, el uso de fármacos disminuyó espectacularmente y la proporción de casos que habían estado abiertos

durante más de dos años se redujo del 34% al 18% disminuyendo la carga asistencial, e indica que hubo un mayor número de altas con éxito y menos pacientes llegaron a considerarse «crónicos».

Professor Sami Timimi, Psiquiatra Consultor de Infancia y Adolescencia Lincolnshire Partnership Foundation NHS Trust.

Referencias

- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S. et al. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201, 430–434.
- Duncan, B. (2012). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): The Heart and Soul of Change Project. *Canadian Psychologist*, 53, 93–104.
- Duncan, B., Miller, S., Wampold, B. & Hubble, M. (2010). *The heart and soul of change* (2nd edn.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Timimi, S. (2013). Non-diagnostic practice. *Context*, 127, 21–26.
- Timimi, S. (2015a). Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies: Inspiring innovation or more of the same? *Psychiatric Bulletin*, 39, 57–60.
- Timimi, S. (2015b). Update on the Improving Access to Psychological Therapies programme in England: Author's reply. *Psychiatric Bulletin*, 39, 252–253.
- Timimi, S., Tetley, D., Burgoine, W. & Walker, G. (2013). Outcome Orientated Child and Adolescent Mental Health Services (OO-CAMHS): A whole service model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18, 169–184.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Apéndice 4

Formulación en equipo

La formulación en equipo, el proceso mediante el cual un grupo o equipo de profesionales facilita el desarrollo de una formulación compartida o sugiere una hipótesis sobre las razones que muestran las dificultades que presenta una persona usuaria, es una práctica cada vez más frecuente en todas las especialidades (Johnstone, 2013). Si bien el uso más común se da ante las personas usuarias de servicios que se consideran más complejos o se han «atascado» (p. ej., Summers, 2006), algunos servicios han integrado la formulación individual y de equipo en todo el recorrido asistencial, asociada a la capacitación del personal y la documentación (Casares y Johnstone, 2015; Clarke, 2015; Dexter-Smith, 2015). La descripción de la práctica de la formulación en equipo en un contexto asistencial en personas adultas, personas mayores, discapacidad intelectual, salud, clínica forense y adolescentes, se puede encontrar en *Clinical Psychology Forum – Foro de Psicología Clínica* – de noviembre de 2015 (accesible en <https://shop.bps.org.uk/publications/publication-by-series/clinical-psychology-forum/clinicalpsychology-forum-no-275-november-2015-extended-edition.html>). Para la formulación en equipo en el trabajo de neuropsicología, ver Wilson et al. (2009).

Uno de los proyectos más veteranos es el de los servicios para personas mayores de *Tees Esk y Wear Valleys NHS Foundation Trust* (Dexter-Smith, 2015). La formulación individual y en equipo se usa en 11 equipos comunitarios y nueve plantas. Todo el personal recibe una formación obligatoria en formulación y hay un proceso reconocido para desarrollar habilidades para facilitar los encuentros de formulación (Marshall & Craven-Staines, 2015). Otro proyecto a gran escala cubre los servicios de agudos de AMH de *Southern Health NHS Foundation Trust*, donde la formación en *Emotion Focused Formulation Approach* – el Marco de Formulación Focalizada en las Emociones – no diagnóstica, se ha impartido a más de 200 empleados de todas las profesiones, incluyendo a gestores (Clarke, 2015). Ahora toda la Fundación usa un modelo basado en la formulación, que se fundamenta sobre la premisa de que los comportamientos que subyacen a todos los diagnósticos de salud mental se pueden entender. Esto permite seleccionar dentro de un «menú» de intervenciones iniciales, técnicas como el *mindfulness* u otras, para la gestión de la activación (arousal), que se enseñan en un Grupo de Habilidades en Regulación Emocional de 8 a 12 sesiones, que es el núcleo del programa. También se incorporan formas no estigmatizantes para entender las experiencias poco habituales como la escucha de voces. Cuando resulta apropiado, los usuarios de servicios pueden emprender a continuación un trabajo de procesamiento, más en profundidad, sobre el trauma.

Si bien la estructura y el modelo terapéutico varían de un servicio a otro, la mejor manera de entender la formulación en equipo es considerarla como una forma de consulta o supervisión del personal, donde la contratransferencia de los sentimientos de estar atascado, frustración o confusión, pueden ser un foco central. Como ocurre con otras formas de supervisión, puede que no sea apropiado o útil compartir el debate realizado con el usuario del servicio de forma completa, aunque un proceso paralelo de formulación uno a uno debería contribuir a la versión de equipo y viceversa. La formulación en equipo también puede resultar muy útil cuando el usuario se encuentra con demasiado sufrimiento como para hablar de su historia y su contexto personal. En estas situaciones, una formulación provisional puede ayudar a evitar un marco médico reduccionista, sirviendo de contención al equipo hasta que se pueda tener una imagen más clara del caso. Las perspectivas y la participación de las personas usuarias de los servicios pueden realizarse de diversas maneras, con un representante de los usuarios SU, (*Service User*, siglas de Usuario de

Servicios) en las reuniones de formulación; incluir a representantes de los usuarios (SU) en el grupo de formulación; realizar la formación conjunta con las personas usuarias (SU); y otras (ver ejemplos en el *Clinical Psychology Forum* (Foro de Psicología Clínica) de noviembre de 2015).

Hasta la fecha, el hallazgo de investigación que con más fuerza lo avala, es el entusiasmo del personal con esta forma de trabajar (Cole et al., 2015; Hollingworth & Johnstone, 2014; Unadkat et al., 2015). En las auditorías y evaluaciones a pequeña escala, el personal informa de una serie de beneficios, entre los que se incluyen una mayor comprensión y empatía, un trabajo en equipo más cohesionado y con más apoyo, una disminución de los desacuerdos en el equipo, una mejora en la actitud, planes de intervención más coherentes y con mayor esperanza en la posibilidad de la recuperación (resúmenes en Cole et al., 2015; DCP, 2011). Promover las reuniones de formulación en equipo es una tarea compleja y exigente y, como en cualquier enfoque, se puede hacer mal (Johnstone, 2013; Marshall & Craven-Staines, 2015). Sin embargo, en igualdad de condiciones, se puede esperar que estos beneficios se traduzcan en una práctica más compasiva y eficaz. Esto tiene el apoyo de la evidencia emergente acerca de que la formulación en equipo puede ayudar a disminuir el desgaste del personal y los incidentes con el «comportamiento desafiante» de las personas usuarias (Berry et al., 2009; Newman-Taylor & Sambrook, 2012); y puede dar lugar a una reducción significativa del sufrimiento de las personas usuarias de servicios, junto a un aumento considerable en la confianza en su capacidad de cuidar de cada cual. (Araci & Clarke, 2016). Se necesita más investigación sobre cómo las personas usuarias experimentan los efectos de este nuevo marco, consiguiendo resultados concretos, como la reducción de la necesidad de medicación e ingresos, mayor satisfacción de las personas usuarias de servicios, mayores tasas de recuperación, etc.

De particular relevancia para el Marco PAS es el uso de la formulación en equipo como una forma efectiva para cambiar la filosofía de trabajo hacia unas perspectivas más psicosociales, que proporcionan una estructura de contención y, dentro de la misma, puede ayudar al personal a reconocer el impacto causal de las adversidades sociales y relacionales (Clarke, 2015; Johnstone et al., 2015). La plantilla de profesionales han señalado que la formulación en equipo puede, sin desafiar directamente el modelo de diagnóstico, generar una erosión gradual del pensamiento médico reduccionista, a medida que el trauma, el abuso y la adversidad son temas que se pueden debatir más abiertamente, y que el impacto de las intervenciones coercitivas comienza a reconocerse, y el equipo se sofisticaba más al traducir los «síntomas» y las «enfermedades» a respuestas que se pueden comprender ante las distintas circunstancias de la vida (Dexter-Smith, 2015); Johnstone, 2013; Johnstone et al., 2015).

Referencias

- Araci, D. & Clarke, I. (2016). Investigating the efficacy of a whole team, psychologically informed, acute mental health service approach. *Journal of Mental Health*. doi:10.3109/09638237.2016.1139065
- Berry, K., Barrowclough, C. & Wearden, A. (2009). A pilot study investigating the use of psychological formulations to modify psychiatric staff perceptions of service users with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 39–48.
- Clarke, I. (2015). The Emotion Focused Formulation Approach: Bridging individual and team formulation. *Clinical Psychology Forum*, 275, 28–32.
- Cole, S., Wood, K. & Spendelov, J. (2015). Team formulation: A critical evaluation of current literature and future research directions. *Clinical Psychology Forum*, 275, 13–19.
- Dexter-Smith, S. (2015). Implementing psychological formulations service-wide. *Clinical Psychology Forum*, 275, 43–54.
- Division of Clinical Psychology (2011). *Good Practice Guidelines on the use of psychological formulation*. Leicester: British Psychological Society.
- Hollingworth, P. & Johnstone, L. (2014). Team formulation: What are the staff views? *Clinical Psychology Forum*, 257, 28–34.
- Johnstone, L. (2013). Using formulation in teams. In L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *Formulation in psychology and psychotherapy: Making sense of people's problems* (2nd edn., pp.216–242). London: Routledge.
- Johnstone, L., Durrant, C., James, L. et al. (2015). Team formulation developments in AMH services in South Wales. *Clinical Psychology Forum*, 275, 38–42.
- Marshall, J. & Craven-Staines, S. (2015). Developing the use of a formulation session reflection tool in mental health services for older people. *Clinical Psychology Forum*, 275, 69–74.
- Newman-Taylor, K. & Sambrook, S. (2012). CBT for culture change: Formulating teams to improve patient care. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 496–503.
- Summers, A. (2006). Psychological formulations in psychiatric care: Staff views on their impact. *Psychiatric Bulletin*, 30, 34–352.
- Unadkat, S.N., Irving Quinn, G., Jones, F. et al. (2015). Staff experiences of formulating within a team setting. *Clinical Psychology Forum*, 275, 85–88.
- Wilson, B.A., Gracey, F., Evans, J.J. & Bateman, A. (2009). *Neuropsychological rehabilitation: Theory, models, therapy and outcome*. Cambridge: Cambridge University Press.

Apéndice 5

Trabajo grupal para mujeres supervivientes de abuso

La Terapia de Grupo Centrada en el Trauma para mujeres supervivientes de abuso sexual en la infancia se oferta de forma continuada en las tres últimas décadas en Exeter, Devon. Los SAGE (*Sexual Abuse Groups Exeter* – Grupos sobre Abusos Sexuales de Exeter), grupos terapéuticos focalizados para procesar el trauma procedente de los abusos se fundamentan en teorías y terapias feministas (Brown 2004; Herman, 2001; Mendelsohn et al., 2011; Watson et al., 1996) y es una de las terapias psicológicas proporcionadas por los servicios de salud mental para personas adultas dentro del *Devon Partnership NHS Trust*. En las mujeres con problemas de salud mental graves y complejos, que son derivadas a los servicios de salud mental de personas adultas, se encuentra una elevada incidencia de abusos sexuales en la infancia. A estas mujeres se les ofrece, en primer lugar, una terapia individual centrada en el trauma, antes de facilitarles la incorporación a un grupo SAGE, en donde pueden relatar su experiencia de abuso en un entorno más seguro y comenzar a desarrollar las estrategias adecuadas para gestionar el sufrimiento. Los grupos les brindan la posibilidad de ser escuchadas y comprendidas, disminuyendo los sentimientos de vergüenza y aislamiento. Esta terapia de grupo centrada en el trauma se ha extendido recientemente a la *Cwm Taf Health Board* – Consejo de Salud de Cwm Taf – en Gales del Sur, bajo el nombre de SAFE (*Sexual Abuse: Freedom and Empowerment* – Abuso Sexual: Libertad y Empoderamiento) y en la actualidad se oferta a las mujeres que asisten a los servicios de salud mental para personas adultas, tanto en los primarios como en los secundarios, en las localidades de los cuatro valles de la zona sectorial.

Los grupos SAGE y SAFE están formados por un máximo de seis mujeres y son facilitados por dos trabajadoras formadas. Las sesiones, de dos horas y media de duración, tienen lugar a lo largo de 12 semanas, con revisiones al mes y a los seis meses. Cada mujer también tiene asignada a una «trabajadora de apoyo terapéutico individual» (ITSW: *individual therapy support worker*) que se reúne con ella semanalmente para ayudarla a elaborar el material que pueda surgir del grupo. Los facilitadores del grupo y los ITSWs reciben supervisión continuada y la estructura de apoyo tanto para las trabajadoras como para las asistentes al grupo hace que el intenso trabajo de procesamiento del trauma en los grupos se realice de manera segura y efectiva.

La terapia de grupo está reconocida como particularmente eficaz para ayudar a las mujeres cuando abordan algunos efectos del abuso sexual infantil, como los síntomas del trauma, el aislamiento, el estigma, la vergüenza, la autoculpabilización y la revictimización (Higgins Kessler et al., 2003; Walker & Rosen, 2004). En palabras de Judith Herman, el trabajo en grupo centrado en el trauma «infunde un sentido de pertenencia; si bien el trauma degrada a la víctima, el grupo la ensalza y donde el trauma deshumaniza a la víctima el grupo restaura la humanidad» (Herman, 2001, p.214). La empatía y la conexión mutua que surgen en los grupos ofrecen un foro muy poderoso donde las mujeres pueden romper el secreto, el aislamiento, la vergüenza y el silenciamiento del abuso. Los grupos legitiman el profundo sufrimiento y el daño del abuso sexual en la infancia y abren la posibilidad de expresar, con mayor seguridad, su dolor, la pérdida, la tristeza y la rabia de muy larga data. El sufrimiento que las mujeres experimentaron durante muchos años se hace comprensible como un efecto del abuso.

Las evaluaciones locales de los grupos SAGE y SAFE han identificado de forma consistente la disminución significativa en las mediciones de depresión, síntomas traumáticos, vergüenza, autolesiones, pensamientos suicidas, el uso de fármacos con receta y el abuso de alcohol y otras sustancias. El aumento correspondiente en las puntuaciones de autoestima se aprecia tras el grupo y se mantiene a los seis meses de seguimiento. Las respuestas cualitativas expresan comentarios como:

«Me sentí escuchada y reconfortada y el sentimiento de ser aceptada, a pesar de todo el abuso, es inmensamente profundo».

Los grupos SAGE y SAFE requieren un período intensivo, pero las evaluaciones locales demuestran que resultan rentables, al producir un ahorro en camas de hospitalización y una reducción del uso de los servicios de salud mental de segunda línea. Además, el personal de los equipos multidisciplinares (MDT: *MultiDisciplinary Team*) refiere que su participación es una experiencia altamente gratificante y que ha mejorado sus habilidades generales para el trabajo en los traumas. Los grupos contribuyen a integrar la reflexión basada en el trauma informado dentro del trabajo de los equipos multidisciplinares y propician otra serie de cambios, como la creación de un grupo de apoyo entre pares para supervivientes de abuso, con la posibilidad de que las mujeres que finalizaron sus grupos participen en la formación del personal. En Exeter, algunas de las antiguas participantes en el grupo han asumido funciones dentro del servicio SAGE.

El Pack de Estabilización

Formando parte del desarrollo de unos servicios formados en el trauma informado, los psicólogos y las psicólogas clínicas de los servicios de salud mental de personas adultas de Cwm Taf han elaborado lo que se denomina el «Pack de Estabilización», que consiste en una serie de recursos psicoeducativos para personas que han experimentado traumas complejos. El paquete está dividido en 14 folletos que explican cómo el trauma y la adversidad de cualquier tipo puede contribuir a una diversidad de problemas en las dificultades de salud mental, como oír voces, tener creencias inusuales, sufrir disociaciones, cambios de humor y autolesionarse, que se pueden considerar como consecuencias comprensibles y/o estrategias de supervivencia frente al trauma. Cada folleto brinda una comprensión alternativa al modelo biomédico, así como toda una serie de habilidades de afrontamiento, como las técnicas de tocar tierra¹⁶, habilidades para calmarse, distracción y planificar la crisis. El pack se ha elaborado como un curso de estabilización de ocho semanas y los datos obtenidos sobre sus resultados notifican una mejoría en las puntuaciones del cuestionario Core-34 y una disminución de los síntomas del trauma. La evaluación también muestra que el personal siente que el paquete ha aumentado su conocimiento y confianza en el trabajo sobre el trauma en la fase 1 y que se utiliza ampliamente dentro de los equipos de salud mental comunitarios de adultos (AMH Teams).

El pack de estabilización se encuentra disponible en: <http://cwmtaf.wales/services/mental-health/stabilisation-pack/>

Referencias

- Herman, J. (2001). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Brown, L.S. (2004). Feminist paradigms of trauma treatment. *Psychotherapy: Theory, Research Practice & Training*, 41, 464–471.
- Higgins Kessler, M.R., White, B.M. & Nelson, B.S. (2003). Group treatments for women sexually abused as children: A review of the literature and recommendations for future research. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1045–1061.
- Mendelsohn, M., Herman, J.L., Schatzow, E. et al. (2011). *The trauma recovery group: A guide for practitioners*. New York: Guilford Press.
- Walker, M. & Rosen, W. B. (2004). *How connections heal: Stories from relational cultural therapy*. New York: Guilford Press.
- Watson, G., Scott, C. & Ragalsky, S. (1996). Refusing to be marginalised: Groupwork in mental health services for women survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 6, 341–354.

¹⁶ Grounding, palabra utilizada en el texto original, se refiere a una serie de técnicas que tienen el propósito de centrarse en el presente más físico, llevando la atención a sensaciones corporales y ambientales más inmediatas, como por ejemplo notar como están los pies colocados sobre el suelo.

Apéndice 6

Trayectorias y programas en clínica forense

El «Programa para Trastorno de Personalidad en Delincuentes» (OPD – *Offender Personality Disorder*) es una estrategia nacional destinada a hombres y mujeres clasificados como de «alto riesgo» por el personal profesional que trabaja en los ámbitos de la justicia penal y que presentan los criterios para poder tener un diagnóstico de «trastorno de personalidad». El programa está bajo el Servicio Nacional de Salud inglés (NHS England) y el Servicio Nacional de Gestión de la Delincuencia (*National Offender Management Service*, NOMS), lo que significa que la salud y la libertad condicional se consideran conjuntamente ante el objetivo de mejorar la gestión de la justicia penal de este grupo de clientes. El programa dirigido a los OPD consta de una serie de distintos servicios en todo el país cuyos objetivos son: incrementar el bienestar psicológico de las personas usuarias de los servicios, aumentar la formación laboral de este grupo de clientes mediante el desarrollo de la oferta laboral y reducir la frecuencia y la gravedad de los delitos sexuales y violentos. El trabajo se basa en el principio de que la gestión del grupo de personas usuarias se realiza mejor dentro de los servicios de justicia penal. A pesar de la terminología oficial, que no forma parte de nuestra elección o preferencia, hay también un énfasis en la necesidad de la ayuda psicológica en la gestión de los casos y en la formulación. Por lo tanto, el programa brinda una oportunidad para retirar el énfasis sobre los diagnósticos y para reconocer la complejidad de los factores causales, a menudo asociados al trauma y que se vinculan con los actos delictivos.

A continuación, se muestra el trabajo de la *Yorkshire Humberside Personality Disorder Partnership* – Sociedad para Trastornos de la Personalidad de Yorkshire y Humber.

Aunque el programa está descrito en términos diagnósticos, los candidatos y candidatas al mismo no necesitan un diagnóstico formal y se pretende que el manejo del caso se dirija a través de formulaciones individualizadas. Por ello hemos utilizado el programa como una oportunidad para trabajar desde una perspectiva psicosocial y sistémica en un área que tradicionalmente ha estado dominada por un modelo médico individualizado y descontextualizado.

Nuestra conceptualización de los problemas asociados al diagnóstico de un trastorno de personalidad se basa en la comprensión de que:

- las personas a las que se les diagnostica un «trastorno de personalidad» no forman un grupo homogéneo;
- las reacciones y las conductas asociadas a esta etiqueta se pueden entender de forma principal como efectos de experiencias adversas en el desarrollo (Livesley, 2003);
- estas consecuencias a menudo incluyen dificultades significativas y duraderas con la identidad propia y las relaciones;
- estas dificultades surgen con frecuencia debido a la falta de oportunidades para desarrollar las capacidades de mentalización o de reflexión;
- los equipos que participan en el tratamiento se enfrentan a estados emocionales potentes y primitivos que surgen cuando se involucran en las relaciones de ayuda (Obholzer & Roberts, 1994), lo que significa que la asistencia, la gestión, o el tratamiento de personas con un diagnóstico de «trastorno de personalidad» puede resultar dañino o iatrogénico en sí mismo;
- se debe usar la perspectiva social más amplia posible (Pilgrim, 2001) para responder terapéuticamente a la infinidad de diferentes formas que las personas con este diagnóstico llegan a luchar dentro de sus vidas, circunstancias sociales, empleo, salud y bienestar.

El equipo está formado por psicólogos/as y psicoterapeutas, terapeutas ocupacionales y personal especializado en la gestión de delitos. Nuestro objetivo es, en términos generales, crear una forma de pensar (un sistema que pueda reflexionar sobre las mentes) mediante la consultoría y la formación, e implicar a las personas más relevantes en este proceso colaborativo. También ofertamos trabajo individual y grupal, psicoeducación y terapia ocupacional, con el objetivo general de estimular el compromiso, fomentar las relaciones de vinculación y crear las condiciones que puedan incrementar la reflexividad. La psicoeducación es una parte central de nuestros servicios de intervención intensiva y gestión de riesgos y, siempre que sea posible y adecuado, tratamos también de ayudar a las personas a pensar los orígenes de sus dificultades en el trauma temprano. Las opciones terapéuticas incluyen la terapia cognitiva centrada en esquemas y la terapia centrada en la compasión (CFT), realizadas en grupo o individualmente, así como un programa de Terapia Basada en la Mentalización (TMB) de un año de duración. Además, promovemos lo que denominamos PIPEs (*Psychologically Informed Planned Environments* – Entornos Planificados y Psicológicamente Informados) en los centros de libertad condicional.

Con frecuencia, el foco de nuestro trabajo no es un «tratamiento» en el sentido tradicional, ya que nuestros usuarios pueden no estar preparados para unirse a un encuadre de este tipo. Más bien, pueden necesitar que entendamos que han vivido – con frecuencia cada día de su vida – con odio, ira, hostilidad y violencia, dentro de un contexto social caótico, abusivo y explotador. Nuestra tarea es ayudarles a avanzar hacia una comprensión más compleja y profunda de sus propias motivaciones, emociones y comportamientos, así como las de las otras personas. Sin embargo, una gran parte de nuestro trabajo tiene que incluir también a aquellas personas que ya forman parte de sus vidas – las personas e instituciones con las que se relacionan. A la vez que pedimos a los clientes que tengan una comprensión más compleja de esas interacciones, también solicitamos a las instituciones y a los y las profesionales que hagan lo mismo. Creemos que muchos de los problemas asociados al diagnóstico de «trastorno de personalidad» implican una incapacidad de la institución para identificar y contener las reacciones emocionales, no sólo del cliente, sino también de la gente trabajadora. Por lo tanto, nuestro trabajo consiste en ayudar a los sistemas y a las instituciones a reflexionar también sobre sus propias formas de pensar, así como en las de las personas usuarias del servicio.

Este es un trabajo relativamente nuevo, pero ya hay indicios de que puede resultar útil para desarrollar habilidades en el trabajo con este grupo de clientes. Hay algunas pruebas de que los reingresos en prisión se gestionan mejor y disminuyen y que han mejorado las relaciones con las personas usuarias de los servicios.

Jo Ramsden, Consultora Psicóloga Clínica

Referencias

- Baker, V., Ramsden, J. & Wood, J. (2016). Psychology working in partnership with probation: Giving away the family silver? *Clinical Psychology Forum*, 268, 42–45.
- Livesley, W.J. (2003). *Practical management of personality disorder*. New York & London: Guilford Press.
- Obholzer, A. & Roberts, V.Z. (Eds.) (1994). *The unconscious at work: Individual and organizational stress in the human services*. London: Routledge.
- Pilgrim, D. (2001). Disordered personalities, disordered concepts. *Journal of Mental Health*, 10, 253–265.

Apéndice 7

Trayectorias y programas Informados sobre el Trauma en Salud Mental de Personas Adultas

La *NHS Foundation Trust* – Fundación del Servicio Nacional de Salud – de los valles de Tees, Esk y Wear (TEWV) provee muchos servicios de salud mental en el norte de Inglaterra, que presta asistencia a una población de dos millones de personas y tiene 6.700 empleados. La Fundación ha invertido recientemente en un Proyecto Asistencial Informado sobre el Trauma que pone en funcionamiento los recursos y las estructuras necesarias para abordar las necesidades asociadas al trauma en las personas que usan sus servicios. El proyecto surge de un desarrollo de éxito en un ensayo asistencial informado sobre el trauma dentro de un programa para personas adultas, de la psicóloga clínica y consultora Angela Kennedy como responsable del programa¹⁷.

El TEWV, como la mayoría de los servicios de Salud Mental de Personas Adultas en Inglaterra, usa programas o trayectorias para describir las estructuras, los sistemas de gestión y la toma de decisiones necesarios para ayudar en las necesidades de un grupo específico de clientes.

La mayoría de esas trayectorias se fundamentan en los diagnósticos. Sin embargo, al añadir un vínculo clínico a la trayectoria que se centra en el trauma, ahora se facilita una intervención concreta a quien la necesite, de forma independiente a su diagnóstico. El vínculo es un suplemento a otra asistencia y, en algunas personas, se puede convertir en el principal aspecto de la ayuda que reciben. Esto significa que, en el primer contacto, todas las personas usuarias del servicio pueden ser evaluadas en torno al trauma y se les ofertan intervenciones informadas sobre el trauma, como información, estabilización y terapia, si resulta apropiado. La formulación y la formulación en equipo se edifican sobre los procesos nucleares, además existe la opción de tener consultorías y supervisión especializadas.

El proyecto piloto de una planta de salud mental de personas adultas incluyó a todo el personal desde los médicos más veteranos a los auxiliares sanitarios. Hallaron que en tres cuartas partes de las personas ingresadas se podía vincular directamente el trauma a sus dificultades actuales. Mediante el apoyo y la formación, el personal de la sala se sintió capacitado para tener conversaciones con significado sobre el trauma y lo utilizó para mejorar los planes de asistencia basados en la formulación. Consiguieron implementar algunas habilidades básicas de *grounding* («tocar tierra») y de regulación emocional, con el efecto de reducir el uso de la medicación. En los casos complejos, el personal podía también solicitar una consultoría externa, lo que se evaluó como algo extremadamente útil.

Como consecuencia de este programa piloto de éxito, la perspectiva del trauma informado empezó a extenderse dentro del servicio, con los «promotores locales ante el trauma» facilitando la supervisión, el manejo y la implementación de la guía. La formación se realiza en equipo, ha sido acogida positivamente y la mayoría del personal ha comunicado que le resulta relevante para su trabajo y que aumentó su confianza. Los recursos incluyen folletos de información para los clientes, sus familias y personas cuidadoras; enlaces a recursos y resúmenes para el personal; un algoritmo de tratamiento; matrices de habilidades de asistencia; guías de buena práctica en la gestión del desvelamiento del trauma; información y detección de la disociación y cómo manejarla; un apartado para el bienestar del personal; y un marco para entender los temas asociados al

¹⁷ *Pathway Lead* en el original, equivale a directora del proceso.

riesgo. Los grupos de supervisión y la formación específica sobre el trauma brindan ayuda para que el equipo de terapeutas pueda afrontar los casos de trauma complejo. El TEWV ha contratado a personal experto por la experiencia, incluyendo a la activista y formadora Jacqui Dillon, para impartir o ayudar a realizar la formación.

La introducción de la perspectiva informada sobre el trauma no ha sido rápida o fácil y ha requerido mucho esfuerzo de planificación, paciencia y determinación para mantenerla en la agenda a pesar de los cambios organizativos, las fusiones y las prioridades con las que competía. Si bien la intención última es implementar la perspectiva en todos los servicios de ingresos y comunitarios, inevitablemente ha habido un avance mayor en unas áreas que en otras. Recientemente la Fundación se ha comprometido a desarrollar esta perspectiva en todas las especialidades, incluyendo en las de salud relacionada con la delincuencia, en los servicios para la infancia y para las personas mayores, etc.

Hasta ahora, algunos factores clave han facilitado el ambicioso objetivo y el éxito conseguido. Primero, fue importante vender la idea a los altos directivos de la organización, incluyendo al director médico, usando un lenguaje que se conectaba a sus procesos de cambio y objetivos clave. Usando las estadísticas locales y los relatos de los usuarios del servicio, se puso de relieve que el trauma no identificado llegaba a impedir la recuperación (p. ej., las tres cuartas partes de los pacientes ingresados en la Sección de Personas Adultas de la Fundación sienten que el trauma es un factor relevante en sus dificultades) y ahora es una estrategia prioritaria para la Fundación. También resultó importante que el personal se sintiese empoderado en vez de sobrecargado por el cambio. La nueva trayectoria es flexible y permite distintas perspectivas terapéuticas y la elección del paciente. El proceso de implantación de la práctica del trauma informado progresará gradualmente en el tiempo, en relación a la toma de conciencia y la asimilación de las habilidades. En las evaluaciones, el personal ha señalado que intervenciones relativamente sencillas y cambios pequeños en la actitud han tenido un impacto positivo importante.

Más importante aún, las voces personales y las experiencias de los usuarios del servicio resultan fundamentales a la hora de mostrarnos el camino.

Angela Kennedy, Psicóloga clínica y consultora.

Apéndice 8

Trabajo basado en la formulación como una alternativa al diagnóstico en Oriente Medio

La agencia de las Naciones Unidas para las Personas Refugiadas de Palestina en Oriente Medio (UNRWA) se creó por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1949, con la misión de proporcionar asistencia y protección a los 5 millones de personas refugiadas palestinas registradas, que vivían en los 58 campos de personas refugiadas de las Naciones Unidas en Jordania, Líbano, Siria, Cisjordania y Gaza. Los servicios de la UNRWA abarcan la educación, la asistencia sanitaria, los servicios sociales y el socorro, las infraestructuras y las mejoras de los campamentos y la microfinanciación. Se trata de una de las crisis de personas refugiadas más prolongadas del mundo que se remonta a hace 65 años. Los campos de refugiados/as están extremadamente poblados con saneamientos deficientes, electricidad deficitaria, infraestructuras deterioradas y con niveles crecientes de pobreza e incertidumbre alimentaria. Las comunidades de personas refugiadas palestinas tienen pocos derechos sociales y ciudadanos y no tienen acceso a los centros o servicios sociales públicos. Esta población se encuentra expuesta, de forma continuada, a situaciones de violencia de diferentes tipos, dentro de la familia, en las comunidades y dentro de un contexto hostil que procede de las poblaciones circundantes y con escasa o ninguna perspectiva de que se resuelva su situación política y su estatus legal.

En Gaza, en la actualidad el bloqueo de Israel y las fuerzas de seguridad dura ya nueve años. Hay periódicos conflictos armados con muchas víctimas y con destrucción de las infraestructuras, que incluyen escuelas, hospitales, instalaciones de agua y electricidad, etc. La pobreza es grande y el desempleo estimado es el más alto del planeta. El cincuenta por ciento de la población de Gaza tiene menos de 18 años y es probable que la mayoría nunca encuentre un empleo. Los menores, las personas adultas y las familias tan solo conocen una vida bajo la ocupación con guerras repetidas, bloqueo económico, miedo, violencia y una pobreza permanente, donde la inmensa mayoría nunca va a tener la posibilidad de escapar o de que le permitan salir de Gaza.

La UNRWA tiene un Programa de Salud Mental Comunitaria en Gaza que proporciona una amplia gama de servicios dirigidos a la infancia, jóvenes, padres, personas mayores y a personas con discapacidad y también a las comunidades locales, los comités de vecinos/as y a las organizaciones locales. El programa está operativo desde el año 2002. Hay más de 250 consejeros escolares que trabajan con menores, familias y comunidades locales y hay otros 23 consejeros sanitarios en las Clínicas de Salud a lo largo de la Franja de Gaza.

En Líbano, los servicios de la UNRWA también incluyen la ayuda psicológica y de salud mental, están diseminados en cinco áreas regionales de Líbano, cada una con una situación política, social y económica muy distinta. La reciente guerra de Siria ha producido el desplazamiento de las personas refugiadas palestinas desde los campos de refugiados de las Naciones Unidas de Siria a los campos de refugiados en Líbano. La enorme masificación ha contribuido al incremento de la violencia intercomunitaria y familiar, el maltrato, la pobreza y a mayor inestabilidad.

El personal de primera línea de la UNRWA en Gaza y Líbano, que trabaja en estos campamentos, son también personas refugiadas palestinas, frecuentemente comparten las mismas condiciones y privaciones que experimentan las demás personas refugiadas palestinas. En este contexto, el sufrimiento emocional y psicológico es una reacción comprensible ante las enormes adversidades y amenazas que la población afronta a diario. En 2012, la profesora Nimisha Patel, directora del

Centro Internacional para la Salud y los Derechos Humanos (*International Centre for Health and Human Rights*), fue invitada para ayudar al desarrollo de los servicios psicosociales de la UNRWA, primero en Gaza y luego en Líbano. Su trabajo, en concreto en los campos de personas refugiadas de Gaza y Líbano, tiene como objetivo suministrar una alternativa con mayor significado y ajustada al contexto que la perspectiva diagnóstica previa influenciada por el personal investigador y asesor occidental y, más recientemente, por el Programa de Acción sobre la Brecha en Salud Mental – *Mental Health Gap Action Programme* – (mhGAP) de la Organización Mundial de la Salud, basado en el diagnóstico, que tiene por objetivo incrementar los servicios para problemas de salud mental en los países de renta baja o media (www.who.int/mental_health/mhgap/en/).

Gaza: Desde 2012, la profesora Patel ha formado a 20 asesores escolares de la UNRWA en Gaza, en una gama de habilidades que incluyen las evaluaciones psicosociales y el desarrollo y el uso de formulaciones para orientar su trabajo. Posteriormente, cada uno de esos 20 asesores se capacitó para actuar como supervisor y estos, a su vez, entrenaron a otros asesores empleados en los centros de salud y en todas las escuelas de las Naciones Unidas de Gaza. En total, cerca de 300 asesores que ahora trabajan en colegios y centros de salud se formaron y usan la formulación en su trabajo diario con menores, adultos y familias. Donde antes los consejeros usaban rutinariamente los diagnósticos ahora se utiliza una perspectiva explícitamente orientada por la formulación. La profesora Patel ha revisado toda la documentación de referencia, incluyendo los formularios de evaluación para la infancia y los adultos (que incluyen una parte específica dedicada al desarrollo de las formulaciones), los protocolos de evaluación de riesgos, las bases de datos y las hojas de registro de casos y, más que anotar diagnósticos, se crean las oportunidades para repasar y modificar el trabajo basado en la formulación en cada fase de la intervención.

Líbano: Lo mismo que en Gaza, en Líbano la profesora Patel ha formado a 20 personas trabajadoras de la UNRWA para que usen la formulación como una alternativa al diagnóstico en todo su trabajo. Esta formación incluyó a las enfermeras con más experiencia (no eran enfermeras de salud mental) en las clínicas de salud (equivalentes a centros de salud generalistas o de familia); a los orientadores escolares y a los trabajadores y trabajadoras sociales con más experiencia. Estos a su vez han formado, bajo la supervisión y guía constante de la profesora, a todos los trabajadores sociales de la UNRWA en Gaza (más de 60), a todos los orientadores escolares (que ahora llegan a los 200), a todas las enfermeras de plantilla y a las enfermeras de plantilla con más experiencia (más de 40), para el desarrollo de las formulaciones psicosociales. Aunque todos ellos tienen una formación estándar en la formación del mhGAP de 5 días de duración para diagnosticar, su documentación (hojas de evaluación, registros de personas usuarias, evaluación de riesgos, etc.) y su práctica clínica se basa exclusivamente en las formulaciones psicosociales y los diagnósticos solo los usan los psiquiatras (cuando están disponibles) o los médicos de familia.

El trabajo de la formulación en el contexto

La gama de problemas es muy amplia, aunque en la infancia frecuentemente incluye el impacto de la violencia y el maltrato, las consecuencias de vivir en la pobreza, el desempleo, la vivienda deficitaria y los múltiples traumas, pérdidas y duelos. Las personas adultas luchan de forma constante con estados muy intensos de miedo y tristeza, violencia interpersonal y comunitaria (frecuentemente asociada al género) y con amenazas e inseguridad relacionadas con el conflicto general.

El personal se ha entrenado para usar la «Rueda de la evaluación y la formulación» (abajo) en cada derivación. Se les anima a hacer repetidos círculos de la rueda con el cliente, anotando las hipótesis y los puntos de exploración e intervención.

Infancia, Adultez, Familia en su contexto: Rueda de evaluación y de formulación

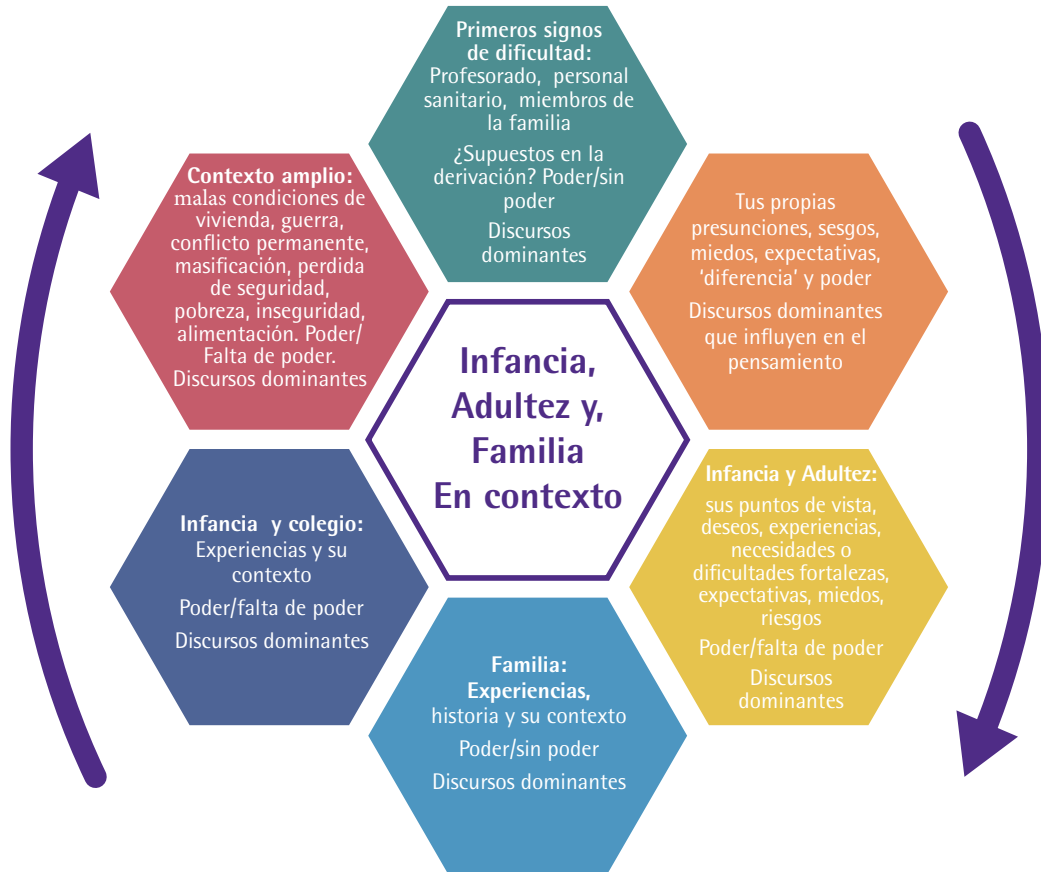


Figura 2: Infancia, adultez y familias – en el contexto: Rueda de evaluación y formulación. © Nimisha Patel, 2012

Formulación y búsqueda de significado en el contexto

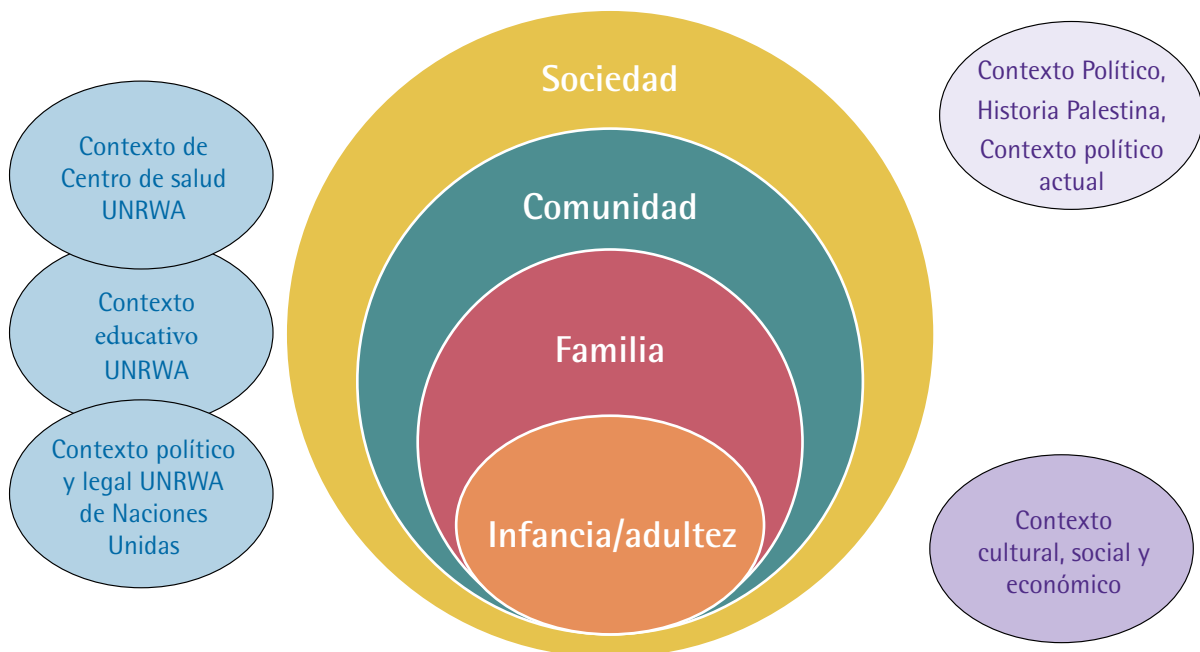


Figura 3: Formulación y búsqueda de significado en el contexto. © Nimisha Patel, 2012

Entonces, el personal usa el diagrama (ver figura 3), rellenando los círculos con apuntes esquemáticos y los significados en la rueda de la evaluación y formulación. Permite añadir flechas que conectan las relaciones entre los sistemas y señalar los temas recurrentes, patrones y experiencias (que pueden resonar en la vida del mismo profesional y que a menudo son un reconocimiento doloroso). Es esencial considerar los discursos más amplios y la manera en la que influyen en cada sistema o nivel y, también, cómo el cliente, la familia y el personal resisten a esas influencias. Las desigualdades y las injusticias concretas y reales y los significados que las acompañan también son fundamentales para la formulación.

En resumen, la profesora Patel ha suministrado un marco que ayuda al personal formado a desarrollar las formulaciones y también una guía que orienta sobre cómo desarrollar las conversaciones en torno a los casos y las formulaciones para los niños, niñas, personas adultas y familias, que se usan de forma sistemática en todos los casos. Dentro del personal nadie usa los diagnósticos en su trabajo diario, en sus formas de evaluar o en sus anotaciones de los casos, sino que ahora se promueve activamente la formulación como una habilidad básica y una «herramienta» que ayuda a pensar acerca de las necesidades, fortalezas, etc. de las personas palestinas, tomando en cuenta el contexto social, económico, político, histórico, legal y cultural. El poder y la diferencia y el género, en particular, se tratan de forma muy explícita y son el centro de sus experiencias de vida en los campamentos y como personas refugiadas palestinas.

La profesora Patel ofrece supervisión continuada que ayuda al personal a elaborar materiales de formación y supervisión y las habilidades para seguir introduciendo la formulación como una habilidad fundamental y una intervención o herramienta básica de su trabajo como profesionales de enfermería, personal consejero y trabajadores/as sociales. El personal informa que se siente empoderado con las habilidades adicionales de la formulación y se anima a dar sentido a sus casos muy complejos, sin recurrir a un lenguaje medicalizado y al diagnóstico. Han señalado que cuando tienen poco tiempo con sus clientes, el ofrecer una formulación proporciona «confort, alivio y la sensación de que entendemos su sufrimiento – y esto construye una relación de confianza y estos aprovechan mejor el tiempo que podemos ofrecerles y agradecen de que les dediquemos tiempo para entenderles bien, en vez de solo darles la comida básica o medicación y despedirles».

El personal de enfermería informa que: «Podemos ser realmente enfermeras y enfermeros, no solo poniendo inyecciones y prestando la ayuda básica, sino también dedicando el tiempo a escuchar y tratar de dar sentido a su situación conjuntamente. Así sienten que queremos entenderles». De forma parecida, el personal de trabajo social dice que las formulaciones les ayudan «por fin a hacer un trabajo social como queremos hacerlo, del modo en que queremos, entendiendo el sufrimiento psicológico en su contexto social y político complejo, donde todos vivimos». Hay otras evaluaciones más protocolizadas que están actualmente en fase de planificación.

Esos proyectos que ya están funcionando muestran que es posible implementar la práctica no diagnóstica basada en la formulación en los servicios de salud, en los educativos y en los sociales y en comunidades que experimentan de forma amplia sufrimiento ante adversidades extremas y continuadas.

Lecturas relacionadas

Patel, N. (in press). The mantra of 'Do no harm' in international healthcare responses to refugee people.

In B. Drozdek & T. Wenzel (Eds.), *The health of refugees: An interdisciplinary perspective*. London: Springer.

Patel, N. (2011). The psychologisation of torture. In M. Rapley, J. Moncrieff & J. Dillon (Eds.), *De-medicalising misery: Psychiatry, psychology and the human condition* (pp.239–255). London: Palgrave Macmillan.

Patel, N. & Mahtani, A. (2007). The politics of working with refugee survivors of torture. *The Psychologist*, 20, 164–166.

Apéndice 9

Las perspectivas narrativas

La metáfora narrativa ha influenciado a terapeutas de distintas tradiciones, pero que comparten la idea de que resulta beneficioso el desarrollo de historias «ricas» sobre la vida de uno mismo que brindan posibilidades para el cambio (Angus & McLeod, 2004; Polkinghorne, 2004; White, 2004). Cuando las personas buscan ayuda profesional, con frecuencia sus vidas han llegado a ser vidas con un único relato, limitado, limitante y superficial en vez de tener abundantes matices y múltiples relatos (White & Epston, 1990). En especial si tuvieron contacto con los servicios de salud mental, estos relatos pueden haberse saturado de problemas y patología y con etiquetas individualizantes que se han internalizado. Por lo tanto, un proceso central consiste en implicar al cliente a evaluar las narrativas emergentes invitándole a tomar distancia de los relatos dominantes y a tomar decisiones sobre si mejoran o enriquecen sus vidas o las limitan o las reducen. El objetivo es ayudar a las personas a que vean que tienen opciones que antes ignoraban. De este modo, alguien podría animarse a cuestionar la narrativa dominante de ser un «enfermo/a mental» o un «esquizofrénico/a» y recuperar otros aspectos de su identidad. Más aún, al desarrollar criterios para juzgar esas historias, las personas usuarias se hacen más conscientes de sus valores y de cómo desean vivir sus vidas. Esta perspectiva se ha usado en varios contextos, incluyendo en la discapacidad intelectual (Lyngaard & Scior, 2002) y en neuropsicología (Lyngaard & Scior, 2002).

Michael White y David Epston, trabajadores sociales y fundadores de la terapia narrativa, usan varias vías para generar diferentes clases de conversaciones con las que pueden hacer surgir significados alternativos al sufrimiento. Por ejemplo, aun cuando estaban interesados en la historia del problema y la narrativa dominante, también proponían el desarrollo de una historia con relatos alternativos nuevos y previamente ocultos. Sin embargo, para ellos el paradigma de las historias construidas sobre estados internos o sobre conceptos de rasgos es en sí mismo limitantes y, por ello, emplearon la noción de Jerome Bruner sobre las narrativas intencionales, animando de este modo a las personas a desarrollar historias caracterizadas por propósitos, valores, creencias, esperanzas, sueños, visiones y compromisos con las maneras de vivir, en vez de construirlas sobre los estados internos como las «fortalezas» (un concepto que depende de la noción de debilidad para que tenga algún significado). Estas conversaciones pueden identificar los componentes de historias más marginales o más subordinadas, que alteran la narrativa dominante y que los clientes las experimentan como una forma de mejorar la manera de verse cada uno y que amplían las opciones que tienen accesibles para sus propias vidas.

Una forma de elaborar esas historias es implicarse en un proceso de andamiaje – una noción desarrollada por los teóricos que se asocia al concepto de la zona del desarrollo próximo de Vygotsky (1978). Aquí se hacen preguntas específicas para apoyar (o montar un andamio) el desarrollo de historias emergentes. Otra estrategia es usar las «conversaciones externalizantes», en las que se anima a los clientes a alejarse de los mensajes de los déficits personales y a unirse con el o la terapeuta y quizás a otros que pertenecen a sus redes familiares y sociales, para desafiar las narrativas dominantes poco útiles.

De esta forma, el propósito clave de la terapia narrativa es promover el desarrollo de narrativas con mayor riqueza, intencionales y que incluyen relatos múltiples, que a veces se denominan de «descripción densa». Estas se pueden contrastar con las descripciones más superficiales y «escuálidas», como las ofrecidas, por ejemplo, por las etiquetas psiquiátricas diagnósticas y con explicaciones causales enmarcadas en términos de «factores» como los procesos psicológicos

internalizados. White y Epston, influenciados por el trabajo de Michel Foucault sobre los vínculos entre poder y saber, se preocuparon también por las formas en las que las visiones concretas del mundo se incrustan en las instituciones y en cómo las personas y sus historias eran reguladas por la mirada normalizadora de la sociedad. De este modo, la terapia narrativa proporciona las bases para desarrollar historias que abordan activamente las desigualdades y la injusticia. Por ejemplo, el movimiento «Terapia Justa», desarrollado en Nueva Zelanda desde la tradición narrativa, tiene un foco explícito sobre las injusticias históricas y actuales sufridas por los maoríes y los samoanos (Waldegrave, 1990, 2009). Este movimiento está comprometido con la igualdad cultural, socioeconómica y de género y ha influenciado a muchos otros campos terapéuticos. (http://www.familycentre.org.nz/Areas_of_Work/Family_Therapy).

Referencias

- Angus, L.E. & McLeod, J. (Eds.) (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*. London: Sage.
- Lyngaard, H. & Scior, K. (2002). Narrative therapy and people with learning difficulties. *Clinical Psychology*, 17, 33–36.
- Polkinghorne, D.E. (2004). Narrative therapy and postmodernism. In L.E. Angus & J. McLeod (Eds.) *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp.53–67). London: Sage.
- Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. London: Harvard University Press.
- Waldegrave, C. (1990). Just therapy. *Dukwich Centre Newsletter*, 1, 5–46.
- Waldegrave, C. (2009). Cultural, gender and socio-economic contexts in therapeutic and social policy work. *Family Process*, 48, 85–101.
- Weatherhead, S. & Todd, D. (2014). *Narrative approaches to brain injury*. London: Karnac.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. London: Norton.
- White, M. (2004). Folk psychology and narrative practice. In L.E. Angus, & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp.15–51). London: Sage.

Apéndice 10

Diálogo Abierto

El Diálogo Abierto es una intervención centrada en la familia y en la red social desarrollada por el psicólogo Jaakko Seikkula y sus colegas en los últimos 30 años, inicialmente como respuesta a la alta prevalencia de personas diagnosticadas de «esquizofrenia» en Laponia Occidental. Ahora se emplea como la base de la asistencia en salud mental a lo largo de todo el sector y algunos proyectos se han instaurado en cierto número de países incluyendo el resto de Escandinavia, Alemania y varios estados en Estados Unidos. Se afirma ampliamente que el Diálogo Abierto ha logrado los mejores resultados documentados en la «psicosis» en el mundo occidental.

El Diálogo Abierto se centra en la resolución de las crisis y da una respuesta rápida tras la derivación. La intervención consiste en una serie de reuniones abiertas entre la persona usuaria del servicio o la persona derivada, su familia y otras personas de su red social o sistema de apoyo, junto a dos a tres miembros del equipo formados en psicoterapia, que pueden ser psiquiatras, psicólogos/as y enfermeras/os. Sus siete principios guía son: la ayuda inmediata dentro de las primeras 24 horas de la derivación o tras el contacto con el equipo; una perspectiva de red social que incluye, por ejemplo, a compañeros/as o amigos/as; flexibilidad y movilidad que incluye la adaptación de la respuesta terapéutica basada en las necesidades y/o el lugar de las reuniones; la responsabilidad del equipo que trabaja con la familia durante el transcurso de la intervención; la continuidad psicológica, por lo que las reuniones se mantienen durante el tiempo que sea necesario mediante la asistencia ambulatoria y la de agudos si es necesario; la tolerancia a la incertidumbre, a través de la cual se crea un espacio seguro para el equipo, la persona y su red social y se evitan las decisiones o las conclusiones prematuras; y finalmente, la promoción del dialogismo como el aspecto principal, empoderando a las familias con un sentido de agencialidad (Seikkula y Arnkil, 2014).

El Diálogo Abierto se basa en el reconocimiento de que ninguna persona existe aislada y de que los problemas y las soluciones se construyen socialmente mediante el lenguaje y la comprensión compartida. Más que identificar déficits dentro de la persona, los problemas se ven como emergentes desde la red social (Seikkula y cols., 2003). Este equipo acepta que no hay una «verdad» última – más bien, existen ciertas verdades, cada una sostenida por una voz diferente. Filosóficamente, el Diálogo Abierto deriva del construccionismo social, la terapia sistémica y la teoría dialógica y, en particular, de las ideas del teórico literario Mikhail Bakhtin (ver también el Apéndice 9 «Perspectivas narrativas»). Este defendía que el lenguaje es inherentemente dialógico, ya que una idea siempre sale a la luz en el diálogo con otras ideas y como respuesta a otras ideas, que establecen un contexto para las ideas posteriores. Esto significa que, en la práctica, más que intentar desarrollar una única narrativa sobre lo que ha sucedido, el equipo busca comprender las diferentes posibles interpretaciones y significados mediante la conversación. Estos significados sólo pueden emerger si se reconocen todas las contribuciones y se aceptan incondicionalmente todas las voces, estando el equipo dispuesto a aceptar la incertidumbre, absteniéndose de interrumpir o interpretar y sosteniendo las intensas emociones que surgen en la sala. No hay prisa en tomar decisiones, incluso cuando el sufrimiento es grave, ya que aceptan que la comprensión es gradual, un proceso orgánico. Con el tiempo, la red social desarrolla sus propios recursos. Hay una oportunidad de re-narrar las historias de las personas y, al hacer esto, explorar nuevas identidades y reconstruir relaciones. De este modo, las crisis se pueden convertir en una oportunidad para el cambio positivo.

Se han publicado tres estudios de resultados, aunque fueron estudios naturalísticos en vez de ensayos controlados y aleatorizados. El estudio inicial sugirió que, en un periodo de seguimiento de dos

años, comparado con el grupo de tratamiento habitual (TAU – *Treatment As Usual*), en los que tenían diagnósticos de «esquizofrenia», el grupo del Diálogo Abierto tuvo hospitalizaciones más breves y se les prescribió dosis más bajas de medicación neuroléptica (Seikkula y cols., 2003). En las etapas más tempranas del modelo, los grupos de las dos etapas más iniciales del enfoque (1992-3 y 1994-7) fueron comparados en un periodo de cinco años. Los hallazgos mostraron que el segundo grupo tuvo menos días en el hospital y menos reuniones familiares durante el desarrollo del programa. Los resultados fueron muy parecidos en los dos grupos del Diálogo Abierto y mostraron mejores resultados comparados con un estudio de seguimiento sueco a cinco años con tratamiento habitual (Svedberg y col., 2001). El 29% de los participantes del segundo grupo de Diálogo Abierto usó medicación neuroléptica durante el tratamiento, comparados con el 93% del estudio del TAU y el 86% había vuelto a sus estudios o al trabajo a jornada completa con un 14% de personas con pensión por discapacidad, comparados con el 62% de los pacientes en el estudio con el tratamiento habitual a los que se asignó una pensión por discapacidad al final del seguimiento (Seikkula y cols., 2006). Un estudio posterior (Seikkula y cols., 2011) comparaba las dos fases más tempranas de la intervención del Diálogo Abierto con una de un periodo posterior, para evaluar la consistencia de los hallazgos a través de un periodo de 10 años y todos los grupos que recibieron la intervención del Diálogo Abierto tuvieron porcentajes similares de personas que volvían al empleo a jornada completa o a sus estudios en el seguimiento (el 84% de los casos).

Un ensayo de control aleatorizado está actualmente en camino en cuatro centros del Reino Unido, liderados por un equipo de la *University College* de Londres (<http://www.nelft.nhs.uk/aboutus/initiatives-opendialogue>). También se ha implantado un programa de formación de tres años en Londres <http://opendialogueapproach.co.uk/>

Lecturas adicionales

<http://open-dialogue.net/>

<http://developingopendialogue.com/>

<https://www.youtube.com/watch?v=AxGPcSPR04c>

Referencias

- Hopfenbeck, M. (2015). Peer-supported open dialogue. *Context*, 138, 29–31.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J. et al. (2003). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*, 5, 163–182.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B. et al. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16, 214–228.
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2011). The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis*, 3, 192–204.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2014). *Open dialogues and anticipations: Respecting otherness in the present moment*. Helsinki: THL Publications.
- Svedberg, B., Mesterton, A. & Cullberg, J. (2001). First-episode non-affective psychosis in a total urban population: A five-year follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 332–337.

Apéndice 11

La Red de Escuchadores de Voces

The *Hearing Voices Network* – Red de Escuchadores de Voces – (HVN) es una organización de base comunitaria e influyente que trabaja para promover la aceptación y la comprensión de la escucha de voces, de tener visiones y otras experiencias sensoriales inusuales. HVN es una colaboración entre personas expertas por la experiencia (los escuchadores de voces y sus familiares) que trabajan en asociación con personas expertas profesionales (académicos/as, clínicos/as y activistas) para cuestionar, criticar y reformular las visiones tradicionales biomédicas de la escucha de voces. Se originó en el trabajo de Marius Romme, un psiquiatra holandés, que fue retado por su clienta Patsy Hage para que considerara el tomar sus voces en serio, como una experiencia real propia. Junto a la periodista científica Sandra Escher han publicado muchos libros influyentes sobre el trabajo y el vivir con voces (Romme y Escher, 1998, 2000). A medida que las limitaciones de un enfoque únicamente médico sobre la escucha de voces y otras percepciones inusuales han llegado a ser ampliamente conocidas y que también las personas reciben una mejor información de las alternativas, ha habido una aceptación en aumento por parte de los proveedores de servicios de salud mental de la corriente dominante sobre esta perspectiva. La Red de Escuchadores de Voces tiene ahora en Inglaterra más de 180 grupos activos en muchos ámbitos de salud mental, incluyendo los servicios de salud mental infantil y adolescente, las prisiones, las unidades de agudos, las unidades de seguridad y también en los dispositivos comunitarios. Hay otras 33 redes nacionales de la Red de Escuchadores de Voces, diseminadas por Europa, Norteamérica, Australia, Nueva Zelanda, Latinoamérica y África.

La postura que defiende la Red de Escuchadores de Voces es que la escucha de voces y otras percepciones sensoriales inusuales son experiencias humanas normales para las que hay muchas explicaciones, a diferencia del discurso médico dominante. Encontrar un lugar seguro y confidencial para compartir las experiencias con otras personas que se aceptan entre sí y a sus voces, intentando comprender el significado de estas experiencias para colocarse en paz con ellas, puede ser una experiencia renovadora y sanadora.

Aunque la experiencia de escuchar voces ocurre en soledad, es compleja y cambia de persona a persona, hay temas que parecen comunes en muchos escuchadores de voces y a través de muchas culturas.

«*Living with Voices: 50 Stories of Recovery*» – Vivir con Voces: 50 historias de recuperación – una antología de testimonios de escuchadores de voces de todo el mundo, muestra que aun cuando el relato de cada persona sea completamente único, hay un número de temas clave que surgen en todos los relatos: que a menudo las voces fueron una estrategia de supervivencia, que las voces se consideran importantes, comprensibles y conectadas íntimamente a la historia de vida del que las oye, que las voces algunas veces usan un lenguaje metafórico y que la sanación no depende de eliminar las voces sino que tiene que ver con la comprensión de su significado, con la mejora de la comunicación con las voces y, en consecuencia, con tener una mejor relación con ellas (Romme y col., 2009).

La Red de Escuchadores de Voces no ofrece un modelo terapéutico. Usa diversas estrategias para promover el cambio, incluyendo los grupos de autoayuda, el modelo de la recuperación y de afrontamiento, una formulación psicosocial, el activismo social y político, los enfoques narrativos y compartir la esperanza y la información positiva. Recalca el derecho de los individuos para mantener sus propias creencias sobre sus experiencias. Su centralidad se refiere a la solidaridad y la justicia social. Cree en la posibilidad del afrontamiento positivo, la recuperación de la vida completa y en aprender a escuchar las voces sin atormentarse y sufrir. Nadie está «demasiado enfermo/a» como para no beneficiarse.

La postura de la Red de Escuchadores de Voces es la de una curiosidad respetuosa sobre la multitud de formas en las que las personas pueden entender las voces, las visiones, las experiencias sensoriales y los estados alterados de conciencia; e intenta apoyar a las personas a dar sentido a sus experiencias en sus propios términos. Así que, a pesar del vínculo bien establecido entre la escucha de voces y las experiencias vitales adversas y traumáticas, la Red de Escuchadores de Voces explícitamente acepta todas las explicaciones para la escucha de voces, que pueden incluir una serie de sistemas de creencias, incluyendo el espiritual, el religioso, el paranormal, el tecnológico, el cultural, el contracultural, el filosófico, el médico y otras más. La investigación sugiere que las culturas «no occidentales» tienen algo que enseñarnos acerca de cómo convivir más pacíficamente con las voces. Por ejemplo, hay evidencia de que en los EEUU resulta más probable que las personas consideren sus voces como la consecuencia de una enfermedad cerebral, que usen etiquetas diagnósticas y que las voces expresen órdenes violentas, mientras que en Ghana y en la India las personas mostraban unas relaciones de muchos matices con sus voces e insistían que la experiencia predominante o total con sus voces era positiva (Luhmann y cols., 2015). La aceptación de una diversidad de explicaciones para la escucha de voces ha sido crucial en el desarrollo de la Red de Escuchadores de Voces internacional, sin intentar exportar ni imponer ideas y supuestos occidentales sobre la mente o la experiencia humana.

Lecturas adicionales

www.hearing-voices.org

www.intervoiceonline.org

Referencias

- Luhmann, T.M., Padmavati, R., Tharoor, H. et al. (2015). Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the USA, India and Ghana: Interview-based study. *British Journal of Psychiatry*, 206, 41–44.
- Romme, M. & Escher, S. (Eds.) (1998). *Accepting voices* (2nd edn.). London: MIND Publications.
- Romme, M. & Escher, S. (2000). *Making sense of voices: A guide for mental health professionals working with voice-hearers*. London: MIND Publications.
- Romme, M., Escher, S., Dillon, J. et al. (Eds.) (2009). *Living with voices: 50 stories of recovery*. Ross-on-Wye: PCCS Books.

Apéndice 12

Leeds Survivor Led Crisis Service

«Siento que al hablaros a todos vosotros se reaviva la esperanza en mi alma» (feedback de un visitante)

El *Leeds Survivor Led Crisis Service* (LSLCS) – Centro de Crisis Dirigido por los Supervivientes de Leeds – se inauguró en 1999 por un grupo de personas usuarias de los servicios de salud mental que realizaban una campaña para desarrollar un refugio que fuera una alternativa a la perspectiva diagnóstica y médica para las crisis de salud mental. La organización sigue siendo gobernada, administrada y atendida por personas con experiencia directa en problemas de salud mental, algunos de ellos se formaron como consejeros o terapeutas.

El LSLCS suministra una alternativa a la hospitalización psiquiátrica, la A&E¹⁸, la custodia policial y a otros servicios oficiales, a la vez que ofrece lo siguiente:

- *Dial House* (Centro Hogar) – Casa de crisis, que proporciona un refugio en un entorno hogareño, ayuda individual y el apoyo entre pares, de 6 de la tarde a 2 de la madrugada, los lunes, miércoles y de viernes a domingo. *Dial House @ Touchstone* – servicio de crisis para personas de la comunidad negra y de minorías étnicas, de 6 a 11 de la tarde-noche, los martes y los jueves.
- *Connect Helpline* (Conecta con la línea de ayuda) – apoyo e información telefónica y online, de 6 de la tarde a 2 de la madrugada cada noche del año.
- Grupo de trabajo – incluye un grupo de apoyo en salud mental para sordos, un grupo LGTB, un grupo de apoyo trans y un grupo de escuchadores de voces.
- *Leeds Suicide Bereavement Service* – Servicio sobre duelo y suicidio de Leeds – (en colaboración con Leeds Mind).
- *Well Bean Crisis Café* – Café de Crisis Well Bean¹⁹ – de 6 de la tarde a la 1 de la madrugada de sábado a lunes (en colaboración con *Touchstone*).

Terapéuticamente, el LSLCS se basa en el Enfoque Centrado en la Persona, una filosofía fenomenológica, que aspira a comprender el mundo desde la perspectiva del individuo antes que desde la etiqueta que se les asignó. Un postulado central del Enfoque Centrado en la Persona es la creencia en la tendencia a realizarse – las personas lo hacen lo mejor que pueden, en las circunstancias en las que están y con los recursos que tienen. La mayor parte del trabajo se hace con personas con alto riesgo de suicidio y/o de autolesión. En 2016, el suicidio fue un asunto que estuvo presente en el *Dial House* en el 65% de las visitas y las autolesiones en el 49%. Se brinda también una ayuda amplia a los supervivientes del trauma. Durante 2016, el 65% de las personas que visitaron el *Dial House* sufrieron abuso sexual en el pasado y/o en el presente, una violación o una agresión sexual.

La perspectiva terapéutica de mostrar empatía, coherencia y un respeto positivo incondicional significa que las personas visitantes con asuntos de trauma complejos pueden desarrollar buenas relaciones con los y las trabajadoras, lo que a menudo contrasta con las experiencias que tuvieron en el sistema psiquiátrico. Este enfoque que no juzga, que es no médico y que valida, los lleva a sentir que pueden hablar en un espacio seguro sobre sus historias de vida y de los temas de salud mental. Basándose en esto, el servicio ha comenzado a usar el concepto de «formulación» para proveer a las personas visitantes de un espacio colaborativo para componer una breve narrativa – donde a menudo vincula sus dificultades actuales con el trauma, los abusos y el abandono del pasado – que cuando se complete les ayudará a

¹⁸ A&E es el servicio de urgencias en el Reino Unido.

¹⁹ Well Bean Crisis Café, literalmente el Café de Crisis de la Alubia Buena.

comprenderse mejor y a ayudar a las personas que trabajan en otros servicios a desarrollar relaciones más terapéuticas y con más confianza con ellos.

Esta alternativa no diagnóstica, frente al enfoque médico dominante, es muy valorada por los y las visitantes y por quienes llaman al servicio – muchos de los cuales fueron excluidos de otros servicios y/o tienen historias forenses y diagnósticos como «trastorno de personalidad». La orientación centrada en el riesgo es la de dar a las personas tanta confianza y control como sea posible, antes que dirigir las mediante una cultura del miedo y la culpa y con el conocimiento de que no todos los sucesos de riesgo se pueden prevenir. El mismo equipo tiene un apoyo mediante una supervisión habitual.

«Es diferente a otros servicios – hablar con el personal es más fácil. El personal es simpático. No te juzgan ni te ponen una etiqueta – diciéndote «esto es lo que va mal contigo».

Al definirse a sí mismo/a en oposición a la psiquiatría dominante y al situarse firmemente fuera de la prestación oficial, el servicio articula su enfoque bajo el liderazgo de los supervivientes, se centra en la persona y en el trauma informado. Las evaluaciones han destacado estos cinco elementos esenciales de la ayuda efectiva:

- Escucha:
«A veces no hace falta ser un genio para darse cuenta de que si te sientas y escuchas a alguien y reconoces cómo se siente – y que está bien sentirse una mierda – entonces se sentirá mejor»
- Tratar a las personas con calidez, amabilidad y respeto:
«Sólo una breve nota para agradecer a Katharine que me ayudara a lavarme el pelo. Parece algo muy simple de hacer, pero el hecho de que Dial House esté ahí para ayudar en todo, incluso en las cosas simples, es lo que hace a Dial House un lugar único y fantástico».
- No sentirse juzgado o evaluado:
«¡Puedo hablar realmente de cualquier cosa y ser validado, escuchado, aceptado!».
- Estar en un entorno diferente y tranquilo:
«Gracias por sacarme de la ruidosa granja durante un par de horas, la paz y la tranquilidad fue un cambio agradable respecto a la planta ruidosa, frenética y loca».
- Apoyo de los pares:
«Es un respiro. Estar al lado de personas que se encuentran en la misma situación que tú, no tienes por qué avergonzarte»

El LSLCS ha sido reconocido como un centro de excelencia e innovación y ha ganado los premios nacionales de «The Guardian», «Community Care», «Charity Times», «Investors in People», «Charity Evaluation Service» y «Charity Evaluation Service and the Duke of York's Community Initiative». Ha demostrado que siempre es posible ofrecer alternativas eficaces, compasivas y respetuosas ante el enfoque diagnóstico del sufrimiento y se han planificado o inaugurado proyectos similares en varios lugares, que incluyen Londres, Bristol y Hertfordshire.

Fiona Venner, Chief Executive of Leeds Survivor Led Crisis Service.

Lecturas adicionales

<http://www.slcs.org.uk/>

Referencias

- James, A. (2010). A beacon of hope. *Mental Health Today*, February, 18–19.
- Venner, F. & Noad, M. (2013). Beacon of hope. In S. Coles, S. Keenan & B. Diamond (Eds.), *Madness contested: Power and practice* (pp.332–348). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Apéndice 13

Sharing Voices Bradford

Sharing Voices Bradford – Compartir las Voces de Bradford – (SVB) es un desarrollo comunitario de una organización de salud iniciado en 2002. Da apoyo a la comunidad negra y a la de otras minorías étnicas marginadas (BME) en toda el área de Bradford, con el fin de incrementar la autoayuda y los cuidados, la promoción de la salud y el bienestar, la recuperación y prevenir el sufrimiento mental. Incluye a personas de Centroeuropa, Asia del Sur, África y personas afrocaribeñas, a quienes solicitan asilo y a personas refugiadas, a minorías blancas y a comunidades religiosas.

Los fines de «*Sharing Voices Bradford*» son:

- Hacer frente al estigma que experimentan las personas que viven con sufrimiento mental.
- Aportar información sobre los servicios de salud mental.
- Promocionar la diversidad.
- Eliminar barreras.
- Acercar a personas y a comunidades distintas.
- Suministrar un servicio de información y orientación.
- Proporcionar feedback a quienes proveen servicios para mejorar la calidad de los servicios de salud mental.
- Animar el debate sobre salud mental y bienestar.
- Trabajar conjuntamente con el voluntariado comunitario, los proveedores de servicios oficiales y las comunidades locales.

El proyecto se fundamenta en la creencia de que las dificultades individuales de salud mental con frecuencia proceden de temas asociados a la pobreza, el racismo, el desempleo, la soledad, los conflictos familiares y las dificultades relacionales, que no se pueden comprender simplemente con terminología biológica. Por lo tanto, el proyecto no usa un modelo diagnóstico del sufrimiento mental, sino que escucha las definiciones de las propias personas y les ayuda a encontrar sus propias soluciones a sus problemas, respetando y dando apoyo a sus propios sistemas de creencias. Las personas con experiencias de vivir el sufrimiento mental se sitúan en el núcleo de este trabajo, dando forma a su desarrollo y pueden «elegir» y «participar», mientras siguen siendo centrales para que las personas se activen y para desarrollar sus propios caminos de recuperación. El objetivo es involucrar a las personas y comunidades de BME de una manera inclusiva y progresiva que valore su bagaje cultural, religioso, lingüístico y espiritual.

Gran parte del trabajo del proyecto se realiza en colaboración con los proveedores de servicios, como el *Bradford District Care Trust* (BDCT) – Centro de Asistencial del Distrito de Bradford –, médicos de cabecera y trabajadores sociales. También se asocia con los servicios de asistencia primaria y secundaria oficiales, las escuelas, las organizaciones de voluntariado y las religiosas. Los «Trabajadores de Desarrollo Comunitario» del SVB usan métodos procedentes del trabajo comunitario para implicar, apoyar y desarrollar la capacidad de las personas para abordar los temas asociados al sufrimiento mental, el aislamiento y para promocionar la inclusión social. El SVB ofrece y apoya una amplia gama de intervenciones amistosas caso a caso, grupos de autoayuda y autocuidado, actividades centradas en la familia y la participación comunitaria, en las comunidades de personas BME y en otros grupos minoritarios, e incluye proyectos específicos con hombres y mujeres del sudeste asiático, jóvenes de BME, personas mayores de comunidades BME, mujeres de Bangladesh y muchos otros. A las personas refugiadas y a quienes demandan asilo se les ofrece

apoyo, información y asesoramiento conjunto. El propósito global es promocionar y habilitar el desarrollo de servicios que se alinean con los principios y los objetivos de *Delivering Race Equality* – Promocionar la Igualdad Racial – (*Department of Health* – Departamento de Salud, 2003) y su *Implementation Site* – Lugar de Implementación – local, asegurando que las intervenciones se alineen con las normas culturales y espirituales de las comunidades locales.

El trabajo mediante la implicación del SVB en las escuelas, en las unidades de ingresos, junto con un Imán contratado por una organización benéfica local musulmana, se han citado como ejemplo de buenas prácticas (*Care Services Improvement Partnership/NIMHE*, 2008 – Mejora de la Colaboración de los Servicios Asistenciales/NIMHE, 2008) al ilustrar los tres principios de la participación activa de las personas usuarias y cuidadoras de servicios; trabajo multi-disciplinar; y las fortalezas, resiliencias y aspiraciones.

Ishtiaq Ahmed, Gestor de Desarrollo Comunitario, Sharing Voices Bradford.

Lecturas adicionales

<http://sharingvoices.net/mentalhealth/about-us/>

Referencias

Care Services Improvement Partnership/NIMHE (2008). *Three keys to a shared approach in mental health*.

London: Author.

Department of Health (2003). *Delivering race equality: A framework for action*. London: Author.

Available from: <http://www.thehealthwell.info/node/24349>

Apéndice 14

MAC-UK

MAC-UK es una organización benéfica, con sede en Londres, fundada en 2008 por un psicólogo clínico y un grupo de jóvenes excluidos. MAC-UK trabaja principalmente con comunidades de personas jóvenes excluidas y vulnerables, incluyendo a quienes están en contacto con el sistema penal. Los ciclos de creación de pobreza y exclusión, que se derivan de las profundas desigualdades sociales, significan que las personas jóvenes con frecuencia proceden de grupos de etnias minoritarias, que experimentan pobreza, racismo, violencia doméstica, abuso, abandono y una escasa disponibilidad de oportunidades para la movilidad social (*Youth Justice Work Group*, 2012). Como resultado muchos son excluidos de la escuela y carecen de hogar, reciben asistencia o son explotados desde una edad temprana, por lo tanto corren un alto riesgo de entrar en un estilo de vida delictivo. Es más probable que tengan problemas de salud mental, dificultades de aprendizaje y otras necesidades complejas. La igualdad de acceso a la asistencia sanitaria es el sello distintivo de una sociedad civilizada. Sin embargo, las pruebas indican que estas comunidades más marginadas sufren el fracaso de nuestro sistema de salud convencional y, en concreto, de la estructura de los servicios de salud mental para la infancia y la adolescencia.

MAC-UK aplica una perspectiva de sistema global, con prevención e intervención temprana, para transformar los servicios de salud mental, compuesto por tres elementos clave: alcance, coproducción y servicios psicológicamente orientados. Tenemos un modelo social de salud mental, no médico, que reconoce que la salud mental de los jóvenes no es sólo lo que está dentro de sus cabezas sino también lo que hay en sus mundos. Queremos que toda la gente joven excluida pueda acceder a los servicios y que estos se adapten para poder prestarles ayuda. Esto precisa de un enfoque radicalmente diferente en el diseño y la prestación de servicios de salud mental.

El personal de MAC-UK y los jóvenes han desarrollado el enfoque INTEGRATE, que es un marco para los servicios psicológicamente orientados y que reconoce los múltiples impactos sociales sobre los jóvenes (Zlotowitz y cols., 2016). INTEGRATE recurre a una serie de conceptos psicológicos, en particular de la Psicología Comunitaria, la Teoría del Apego, AMBIT (un enfoque de trabajo en equipo basado en la mentalización; ver Bevington y cols., 2012), la Teoría de Sistemas Ecológicos y la Terapia Narrativa. Por ejemplo, la coproducción de películas educativas puede ayudar a los jóvenes a cuestionar las narrativas culturales, con frecuencia dominantes, sobre los «miembros de las pandillas», los «barriobajeros/as²⁰», los «chavs²¹» o los «delincuentes juveniles» y que sienten que les han sido impuestas y, así, visibilizar relatos distintos. Uno de los objetivos de INTEGRATE es inducir un cambio social más amplio que aborde los determinantes sociales de la salud mental y el bienestar y, también, promocionar una comprensión más amplia de las necesidades de los jóvenes. Los servicios basados en este enfoque se han prestado en todo Londres, en asociación con los organismos oficiales locales, como los *NHS Trusts* – Fundaciones del Servicio Nacional de Salud – y los consejos municipales. El personal de estos organismos locales está adscrito a la comisión de servicios para apoyar el carácter integral de los servicios. Cada uno ha desarrollado su propia forma de trabajar alineado con las necesidades y fortalezas locales.

²⁰ Hood rats se usa como equivalente de ratas de barrio, ratas callejeras, para referirse a jóvenes marginales.

²¹ Chavs en original, se usa para referirse al joven agresivo, equivalente a chulo, a veces con un estilo marcado de presentarse y vestir.

Hay varias fases no secuenciales en este enfoque. Son:

FASE 1 – Compromiso

La construcción de relaciones de confianza con las personas jóvenes es esencial. Se logra usando «porteros» (miembros clave de la comunidad que transmiten confianza), adoptando un sistema de derivación entre pares y un personal que comparte el tiempo con la juventud los jóvenes. La influencia de los pares dirige a la juventud hacia el servicio y permite que confíen en el personal más fácilmente.

FASE 2 – Actividades dirigidas por jóvenes

El enfoque resalta la importancia de «hacer con», en vez de «hacer a», la juventud. Las actividades dentro de un servicio son, por lo tanto, completamente co-producidas junto a ellos y ellas y el proceso se considera tan importante como el resultado.

FASE 3 – Terapia en la calle y en entornos psicológicamente informados

Vamos a donde está la juventud, sustentando el trabajo en el centro de las comunidades y proporcionando una «Terapia de calle» flexible y responsiva, en la que el personal se implica en conversaciones terapéuticas, dónde y cuándo el o la joven se siente cómodo/a. Los métodos psicológicos, como la formulación en las sesiones semanales del equipo, se incrustan en la estructura para asegurar que la salud mental y el bienestar sigan siendo el centro de los proyectos.

FASE 4 – Construyendo puentes

La juventud puede pedir ayuda para una gama de necesidades, desde ayuda para la vivienda, solicitar prestaciones y búsqueda de empleo. El personal se apoya en los socios colaboradores y las relaciones más amplias del proyecto construyendo puentes entre los recursos, las oportunidades y los y las jóvenes.

FASE 5 – Promoviendo el cambio

Las personas jóvenes expresan sus frustraciones con sus mundos sociales y el equipo considera que los factores de contexto de la comunidad y la sociedad contribuyen enormemente sobre la salud mental de ellos y ellas. El personal encuentra formas de trabajar en colaboración con las personas jóvenes para generar el cambio social. Los y las jóvenes a menudo se unen al personal para formar a otros servicios sobre el impacto de la salud y las desigualdades sociales en sus vidas.

Impacto y evaluación

MAC-UK ha tenido éxito al involucrar a grupos de jóvenes que tradicionalmente se consideran como «difíciles de captar», marginados e involucrados en delitos o en riesgo de delinquir:

«Llegaron aquí y no juzgaron a nadie, no te preguntan por tu historia, o sobre tu aspecto, o sobre cómo vistes, llegan con los brazos abiertos y te dan un nuevo inicio. Colocan a las personas en primer lugar y siempre nos apoyan, incluso cuando causamos dolor de cabeza».

«... realmente marca una diferencia... Estaba seguro de que me iba a la ruina [a prisión] pero [el trabajador de INTEGRATE] fue allí y habló de mí y les explicó acerca de mis metas y lo que intentaba hacer... y él [el juez] realmente me animó porque intentaba cambiar...»

Aproximadamente un tercio de estos y estas jóvenes de las muestras de evaluación refirieron un nivel de bienestar que aseguraría su derivación a un servicio de salud mental. Con el tiempo una narrativa no patologizante de salud mental aumentó y el estigma disminuyó.

«...me horrorizaba [el tema de la salud mental]...no quería saber nada... pero me dirigía justo ahí... Pero ahora sé que muchas personas pueden estresarse... se trata de hacer cosas positivas para tener una buena salud mental...»

MAC-UK tiene una evaluación independiente, realizada por el Centro de Salud Mental y esta investigación está en marcha. La organización benéfica también lleva a cabo auditorías internas y evaluaciones. Funciona a múltiples niveles y sobre varios dominios, se ha observado un impacto en una amplia gama de áreas que abarcan el empleo, la educación, los delitos, la influencia política y el cambio en la práctica del NHS (Sistema Nacional de Salud). Se puede acceder a los detalles en la página Web de MAC-UK o en el informe del Centro de Salud Mental (Durcan y cols., 2017). Ha ganado muchos premios, incluyendo el de la «Times Charity» del 2011 y el «Positive Practice in Mental Health Criminal Justice Award» - Premio de la Práctica Positiva de Salud Mental en Justicia Penal – del 2014.

Queremos que todas las prestaciones de servicios asuman el enfoque, que se inserte en la estructura central de su gobernanza, cultura y práctica. Ha llegado la hora para una nueva era de servicios coproducidos y psicológicamente orientados y disponibles en los entornos de las comunidades excluidas, donde puedan acceder a través de personas en las que confían.

Liz Greenaway (Alumna de Psicología Clínica), **Jade Templer** (Alumna de Psicología Clínica) **Grace Clayton** (Colaboradora Honorífica), **Dra. Laura Casale** (Psicóloga Clínica Comunitaria y Jefa Clínica, Proyectos), **Dra. Sally Zlotowitz** (Psicóloga Clínica Comunitaria y Jefa Clínica, Propagación y Difusión).

Lecturas adicionales

<http://www.mac-uk.org/about-us/>

Referencias

- Bevington, D., Fuggle, P., Fonagy, P. et al. (2012). Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT): A new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *Child and Adolescent Mental Health*, 18, 46–51.
- Durcan, G., Zlotowitz, S. & Stubbs, J. (2017). *Meeting us where we're at: Learning from Integrate's work with excluded young people. Briefing paper*. Centre for Mental Health. Available at: www.centreformentalhealth.org.uk/meeting-us-where-were-at
- Youth Justice Working Group (2012). *Rules of engagement: Changing the heart of youth justice* [online] Available from: www.centreforsocialjustice.org.uk/library/rules-engagement-changing-heart-youth-justice
- Zlotowitz, S., Barker, C., Moloney, O. & Howard, C. (2016). Service users as the key to service change? The development of an innovative intervention for excluded young people. *Child and Adolescent Mental Health*, 21, 102–108.

Referencias

- Andersen, T. (Ed.) (1991[2012])²². *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- American Psychiatric Association (2013[2014]). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Arthur, E., Seymour, A., Dartnall, M. et al. (2013). *Trauma-informed practice guide*. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. Accesible en: http://bcewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf
- Barker, P. & Buchanan-Barker, P. (2005). *The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. London, New York: Brunner-Routledge.
- Blue Knot Foundation (2012). *Practice guidelines for treatment of complex trauma and trauma informed care and service delivery*. Author. Accesible en: <http://www.blueknot.org.au/ABOUT-US/Our-Documents/Publications/Practice-Guidelines>
- Bracken, P. (2002). *Trauma: Culture, meaning and philosophy*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Burstow, B. (2003). Toward a radical understanding of trauma and trauma work. *Violence against Women*, 9(11), 1293–1317.
- Burton, M. & Kagan, C. (2011). Towards a really social psychology: Liberation psychology beyond Latin America. En M. Montero & C.C. Sonn (Eds.), *The psychology of liberation: Theory and applications* (pp.53–72). New York: Springer.
- Butler, G. (1998). Clinical formulation. En A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive clinical psychology* (pp.1–23). Oxford: Pergamon.
- Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.) (2008). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York, London: Guilford Press.
- Clayton, S. & Hughes, G. (2016). The use of film and creative media to liberate young refugees and asylum-seeking people from disempowering identities: A dialogical approach. En T. Afuape & G. Hughes (Eds.), *Liberation practices: Towards emotional wellbeing through dialogue* (pp.89–99). London, New York: Routledge.
- Clements, J. (2005). *People with autism behaving badly: Helping people with ASD move on from behavioural and emotional challenges*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Clemon, O. (2016). 'Holdin' on': Using music technology as a tool of cultural liberation with respect to performing masculinities at a young offenders' institution. En T. Afuape & G. Hughes, G. (Eds.), *Liberation practices: Towards emotional wellbeing through dialogue* (pp.51–63). London, New York: Routledge.
- Coleman, R. (2017). *The Ron Coleman story*. <http://www.workingtoorecovery.co.uk/ron-coleman/the-ron-coleman-story.aspx>
- Corrie, S. & Lane, D. (2010). *Constructing stories, telling tales: A guide to formulation in applied psychology*. London: Karnac.
- Courtois, C. & Ford, J. (2013). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. New York: Guilford Press.
- Craddock, N. & Mynors-Wallis, L. (2014). Psychiatric diagnosis: Impersonal, imperfect and important. *The British Journal of Psychiatry*, 204(2), 93–95.
- Crittenden, P.M. (2002). Attachment, information processing, and psychiatric disorder. *World Psychiatry*, 1(2), 72–75.
- Crittenden, P.M. (2005). Attachment theory, psychopathology, and psychotherapy: The Dynamic-Maturational Approach. *Psicoterapia*, 30, 171–182.
- Crittenden, P.M. (2006). A dynamic-maturational model of attachment. *Australian Association of Family Therapy Volume*, 27(2), 105–115.
- Crittenden, P.M. & Dallos, R. (2009). All in the family: Integrating attachment and family systems theories. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14, 389–409.
- Cromby, J., Harper, D. & Reavey, P. (2013). *Psychology, mental health and distress*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

²² En los textos donde existe versión española, se dan dos fechas. La primera es la original, que aparece en el texto en inglés, y la segunda entre corchetes es la fecha de la versión bibliográfica editada en español.

- Dallos, R. & Stedmon, J. (2014[2017]). La formulación sistémica: cartografiar el 'baile en familia'. En L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *La formulación en la psicología y psicoterapia. Dando sentido a los problemas de la gente*. (pp. 123–162). Bilbao: Desclee de Brower.
- Davar, B. (2016). Alternatives or a way of life? En J. Russo & A. Sweeney (Eds.), *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies* (pp.14–19). Monmouth: PCCS Books.
- Denborough, D. (2008). *Collective narrative practice: Responding to individuals, groups and communities who have experienced trauma*. Adelaide: Dulwich.
- Dillon, J. & May, R. (2003). Reclaiming experience. *Openmind*, 120, 16–17.
- Division of Clinical Psychology (2011). *Good practice guidelines on the use of psychological formulation*. Leicester: British Psychological Society.
- Engle, R.L. & Davis, B.J. (1963). Medical diagnosis: Present, past, and future I. Present concepts of the meaning and limitations of medical diagnosis. *Archives of Internal Medicine*, 112, 108–115.
- Freyd, J.J. & Birrell, P.J. (2013). *Blind to betrayal*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Fricke, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press.
- Frosh, S. (2007). Disintegrating qualitative research. *Theory & Psychology*, 17(5), 635–653.
- Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy for counselling and depression* (3rd edn.). London: Sage.
- Goldstein, K. (1995). *The organism: A holistic approach to biology*. New York: Zone Books.
- Grandin, T. (1984). My experiences as an autistic child and review of selected literature. *Journal of Orthomolecular Psychiatry*, 13, 144–174.
- Grant, A. (2015). Demedicalising misery: Welcoming the human paradigm in mental health nurse education. *Nurse Education Today*, 35, 50–53.
- Grant, A., Leigh-Pippard, H. & Short, N.P. (2015). Re-storying narrative identity: A dialogical study of mental health recovery and survival. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 278–286.
- Greenhalgh, T. & Hurwitz, M. (1999). Narrative based medicine: Why study narratives? *British Medical Journal*, 318, 48–50.
- Haack, S. (1996). *Deviant logic, fuzzy logic: Beyond the formalism*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Hagan, T. & Gregory, K. (2001). Groupwork with survivors of childhood sexual abuse. En P. Pollock (Ed.), *Cognitive analytic therapy for adult survivors of sexual abuse* (pp.190–205). Chichester: Wiley.
- Hagan, T. & Smail, D. (1997a). Power-mapping I. Background and basic methodology. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7, 257–267.
- Hagan, T. & Smail, D. (1997b). Power-mapping II. Practical application: The example of child sexual abuse. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7, 269–284.
- Harper, D. & Moss, D. (2003). A different kind of chemistry? Reformulating 'formulation'. *Clinical Psychology*, 25, 6–10.
- Harper, D. & Spellman, D. (2013[2017]). La formulación y la terapia narrativa: contar una historia diferente. En L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *La formulación en la psicología y psicoterapia. Dando sentido a los problemas de la gente*. (pp.163–200). Bilbao: Desclee de Brower.
- Hawtin, S. & Moore, J. (1998). Empowerment or collusion? The social context of person-centred therapy. En E. Lambers & B. Thorne (Eds.), *Person-centred therapy: A European perspective*. London: Sage.
- Herman, J.L. (2001[2001]). *Trauma y recuperación. Como superar las consecuencias de la violencia*. España: Espasa.
- Jankovic, J., Bremner, S., Bogie, M. et al. (2012). Trauma and suicidality in war affected communities. *European Psychiatry*, 28, 514–520.
- Jetten, J., Haslam, C. & Haslam, S.A. (Eds.) (2012). *The social cure: Identity, health and well-being*. New York and Hove: Psychology Press.
- Johnstone, L. (2014[2017]). Controversias y debates en torno a la formulación. En L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *La formulación en la psicología y psicoterapia. Dando sentido a los problemas de la gente*. (pp. 403–447). Bilbao: Desclee de Brower.
- Kerr, L.K. (2014). Can DSM diagnoses be other than pejorative? Global Summit on Diagnostic Alternatives. Available from: <http://dxsummit.org/archives/2014>
- Kuyken, W. (2006). Evidence-based case formulation: Is the emperor clothed? En N. Tarrier (Ed.) *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex cases*, pp.12–35. London, New York: Routledge.
- LeDoux, J. E. (1999[1999]). *El cerebro emocional*. Barcelona: Planeta.

- Lee, D. & James, S. (2012). *The compassionate mind approach to recovery from trauma*. London: Robinson.
- Leeming, D., Boyle, M. & MacDonald, J. (2009). Accounting for psychological problems: How user-friendly are psychosocial formulations? *Clinical Psychology Forum*, 200, 12–17.
- LeFrancois, B.A. (2016). Foreword. En J. Russo & A. Sweeney (Eds.), *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies* (pp.v–vii.) Monmouth: PCCS Books.
- Longden, E. (2013). *Learning from the voices in my head* (TED Books, Book 39). TED Conferences.
- Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A. et al. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198–206.
- McClelland, L. (2014). Reformular el impacto de las desigualdades sociales: el poder y la justicia social. En L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *La formulación en la psicología y psicoterapia. Dando sentido a los problemas de la gente*. (pp. 201–234). Bilbao: Desclee de Brouwer.
- McInnis, E.E. (2017). Black psychology: A paradigm for a less oppressive clinical psychology? *Clinical Psychology Forum*, 299, 3–8.
- Mead, S. & Filson, B. (2016). Becoming part of each other's narratives: Intentional Peer Support. En J. Russo & A. Sweeney (Eds.), *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies* (pp.109–117.) Monmouth: PCCS Books.
- Meichenbaum, D. (1993). Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 202–204.
- Ncube-Millo, N. & Denborough, D. (2007). *Tree of life – mainstreaming psychosocial care and support: A manual for facilitators*. Randburg: REPSSI.
- Nelson, G. & Prilleltensky, I. (2010). *Community psychology: In pursuit of liberation and well-being*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Orford, J. (2008). *Community psychology: Challenges, controversies and emerging consensus*. Chichester: Wiley.
- Otto, H. & Keller, H. (2014). *Different faces of attachment: Cultural variations on a universal theme*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience*. Oxford: Oxford University Press.
- Pinderhughes, H., Davis R. & Williams M. (2015). *Adverse community experiences and resilience: A framework for addressing and preventing community trauma*. Oakland, CA: Prevention Institute.
- Redhead, S., Johnstone, L. & Nightingale, J. (2015). Clients' experiences of formulation in cognitive behaviour therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 453–467.
- Romme, M. & Escher, S. (2000[2005]). *Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces*. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
- Romme, M., Escher, S., Dillon, J. et al. (2009). *Living with voices: 50 stories of recovery*. Ross on Wye: PCCS Books.
- Rosenberg, C.E. (2002). *The tyranny of diagnosis: Specific entities and individual experience*. *The Milbank Quarterly*, 80, 237–260.
- Rosen, C., Jones, N., Longden, E. et al. (2017). Exploring the intersections of trauma, structural adversity, and psychosis among a primarily African-American sample: A mixed-methods analysis. *Frontier Psychiatry* 8(57). doi:10.3389/fpsy.2017.00057
- Russo, J. (2016). Towards our own framework, or reclaiming madness, Part two. En J. Russo & A. Sweeney (Eds.), *Searching for a rose garden: Challenging psychiatry, fostering mad studies* (pp.59–68.) Monmouth: PCCS Books.
- Sackett, D. (2002). *Evidence-based medicine: How to practise and teach evidence-based medicine* (2nd edn.). London: Churchill Livingstone.
- Schafer, R. (1980). Narration in the psychoanalytic dialogue. *Critical Inquiry*, 7(1), 29–53.
- Schon D.A. (1987[1992]). *La formación de profesionales reflexivos: Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. España: Paidós.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2006[2016]). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona: Herder.
- Shevlin, M., McAnee, G., Bentall, R. & Murphy, J. (2015). 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*, 7(3), 206–216.
- Skills for Health, Health Education England and Skills for Care (2016). *Mental Health Core Skills Education and Training Framework*. Bristol: Author.

- Skultans, V. (2003). From damaged nerves to masked depression: Inevitability and hope in Latvian psychiatric narratives. *Social Science and Medicine*, 56(12), 2421–2431.
- Somasundaram, D. & Sivayokan, S. (2013). Rebuilding community resilience in a post-war context: Developing insight and recommendations – a qualitative study in Northern Sri Lanka. *International Journal of Mental Health Systems*, 7(3). doi:10.1186/1752-4458-7-3
- Speed, B. (1999). Individuals in context and contexts in individuals. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 20, 131–138.
- Spence, D.P. (1982). *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*. London: Norton.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D. et al. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537–549.
- Sweeney, S., Clement, S., Filson, B. & Kennedy, A. (2016). Trauma-informed mental healthcare in the UK: What is it and how can we further its development? *Mental Health Review Journal*, 21(3), 174–192.
- Thomas, P. & Longden, E. (2013). Madness, childhood adversity and narrative psychiatry: Caring and the moral imagination. *Medical Humanities*, 39(2), 119–125.
- Ulster University (2015). *Towards a better future: The trans-generational impact of the Troubles on mental health. Commission for Victims and Survivors*. Ulster: Author. Available from: http://www.cvsni.org/images/policyresearch/pubs/march_2015/Towards_a_Better_Future_for_Web.pdf
- Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2017 [2017]). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. New York: United Nations General Assembly. Accesible en: <https://amsmblog.files.wordpress.com/2017/07/informe-del-relator-de-la-onu.pdf>
- van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking.
- Waddingham, R. (2013). *Symptom or experience: Does language matter?* Available from: www.madinamerica.com/2013/08/does-language-matter
- White, M. (2000[2002]). El trabajo con el equipo de reflexión como ceremonia de definición. En M. White. *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. (pp.175–200). Barcelona: Gedisa..
- Wylie, M. S. (2010). The long shadow of trauma: Childhood abuse may be our number one public health issue. *Psychotherapy Networker*, March/April. Available from: <https://www.psychonetworker.org/magazine/article/417/the-long-shadow-of-trauma>

The British Psychological Society

St Andrews House, 48 Princess Road East, Leicester LE1 7DR, UK

Tel: 0116 254 9568 Fax 0116 247 0787 Email: mail@bps.org.uk

Website: www.bps.org.uk

