PRESENTACIÓN

La *Revista Mexicana de Investigación en Psicología (RMIP)* es el órgano oficial del *Sistema Mexicano de Investigación en Psicología (SMIP)* y es Auspiciada por el Centro Universitario de la Ciénega, de la Universidad de Guadalajara. La RMIP **(ISSN: 2007-3240; versión electrónica. ISSN: 2007-0926; versión impresa)** es una revista de acceso gratuito (**Open Access Journal**). La RMIP se publica dos veces al año (Junio y Diciembre), tanto en papel como en Internet. Los objetivos y sistemas editoriales de cada uno de los números son diferentes, pero ambos comparten el Sistema de Acceso Libre; en este sistema cualquier persona interesada puede bajar los artículos a su computadora, por lo que éstos son más leídos y citados que los artículos de revistas con un costo.

No se requiere ser miembro del SMIP para proponer manuscritos. Los artículos publicados en la RMIP representan la opinión de sus autoras/res y no reflejan necesariamente la posición del Editor, del SMIP, ni del Patrocinador. La responsabilidad por la exactitud de los contenidos del manuscrito, incluyendo las citaciones y referencias, recae completamente en las/los autores.

Sistema Abierto de Contribuciones Originales

La RMIP tiene el propósito de ser receptiva a contribuciones originales en investigación y en intervención, tanto como en su integración. La RMIP alienta la inclusión de artículos que reflejen la naturaleza inter y transdisciplinaria de la psicología. La RMIP incluye artículos en todos los tópicos de la psicología siempre que cumplan, inicialmente, con redacción clara y sigan el Manual de Estilo de Publicaciones de la APA (2da. Edición en español, 2002. Editorial El Manual Moderno). Se aceptarán manuscritos para revisión en el entendido de que el trabajo propuesto no fue publicado anteriormente, ni será sometido a otro medio, y que todas las personas incluidas como autores han dado su aprobación.

El primer número de cada año (Junio) utiliza el **Sistema Abierto de Contribuciones Originales**, que publica artículos empíricos, teóricos y aplicados, sin restricción de área o enfoque dentro del amplio campo de la psicología. Las instrucciones y políticas específicas para el proceso de preparación y publicación para el primer número anual, se pueden consultar en este sitio web en la sección de Instrucciones.

Sistema de Comentarios Abiertos por Colegas

La RMIP invitará a colegas a someter manuscritos para ser comentados por otros(as) colegas; también considerará auto propuestas, siempre que cumplan, inicialmente, con rigor conceptual y metodológico, redacción clara y sigan el formato APA (2da. Edición en español. Editorial El Manual Moderno). No se aceptarán manuscritos que hayan sido publicados, aún parcialmente, en otras revistas o libros, por lo que al enviar una propuesta se acepta implícitamente esta restricción y responsabilidad.

El segundo número de cada año (Diciembre) utiliza el Sistema de Comentarios Abiertos por Colegas. Se publicarán manuscritos provocadores (artículo-objetivo), que por sus características conceptuales y/o metodológicas puedan representar una contribución significativa en cualquier área y enfoque de la psicología. Los manuscritos se publicarán junto con los comentarios de las/los colegas (artículos-comentario), y con la respuesta de las/los autoras(es) (artículo-respuesta) a tales comentarios. La intención es la de facilitar un espacio que se comparta para motivar la comunicación; pero sobretodo fomentar un semillero de ideas e investigaciones en psicología, en el que se critique y se discuta abiertamente con el objeto de promover tanto el desarrollo de la teoría como la investigación empírica en psicología. Las instrucciones y políticas específicas para el proceso de preparación y publicación de manuscritos para el segundo número anual, se pueden consultar en este sitio web.

Derechos:

En el caso de que un manuscrito sea aceptado para su publicación, las/los autoras(es) autorizan a la RMIP la reproducción del manuscrito en cualquier medio y formato, físico o electrónico, incluyendo Internet; sin embargo, las/los autoras(es) podrán reproducir sus artículos con fines académicos, de divulgación o enseñanza.

Suscripciones:

La RMIP es de **acceso libre** tanto en su versión impresa en papel como en la digital. Las personas interesadas en bajar los contenidos a su computadora pueden hacerlo libremente, desde este sitio web. Sin embargo, las personas interesadas en recibir la versión impresa en papel, deberán cubrir los costos del envío. Por favor entrar a la sección de *Suscripciones* y seguir las indicaciones señaladas en las Condiciones Generales. Para cualquier aclaración al respecto, dirigirse a la Editora Administrativa: **ymc@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com** Esta dirección electrónica esta protegida contra spam bots. Necesita activar JavaScript para visualizarla

Dirección de la RMIP:

Av. Universidad #1115 Col. Linda Vista 47820.
Ocotlán, Jalisco, México Tel.: (52-392) 92-59400, ext. 48496.
Correo-e: **editorrmip@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com** Esta dirección electrónica esta protegida contra spam bots. Necesita activar JavaScript para visualizarla
Auspiciada por el Centro Universitario de la Ciénega,
Universidad de Guadalajara, México

Revista Mexicana
de Investigación
en Psicología

sumario

Sistema de comentarios abiertos por colegas

Open peer commentary system

2013
• Volumen 5
• Número 2

® DERECHOS RESERVADOS
POR LA REVISTA MEXICANA
DE INVESTIGACIÓN
EN PSICOLOGÍA

111 Editorial
Editorial
Pedro Solís-Cámara R.

***ARTÍCULO-OBJETIVO**/TARGET ARTICLE*
119 Pasos para una psicopatología relacional
Steps to a relational psychopathology
Juan Luis Linares[1] y José A. Soriano[2]
[1]Escola de Teràpia Familiar. Barcelona. España.
[2]Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

***ARTÍCULOS-COMENTARIO**/OPEN PEER COMMENTARIES*
149 Notas para una clasificación psicoterapéutica de los trastornos psiquiátricos
Notes for a psychotherapeutic classification of psychiatric disorders
Luigi Cancrini
Centro Studi Terapia. Milán. Italia.

155 El desafío de construir un diagnóstico sistémico
The challenge to build a systemic diagnosis
Marcelo R. Ceberio
Universidad de Flores. Escuela Sistémica Argentina. Buenos Aires. Argentina.

162 Comentario a: pasos para una psicopatología relacional
Comment to: Steps to a relational psychopathology
Guillem Feixas Viaplana
Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

Imagia Comunicación: servicios integrales para revistas; diseño, edición, impresión, portal Web, distribución física y electrónica, actualización de BD. Tel: (33) 3615-2233 o (33) 3616-7221.
Correo electrónico: contacto@webimagia.com
Diseño: Nayeli Zaragoza

167 **El diagnóstico psicopatológico como marco social organizado: ontología y epistemología**

Psychopathologic diagnosis as an organized social framework: Ontology and epistemology

Raúl Medina

Universidad de Guadalajara. Guadalajara. México.

175 **Psicopatología y terapia familiar: una relación compleja**

Psychopathology and family therapy: A complex relationship

Roberto Pereira

Red Española y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas (Relates). Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar. Bilbao. España.

184 **Anclaje de la investigación sistémica a las psicopatologías pero también a los diagnósticos de personalidad y a los ajustes post-traumáticos**

Anchoring systemic research to psychopathology but also to personality diagnoses and post-traumatic adjustments

Matteo Selvini

Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia. Milán. Italia.

ARTÍCULO-RESPUESTA*/AUTHOR'S RESPONSE*

189 **Una psicopatología relacional es posible**

A relational model of psychopathology is possibleJuan Luis Linares

Juan Luis Linares

Escola de Teràpia Familiar. Barcelona. España.

Editorial

Psicopatología y Diagnóstico

Pedro Solís-Cámara R.

La Revista Mexicana de Investigación en Psicología (*RMIP*) cumple, con este número, 5 años demostrando un ejercicio académico único en Iberoamérica; cumple así su misión como una revista que lucha a favor del fortalecimiento del quehacer académico al publicar el Sistema de Comentarios Abiertos por Colegas.

En este número de la *RMIP*, como ya es usual, se presenta un tema trascendental para el desarrollo de la psicología como ciencia y como práctica. Se aborda el tema de la psicopatología y el diagnóstico. En el núcleo de los artículos incluidos el lector notará el interés de psicólogos y psiquiatras por mejorar nuestra comprensión de la psicopatología y, sobretodo, del alivio del sufrimiento mental humano.

Sin embargo, este interés tanto de psicólogos como de psiquiatras ha sido expresado por largo tiempo con diferentes perspectivas que dieron lugar a serios conflictos, cuyo origen se ubica particularmente en las décadas de los años sesenta y setenta del Siglo XX. Algunos autores señalaron incluso una crisis de identidad de la psiquiatría (véase: *Journal of the American Medical Association*, octubre 22 de 1973). Las diferentes perspectivas se podrían distinguir *grosso modo* en su grado de apego o rechazo al modelo médico y al diagnóstico diferencial.

Algunos autores publicaron extensos tratados al respecto; por ejemplo, Siegler y Osmond (1974) presentaron ocho modelos de psicopatología en su libro *Models of Madness. Models of Medicine.* Para facilitar al lector interesado en ahondar en el tema presento el nombre de esas perspectivas y a continuación algunos representantes reconocidos, según estos autores (Siegler & Osmond, 1974). El modelo moral (Samuel Butler; W. Glasser), el modelo de impedimento/discapacitación (Gerald Gordon), el modelo psiconanálitico (Sigmund Freud), el modelo social (E. E. Southhard; Stephen Kunitz), el modelo psicodélico (R. D. Laing), el modelo conspiracional (Thomas Szasz), el modelo de interacción familiar (W. W. Meissner) y el modelo médico.

Siegler y Osmond (1974) apoyaban al modelo médico y argumentaban que la «psiquiatría es una rama de la medicina…y [debe] permanecer dentro del reino de la medicina.» (p. xvi). Para sustentarlo ellos resumieron los logros de la medicina por siglos y, después, agregaron: «*Ninguno* de los siete modelos no médicos lograron o podrían lograr este progreso; todo fue logrado *dentro del modelo médico*.» (p. xxi).

En contraste con la perspectiva anterior, Sampson y colegas (1964) argumentaban hace medio siglo, que: «Debemos también cuestionar el lugar de los procedimientos *más* radicales, tal como lo hacen las psicoterapias con orientación

familiar que no dependen tanto en la supresión, represión y aislamiento, sino que más bien prefieren intentar alterar el equilibrio de fuerzas que han sostenido y moldeado la patología del individuo y la familia.» (p. 161).

En este número de la *RMIP* los lectores podrán actualizar su conocimiento sobre el tema gracias a la participación de importantes investigadores y clínicos de la psicología y la psiquiatría. Destacados todos ellos, tienen como común denominador ver por los individuos y sus familias considerados como el caldo de cultivo, por así decirlo, de su propio bienestar mental y de su "desviación" de lo que la sociedad y sus sistemas diagnósticos han querido validar como normal.

Juan Luis Linares y José A. Soriano (2013), de la *Escola de Teràpia Familiar* y la *Universitat de Barcelona*, España, presentan en el artículo-objetivo (*target paper*) un precioso modelo que, con la excelsa conceptualización de las etiquetas diagnósticas como metáforas guía, nos dirigen al detallado análisis de la propuesta de la psicopatología relacional. Difícil tarea ante la complejidad de los problemas axiológicos de la medicina y la psiquiatría. Después de su estudio los lectores quisiéramos conocer más de las ventajas empíricas de su modelo que se adivinan útiles, sin atarlas a los diagnósticos propuestos por el DSM-V.

Luigi Cancrini (2013), del *Centro Studi Terapia* de Italia, presenta un análisis concentrado en las semejanzas y diferencias de su propia propuesta y la de Linares (2013); hace mención de las posiciones que han tomado las organizaciones como el *Mental Health Europe* y el *National Mental Health Institute* de los Estados Unidos de América hacia los contenidos del DSM-V que, en general, se resumen en un rechazo al enfoque exclusivamente biomédico que deja a un lado, entre otros temas, la importancia de la investigación e intervención psicológica y social. Pero una expresión de Cancrini lo resume mejor «…el DSM V no es actualmente más que la expresión exasperada: dogmática en la formulación no reconstructiva del sentido, obsesiva en la búsqueda de detalles, alarmantemente pobre de pensamiento y cultura.» (p. 151). Además, Cancrini presenta un análisis de las "correspondencias" entre las tipologías de las historias familiares y las tipologías de los cuadros sintomáticos y de las historias personales, elaborando sobre las tareas evolutivas, el concepto de umbral y las constelaciones familiares que permiten considerar críticamente el sentido de una clasificación de los trastornos mentales.

Marcelo R. Ceberio, de la Universidad de Flores y de la Escuela Sistémica Argentina, enmarca su artículo-comentario (2013) sobre el complejo tema del diagnóstico psicopatológico, tema que generaciones completas de especialistas han tratado de aclarar y simplificar. Como bien señala, los antecedentes inevitables corresponden a la antipsiquiatría y la desintitucionalización como esfuerzos alternativos a la clasificación diagnóstica que se desprende del modelo médico. Como alternativa al DSM refiere la perspectiva sistémica como un modelo de ciencia, que fundamenta, y elabora con detalle en su propuesta. Así pone énfasis en el diagnóstico sistémico que contempla la polivariabilidad de factores, congruente esto con los logros conceptuales de las ciencias, particularmente de las sociales.

Guillem Feixas, de la *Universitat de Barcelona*, analiza en su artículo-comentario (2013) las bases conceptuales del modelo de diagnóstico relacional de Linares (2013), a decir: la personalidad, la nutrición relacional y el maltrato psicológico. De acuerdo a Feixas el modelo va más allá de la facilitación de nuestra comprensión de las más importantes manifestaciones psicopatológicas hasta la comprensión del sufrimiento mental de los individuos y sus familias. El análisis de la perspectiva de Linares que realiza Feixas, permitirá al lector una comprensión más clara de la propuesta de Linares, del papel fundamental de la personalidad en su modelo y de la construcción de experiencias, su significado y alcances

en las relaciones. Feixas va más allá al permitir vislumbrar con claridad el significado que tiene y tendrá en el desarrollo de los planteamientos de la psicología clínica y la psiquiatría modelos alternativos que espera «contribuyan a un verdadero cambio de paradigma.» (p. 166)

Raúl Medina Centeno, de la Universidad de Guadalajara, México, concentra su artículo-comentario (2013) en la aclaración y explicación de los referentes ontológicos y epistemológicos de la propuesta de Linares (2013). Al hacerlo resalta con mucha claridad elementos fundamentales para comprender el concepto de lo relacional, la creencia sobre la "mente" de la que parte Linares, y aportaciones de él muy relevantes, como la relación nutricia. En este artículo, Medina enfatiza, entre otras cosas, que Linares propone, al referirse a la clasificación diagnóstica, enfocarnos en la importancia de la parentalidad y la conyugalidad, la nutrición emocional y la metáfora guía con el objetivo de desenredar la trama triangular y reconstruir las relaciones amorosas entre las personas. De gran interés resultará también para los lectores la revisión del papel de «los modelos y metáforas en la ciencia; con el fin de reconocer la naturaleza epistemológica del diagnóstico como modelo, para después distinguir entre la postura positivista y la postpositivista.» (p. 169). Finalmente, Medina cierra su artículo, con importantes observaciones sobre la naturaleza social del diagnóstico diferencial que permiten al lector comprender el diagnóstico interactivo, el que implica la relación recíproca entre el diagnóstico y un ser vivo, sí pero con un ser vivo consciente que construye realidades en un marco social responsivo.

Roberto Pereira, de la Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar y de la Red Española/Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas, Bilbao, España, dirige su artículo-comentario (2013), primero, a aclarar importantes antecedentes de la terapia familiar sistémica y su relación con la psicopatología. Para los lectores que, como este Editor, no somos especialistas en terapia familiar, conocer la oposición histórica de la terapia familiar a la utilización del diagnóstico psicopatológico, es fundamental para comprender los alcances de las propuestas contemporáneas alternativas a la utilización del diagnóstico psicopatológico. Pereira continúa, en su artículo, llevándonos paso a paso por los vericuetos encontrados en el desarrollo de la terapia familiar y sus aclaraciones pertinentes tanto en las relaciones entre la terapia familiar con otras disciplinas (e.g., la psicología clínica y la psiquiatría), como del complejo problema que representa el diagnóstico ya sea del orden psicopatológico o relacional. Finalmente, Pereira aboga a favor de la propuesta de Linares (2013) como un modelo más completo dentro de las propuestas de diagnóstico relacional y nos explica el por qué.

Por su parte, Matteo Selvini, del *Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia*, Italia, critica en su artículo-comentario la posición extrema de los terapeutas sistémicos que han rechazado por completo el diagnóstico psicopatológico. Por el contrario fortalece nuestro conocimiento de las razones por las cuales la propuesta de Linares (2013), y su importante trabajo de investigación sobre el tratamiento de la depresión, lo ubica entre los investigadores y terapeutas sistémicos que muestran empatía al sufrimiento de los pacientes, y que Selvini nombra como "integrantes del sufrimiento" en contraste con aquellos que apoyan la despatologización y que nombra como "negacionistas del sufrimiento". Sin embargo, Selvini profundiza en las consecuencias de ambas perspectivas y el desarrollo imperioso de un «"modelo sistémico-individual decisivamente más interactivo y multifactorial.» (p. 189).

En su artículo-respuesta, Juan Luis Linares (2013), recuenta sobre su propia formación y la de sus maestros (i.e., Cancrini y Sluzki); no poca cosa porque se trata de toda una escuela dedicada, entre otros intereses, al estudio de las psicopatologías y su clasificación, monumental tarea. Excelente inicio del artículo-respuesta de

Linares (2013) a los comentarios de Cancrini (2013) sobre su artículo-objetivo (Linares & Soriano, 2013), al señalar por qué encuentra compatibilidad entre ambos modelos y su acuerdo sobre la propuesta imperiosa de «…ofrecer una alternativa psico-relacional coherente al reduccionismo biologicista de los DSM…» (p. 190).

Sobre el artículo-comentario de Ceberio (2013), bajo el subtítulo ¿Diagnóstico constructivista? Linares (2013) reconoce las aportaciones teóricas de Ceberio. Señala, entre otras cosas, que Ceberio ha sido tolerante con sus propuestas y ha tratado de encajarlas en el modelo epistemológico comunicacionalista. Pero convendrá que el propio lector forme su juicio sobre el resultado, como lo indica el propio Linares.

El lector no deberá dejar de reflexionar sobre las perspectivas que vislumbra Linares (2013), en su respuesta al comentario de Feixas (2013); al hacerlo podrá percibir convergencia entre ambos sobre la viabilidad de un futuro cambio de paradigma. Así, Linares indica con énfasis «…insostenible la linealidad de una nosología psiquiátrica "causada" por su substrato biológico…» y nos ofrece su propuesta para una "psicoterapia del futuro" (Linares, 2013, p. 192).

El artículo-respuesta de Linares (2013) al comentario de Medina (2013) permitirá al lector con poco conocimiento sobre la terapia familiar, adentrarse en conceptos centrales para la comprensión del sufrimiento mental humano desde esta perspectiva, tal como el socio-construccionismo. Linares señala que tanto él como Medina coinciden en denominar al socio-construccionismo como terapia familiar crítica y nos señala por qué; sección de la lectura que será de especial interés sobre todo para los lectores latinoamericanos y, particularmente, para los mexicanos. En cuanto a señalamientos en respuesta a otros comentarios de Medina, Linares explica también por qué no es central a su modelo la triangulación y, en cambio, coincide, entre otras cosas, con un comentario sobre un concepto que sí es central a su modelo; esto al referirse a tres modalidades de maltrato psicológico (deprivaciones, caotizaciones y sociopatías): «la vivencia subjetiva de ser complejamente amado.» (Linares, 2013, p. 193).

En respuesta al comentario de Pereira (2013), Linares (2013) indica su acuerdo con lo escrito, pero también la oportunidad de reflexionar sobre ideas y conceptos que al propio Linares le han interesado. Con humor atinado relata anécdotas sobre Don Jackson y Gregory Bateson (fundadores de la llamada *Escuela de Palo Alto, California*; veáse por ejemplo: Bateson, 1976), mismas que le permiten expresar en referencia al modelo de Bateson «…ciertas limitaciones de origen del modelo…» (Linares, 2013, p. 194).

En cuanto al artículo-comentario de Selvini (2013), Linares (2013) nos hace notar que de Selvini esperaría un acuerdo contundente a sus propuestas de diagnóstico relacional. Sin embargo, señala al artículo de Selvini como el que incluye los comentarios más críticos e, intelectualmente, el más polémico. Linares, con acertada profundidad, pero exquisita sencillez y sensibilidad que apreciaran los lectores, responde a las críticas. Así, dirige su discusión sobre el tema de la linealidad versus la circularidad de pensamiento, argumenta sobre la comprensión de lo traumático y lo relacional, y realiza una fuerte crítica a la propuesta de Selvini que, dice, «...acaba proponiendo un ambiguo "*modelo sistémico-individual...*». Linares cierra con un acuerdo implícito entre las críticas de Selvini y sus propias propuestas: su firme creencia en la complejidad del trabajo terapéutico.

Finalmente, como lector, estoy seguro que los colegas, especialistas o no en psicopatología y diagnóstico, disfrutarán y actualizarán sus conocimientos sobre los temas tratados. Como Editor General confío en que los contenidos de este número de la RMIP contribuyen a seguir fortaleciendo nuestra disciplina y campos afines. Invito nuevamente a toda la comunidad Iberoamericana a enviar sus propuestas para participar en debates académicos como el aquí presentado.

REFERENCIAS

Bateson, G. (1976). *Pasos para una ecología de la mente.* Buenos Aires: Carlos Lohlé.

Cancrini, L. (2013). Notas para una clasificación psicoterapéutica de los trastornos psiquiátricos. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 149-145.

Ceberio, M. R. (2013). El desafío de construir un diagnóstico sistémico *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 155-161.

Feixas, G. (2013). Comentario a: Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 162-166.

Linares, J. L. (2013). Una psicopatología relacional es posible. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología,* 5(2), 189-196.

Linares, J. L. & Soriano, J. A. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 119-146.

Medina, R. (2013). El diagnóstico psicopatológico como marco social organizado: ontología y epistemología. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 167-174.

Pereira, R. (2013). Psicopatología y terapia familiar: una relación compleja *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 175-183.

Sampson, H., Messinger, S. L., Towne, R. D., Ross, D., Livson, F., Bowers, M-D., Cohen, L. et al. (1964). The mental hospital and marital family ties. En H. S. Becker (Ed.), *The other side. Perspectives on deviance.* New York: The Free Press.

Selvini, M. (2013). Anclaje de la investigación sistémica a las psicopatologías pero también a los diagnósticos de personalidad y a los ajustes post-traumáticos. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 184-186.

Siegler, M. & Osmond, H. (1974). *Models of madness. Models of medicine.* New York: Macmillan.

ARTÍCULO-OBJETIVO

TARGET ARTICLE

Pasos para una psicopatología relacional

Juan Luis Linares[1] y José A. Soriano[2]
[1]*Escola de Teràpia Familiar. Barcelona. España.*
[2]*Universitat de Barcelona. Barcelona. España.*

Resumen

La terapia familiar sistémica nunca se sintió cómoda con el diagnóstico psicopatológico, lo que la hizo descuidar la tarea de dotarlo de contenido relacional. Por otra parte, en los últimos tiempos abundan las críticas contra los sistemas clasificatorios de los trastornos mentales, procedentes de diversos campos de la psicología y la psiquiatría. Por todo ello, se hace más necesario el esfuerzo de investigar las bases relacionales de la psicopatología, con el fin de ofrecer una alternativa sólida al diagnóstico fundamentado en el modelo biomédico. El autor propone el concepto de 'metáfora guía', como referente de un diagnóstico inspirado en la complejidad relacional. La salud mental es el resultado de una correcta 'nutrición relacional', entendida como la vivencia subjetiva de ser complejamente amado. El 'amor complejo' es más que un fenómeno afectivo, pues incluye componentes cognitivos, emocionales y pragmáticos. Por tanto, un sujeto mentalmente sano deberá experimentar vivencias de ser objeto de pensamientos y sentimientos amorosos, así como de ser tratado amorosamente. El bloqueo o la interferencia de cualquiera de estos componentes redundará en un déficit de nutrición relacional, parcial y relativamente específico, que estará en la base de los distintos trastornos psicopatológicos. Se describen cuatro grandes universos psicopatológicos: las psicosis, las neurosis, las depresiones y los trastornos de la vinculación social, que reúnen las correspondientes manifestaciones sintomáticas con los respectivos trastornos de personalidad, cuya separación diagnóstica en un nivel distinto no es aceptable. Y se establecen correlaciones entre las cuatro grandes agrupaciones diagnósticas y otras tantas disfuncionalidades relacionales que remiten a la familia de origen, donde la conyugalidad y parentalidad se combinan, generando tres modalidades básicas de maltrato psicológico: las triangulaciones, las deprivaciones y las caotizaciones. La definición de las bases relacionales de los trastornos psicopatológicos debe permitir avanzar en la fijación de criterios específicos para guiar la intervención terapéutica.

Palabras clave: *terapia familiar, sistémica, diagnóstico, psicopatología, metáfora guía*

Steps to a Relational Psychopathology
Abstract

Systemic family therapy was never comfortable with the way in which psychopathology was diagnosed, and as a result it failed to take on the task of giving it relational content. In recent years, various fields within psychology and psychiatry have also launched critiques of the systems used to classify mental disorders. Consequently, greater efforts now need to be made to investigate the relational bases of psychopathology so as to offer a sound alternative to diagnosis based on the biomedical model. The author proposes the concept of *guiding metaphor* as being the key to a diagnosis inspired by relational complexity. Mental health is the result of correct *relational nurturing,* a notion that implies the subjective experience of being loved in a complex way. *Complex love* is more

Dirigir toda correspondencia a: Juan Luis Linares. Escola de Teràpia Familiar. Servei de Psiquiatria. Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Calle Polonia 2, 3º 1ª. 08024 Barcelona. España. Teléfono: 0034 677524488. www.etfsantpau.com
Correo electrónico: eterapia@santpau.cat
RMIP 2013, vol. 5. núm. 2. pp. 119-146.
ISSN-impresa: 2007-0926
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ®RMIP

than just an affective phenomenon that includes cognitive, emotional and pragmatic components. Therefore, a mentally healthy individual should have the experience not only of being the object of loving thoughts and feelings, but also of being treated in a loving way. Blocking or interfering with any of these components can lead to a partial and relatively specific deficit of relational nurturing, and such deficits underlie various forms of psychopathology. The paper describes four broad areas of psychopathology, namely psychosis, neurosis, depression and social attachment disorders, each with its corresponding set of symptoms and its respective personality disorders, which are inappropriately separated into different diagnostic levels. Correlations are also established between the four broad diagnostic groups and other relational dysfunctions linked to the family of origin, where the marital and parental functions combine to produce three basic kinds of psychological maltreatment: triangulation, deprivation and chaotization, the establishment of chaotic relationships. Defining the relational bases of psychopathology should enable us to take steps towards the establishment of specific criteria that could guide therapeutic intervention.

Key words: *Systemic, family therapy, psychopathology, diagnosis, guiding metaphor*

1. INTRODUCCIÓN

La terapia familiar sistémica no ha sido muy proclive al diagnóstico, y, aún ahora, persisten fundadas reticencias frente a lo que es percibido como un proceso clasificatorio de la conducta desviada, facilitador del etiquetaje y de la marginación de los pacientes psiquiátricos. Bateson (1976) definió el diagnóstico psicopatológico como un proceso dormitivo, y con esa expresión vertió sobre este la más extrema descalificación de que era capaz un hombre como él, radical en los conceptos, pero moderado en las formas. Si la 'teoría del doble vínculo', en sus primeras formulaciones, pudo ser entendida como una aproximación etiológica a la esquizofrenia desde posiciones comunicacionalistas, pronto hubo una renuncia explícita a tal empeño, haciéndose hincapié en su carácter circular, ajeno a cualquier intención causal.

La 'antipsiquiatría', en su versión de mayor radicalismo epistemológico (Laing, 1972), constituyó una de las fuentes de inspiración de la primera terapia familiar, a la que transmitió gran parte de su ambigüedad respecto del diagnóstico. La esquizofrenia existía, fundamentalmente, como pretexto para acusar a la familia y poner de manifiesto sus graves disfuncionalidades. Esa carga descalificadora estuvo en la base del sesgo que adquirieron algunos derroteros sistémicos, responsables del conflicto que opuso a la terapia familiar y a las asociaciones de familiares de enfermos mentales en Estados Unidos, que a punto estuvo de sacar a las psicosis del campo de la psiquiatría para integrarlas, como resultado de maniobras políticas exentas de cualquier reflexión científica, en la neurología.

En la actualidad, la terapia familiar sistémica ha continuado alejándose de la psicopatología, en gran parte por influencia de un postmodernismo que se siente más cómodo abordando problemáticas menos comprometidas y más sensibles a sus planteamientos blandos. Existen, desde luego, importantes excepciones que, sin embargo, no han bastado para modificar la tendencia a disminuir su influencia en el campo de la salud mental.

Pero sería injusto atribuir a la terapia familiar toda la responsabilidad de su divorcio con el diagnóstico psicopatológico. En los últimos tiempos, la psiquiatría ha conocido una radicalización biologicista, en gran parte debida a la influencia de la industria farmacéutica, que, acusando al reduccionismo positivista, la ha alejado de las sensibilidades psicoterapéuticas tributarias de la complejidad y, especialmente, de los planteamientos relacionales.

Mención especial requieren los esfuerzos de la *American Psychiatric Association* por actualizar y hacer más manejables los criterios diagnósticos. Concretamente, la separación de los síntomas psicopatológicos y la personalidad, en dos ejes diagnosticables separadamente, puede ser interpretada como una loable tentativa de

complejizar el resultado final, añadiendo matices que enriquezcan el proceso clasificatorio. La intención de los autores de los DSM y, en particular, de los de la cuarta edición, seguramente era buena. Sin embargo, las buenas intenciones no han podido evitar que el desastroso resultado sea la consagración de una dicotomía de la mente, en la cual síntomas y personalidad pueden ser diagnosticados independientemente y combinados entre sí de forma aleatoria. No solo no es necesario comprender nada de lo que ocurre en el psiquismo humano, sino que resulta prácticamente imposible hacerlo, puesto que, con tal concepción, los síntomas se convierten en hongos mentales que crecen sin apenas raíces. La medicación ve así legitimada plenamente su actuación sintomática, sin mayores interferencias de una fastidiosa personalidad subyacente que exija un discurso comprensivo conducente a la psicoterapia.

No es de extrañar que cunda el descontento con tales instrumentos diagnósticos, y que instituciones prestigiosas del campo de la salud mental se planteen su recusación. El *National Institute of Mental Health (NIMH)*, la agencia oficial norteamericana de investigación biomédica, considerada la institución que más invierte en investigación en salud mental mundialmente, ha anunciado que dejará de utilizar el DSM, y que incluso a partir de ahora, financiará preferentemente los proyectos que no se atengan a dicho sistema clasificatorio. También la Asociación Americana de Psicología, con el apoyo de más de 50 organizaciones de salud mental en todo el mundo, entre las cuales se cuenta el Consejo General de la Psicología de España, han expresado su rechazo de las categorías diagnósticas del DSM-V.

De mayor interés aún es la postura de la *British Psychological Society (BPS)*, que ha manifestado su oposición a la aplicación del modelo biomédico a los trastornos mentales, y cuya división de psicología clínica ha reclamado un cambio de paradigma que acabe definitivamente con el modelo de 'enfermedad y diagnóstico' en salud mental. Según esta institución, los llamados diagnósticos funcionales (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad, etc.) se pretenden descripciones objetivas cuando no son sino juicios clínicos basados en la observación y la interpretación de la conducta y del autoinforme (De Vicente y Berdullas, 2013). En consecuencia, toma posición a favor de la formulación psicológica frente al diagnóstico psiquiátrico y opta por elaborar un sistema que parta de la naturaleza biopsicosocial del sufrimiento humano.

Finalmente (por el momento, porque la tendencia parece imparable), un numeroso grupo de psiquiatras británicos, con el Dr. S. Timimi a la cabeza (De Vicente y Castilla, 2013), han elaborado un documento dirigido al Colegio de Psiquiatras del Reino Unido, solicitando la abolición de los sistemas de clasificación diagnóstica CIE y DSM. Afirman que el proyecto del DSM no se puede justificar ni en sus principios teóricos ni en la práctica, debiendo ser abandonado para que se puedan encontrar 'formas más humanas y eficaces de responder a la angustia'. Respecto de la etiología, el documento sostiene la estrecha vinculación existente entre situaciones traumáticas, vividas principalmente en la infancia y adolescencia, y trastornos mentales graves, como la psicosis, lo cual apunta a la necesidad de contar con los factores contextuales en cualquier investigación de este tema. Y en cuanto a la intervención terapéutica, destaca la ausencia de mejoras significativas en la farmacología en los últimos años, así como la necesidad de incorporar elementos como la alianza terapéutica o el apoyo social. En definitiva, apuestan por enfoques basados en la 'recuperación' o la 'rehabilitación', en vez de en la enfermedad o la clasificación diagnóstica.

Nosotros llevamos veinte años pugnando por conciliar la sensibilidad psicoterapéutica y la epistemología relacional con lo que existe en la psicopatología al servicio de la comprensión

del sufrimiento mental humano. Y, a tal efecto, acuñamos el término de 'metáforas guía' (Linares, 1996) para aludir a las referencias diagnósticas en el campo psicopatológico. No hay duda de que, usadas como simples etiquetas clasificatorias, expresiones como psicosis, neurosis, depresión y tantas otras pueden convertirse en instrumentos de discriminación y marginación social, carentes de cualquier contenido científico e incompatibles con la dimensión comprensiva inherente al proceso terapéutico. Pero también es cierto que en la larga historia de las ideas psiquiátricas, los movimientos clasificatorios han sido consustanciales a los más serios intentos por penetrar en los misterios de la locura y de otras formas de sufrimiento psicológico. Y tal es la tradición heurística, que queremos reivindicar aplicando el concepto de metáfora guía como alternativo en cierto modo al de enfermedad. Si esta implica una referencia médico-biológica, inadecuada al carecerse de etiologías, patogenias, anatomías patológicas y formas clínicas precisas, aquella nos ubica en un territorio narrativo que, inevitablemente, comporta movimientos conceptuales centrípetos y centrífugos. Y, entre los primeros, la clasificación ocupa un lugar destacado.

El diagnóstico psicopatológico, en tanto que metáfora guía relacional centrípeta, debe servir de brújula orientadora en los primeros pasos del proceso terapéutico, pero nunca convertirse en un corsé intelectual que aprisione al terapeuta en las celdas del prejuicio. Por eso, su peso específico debe disminuir de forma inexorable a medida que se construya el universo único de cada terapia, bajo la influencia centrífuga de la singularidad psico-relacional y de la alianza terapéutica.

Las propuestas que a continuación se vierten son el resultado de muchos años de investigación clínica, primero desde la óptica de la psiquiatría social alternativa, y luego desde la de la terapia familiar sistémica. Son responsabilidad del autor y de muchos de sus colaboradores en la Unidad de Psicoterapia y la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de la *Santa Creu i Sant Pau* (Universitat Autònoma de Barcelona). El mundo de la familia multiproblemática (Coletti y Linares, 1997), que es en gran medida el de la sociopatía, fue explorado en una experiencia realizada en Ciutat Vella de Barcelona, en colaboración con el *Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale de Roma* (Cancrini, 1994) entre 1991 y 1994. Los territorios depresivos y neuróticos –estos últimos centrados fundamentalmente en la distimia, pero con incursiones en otros trastornos neuróticos clásicos, como la histeria, las fobias y la ansiedad– sirvieron de base a una investigación iniciada a mediados de la década de los noventa (Linares y Campo, 2000) y continuada hasta la actualidad con ritmos diversos. Los trastornos psicóticos han sido el tema principal de actividad clínica y de investigación del autor desde sus inicios como psiquiatra formado en hospitales mentales. A la espera de la pronta aparición del libro *La terapia familiar de las psicosis: entre la destriangulación y la reconfirmación,* que recogerá los hallazgos de los últimos diez años de investigación formalizada sobre el tema, algunos artículos dan cuenta de sus ideas al respecto (Linares, 2001; Linares, 2007; Linares y Vallarino, 2008). Por último, los llamados trastornos de personalidad, de modo especial, el trastorno límite de personalidad, está siendo objeto de una investigación clínica, que ya ha empezado a dar frutos (Linares, 2006; Linares, 2007), generando también una necesaria reflexión sobre su engarce en el conjunto de la psicopatología.

2. LA PERSONALIDAD RELACIONAL

Este no es el lugar adecuado para desarrollar detalladamente una teoría sistémica de la personalidad, cuyos fundamentos hemos propuesto recientemente (Linares, 2012). No obstante, la comprensión de nuestras ideas a propósito de la psicopatología hace necesario plantear algunos de sus conceptos básicos. Avancemos, pues, que,

Personalidad individual	Familia de origen
IDENTIDAD (Narrativa identitaria)	ORGANIZACIÓN
NARRATIVA No identitaria	Mitología

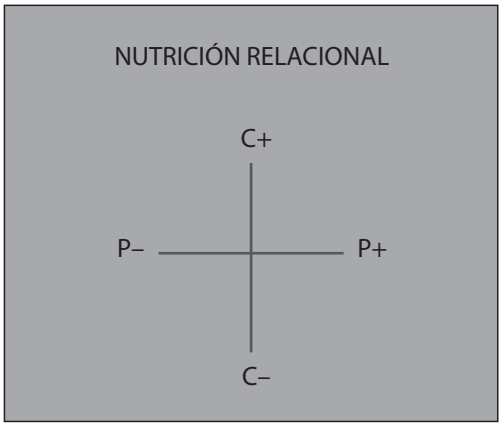


Figura 1

desde un punto de vista relacional, consideramos la personalidad, como refleja la figura 1, articulada en cuatro instancias: narrativa, identidad, organización y mitología, a su vez regidas por una quinta, la nutrición relacional.

Entendemos por narrativa la atribución de significado a la experiencia relacional. Es algo que el ser humano hace ininterrumpidamente a lo largo de su existencia en un proceso de complejidad progresiva, desde la vida intrauterina hasta bien avanzada la edad adulta. Solo en la vejez, y probablemente no en todos los casos, puede llegar un momento en que dicha complejidad se congele o, incluso, disminuya. Por eso, y dado que la narrativa es, digámoslo ya, el magma constitutivo de la personalidad, es lícito afirmar que su proceso de construcción dura prácticamente la vida entera.

Sin duda, el bebé y el niño, en forma arrolladora, son auténticas máquinas narrativas que construyen infinitas historias de ternura, soledad, alegría, tristeza, miedo, consuelo y de tantos matices como se nos puedan ocurrir. Frente a ellas, reaccionan con confianza o con recelo, con entrega o con hostilidad, poniendo en juego los componentes cognitivos, emocionales y pragmáticos de la narrativa en un fascinante y abigarrado panorama en el que se combinan ideaciones, afectos y comportamientos. Las historias que constituyen la narrativa incluyen, pues, un pensar, armazón cognitivo que brinda una estructura coherente a la atribución de significado; un sentir, resonancia afectiva que le hace vibrar, confiriéndole una relevancia específica para el propio sujeto; y un hacer, que le aporta una dimensión pragmática imprescindible en el plano relacional. Solo porque son pensadas, sentidas y actuadas, las historias se convierten en narraciones psicológicamente operantes, y trascienden el mero plano literario. Esa característica de complejidad resulta fundamental como garantía de equilibrio, madurez y salud mental futuros, que solo se aseguran si el individuo dispone de una amplia gama de narraciones con múltiples opciones coherentes con su realidad relacional. Podemos afirmar que, a narrativa más abundante y variada, personalidad más rica y sana.

Pero, paralelamente a la proliferación de la narrativa, también desde los inicios de la actividad relacional se desarrolla un segundo proceso decisivo para la constitución de la personalidad: la construcción de la identidad. El sujeto elige algunas narraciones como definitorias de sí mismo y, con ellas, ciertamente no acepta transacciones ni negociaciones: este soy yo, me tomas o me dejas, pero no pretendas convencerme de que sea otro. Tal es la relación de un individuo con su identidad, una cerrada y absoluta defensa. Esto es comprensible, porque en ello le va la existencia psicológica, es decir, la integridad de

su personalidad. *Idem ens*, el mismo ser, es decir, lo que no cambia; he ahí la etimología de identidad, que resulta por sí sola bastante expresiva del concepto que estamos proponiendo. Y no es que la identidad rotundamente no pueda cambiar, sino que, en el mejor de los casos, sus cambios se producirán lentamente y no como respuesta a cualquier confrontación directa. Ante las presiones externas, la identidad se comporta como un tozudo adolescente, cerrando filas y parapetándose tras una muralla de rígida autoafirmación. Por otra parte, como se verá oportunamente, la identidad es muy vulnerable a determinadas situaciones relacionales negativas, capaces de lesionarla de forma decisiva.

De esta definición se siguen algunas consecuencias importantes. Por una parte, se hace evidente que, a diferencia de la narrativa en su conjunto, la identidad no posee un valor absoluto. Es decir, no cabe afirmar, contra lo que pueda sugerir el lenguaje popular, que mientras más identidad, mejor. De hecho, quizás estemos más cerca de la afirmación contraria. La identidad debe limitarse a unas pocas narraciones, claramente definidas y delimitadas, correspondientes, por lo general, a temas como género y orientación sexual, pertenencia nacional, filiación política y religiosa, y poca cosa más. Lo contrario, es decir, un individuo excesivamente identitario, o es un psicótico, como veremos más adelante, o un peligroso y rígido fanático que pone todo su ser en juego por cualquiera de sus narraciones. De todas formas, las narraciones seleccionadas por el sujeto como identitarias nunca lo son al cien por cien, como tampoco carece de un cierto baño identitario la narrativa restante. De hecho, la 'narrativa identitaria', que así podemos llamar también a la identidad, sirve de amarre o ancla al conjunto de la personalidad, y muy especialmente a la 'narrativa no identitaria', mediante las sutiles prolongaciones con las que asegura una leve presencia en esta. Como resultado, el sujeto se reconoce en todas sus narraciones, pero solo se emplea a fondo en la defensa de algunas de ellas, obviamente las identitarias. Desde este punto de vista, la identidad no es un territorio propicio para la intervención terapéutica. El terapeuta deberá soslayarla, so pena de encontrar un rechazo frontal a cualquier sugerencia que pueda ser interpretada como cuestionadora.

Ya hemos visto cómo narrativa, identidad y personalidad se construyen 'en relación'. Por eso, tal y como ocurría con el concepto de 'mente' de Bateson (1976), que, en el clásico ejemplo del leñador, se prolongaba hacia el brazo, el hacha y el tronco del árbol, la personalidad individual se prolonga a los sistemas relacionales de pertenencia: dime a qué sistemas relacionales perteneces y te diré quién eres.

La 'familia de origen' es, con mucha diferencia, el sistema relacional de mayor relevancia en lo que a la construcción de la personalidad se refiere, puesto que en ella se producen los intercambios más influyentes sobre el desarrollo narrativo e identitario. Pero también existen otros sistemas relacionales muy relevantes para la construcción de la personalidad, como por ejemplo la 'escuela' a la cual se pertenece en épocas tempranas de la vida, y de forma muy intensa, el 'grupo de pares', que obtiene su máxima importancia en torno a la adolescencia, o la 'familia creada', que, aunque se alcanza ya en plena edad adulta, genera vivencias extraordinariamente fuertes. La influencia de estos sistemas se ejerce principalmente mediante su 'organización' y su 'mitología', instancias lo suficientemente importantes como para requerir una descripción pormenorizada.

La organización es la dimensión diacrónica de la estructura, es decir, lo que permanece de la estructura del sistema a lo largo del tiempo. Desde este punto de vista, en el contexto del sistema, la organización equivale a la identidad del individuo, pero solo parcialmente, por su condición perdurable, y no necesariamente porque el sistema se reconozca en ella más que en la mitología. Las principales propiedades estructurales de un sistema, 'cohesión', 'adaptabilidad' y 'jerarquía', son también cualidades de la organización. De

cierta manera, la cohesión se vincula preferentemente con el universo 'emocional' (el sentir), la adaptabilidad con el 'cognitivo' (el pensar) y la jerarquía con el 'pragmático' (el hacer).

Venimos definiendo la mitología (Linares, 1996) como el espacio de confluencia de las narrativas de los miembros de un sistema. O, indistintamente, como el espacio común del sistema del que emergen las narrativas individuales de sus miembros. De cualquier forma, se trata de un territorio narrativo consensuado, ocupado por las narraciones de los miembros del sistema que pueden ser negociadas y compartidas. Desde esta perspectiva, la 'cultura' es la mitología del más amplio sistema relacional representable, es decir, la 'sociedad'. Los individuos piensan, sienten y actúan, pero no se puede decir lo mismo de los sistemas, so pena de sacrificar su complejidad relacional en una caricatura 'individuomorfa'. Sin embargo, es fácil detectar en ellos los ingredientes cognitivos, emocionales y pragmáticos, es decir, el pensar, el sentir y el hacer, aunque cristalizados respectivamente en los 'valores' y 'creencias', en el 'clima emocional' y en los 'rituales'.

En una breve recapitulación, podemos afirmar que el destino de la personalidad individual se juega en la encrucijada de los principales sistemas de pertenencia, con la familia de origen en primera posición. La madurez psicológica y la salud mental dependerán, pues, de una ecuación compleja en la que intervienen decisivamente, junto a la narrativa y la identidad individuales, la organización de los mencionados sistemas de pertenencia, con su cohesión, su adaptabilidad y su jerarquía, así como la mitología, con los valores y creencias, el clima emocional y los rituales que la conforman.

3. LA NUTRICIÓN RELACIONAL

La figura 1 muestra en su parte inferior lo que hemos anunciado como el quinto elemento fundamental en la construcción de la personalidad: la nutrición relacional, resultado de la ecuación compleja que es la atmósfera relacional en la familia de origen, definida fundamentalmente por la conyugalidad y la parentalidad.

«Morir de amor… enloquecer de amor…». La sabiduría popular siempre ha reconocido que esos fenómenos podían existir. Pero es necesario puntualizar algo: lo que enloquece y hasta puede llegar a matar es la falta de amor. El amor, en sí, sana.

A pesar de su evidente importancia en el ámbito psicológico, el amor se ha resistido a la mayoría de teóricos de la psicoterapia. Ello se debe, sin duda, a la enorme cantidad de atribuciones de significado que ha acumulado a lo largo de siglos de literatura, filosofía y religión. Pronunciar la palabra amor evoca las más variadas representaciones, desde las románticas hasta las místicas, pasando por las heroicamente solidarias, las ecológicas y tantas otras, bajo el común denominador de la intensidad y del apasionamiento. Tan extraordinaria polisemia convierte el amor en un concepto fascinante, pero también incómodo para su uso en disciplinas científicas.

La propuesta que aquí hacemos se distancia de las acepciones habituales para optar por una definición multifactorial. El amor es un fenómeno relacional complejo que añade elementos cognitivos y pragmáticos a los componentes emocionales. Existen, pues, un pensar, un sentir y un hacer amorosos que, dirigidos hacia la persona objeto de los mismos, deben ser percibidos por esta como tales. Al resultado de este proceso lo llamamos 'nutrición relacional', que no es sino la conciencia de ser complejamente amado. Se trata de un fenómeno subjetivo, por lo que importa poco que alguien asegure amar si el objeto de ese amor no alcanza a percibirlo. Además, el hecho de ser un fenómeno complejo exige que se manifieste en todos sus componentes, de modo que un bloqueo parcial cancela la efectividad del conjunto.

Así concebida, la nutrición relacional es el motor que rige la construcción de la personalidad, animando los procesos madurativos del

psiquismo de forma continuada, en el niño y en el adulto. Y, como se verá más adelante, sus diversos bloqueos parciales, generados complejamente por interferencias de un poder igualmente complejo, podrán provocar alteraciones varias de la personalidad y diferentes trastornos psicopatológicos.

El 'reconocimiento' es un componente cognitivo de la nutrición relacional, consistente en la aceptación de la existencia del otro. Parece una banalidad, pero dista de serlo, ya que aceptar la existencia del otro implica, en cierto modo, limitar la propia. Cuando se estabiliza en una pauta relacional permanente, la falta de reconocimiento se convierte en 'desconfirmación', percepción de la no existencia propia en términos relacionales. El reconocimiento implica la percepción de las necesidades del otro, a diferencia de lo que ocurre en la desconfirmación, en la que estas quedan supeditadas a las propias. Todo el proceso se desarrolla de forma implícita, lo cual dificulta aún más la comprensión del fenómeno.

La 'valoración' también es un componente cognitivo del amor, consistente en apreciar las cualidades del otro aunque sean distintas de las propias. Tampoco es despreciable su trascendencia, puesto que aceptar el valor del otro puede poner en peligro el valor propio. La 'descalificación' es la falta de valoración que se pone de manifiesto en actitudes tan extendidas como el racismo o el machismo, en las que el desprecio de individuos de otro color o género parece condición necesaria para autoafirmarse.

La 'aceptación' y la 'ternura' son los componentes emocionales de la nutrición relacional más importantes en el contexto parento-filial, del que nos estamos ocupando preferentemente, casi exento de elementos pasionales si se compara con el amor conyugal. Sentimientos de entrega y de disponibilidad para el otro, por quien se haría cualquier cosa, incluso el sacrificio de la propia vida en situaciones extremas. El bloqueo de estos sentimientos puede dar lugar a la indiferencia, pero es más fácil que el efecto péndulo conduzca a las emociones inversas. No es raro que la aceptación pueda tornarse en 'hipercriticismo' y 'rechazo', y que la ternura devenga en 'desapego e irritación'. Por lo demás, no es raro que cualquier otra interferencia parcial de la nutrición relacional acabe generalizándose y comprometiendo también la ternura. Como regla general, cabría afirmar que los componentes emocionales del amor complejo, la aceptación y la ternura, son los más inestables en el corto plazo, pero los más resistentes a largo plazo: se afectan fácilmente en el trato cotidiano, pero se recuperan rápidamente con igual facilidad.

En el contexto 'familia de origen', la más importante dimensión pragmática de la nutrición relacional siempre está representada por la 'sociabilización', que supone el compromiso indeclinable de los padres por garantizar la viabilidad social de sus hijos. Tiene una doble vertiente, definida por la 'protección' y la 'normatividad' como las dos caras de una misma moneda. Mediante la protección, los padres defienden a los hijos frente a las eventuales agresiones procedentes del entorno social, mientras que la normatividad asegura que sean los hijos los que, a su vez, respeten a la sociedad. Ambas son igualmente importantes y necesarias, pudiendo las familias fracasar con las dos o, independientemente, con alguna de ellas, tanto por defecto como por exceso.

4. EL MALTRATO PSICOLÓGICO

A nadie debería escaparle que los procesos de bloqueo de la nutrición relacional que estamos describiendo constituyen pautas más o menos específicas de maltrato psicológico. En efecto, y contrariamente a las definiciones banales que lo presentan como versiones menores del maltrato físico, el maltrato psicológico es el verdadero problema en salud mental, en cuanto constituye la antesala de la psicopatología. Lo que de verdad hace sufrir a un niño no es el hematoma que, si se lo hubiera causado en una pelea con un igual o en una caída de bicicleta, resultaría

banal desde todos los puntos de vista, sino que se lo haya provocado alguien de quien depende y en quien debería poder confiar, por no hablar de la dimensión estrictamente física, lesional, del abuso sexual, carente por lo general de importancia o ni siquiera existente. El dolor, y con él la hipoteca para la maduración y el desarrollo psíquico del niño, están vinculados a la pauta relacional subyacente, es decir, al maltrato psicológico.

Podemos, pues, definir al maltrato psicológico familiar como toda pauta relacional disfuncional que involucra a miembros de una familia, generando sufrimientos que comprometen el equilibrio psicológico y la salud mental de alguno de ellos. Desconfirmación, descalificación, hipercriticismo, rechazo, desapego, irritación, desprotección, hiperprotección, hiponormatividad, hipernormatividad, he aquí algunos mecanismos del maltrato psicológico familiar de que nos acabamos de ocupar. Pero, ¿a qué pautas relacionales remiten en la familia de origen?

Puesto que el objetivo de este artículo es introducir un sesgo explicativo de naturaleza relacional en la comprensión de la psicopatología, priorizaremos la reflexión sobre el maltrato parento-filial, bajo cuya influencia se generan los principales trastornos psicopatológicos, sobre otras modalidades de maltrato, con independencia de la alarma social que, coyunturalmente, estas puedan causar. Ello implica focalizar la 'atmósfera relacional' de la familia de origen, prestando atención a dos dimensiones fundamentales, también de naturaleza relacional, presentes en estas: la conyugalidad y la parentalidad. Se trata de dos funciones relativamente independientes entre sí que se comportan de forma autónoma aunque pueden influirse recíprocamente.

La conyugalidad es una ecuación que refleja la manera en que los miembros de la pareja parental, o las figuras en que se delega parcial o totalmente el ejercicio de las funciones parentales, se relacionan entre sí. Puesto que los conflictos son inevitables, la conyugalidad puede definirse, a efectos prácticos, como la manera en que se afrontan los conflictos inherentes al ejercicio compartido de la gestión de los hijos, pudiendo representarse como un *continuum* inscrito entre dos polos ideales de 'armonía' y 'disarmonía'. Se trata de una dimensión independiente del estado civil de la pareja, puesto que, aun en el caso de que estén separados, sus miembros tendrán que seguir en contacto y colaborando con el bienestar de los hijos. La conyugalidad, en tal caso, se prolonga sin solución de continuidad convertida en post-conyugalidad.

La parentalidad es, a su vez, una ecuación que recoge el ejercicio de las funciones parentales (amor complejo, nutrición relacional) por parte de los padres o de las figuras delegadas responsables de estas. Se inscribe en un *continuum* entre dos polos ideales de 'conservación primaria' y de 'deterioro primario', en donde la condición 'primaria' refleja su independencia de un hipotético impacto de la conyugalidad. Es decir, que la parentalidad puede estar primariamente conservada o deteriorada, sin que en ello intervenga de forma relevante el estado de la conyugalidad, pero también puede verse secundariamente afectada por una influencia negativa de parte de esta cuando es disarmónica.

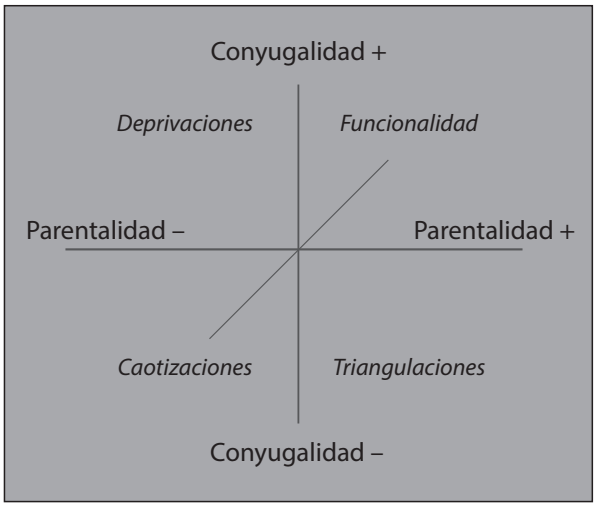


Figura 2

El cruce de estas dos dimensiones, conyugalidad y parentalidad, crea, como muestra la figura 2, cuatro espacios o cuadrantes correspondientes a otras tantas atmósferas relacionales definidas por ellas. La tercera dimensión, 't', corresponde al tiempo, cuya representación indica que este esquema dista de ser estático, pudiendo evolucionar a lo largo de las etapas del ciclo vital. Cambiando con el tiempo, la conyugalidad y la parentalidad pueden generar atmósferas relacionales que se superponen, que diversifican y hacen mucho más complejo el panorama.

El cuadrante superior derecho corresponde a la 'funcionalidad', lo cual indica que, bajo las circunstancias relacionales favorables que son la conyugalidad (o post-conyugalidad) armoniosa y la parentalidad primariamente preservada, los niños tienen las mejores opciones para construir una personalidad madura y equilibrada. Los hijos se sienten queridos y bien tratados por los padres, y perciben que estos resuelven bien sus diferencias, principalmente las que les atañen a ellos. La nutrición relacional cuenta con condiciones básicas positivas, pero eso no quiere decir que otros factores, en el insoslayable contexto de la complejidad ecosistémica, no puedan interferirla de múltiples maneras. Las 'dinámicas postraumáticas' son algunos de esos factores capaces de influir negativamente en la nutrición relacional, pero la bondad de la situación básica será siempre una circunstancia que operará a favor de una evolución positiva.

El cuadrante inferior derecho, definido por una conyugalidad disarmónica y una parentalidad primariamente preservada, aloja a las *triangulaciones*. Es previsible que, ante una dificultad considerable para resolver sus conflictos, la pareja parental tienda a buscar aliados que, de una u otra forma, inclinen la balanza de un lado. Se puede recurrir a familiares, amigos o incluso terapeutas (¡tantas terapias individuales fracasan porque las expectativas de conseguir un aliado «contra el otro» no se ven oportunamente reformuladas por el terapeuta!), y no es de extrañar que también se involucren los hijos. Desde luego que la disfuncionalidad puede ser evitada, tanto si los padres mantienen sus dificultades conyugales «fuera del alcance de los niños», como si estos consiguen mantenerse fuera del pernicioso juego de la pareja. Para tal efecto, será de gran utilidad la existencia de una red social amplia, con presencia de otras figuras que ejerzan funciones parentales en la familia extensa. Por ejemplo, unos abuelos bien ubicados pueden constituir una buena defensa contra la triangulación. Sin embargo, con bastante frecuencia esta se hace inevitable.

Se trata de situaciones en las que los padres se muestran de entrada razonablemente implicados en el bienestar y la salud de sus hijos, pero son incapaces de controlar el impacto negativo de la disarmonía conyugal. En la modalidad más frecuente, los padres trianguladores bombardean a los hijos con mensajes del tipo «vente de mi lado, yo te ofrezco más«, o bien «si no te vienes de mi parte, atente a las consecuencias». En definitiva, propuestas de alianza basadas indistintamente en estímulos positivos o negativos, combinados de forma compleja con formulaciones a veces burdas y otras sutiles, pero siempre con notable eficacia. Un suspiro o una subida de cejas pueden constituir mensajes poderosísimos. Se trata de un modelo parecido al que desarrolló la 'reflexología pavloviana' a propósito de las neurosis experimentales, asociando un calambrazo o un desagradable soplido en el morro de un perrito con el suministro de una galletita o de un hueso. El animal se paraliza temblando y, eventualmente, se orina: es la ansiedad. También el psicoanálisis describió en términos de coaliciones trianguladas (¡mata al padre y se casa con la madre!) el substrato relacional de la ansiedad.

En el cuadrante superior izquierdo, definido por una conyugalidad armoniosa y una parentalidad primariamente deteriorada, se ubican las deprivaciones. Se trata de una combinación menos popular que las triangulaciones, que suele pasar desapercibida a los profesionales ingenuos,

que parecen buscar siempre alta conflictividad conyugal tras los problemas de los hijos. Y no necesariamente es así, porque los hijos pueden ser deprivados de nutrición relacional por unos padres razonablemente bien avenidos, que, en cambio, fracasan en el ejercicio de las funciones parentales. En tales casos (como, por lo demás, en la mayoría de los restantes), no hay que imaginar a unos padres desnaturalizados que, de forma deliberada, buscan la desgracia de sus hijos. Se trata más bien de personas atrapadas en los avatares del ciclo vital por dificultades que desbordan sus capacidades parentales.

Tales dificultades pueden expresarse en altos niveles de exigencia, desmesurada respecto de las posibilidades de los hijos (o, mejor, del hijo, porque suele tratarse de pautas personalizadas), y no compensada por una valorización proporcional de los esfuerzos que provoca. La personalidad forjada en semejante atmósfera relacional, incorporará una también alta autoexigencia que, al verse inevitablemente frustrada, se reconvertirá en baja autoestima y culpabilidad. En el fondo, además, subyace una hostilidad hacia un entorno percibido como injusto y contra el cual no es posible rebelarse.

Otra pauta relacional deprivadora se plasma en una combinación de rechazo e hiperprotección. El hijo sometido a ella se percibe como no grato a sus padres, pero, al mismo tiempo, recibe de ellos un exceso de mimos con los que intentan neutralizar sus sentimientos de culpabilidad o, simplemente, acallar las demandas de auténtica valoración. Su personalidad se resentirá de una profunda desconfianza en las relaciones interpersonales, que percibe como engañosas, y de una carencia de normatividad que hipotecará su capacidad de adaptación social.

Por último, las caotizaciones ocupan el cuadrante inferior izquierdo, caracterizado por unas condiciones relacionales de base sumamente deficitarias: conyugalidad disarmónica y parentalidad primariamente deteriorada. Tanto la relación de pareja como las funciones parentales

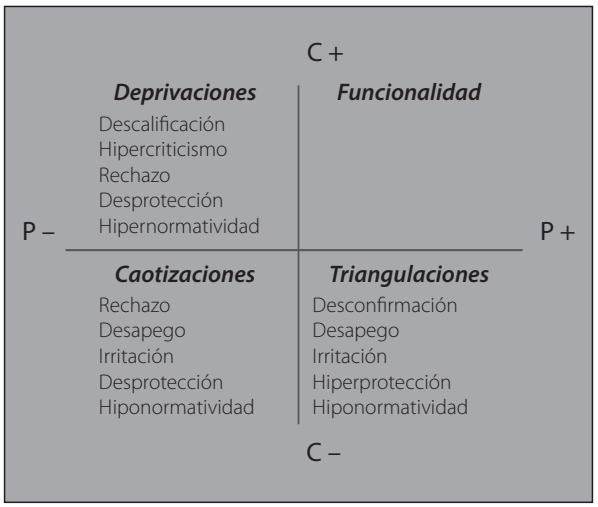


Figura 3

arrancan del nivel mínimo o hacen crisis precozmente (Cancrini y cols. 1997), estableciendo una situación gravemente carencial en lo que a nutrición relacional se refiere. Es tan así que, si esas condiciones se mantienen, la personalidad desarrollada bajo su influencia será de las más inquietantes, puesto que adolecerá de una significativa carencia de experiencias de amor.

Por fortuna, la lógica ecosistémica impone la aparición de mecanismos compensatorios, tanto internos como externos a la familia, que, despertados por lo dramático de la desnutrición relacional, inyectan recursos nutricios alternativos: padres que en momentos cruciales sacan fuerzas de flaqueza, abuelos o tíos oportunos, vecinos caritativos o instituciones sociales capaces de intervenir de forma adecuada a las necesidades. El resultado, siempre imprevisible, no deja de ser de alto riesgo, pero ofrece múltiples alternativas a la intensa carencia de partida.

Triangulaciones, deprivaciones y caotizaciones son las tres grandes variedades de maltrato psicológico, cuyas infinitas combinaciones muestran el complejo panorama propio de este campo. También ofrecen terrenos específicamente abonados al desarrollo de las diversas modalidades de maltrato físico (Linares, 2002; Linares, 2006b), así como de los trastornos psicopatológicos que serán examinados más ade-

lante. La figura 3 muestra los mecanismos de maltrato psicológico que se suelen encontrar preferentemente en sus tres grandes modalidades.

Las familias trianguladoras pueden desarrollar pautas relacionales muy variadas. En algunas de ellas, la desconfirmación encuentra un terreno abonado: la atmósfera intensamente pasional que impregna la conflictiva relación entre los padres se convierte en un obstáculo significativo para el reconocimiento de algún hijo. Por lo demás, los juegos de coaliciones que caracterizan a estas familias facilitan la instauración de vínculos de desapego e irritación con los hijos percibidos como antagónicos y de actitudes de hiperprotección e hiponormatividad con los aliados.

Las familias deprivadoras, en las que las necesidades de los hijos no son prioritarias, constituyen el caldo de cultivo ideal para la hiperexigencia, antesala de la hipernormatividad y de la descalificación. La autocomplacencia narcisista de los padres también puede generar pautas de hipercrítica y rechazo hacia los hijos, que, eventualmente, pueden incurrir en situaciones de indefensión. No obstante, se trata siempre de dinámicas complejas en las se pueden encontrar los fenómenos más variados. Por ejemplo, un hijo hipercriticado y rechazado, paradójicamente puede ser hiperprotegido, como mecanismo reactivo compensatorio.

En cuanto a las familias caotizantes, todo puede ocurrir en ellas, dadas sus muy carenciales condiciones de base, así como, precisamente por ello, su capacidad de estimular, de forma ciertamente imprevisible, los recursos del ecosistema. Quizás su característica más destacada sea la coexistencia de desprotección e hiponormatividad, consecuencia de la precariedad de su vinculación social. Tampoco es raro que los hijos se vean sometidos a desapego, irritación y rechazo, lo cual aumenta el riesgo de que sean víctimas de diversas modalidades de maltrato físico. Y no se puede descartar que la carencia y la precariedad acaben por desencadenar dinámicas desconfirmadoras.

5. LOS TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS

Etimológicamente, 'diagnóstico' significa conocimiento mediante la diferencia, y ello nos remite a un proceso mental que nos hace agrupar y contrastar o comparar para comprender. El hecho de que se haya terminado asociando a la medicina es circunstancial y, desde luego, muy secundario en términos epistemológicos. Se habla con toda soltura del diagnóstico de la situación de una empresa o de las condiciones de seguridad de una obra pública. No se debería, pues, incurrir en la simplificación de identificar el diagnóstico con la medicalización, aunque existan indudablemente razones que justifican el prejuicio.

En efecto, la naciente psiquiatría voluntariosamente médica y pretendidamente científica del siglo XIX, se construyó sobre el modelo de la Parálisis General Progresiva (PGP), cuya etiología infecciosa acababa de ser establecida por Bayle en 1822. Se comprende que el 'descubrimiento' de las causas de la PGP causara un profundo impacto en los psiquiatras decimonónicos. Téngase en cuenta que se trataba de una enfermedad maldita y misteriosa, que había suscitado toda suerte de especulaciones mágicas, incluyendo obviamente atribuciones diabólicas y explicaciones pseudocientíficas. ¡Y ahora resultaba que todo era tan sencillo como puede serlo una infección! Pronto, además, se descubrió que el agente causal era el *treponema pallidum,* y que la PGP no era sino una manifestación cuaternaria de la sífilis. Tras años de latencia y de síntomas varios, la lúes acababa por provocar una meningo-encefalitis, cuyo desarrollo, de curso crónico, podía distar mucho tiempo de la primoinfección venérea. Ello explicaba que hubiera sido tan difícil asociar ambos elementos.

En definitiva, un gran avance científico que paradójicamente se convirtió en una cortina de

humo para el progreso de la ciencia en el campo de la salud mental, puesto que las desmesuradas expectativas despertadas por él hicieron suponer que toda la psicopatología sería reducible a una etiología infecciosa o, cuando menos, burdamente biológica. Ni qué decir tiene que todavía estamos pagando las consecuencias de haber construido la nosología psiquiátrica sobre tan endebles bases epistemológicas, y que ello explica parcialmente la ferocidad de las críticas que recibió el diagnóstico psicopatológico por parte de los antipsiquiatras de los años sesenta y… de los fundadores de la terapia familiar.

Sin embargo, agrupar y comparar han sido siempre movimientos mentales asociados a comprender, por lo que rechazar globalmente el diagnóstico psiquiátrico equivale a tirar al bebé junto con el agua sucia. Vale la pena respetar el esfuerzo acumulado a lo largo de los siglos por quienes han abordado el estudio de los trastornos mentales, aprovechando lo mucho que en su trabajo hay de útil. Y, desde luego, no bajar la guardia para rechazar cualquier simplificación reduccionista.

Una puntualización necesaria atañe a la utilización del concepto de 'enfermedad'. La patología mental existe desde el momento en que existe un inmenso sufrimiento asociado a comportamientos y estados de conciencia generadores de fracaso individual y desajuste social. Pero ello no justifica el uso del concepto de enfermedad, asociado en la medicina moderna, desde los tiempos de Virchow y de Bernard, a una anatomía patológica y una fisiopatología determinadas, inexistentes en el terreno psicopatológico. Y mucho menos autoriza el empleo de expresiones como «estamos ante una enfermedad (léase esquizofrenia o depresión) como las demás». No es así. Los trastornos mentales (probablemente la mejor traducción del término inglés *mental disorders*, consagrado por la *American Psychiatric Association*), no son enfermedades «como las demás», por eso es fundamental reivindicar su singularidad respecto de la patología orgánica. Afortunadamente, frente a las afirmaciones dogmáticas de los portavoces de la ideología biologicista, la gente tiene sentido común y sabe distinguir.

Con el referente de la PGP en el horizonte, la 'nosología psiquiátrica' se construyó en Europa, muy especialmente en Alemania, durante el siglo XIX y las primeras décadas del XX. Los monumentales tratados que pusieron a punto los sesudos profesores alemanes tienen su ejemplo más ilustrativo en la obra de Emil Kraepelin, considerada la línea de partida de la psiquiatría moderna como especialidad médica.

Para Kraepelin (1883), el objetivo de individuar enfermedades en función de sus causas biológicas debió quedar aplazado en una serie de trastornos que habrían de constituir el cuerpo central de la psiquiatría: las llamadas 'psicosis endógenas', principalmente la 'demencia precoz' y la 'psicosis maniaco-depresiva', así como las 'personalidades desviadas' y los 'estados reactivos'. Las aportaciones subsiguientes de Bleuler (1924), Schneider (1923) y el mismo Freud sentaron las bases para la consolidación de la nosología psiquiátrica en tres grandes ramas: a) las 'psicosis' paradójicamente llamadas 'endógenas' para diferenciarlas de las orgánicas o 'exógenas' (de origen infeccioso, tumoral, traumático, endocrinológico, toxico, etc.). En ellas se agrupan la 'esquizofrenia' (reformulación de Bleuler de la vieja demencia precoz), la 'paranoia' y la inmodificada psicosis maniaco-depresiva, un 'potpurrí' en el que coexisten las psicosis delirantes con los trastornos afectivos; b) las 'neurosis', bajo el común denominador de la ansiedad, beneficiadas en su coherencia recíproca por la ingente obra de Freud, y c) las 'psicopatías' o 'personalidades psicóticas', estudiadas exhaustivamente por Kurt Schneider, caracterizadas por una conducta socialmente inadaptada de supuesta causa 'heredodegenerativa', que hace sufrir a quienes la manifiestan y a quienes se relacionan con ellos.

Tres grandes ramas se distinguen, a saber: la de la locura, poblada por sujetos alienados de la

realidad socialmente consensuada y refugiados en un mundo propio (con la depresión encajada un tanto forzadamente); la de la ansiedad, transitada por inseguros de todo tipo, en lucha permanente contra sus síntomas; y la de la inadaptación social, frecuentada por personajes auto y hétero-marginados por sus dificultades en establecer vínculos significativos duraderos.

Pero la psiquiatría no ha cesado de evolucionar, y su nosografía ha experimentado cambios significativos, sobre todo en las últimas siete décadas, a raíz de que, con la Segunda Guerra Mundial, el centro de gravedad se desplazara de Europa a Estados Unidos.

La integración de los trastornos mentales en la nueva sensibilidad americana, inicialmente provocó algún cambio derivado del énfasis cultural en lo social. Efectivamente, en plena euforia del *new deal* roosveltiano y de la victoria en la guerra, todo en la cultura americana era social, por lo que el concepto de psicopatía, con sus connotaciones heredodegenerativas y su agrio olor nazi, no fue bienvenido. Fue, en cambio, sustituido por el de 'sociopatía', que encajaba mejor en los nuevos valores vigentes.

Pero, con el cambio de nombre, se produjo igualmente un cierto desplazamiento del significado. Si el psicópata por antonomasia era el 'desalmado' (expresión de Schneider), capaz de llevar su incapacidad de empatía hasta infligir infinitos sufrimientos a quien se encontrara en el camino, el sociópata sería más bien el habitante de los guetos de las grandes ciudades de la costa este, producto del fracaso del sueño americano, definido principalmente por la violencia delincuencial.

Más no cesaron ahí los cambios. En plenos años cincuenta, el movimiento americano de 'trabajo social' inició su singladura como nueva profesión con entusiasmo, prestigio y capacidad de influencia. Desembarcados en los territorios de la sociopatía, encontraron el término excesivamente médico, por lo que tendieron a sustituirlo por el recién acuñado de 'familia multiproblemática'. De nuevo, el cambio de denominación implicaba un desplazamiento semántico, puesto que desaparecía el individuo como referencia para ser sustituido por una entidad colectiva: la familia. Se extremaba, pues, el viraje desde lo individual-privado hacia lo colectivo-público, en unas condiciones inaceptables para el *establishment* psiquiátrico, que, por supuesto, nunca aceptó el nuevo término.

Pero, simultáneamente, se estaba produciendo un nuevo fenómeno psicodiagnóstico: la irrupción del concepto de 'personalidad *borderline*', traducida como 'fronteriza', 'limítrofe' y, finalmente, 'límite'. Descrita inicialmente por autores psicoanalíticos (Gunderson et al., 2003) para denominar fenómenos que ocurrían en zonas intermedias entre la psicosis y la neurosis (episodios depresivos, crisis de despersonalización, ansiedad…), la personalidad límite se fue desplazando hacia territorios psicopáticos a medida que en su descripción ganaba terreno la dificultad para el establecimiento de vínculos sociales significativos. Así, este diagnóstico funcionó como complemento del de familia multiproblemática, completando el espectro en el polo de las opciones privadas. Quien se desadaptaba socialmente en la retirada calma de la familia, fuera de los focos de los servicios sociales, de los juzgados y de los servicios de atención al menor (al menos, durante el largo período de gestación del problema), incurría en el diagnóstico de personalidad *borderline.* Por el contrario, las familias multiproblemáticas exhibían sus carencias ante Dios y ante el mundo, abiertas en todo momento a las intervenciones profesionales más variadas.

Así las cosas, la *American Psychiatric Association* (APA, 2000) emprendió la tarea de organizar un nuevo sistema clasificatorio de los trastornos mentales que aunara rigor conceptual y espíritu práctico. En 1952 apareció la primera versión del D.S.M. (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) y, desde entonces, se han sucedido las versiones actualizadas, hasta alcanzar el D.S.M.-IV-TR (el V

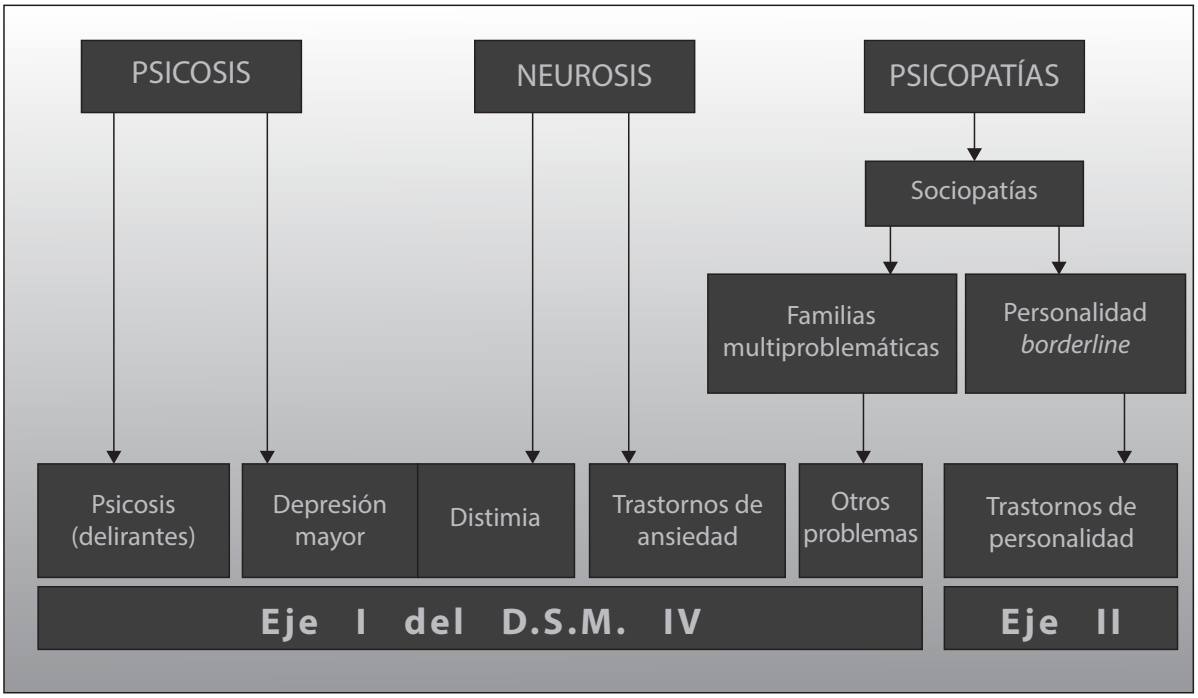


Figura 4

sigue su danza eterna en torno a su aparición), verdadero referente diagnóstico de alcance universal. La figura 4 recoge algunos de los principales cambios que esta nueva nosología propone.

Las psicosis se depuran, limitándose a las delirantes, al desgajarse las depresiones de su primitivo tronco común. Desaparece la psicosis maníaco-depresiva, que se convierte en 'trastorno bipolar', y aparece un espacio diferenciado para los 'trastornos afectivos' (trastornos del estado de ánimo), donde este último convive con la 'depresión mayor' y con la 'distimia' (heredera de la antigua depresión neurótica).

Desaparecen las neurosis, siendo sustituidas por una serie de trastornos bajo el denominador común de la 'ansiedad' (crisis de angustia, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, estrés postraumático, etc.). También se agrupan algunos antiguos fenómenos neuróticos en los nuevos apartados de 'trastornos somatomorfos' (somatizaciones, hipocondría, trastorno de conversión, etc.), 'trastornos facticios' (fingimiento patológico) y 'trastornos disociativos' (amnesia disociativa…). Parece haber un especial ensañamiento con la 'histeria', que no solo desaparece como término reconocido, sino que se ve desmenuzada entre estos últimos apartados citados.

Pero el apartado que más transformaciones experimenta es el de las antiguas psicopatías. De entrada, como era previsible, el concepto de 'familia multiproblemática' es absolutamente ignorado, procediéndose, en cambio, a una descripción pormenorizada, uno a uno, de los diversos problemas que suelen presentar tales familias, bajo el rubro general de «otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica». Y es preciso añadir que todos estos 'problemas' quedan indefinidos en cuanto a su ubicación, entre los ejes I y II, muy al final de la parte clínica, justo antes de los apéndices. En definitiva, en una zona que podríamos definir como de 'letra pequeña', donde existen fundadas sospechas de que la mayoría de lectores no llega a consultar.

Todo ello nos conduce a otra peculiaridad del D.S.M.-IV digna de ser examinada aquí. El diagnóstico es multiaxial, concretamente en cin-

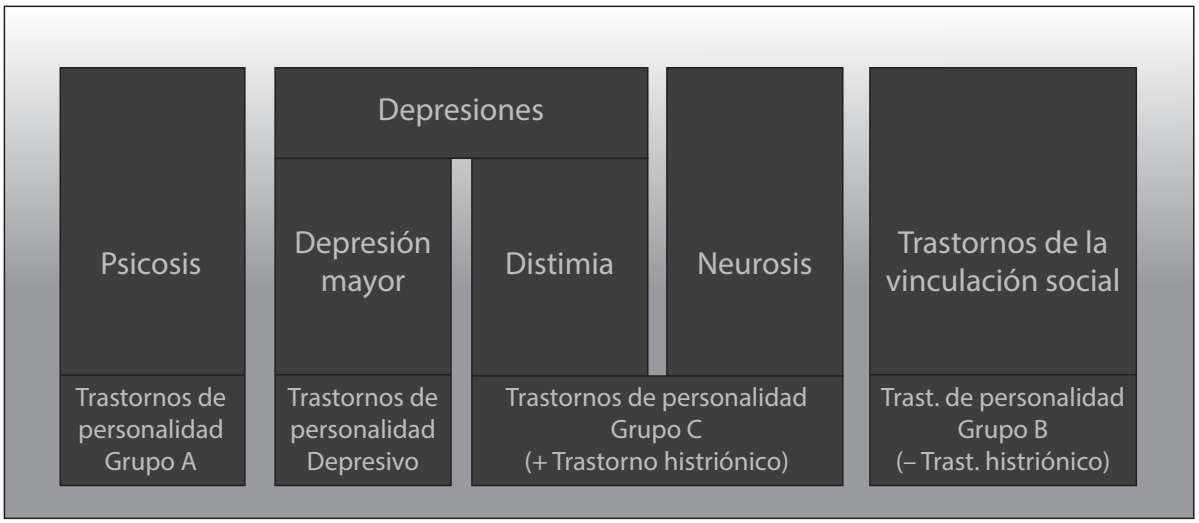


Figura 5

co ejes numerados del I al V. De ellos interesan en este momento los dos primeros, dedicados respectivamente a los 'trastornos clínicos' y a los 'trastornos de personalidad'. La intención de la *American Psychiatric Association* y de los autores personales del manual fue sin duda buena: aumentar la flexibilidad y la riqueza en matices del diagnóstico, permitiendo esa doble definición superpuesta, la de los síntomas y la de la personalidad subyacente. Sin embargo, en la práctica, el sistema incorpora una doble perversión. Por una parte, el doble diagnóstico produce una disociación entre síntomas y personalidad que, al poderse combinar aleatoriamente, sugieren la terrible falsedad de no tener nada que ver los unos con la otra. Por otra parte, la rutina terapéutica conduce a enfatizar el tratamiento farmacológico de los síntomas, relegando el trastorno de personalidad a un plano secundario saturado de pesimismo e impotencia.

Resulta evidente que los principales trastornos de la personalidad se agrupan en espacios que corresponden a los tres grandes territorios de la psicopatología histórica: el grupo A en las psicosis, el grupo B en las psicopatías y el grupo C en las neurosis. El único pequeño ajuste necesario es trasladar el 'trastorno histriónico de personalidad', correspondiente a la clásica personalidad histérica, del grupo B al C, donde encaja mejor, junto a las otras personalidades neuróticas. Además, hay que reivindicar la vigencia de un 'trastorno depresivo de personalidad', anunciado ya en el D.S.M.-IV, pero incomprensiblemente aplazado en su formulación concreta y definitivamente relegado en el D.S.M. V. Para cualquier clínico experimentado, no existe la menor duda de que las personalidades depresivas son una realidad: gentes que arrastran tristes existencias marcadas por la descalificación y la culpabilidad, sin que lleguen a desarrollar síntomas depresivos agudos.

Porque ese es el matiz que, con el máximo énfasis, se quiere afirmar aquí. No existe una discontinuidad psicológica entre la personalidad y, eventualmente, los síntomas correspondientes a un trastorno mental. No está justificado, por tanto, inscribir a estos y a aquella en ejes o dimensiones diferentes. Y, desde luego, los grandes patrones relacionales que subyacen a unos y a otra son, en lo fundamental, los mismos.

6. HACIA UNA PSICOPATOLOGÍA RELACIONAL

Así queda definida nuestra propuesta, que delimita cuatro grandes áreas psicopatológicas, a saber: neurosis, psicosis, depresiones y trastornos

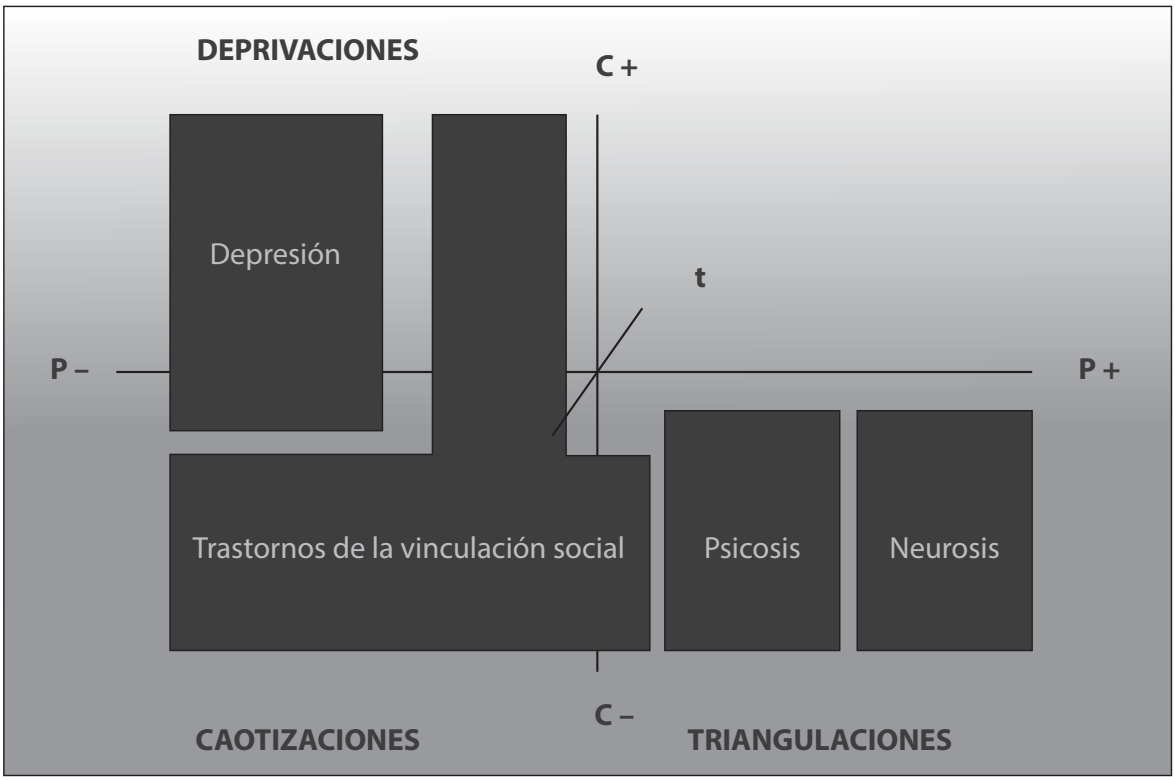


Figura 6

de la vinculación social. Cada una de ellas se continúa sin interrupción con sus correspondientes trastornos de personalidad, tal y como muestra el figura 5. Las psicosis, depuradas como trastornos delirantes, se prolongan en los trastornos de personalidad del grupo A, caracterizados por la susceptibilidad, la rareza y el repliegue sobre sí mismo. La depresión mayor, de estirpe psicótica, pero desgajada de ese tronco, comparte el espacio de las depresiones con la distimia, de estirpe neurótica, y se prolonga en el trastorno depresivo de personalidad, que, como acabamos de ver, puede aunar tristeza y sentimientos de descalificación y de culpa. A su vez, las neurosis se extienden hacia los trastornos de personalidad del grupo C (con la incorporación del trastorno histriónico), bajo el denominador común de la ansiedad y la inseguridad.

En cuanto a los 'trastornos de la vinculación social', es la denominación que atribuimos a los fenómenos de vieja estirpe psicopática, sucesivamente conocidos como sociopatías, personalidad *borderline,* familia multiproblemática y "otros fenómenos que pueden ser objeto de atención clínica". Su prolongación natural es hacia los trastornos de personalidad del grupo B, con la mencionada salvedad del trastorno histriónico.

Si recordamos ahora el esquema de la atmósfera relacional en la familia de origen (a la luz de la parentalidad y la conyugalidad), podremos plantearnos la posibilidad de extenderlo también al figura 5 y a su representación de los principales trastornos psicopatológicos. El resultado es la figura 6.

Las psicosis y las neurosis encuentran su espacio en el cuadrante inferior derecho, correspondiente a las triangulaciones. Se trata, no obstante, de distintas modalidades de triangulación, desconfirmadoras y manipulatorias respectivamente, con consecuencias psicopatológicas muy diferentes. Las depresiones se ubican en el territorio de las deprivaciones, en el cuadrante superior

izquierdo, excepto la prolongación inferior que se adentra en el territorio de las caotizaciones, correspondiente al trastorno bipolar. Por último, el trastorno de vinculación social carece de la especificidad de los otros tres, aunque su núcleo central y más significativo se sitúa en el área de las caotizaciones. Desde él, emite prolongaciones a las triangulaciones y a las deprivaciones.

A continuación describiremos con más detalle parte de la diversidad y complejidad de este panorama, que dista de poder ser abarcado con el limitado instrumento que aquí proponemos. Adelantemos, de momento, que, con la sola inclusión de la dimensión tiempo, se produce una extraordinaria complejificación de la situación, puesto que los distintos problemas se superponen en infinitas amalgamas. Las familias no se instalan de forma estática en una combinación de conyugalidad y parentalidad, y, menos aún, en una modalidad de maltrato psicológico; en consecuencia, de propensión a cierta psicopatología. Por el contrario, la rueda de la fortuna (léase la infinitud del ecosistema) gira ilimitadamente a lo largo del ciclo vital, generando la más variada gama de situaciones imaginable. Tal es la realidad humana y clínica que encontrará el terapeuta en su práctica. No obstante, a fines didácticos, procederemos a describir, artificialmente diferenciadas, las bases relacionales de cada una de las cuatro grandes agrupaciones psicopatológicas.

Neurosis

En el área de maltrato psicológico definido por las triangulaciones, las neurosis representan, además del trastorno psicopatológico de menor gravedad, la modalidad de triangulación más clara y más fácil de describir. Hemos llamado 'triangulación manipulatoria' a la situación relacional en la que un miembro del sistema, generalmente un hijo, recibe mensajes de otros dos, generalmente los padres, invitándolo a unirse a su juego mediante alguna modalidad de coalición. No puede extrañar que así sea, puesto que buscar aliados es una forma clásica de reaccionar frente a la dificultad de resolver conflictos relacionales. Se buscan entre los familiares, los amigos, los mismos psicoterapeutas y, claro está, los hijos, que son objetivos muy cotizados a tal fin.

No es que unos padres instalados en la disarmonía conyugal deseen necesariamente triangular a sus hijos ni tampoco que lo pretendan conscientemente. De hecho, pueden evitarlo si controlan adecuadamente sus emociones, si conocen las consecuencias negativas que se siguen de la triangulación y si cuentan con recursos alternativos, eventualmente terapéuticos. También los hijos pueden defenderse evitando quedar triangulados, sobre todo si disponen de relaciones significativas alternativas a las que aferrarse, por ejemplo, abuelos u otros miembros relevantes de la familia extensa que ostenten delegaciones de las funciones parentales.

Pero si los padres no se controlan y los hijos quedan indefensos, la dinámica trianguladora puede acabar imponiéndose, vehiculizada por propuestas como estas: «Vente de mi parte, yo te ofrezco mayores recompensas, o bien te amenazo con peores represalias si no lo haces». A lo cual se contrapone: «No, vente de mi parte, soy yo quien te ofrece condiciones más ventajosas o te amenaza con pérdidas más dolorosas». Y el niño sometido a este tironeo reaccionará en cierto modo como lo hacían los perros objeto de las investigaciones de Pavlov, sobre las neurosis experimentales. Ante recompensas y castigos simultáneos (galleta, hueso, soplido en el hocico, calambrazo, etc.) respondían con muestras evidentes de ansiedad, quedándose paralizados, temblando u orinándose. Así, también los humanos, aunque los síntomas puedan ser infinitamente más complejos.

La ansiedad, que es la manifestación neurótica más general e inespecífica, constituye la respuesta básica a la triangulación manipulatoria. A ella se pueden añadir otros síntomas, dependiendo de los juegos relacionales que se desarrollen superpuestos a la triangulación. Por

eso, la vieja sabiduría nosográfica que agrupó a las distintas variedades de neurosis bajo un común denominador, sigue teniendo plena vigencia relacional, por mucho que el DSM IV haya pretendido ignorarla.

La variable relacional que preside el desarrollo de los síntomas 'fóbicos' y de la 'personalidad evitativa' es la 'dependencia', junto con su opuesto semántico, la 'autonomía'. Ugazio (1998/2012) utiliza el término 'polaridad semántica' para denominar a estas dimensiones relacionales capaces de organizar, dando coherencia a sus atribuciones de significado, a los síntomas psicopatológicos. Y no es difícil entrever que, tras esa oposición de conceptos, además de un fenómeno semántico generalizable existe una peculiaridad que remite a la triangulación manipulatoria: la incompatibilidad entre dos progenitores que representan, respectivamente, la dependencia y la autonomía. De cómo se resuelva la lucha entre ambos por obtener la coalición del hijo, dependerá el sesgo del síntoma de este: 'agorafóbico' (simbólicamente inclinado hacia la dependencia) o 'claustrofóbico' (simbólicamente inclinado hacia la autonomía).

Los síntomas 'histéricos' y los rasgos de personalidad 'histriónicos' comparten coherencia clínica y bases relacionales a partir del común denominador de la 'seducción'. Es bien sabido que Freud se inspiró en la histeria para formular los principios teóricos del psicoanálisis, muy especialmente, la 'teoría sexual de la personalidad' y el 'complejo de Edipo'. Y luego él mismo alimentó la polémica sobre el carácter del trauma sexual que sistemáticamente detectaba en sus pacientes. ¿Se trataba de un trauma real o más bien de una fantasía inconsciente? Ambas opciones contrapuestas fueron sucesivamente asumidas por Freud y por la ortodoxia psicoanalítica como la clave de la construcción de la personalidad histérica y de su correlato sintomático. Y, sin embargo, las opciones no se limitan a ser materialmente asaltado por la sexualidad adulta o a inventarse dicho asalto. Entre ser abusado sexualmente y fantasear sobre tal eventualidad, existe una amplia gama de posibilidades intermedias que pasan por la seducción como fenómeno relacional. La histeria brota en los intersticios de una bipolaridad semántica definida por la erotización de la relación con uno de los progenitores (habitualmente de una niña con su padre) y el rechazo puritano del sexo por parte del otro progenitor.

La distimia o depresión neurótica se construye sobre triangulaciones manipulatorias a las que se añade un juego de ganancia y pérdida representado por la coalición con uno de los progenitores y el antagonismo con el otro. Esa dinámica suele marcar la infancia y adolescencia del/ de la futuro/a distímico/a, que transcurre bajo el signo de esa intensa relación, trasladada como modelo al grupo de pares: se establecen vínculos muy fuertes con una persona («mi amigo/a»), que, al tensarse excesivamente, se rompen para ser sustituidos por otros similares, generalmente desde la mirada suspicaz del progenitor aliado. Cuando el amigo en cuestión manifiesta pretensiones de convertirse en pareja estable, la suspicacia encuentra una justificación mayor, puesto que se trata de una relación que amenaza la continuidad de la coalición. He ahí uno de los elementos sustentadores del «mito de 'la suegra'», especialmente coherente en contextos triangulados (¡no existe el «mito del 'suegro'» o de 'los suegros'!*)*. De hecho, si el nuevo actor del juego, que es la pareja, aporta un bagaje relacional similar, también triangulado, no es de extrañar que se produzca una especie de intercambio cruzado de alianzas, de acuerdo con el principio «los enemigos de mis enemigos son mis amigos». Así, según esta lógica relacional triangulada, no será raro escuchar la siguiente frase: «mi suegra es una bruja, pero mi suegro es un buen hombre».

Este es el caldo de cultivo ideal para el desarrollo de la distimia. Bastará con que uno de los miembros de esa pareja, constituida en términos igualitarios o 'simétricos' pierda pie, lo cual

puede ocurrir a raíz de una nueva pérdida relacional significativa (muerte de un ser querido, desempleo, etc.), para que la tristeza asociada a la ansiedad sea procesada como depresión. A partir de ese momento, los síntomas tenderán a integrarse en la relación, restableciendo la simetría amenazada por las pérdidas, aunque inevitablemente, dada la naturaleza de las dinámicas sintomáticas, se tratará de una 'simetría inestable'. Es la modalidad de relación característica de la pareja a transacción neurótica.

Psicosis

Los inicios no pudieron ser más prometedores. La «teoría del doble vínculo» irrumpió en el mundo psiquiátrico como una elegante propuesta etiológica de la esquizofrenia (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956), de estirpe comunicacionalista: dos mensajes contradictorios, emitidos a niveles lógicos diferentes, sin posibilidad de abandonar el campo ni de metacomunicar, en un contexto relacional de dependencia y constituyendo una secuencia continua de acontecimientos. He ahí una situación comunicacional disfuncional frente a la cual la esquizofrenia constituiría una respuesta adaptativa. Obviamente, la relación de dependencia remite sobre todo a la familia de origen, donde se produce, en la infancia, la relación de mayor dependencia imaginable, a la vez que la más influyente para la construcción de la personalidad.

La teoría del doble vínculo inspiró numerosas investigaciones y dio pie a abundantes propuestas, algunas de ellas de gran interés clínico (Sluzki & Veron, 1966). Sin embargo, poco a poco fue siendo abandonada, probablemente tanto por las arduas dificultades metodológicas para verificar hipótesis tan complejas, como por la creciente influencia de la industria farmacéutica y de la ideología biologicista. No podemos sino lamentar ese abandono, que nos ha privado de la vigencia actualizada de un instrumento conceptual sumamente útil para abordar algunos de los muy complejos fenómenos que se producen en la encrucijada del amor y el desamor. Fenómenos definidos por el 'sí pero no', ambigüedad consustancial a la condición humana presente en tantas situaciones disfuncionales asociadas a las más graves patologías: «te quiero y, seguramente, daría la vida por ti, pero estoy demasiado ocupado en otras cosas; ignoro tus necesidades, me disgusta tu forma de ser, te rechazo porque no te percibo como aliado, etc.»".

Dos grandes pioneros de la terapia familiar, que nunca renegaron de sus orígenes psicoanalíticos, relacionaron la esquizofrenia con dificultades evolutivas del individuo en el contexto de la familia. Bowen (1960) la situó en los niveles más fusionales y menos diferenciados de su 'escala de diferenciación del *self*', mientras que Boszormenyi-Nagy (1962) la asoció con problemas en el proceso de 'desvinculación' en las diferentes etapas del ciclo vital. Wynne (1958) describió la 'pseudomutualidad' como una característica de la familia del esquizofrénico en la que los vínculos solidarios están sometidos a la ley del 'sí pero no', sacrificando la identidad individual a las expectativas familiares. Lidz describió el cisma y el sesgo conyugales en la pareja parental del esquizofrénico (Lidz et al., 1965): unos padres tan enzarzados en un enfrentamiento eterno e irresoluble como aislados del mundo en un universo bizarro propio.

A Watzlawick se debe el concepto de desconfirmación, patrón comunicacional característico de la esquizofrenia que equivaldría a ignorar la existencia de alguien: «tú no existes como emisor de este mensaje» (Watzlawick et al., 1967, op. cit.). Haley (1967), otro de los pioneros que se ocuparon de la esquizofrenia, destacó el concepto de 'triangulación', involucración del hijo en el conflicto de los padres. Estos le solicitarían su sacrificio personal para ayudar a la estabilización de la familia. Si Watzlawick encarna gran parte de la rica tradición comunicacionalista, Haley, compartiéndola, incorpora la sensibilidad estructural que adquirió de Minuchin, combinada con el pragmatismo de su propia visión estra-

tégica. Sin embargo, ambos evidencian importantes limitaciones. Las elegantes propuestas comunicacionalistas del primero sugieren juegos intelectuales difícilmente compatibles con el dolor y la destrucción inherentes a la psicosis. Y tampoco el heroico sacrificio que describe el segundo cuadra mucho con la escasa relevancia del psicótico en su familia, antes de que los síntomas le permitan, paradójicamente, ocupar un lugar bajo el sol.

Selvini y sus colaboradores aportan un material decisivo en la superación de esas limitaciones, tras haber explorado a fondo tanto la sensibilidad comunicacionalista (Selvini et al., 1974) como la estructural, con ayuda para esto último de la «prescripción invariable». En su «teoría de los juegos psicóticos», Selvini (1988) introduce dos conceptos clave: el 'bloqueo de pareja', que recoge la tradición sistémica referida a los padres del esquizofrénico (pseudomutualidad, hibris simétrica, cisma, imposibilidad de definir la naturaleza de la relación, etc.), y el 'embrollo', juego sucio desconfirmador en el que se ve atrapado el hijo, participante en una coalición con uno de sus progenitores que luego será negada. Con base en estas ideas, proponemos el concepto de 'triangulación desconfirmadora' (Linares, 1996) como elemento clave de una teoría relacional de la psicosis. Se trata de una modalidad de triangulación especialmente difícil de entender y de describir, puesto que su elemento central, la desconfirmación, no es, por definición, explicitable.

Recordemos que la desconfirmación equivale a la falta de reconocimiento, es decir, a la negación relacional de la existencia del otro. Pero si dicha negación se explicita («¡Tú no existes para mí!»), deja inmediatamente de ser desconfirmación para convertirse en mera expresión de rechazo. De hecho, en una relación diádica difícilmente puede darse la desconfirmación, puesto que entre dos personas (A y B) que interactúan no cabe la posibilidad de ignorarse. Sin embargo, al constituirse una triada con la intervención de una tercera persona (C), se hace posible que esta acapare de tal modo la atención de uno de los dos primitivos interlocutores (A), que el otro (B) se sienta olvidado y, por tanto, implícitamente inexistente. Dicho de otra manera, la triangulación desconfirmadora (de B) se arma cuando A niega implícitamente su previa relación privilegiada con B, acaparada por una relación intensamente pasional con C. Se trata de una atmósfera relacional compleja y contradictoria, donde impera el 'sí pero no' y, en última instancia, nuestra vieja conocida la 'comunicación doble vincular'. Y el resultado es una situación de riesgo para que B desarrolle un trastorno psicótico.

Aunque la triangulación desconfirmadora más frecuente es la que, junto al paciente, sitúa en los vértices al padre y a la madre, existen múltiples variantes, entre las cuales destacan también aquellas en las que figura un hermano prestigioso (Selvini et al. 1985) o una figura pseudoparental de la familia extensa. A veces pueden superponerse varias de ellas.

La psicosis implica dos niveles fundamentales de disfunción: los síntomas negativos y los positivos. Aunque a veces se confunden los síntomas negativos con los efectos de la cronicidad, es importante precisar sus diferencias. La cronicidad psicótica manifiesta rasgos hiposociales que no ocultan su condición de beneficios secundarios. El paciente apenas sale de casa, pierde amigos y abandona actividades, pero todo ello se produce al servicio de un estilo de vida de inválido subvencionado no carente de ventajas, sobre todo en nuestras sociedades del bienestar. Con su actitud, es como si el psicótico dijera al mundo, y especialmente a su familia: «soy un damnificado, y ya que la vida y vosotros me habéis tratado mal, ahora yo merezco compensaciones. No pretendáis hacerme trabajar». Los síntomas negativos, en cambio, suponen una desconexión primaria con respecto al entorno, derivada de la desintegración de la identidad bajo los efectos de la desconfirmación. Sin la validación social que supone el reconocimiento, es inimaginable que pueda funcionar la conexión con la sociedad:

«Si no existo, si no soy nadie, tampoco puedo vincularme a nadie». De ahí la inhibición, el bloqueo emocional, la discordancia ideoafectiva y tantos síntomas de los llamados negativos. La escena representada por un psicótico mirándose en un espejo y riendo debería inspirar al explorador para anotar en el historial algún comentario más sofisticado que 'risas inmotivadas'. Es la viva imagen del impacto de la desconfirmación sobre una identidad indefensa, la lesión más grave que esta puede recibir, ante la cual el sujeto queda desconectado incluso de sus propias emociones.

Pero, como la actividad psicológica (y casi la vida) es incompatible con ese 'no ser nadie', la personalidad del psicótico reacciona intentando salvar los muebles de la inundación. De entre las ruinas de la 'identidad desconfirmada', el sujeto selecciona los cascotes mejor conservados para reconstruir una 'identidad alternativa'. Y lo hace, claro está, poniendo todo su empeño en que, esta vez sí, la desconfirmación no sea posible. «Si siendo yo, Juan Pérez, he terminado no siendo nadie, a partir de ahora seré alguien cuya existencia no pueda ser ignorada… seré… ¡Napoleón!».

Resulta espectacular cómo la sabiduría popular, durante los siglos XIX y XX, identificó en los chistes la locura con «creerse Napoleón». No hay duda de que se trata del personaje simbólicamente más importante de la moderna historia occidental: alguien que saliendo de la nada, «sin ser nadie», conquistó Europa y sentó las bases de un nuevo orden universal. Por eso los delirios psicóticos se construyen siguiendo un «modelo napoleónico», ya sea identificándose con un personaje singular, único e irrepetible, ya sea realizando hazañas o sufriendo vicisitudes absolutamente singulares. Ningún psicótico delira en términos colectivos (v.g., «a los de mi pueblo nos abducen los marcianos» o «los vecinos de mi barrio somos aludidos en televisión»), no. «Soy yo el perseguido, yo el espiado, yo el objeto de un trato tan inicuo como excepcional…».

La identidad alternativa, delirante y napoleónica, suele tener éxito en cuanto a garantizar su reconocimiento social, pero una de las grandes paradojas de la psicosis es que ello aleja la posibilidad de reconocimiento de la identidad original. «Mientras más reconocido soy como loco, menos opciones tengo de ser reconocido como ciudadano socialmente homologable». De lo dicho se deduce que la psicosis puede ser considerada un 'trastorno identitario'. Y ya hemos visto que la identidad está fuertemente blindada frente al cambio, ya que no admite confrontaciones directas. Los cambios identitarios, si se producen, lo hacen por vías colaterales y como resultado de estrategias indirectas. Esto constituye un serio problema en la psicosis, porque la identidad en ella está hipertrofiada hasta el punto de ocupar casi todo el espacio narrativo. Se comprende que así sea, porque el delirio es como una neoplasia psicológica que tiende a expandirse en detrimento de otras narraciones más neutras: «si soy Napoleón, lo debo ser en todo momento y bajo cualquier circunstancia; si alguien me habla del tiempo afirmando que hoy hace bueno, es para que me relaje y no ponga trabas a mi embarque con destino a Santa Elena». Efectivamente, una narración tan poco identitaria como el clima puede verse infiltrada de identidad delirante en su imparable proceso expansivo.

Se comprenden las dificultades que encuentran los modelos que abordan individualmente a la psicosis y hasta se entiende que Freud afirmara la imposibilidad de psicoanalizar a los psicóticos. ¡Tenía razón! La identidad delirante «no es asequible a la argumentación lógica», como decían los viejos manuales de psicopatología, y su gran crecimiento reduce a un mínimo la narrativa no identitaria, haciendo también muy difícil su abordaje individual directo. En cambio, la terapia familiar cuenta con la organización y la mitología como espacios adecuados para la intervención. Cambiándolas, se hace posible ampliar indirectamente la narrativa no identitaria y, en última instancia, ayudar a que se redimensione y modifique la identidad.

Depresión mayor

En los casos más característicos y significativos, el futuro depresivo viene al mundo en una familia definida por una relación conyugal de la pareja parental de signo complementario, es decir, no generadora de grandes confrontaciones o conflictos y tendente a funcionar de forma razonablemente armoniosa (Linares & Campo, 2000). Pero ello no debe inducir a engaño: no necesariamente será una pareja que comunique impresiones positivas acerca de su funcionamiento interno; a veces pueden presentar rasgos de complementariedad rígida que enfaticen la dependencia de uno de sus miembros respecto del otro.

Priorizando la conyugalidad sobre la parentalidad, dicha pareja experimenta dificultades en el ejercicio de las funciones parentales. Tales dificultades suelen traducirse en altos niveles de exigencia y escasa valoración de los esfuerzos realizados para responder a esta. Se trata, desde luego, de condiciones coyunturales que pueden durar más o menos tiempo dependiendo de las circunstancias, y que suelen personalizarse en el trato que recibe un hijo, y no el resto. Un ejemplo típico sería la hija que, en otros tiempos, se quedaba soltera para cuidar de los padres en su ancianidad, o simplemente la que, con independencia de su estado civil, era más exigida que valorada en sus servicios a la familia. No es que los padres fueran exigentes y poco valoradores en general, sino que a ella en concreto «le tocaba» someterse a esa pauta relacional. Y también le tocaba cierta predisposición a la depresión.

La 'organización' de la familia de origen del depresivo mayor presenta generalmente una apariencia aglutinada, bajo la cual subyace un fondo desligado y hasta expulsivo. Se habla mucho de unidad, pero el paciente puede tener la impresión de que su presencia es, en realidad, superflua. La pareja parental se muestra, como hemos dicho, 'cohesionada', en contraste con la mayor distancia emocional que evidencia con respecto a los hijos y, particularmente, con el paciente. Ello se corresponde, en consecuencia, con importantes diferencias en el seno de la fratría, donde el paciente puede reproducir la historia de 'la Cenicienta': explotación y marginación cruelmente combinadas aunque, desde luego, explícitamente negadas. La 'jerarquía' familiar suele mostrar un panorama autoritario, aunque no necesariamente con formas despóticas. El progenitor que ocupa la posición complementaria superior (*one up*) suele ejercer la autoridad y también desempeñar el papel más activo en la pauta relacional depresógena: más exigente, rechazante y descalificador. Y no sirve de mucho para neutralizar dicha pauta que el progenitor *one down* sea formalmente más afectuoso y aceptador si, en cualquier caso, se respetan las reglas del juego complementario. La 'adaptabilidad' muestra familias tendentes a la rigidez, que cambian poco con la modificación de las circunstancias externas y con el desarrollo del ciclo vital.

En la 'mitología' de la familia del depresivo se distinguen unos 'valores y creencias' presididos por la 'descalificación' del paciente. Se valora sobre todo dar la talla en el cumplimiento de los criterios de éxito social: lo que está bien, lo que debe ser, el qué dirán... En definitiva, el culto a las apariencias y a la honorabilidad de la fachada. Como todo ello se traduce en un alto nivel de exigencia y en unos objetivos imposibles de alcanzar, el fracaso y la subsiguiente descalificación están casi garantizados. El 'clima emocional' muestra el contraste entre una apariencia de calidez solidaria y un fondo de gran frialdad e hipercrítica. Se da por sentado el fracaso del paciente, dadas su incapacidad, su insignificancia y sus escasos recursos. Por ello no hay que dramatizar si las cosas le van mal: es lo más natural. En cuanto a los 'rituales', presididos por la alta exigencia, son rígidos y de obligado cumplimiento, con asignación de roles no intercambiables de los que, ciertamente, corresponden al paciente los más ingratos. Podemos llamar 'deprivación hipersociable o descalificadora' a la pauta espe-

cífica de maltrato psicológico que enmarca la vida del futuro depresivo.

Crecer en un ambiente de hiperexigencia, donde está prohibido rebelarse, conduce a construir una identidad que incorpora narrativas coherentes con ese contexto. En ellas ocupan lugares preferentes la responsabilidad, el deseo de quedar bien con los demás, la necesidad de preservar la respetabilidad de las apariencias y de comportarse «por encima de cualquier sospecha». Ello explica que, como decíamos antes, el depresivo sea el principal cómplice de la 'biologización' de su trastorno, que lo absuelve de cualquier participación en turbios juegos relacionales. Y también explica que, si sucumbe a la desesperación, busque en el supremo acto depresivo que es el suicidio la solución a su situación. Suicidándose se castiga, por una parte, por no haber sido capaz de estar a la altura de las circunstancias respondiendo a lo que se le exigía, pero también se venga del injusto trato de que ha sido objeto, dejando un amargo legado de culpa a los que le sobreviven.

7. TRASTORNOS DE LA VINCULACIÓN SOCIAL

Ya hemos visto que los 'trastornos de la vinculación social' carecen de especificidad en sus bases relacionales, lo cual no puede sorprender, por cuanto se corresponde con su heterogeneidad fenomenológica y clínica. Las viejas 'psicopatías', transformadas en 'sociopatías' por la psiquiatría americana, acabaron dando nacimiento a, por una parte, las 'familias multiproblemáticas' y, por otra, el 'trastorno límite de personalidad'. Ambos cubren el amplio panorama del fracaso en la vinculación social entre, respectivamente, el polo más público y 'social' (la familia multiproblemática) y el polo más privado y 'psicológico' (el trastorno límite). Ambos corresponden a universos profesionales distintos, si no contrapuestos, cuales son el trabajo social y la psiquiatría.

Por supuesto que la familia multiproblemática no es simplemente una familia con muchos problemas (Coletti & Linares, 1997). Una definición que tenga en cuenta mínimamente la complejidad del tema ha de considerar, al menos, las siguientes características:

- Un fracaso simultáneo de la parentalidad y la conyugalidad. Con mucha frecuencia, la pareja parental se constituye ya de forma casual, en ausencia de verdaderos vínculos, o se rompe apenas constituida. A su vez, la parentalidad se muestra titubeante y contradictoria, gravitando a menudo solo sobre la madre quien, inmadura y acosada por múltiples dificultades, resulta incapaz de ejercerla.
- Ello genera una atmósfera relacional caracterizada por una organización caótica y una mitología negligente, en las que encajan unos individuos de escasa y débil identidad y de narrativa no identitaria contradictoria e incongruente.
- Las carencias de nutrición relacional derivadas de una situación tan pobre en recursos, generan diversos problemas que afectan a los adultos, a los niños y a las relaciones entre los unos y los otros.
- Tales situaciones, cuando son detectadas, crean alarma social y provocan la intervención de las instituciones, que puede llegar a ser masiva. Además, si solo se orienta al control, puede causar mayores dificultades y daños. En ninguna otra patología, la posibilidad de la iatrogenia es tan previsible.

En una larga lista bajo el rubro «otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica», el DSM IV describe las diversas situaciones disfuncionales características de la familia multiproblemática. La Asociación Psiquiátrica Americana no define su atribución al eje I o al II, y, por tanto, deja un margen de duda para considerarlos 'síntomas' o 'rasgos de personalidad', lo que, en cualquier caso, no puede evitar es que queden habitualmente fuera del diagnóstico, despreciados de un plumazo por el clínico

bajo la despectiva consideración de 'problemas sociales'. Pero los terapeutas relacionales sabemos que todos los problemas son, en mayor o menor medida, sociales, y, además, no podemos dejar fuera de nuestro foco a una población tan amplia y tan sufriente. Por ello debemos ocuparnos de las familias multiproblemáticas y de sus miembros individuales.

Hemos dicho que la identidad de los miembros individuales representativos de la multiproblematicidad es escasa y débil, y ello no debe hacer pensar en carencias intelectuales. Una «identidad pobre y poco consistente» significa que, en el proceso madurativo del psiquismo de estos sujetos, pocos han sido los constructos narrativos seleccionados como identitarios. Pocos y de forma poco clara. Por eso, su personalidad mostrará un exceso de indefinición en algunos aspectos importantes. Ello no es óbice para que se pueda tratar de personas inteligentes y complejas. Si hay un constructo identitario que suele destacarse, es el que corresponde a la bipolaridad semántica 'rebeldía/dependencia', asociados ambos términos con intensidad paradójica. En efecto, son sujetos díscolos y poco respetuosos de las instituciones; al mismo tiempo, desarrollan una gran dependencia de ellas.

Las raíces relacionales del trastorno límite de personalidad en la familia de origen muestran, quizás mejor que los otros trastornos mentales, la necesidad de una perspectiva evolutiva que tenga muy en cuenta la dimensión temporal. Y ello porque es en este territorio psicopatológico donde más se pone de manifiesto la 'equifinalidad' propia de los sistemas humanos, es decir, la propiedad según la cual, partiendo de diferentes orígenes se puede alcanzar idéntico resultado.

El destino final del paciente límite, donde termina su trayectoria relacional, es una situación de 'tierra de nadie' familiar, lo cual quiere decir que nadie se hace cargo de satisfacer sus necesidades de nutrición relacional. Si estamos hablando de familia de origen, ello supone una *deprivación*, en la que las figuras que ejercen las funciones parentales fracasan en el desempeño de las mismas (parentalidad primariamente deteriorada), mientras que mantienen un buen nivel de coordinación recíproca (conyugalidad o post-conyugalidad armoniosa). Un punto de partida frecuente es, en cambio, lo que hemos llamado la 'triangulación equívoca' (Linares, 2006 c), en la que unos progenitores muy distanciados entre sí y, eventualmente, con una relación muy conflictiva, se atribuyen mutuamente la responsabilidad de la nutrición relacional del hijo. Probablemente, uno de aquellos se implica mucho más que el otro, aunque, por lo general, ejerciendo funciones controladoras y normativas más que protectoras. A veces la situación se parece más a la triangulación manipulatoria, descrita a propósito de los trastornos neuróticos, con un progenitor distante y otro muy presente y sobreinvolucrado.

En otras ocasiones, el inicio se sitúa ya en las deprivaciones, con unos progenitores bien avenidos que, sin embargo, son exigentes con el hijo y poco valoradores de este. Uno de ellos se involucra mucho y el otro se mantiene distante, pero el primero se interesa fundamentalmente por el control. Si el segundo se aproxima, lo hace de forma más bien superficial, por salvar las apariencias, pero sin plantearse seriamente compensar la arbitraria sobreimplicación controladora de su cónyuge.

En cualquiera de los casos, como decíamos más arriba, al final todos acaban en una situación de deprivación, porque los que estaban triangulados se destriangulan, ya que el progenitor más cercano se aleja, coincidiendo en esa posición con el que estaba lejos desde el principio: aunque ambos disientan en muchos temas, están unidos por el rechazo al hijo. Y no es raro que al 'rechazo' se añada una 'hiperprotección' paradójica: se le consiente, en algunos aspectos, más de lo razonable, sobre todo para que no moleste o por temor a tener que enfrentársele. Esta combinación de pseudohiperprotección y rechazo constituye el caldo de cultivo ideal para el fra-

caso de la normatividad, por lo que podemos llamar 'deprivación hiposociable o rechazante' a la pauta relacional definitoria in extremis de la 'condición límite'".

La identidad del paciente límite no suele ser muy sólida ni consistente, pero muestra algunas características que vale la pena destacar. Quizá sea la 'labilidad' la principal característica emocional de la identidad límite: frecuentes cambios de humor, que pasan de la depresión a la agresividad y de la ansiedad a la euforia. La asociación de la 'conciencia alternativa' y de la facilidad para el 'paso al acto' hacen que estas personas se vinculen fácilmente a movimientos marginales y antisistema (con un cierto grado de compromiso y de militancia, lo cual los diferencia de la acracia instintiva propia de la multiproblematicidad).

En cuanto al conjunto de la narrativa, en el plano emocional está presidida por una profunda 'desconfianza' en los adultos y su mundo, de los que no se esperan aportaciones positivas. Ello comporta un sentimiento de 'victimismo' muy arraigado que, dirigido hacia el exterior, se convierte en 'rencor 'y 'rabia'. En el terreno cognitivo aparece una 'autopercepción muy devaluada', lo que en la jerga a la moda se suele entender como 'baja autoestima'. Por último, en el plano pragmático se aprecian una 'hiponormatividad', que supone un escaso apego a las normas sociales de convivencia, y una 'hiposociabilidad', dificultad para establecer vínculos significativos y duraderos. Las dinámicas relacionales están presididas por la 'provocación', que acaba haciendo aparecer y confirmando las reacciones temidas que se quisiera evitar, y por la 'revancha', con la que se pretende ejercer una especie de justicia sumaria y primitiva.

8. CONCLUSIONES

En los inevitablemente estrechos márgenes de un artículo, hemos intentado presentar las ideas fundamentales de nuestra propuesta concerniente a las bases relacionales de la psicopatología. Es una ímproba tarea que, sin duda, dejará más preguntas abiertas que respuestas satisfactorias. Ímproba por lo limitado del espacio disponible pero, sobre todo, por la magnitud de la labor, que abordamos con una combinación de ambición y modestia.

Somos conscientes de que el trabajo realizado por el autor y su equipo a lo largo de más de veinte años, con ser digno y respetable, apenas se aproxima al objetivo de aportar alguna luz al substrato relacional de los trastornos mentales. Desde esta convicción, las afirmaciones avanzadas en las páginas precedentes deben ser despojadas de cualquier carácter dogmático que, por efecto retórico, pudieran comunicar, e interpretadas como lo que de verdad son, es decir, meras sugerencias, hipótesis de trabajo, metáforas guía, etc.

Nos conforta la convicción de no haber hecho este viaje en solitario, sino, por el contrario, gozando de excelente compañía. Nos referimos, por una parte, a la legión de investigadores que, principalmente en Estados Unidos, sentaron las bases del modelo sistémico a mediados del siglo pasado con una mezcla de rigor y valentía, cuyo espíritu compartimos plenamente. La compañía de algunos es desgraciadamente simbólica, pero no así la de otros que, como Sluzki (2010), Minuchin (2009) o Stierlin (1986) (este, por cierto, europeo), continúan estimulándonos con su presencia. Por otra parte, compartimos viaje con autores, sobre todo italianos, que se hallan actualmente comprometidos en empeños similares al nuestro, entre otros, Luigi Cancrini (2006) y Matteo Selvini (2008), quienes reflexionan sobre los trastornos de la personalidad; Luigi Onnis (2004), quien aborda la patología psicosomática; y Valeria Ugazio (2012), que trata sobre los trastornos neuróticos, alimentarios y depresivos.

En el proceso de elaboración de este artículo, hemos debido renunciar a la exposición de materiales importantes a medida que contemplábamos angustiados cómo el número de páginas crecía implacablemente. Así, ha quedado en el tintero la descripción de la organización y la

mitología de neurosis, psicosis y trastornos de la vinculación social. Tampoco se han podido desarrollar las líneas maestras de la intervención terapéutica que, en buena lógica, se desprenden de este modelo. Sobre este punto, no obstante, se hace necesaria una reflexión.

Las terapias sistémicas, especialmente su abanderada, la terapia familiar, han dado siempre cabida a una extraordinaria creatividad, reivindicando incluso a veces la improvisación como virtud. Sin renunciar a la primera y aceptando con menos entusiasmo y por inevitable a la segunda, nuestra propuesta pretende hacer hincapié en valores como la previsión y la planificación. Vaya por delante una declaración de principios: el objetivo de la actividad terapéutica debe ser liberar de síntomas y disminuir el sufrimiento mediante el pleno restablecimiento de las relaciones amorosas, complejamente interferidas en los procesos patológicos. Hacer, pues, que las personas se sientan relacionalmente nutridas o, lo que es lo mismo, complejamente amadas. A tal efecto, será de gran utilidad contar con guiones, tan fieles como flexibles, que orienten sobre los modos y las maneras en que se han producido, y, en mayor o menor grado, se mantienen las interferencias patológicas del amor complejo.

Si decimos de las psicosis que su contexto relacional más significativo es la triangulación desconfirmadora, tendrá sentido que organicemos la terapia familiar de los pacientes psicóticos como un proceso: a) destriangulador en el plano de la organización y b) reconfirmador (o propiciador del reconocimiento) en el plano de la mitología. Si consideramos que la depresión mayor se genera en contextos relacionales definidos por mitologías descalificadoras y organizaciones deprivadoras, veremos útil armar la intervención terapéutica en torno a estrategias recalificadoras y vinculadoras. Y si entendemos a las familias multiproblemáticas como caracterizadas por una organización caotizante y una mitología negligente, veremos correcto abordarlas con estrategias estructurantes y responsabilizadoras. Sólo por poner algunos ejemplos.

Ni qué decir tiene que todo ello constituye tema para sucesivas investigaciones y publicaciones. Mientras tanto, insistiremos una vez más en que las ideas aquí vertidas deben ser contempladas como metáforas guía orientadoras de la actividad terapéutica y no como corsés ortopédicos limitadores de movimientos.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders: DSM IV-TR*. Washington DC: Autor.

Bateson G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science, 1*(4), 251-264.

Bateson, G. (1976). *Pasos para una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.

Bleuler, E. (1924). *Tratado de psiquiatría*. Madrid: Calpe.

Boszormenyi-Nagy, I. (1962). *The concept of schizophrenia from the perspective of family treatment. Family Process, 1*, 103-113.

Bowen M. (1960). A family concept of schizophrenia. En D. D. Jackson (Comp.) *The aetiology of schizophrenia*. New York: Basic Book.

Cancrini, L. (1994). *Viva Palermo viva*. Roma: Nuova Italia Scientifica.

Cancrini, L., De Gregorio, F., & Nocerino, S. (1997). Las familias multiproblemáticas. En M. Coletti y J. L. Linares (Comp.), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella.* Barcelona: Paidós.

Cancrini, L. (2006). *L'Oceano Borderline. Racconti di viaggio.* Milán: Raffaello Cortina.

Coletti, M. & Linares, J. L. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella.* Barcelona: Paidós.

De Vicente, A. & Berdullas, S. (2013). La asociación británica de psicología llama al cambio de paradigma en salud mental. *Infocop, 61*, 13-14.

De Vicente, A. & Castilla, C. (2013). Los psiquiatras se suman a la abolición del DSM y la CIE y apoyan el modelo de rehabilitación en salud mental. *Infocop, 61*, 15-16.

Gunderson, J. G., Bender, D., Sanislow, Ch., Yen, S., Bame, J., Dolan-Sewell, R., Dyck, I. et al. (2003). Plausibility and possible determinants of sudden "remissions" in borderline patients. *Psychiatry Interpersonal and Biological Processes*, *66*(2), 111-19.

Haley J. (1967). *Towards a theory of pathological systems*. En J. H. Zuk & I. Boszormenyi-Nagy (Comps.), *Family therapy and disturbed families*. Palo Alto: Science and Behaviour Books.

Kraepelin, E. (1883). *Lehrbuch der Psychiatrie*. (Edición 2000-2002, cuatro volúmenes). Munich: Belleville Verlag.

Laing, R. (1972). *El cuestionamiento de la familia*. Buenos Aires: Paidós.

Lidz, T. & cols. (1965). *Schizophrenia and the family*. New York: International University Press.

Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.

Linares, J. L. & Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional.* Barcelona: Paidós.

Linares, J. L. (2001). La thérapie familiale des psychoses comme processus de reconfirmation. *Cahiers critiques de Thérapie Familiale, 26*, 61-81

Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar entre la terapia y el control.* Barcelona: Paidós.

Linares, J. L. (2006). Una visión relacional de los trastornos de personalidad. En A. Roizblatt (Comp.), *Terapia familiar y de pareja*. Santiago de Chile: Mediterráneo.

Linares, J. L. (2006 b). *Las formas del abuso. La violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella.* Barcelona: Paidós.

Linares, J. L. (2007). Cases that have taught me a lot. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 12*(3), 349-360.

Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud, 18*(3), 381-400.

Linares, J. L. & Vallarino, D. (2008). Schizophrenia and Eco-Resilience**.** *Journal of Systemic Therapies, 27*(3), 16-29.

Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica.* Barcelona: Herder.

Minuchin, P., Colapinto, J., & Minuchin, S. (2009). *Pobreza, institución, familia* (2.ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.

Onnis, L. (2004). *Il tempo sospeso. Anoressia e bulimia tra individuo, famiglia e società.* Milano: Franco Angeli.

Schneider, K. (1923). *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Ed. Morata, 1943.

Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. F., & Prata, G. (1974). *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.

Selvini, M. et al. (1985). Il problema dell'inviante. Quando è un fratello a chiedere la terapia. *Ecologia della mente, 3*, 84-103.

Selvini, M. (1988). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.

Selvini, M. (2008). Undici tipi di personalità. L'integrazione della diagnosi di personalità nel pensiero sistemico complesso. *Ecologia della Mente, 31*, 1-13.

Sluzki, C. & Verón, E. (1966). Transacciones descalificadoras: investigación sobre el doble vínculo. *Acta Psiquiatrica y Psicológica de América Latina, 12*(4), 129-144.

Sluzki, C. (2010). Personal social networks and health: Conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Family Systems and Health, 28(*1), 1-18.

Stierlin, H., Weber, G., Schmidt, G., & Simon, F. (1986). Some features of families with major affective disorders. *Family Process, 25*(3), 325-336.

Ugazio, V. (2012). *Historias prohibidas, historias permitidas. Polaridades semánticas familiares y psicopatología.* (2.ª ed. Corregida y aumentada) Barcelona: Paidós. (Reimpreso de *Storie proibite, storie permesse. Polaritá semantiche familiari e psicopatologia,* 1998, Milán: Bollati Boringhieri)

Watzlawick, P., Beaving, J., & Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación humana.*

Barcelona: Herder.

Wynne, L. C. et al. (1958). Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics.

Psychiatry, 21, 205-220.

Recibido el 15 de agosto de 2013
Revisión final 13 de septiembre de 2013
Aceptado el 17 de septiembre de 2013

ARTÍCULOS-COMENTARIO

OPEN PEER COMMENTARIES

Notas para una clasificación psicoterapéutica de los trastornos psiquiátricos*

Luigi Cancrini
Centro Studi Terapia. Italia

Resumen

El autor destaca antes que nada la importancia de una definición de los trastornos de personalidad basada en la experiencia de psicoterapeutas de enfoques psicodinámico y sistémico, para hacer frente a la medicalización generalizada de la psiquiatría ligada actualmente a la nueva edición del DSM. Basado en el estudio de Kernberg y de las tres grandes tareas evolutivas que enfrenta el niño en el curso de su desarrollo, la clasificación propuesta por él destaca los trastornos de las áreas de la neurosis, la psicosis y los trastornos límite *(borderline)*. Se discuten también las semejanzas y diferencias con la clasificación propuesta en el artículo-objetivo de Linares (2013).

Palabras clave: *trastornos, desarrollo, sistémico, DSM, neurosis, psicosis.*

Notes for a psychoterapeutic classification of psychiatric disorders

Abstract

The author underlines above all the importance of defining the psychiatric personality disorders based on the experience of psychotherapists of psychodynamic and systemic approaches to cope with rampant medicalisation of psychiatry today, linked to the new edition of the DSM. Based on the study by F. Kernberg and the three great evolutionary tasks that children face during development, the classification proposed by him emphasizes neurotic, psychotic, and borderline disorders. Similarities and differences with the classification proposed by Linares in his target-paper (2013) are briefly discussed at the end of this paper.

Key words: *Disorders, development, systemic, DSM, neurotic, psychotic.*

1. UN ESPECTRO RECORRE EL MUNDO DE LA PSIQUIATRÍA

El espectro, y quien, como yo, es psiquiatra y psicoterapeuta lo sabe bien, es el DSM V, la nueva edición del Manual Diagnóstico más difundido en el mundo, que acentúa las tendencias reduccionistas de tipo médico biológico de las ediciones anteriores.

«La psiquiatría occidental está en crisis. La dirección tomada por el nuevo *Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales* (DMS-5), cuya publicación se espera esta semana, ha sido criticada por muchas partes. El Instituto Nacional para la Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH), el instituto de investigación más grande del mundo, en particular desacuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría

Agradecimientos: *del original en italiano "Appunti per una classificazione psicoterapeutica dei disturbi psichiatrici" 2013; traducido por: Sara Quintero.
Dirigir toda correspondencia al autor a: Centro Studi Terapia. Via reno 30. Milán, Italia.
Tel. 00390685305635.
Correo electrónico: cstfr@mclink.it centrostuditerapia@libero.it
RMIP 2013, vol. 5. núm. 2. pp. 149-154.
ISSN-impresa: 2007-0926
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ®RMIP

(APA), ha anunciado que no concederá más fondos a proyectos basados solo en las categorías diagnósticas del DSM. Desafortunadamente, mientras el *Mental Health Europe* considera correcta la decisión del NIMH, ya que la discusión se centra casi por completo en las neurociencias y los denominados trastornos del cerebro, el mismo NIMH, sin embargo, deja de lado la enorme importancia de la experiencia de los usuarios tanto en el marco de la investigación como en el de la práctica de la psiquiatría.

El *Mental Health Europe* está sumamente preocupado de que la publicación del DSM-5 constituya un fortalecimiento mayor de la posición dominante del enfoque exclusivamente biológico en cuestiones de salud mental, gracias al apoyo de una enorme maquinaria constituida por ciencia, tecnología e intereses económicos. Asimismo, una de las consecuencias visibles de este enfoque es el empobrecimiento relativo de las intervenciones psicológicas y sociales que constituyen la base de la recuperación personal y social. Cabe añadir que las intervenciones psicológicas y sociales se están volviendo cada vez más dependientes del modelo biológico en lugar de responder a las necesidades y aspiraciones de los usuarios de los servicios de salud mental. Obviamente, esto se encuentra en contradicción con la perspectiva de los derechos sociales y humanos sancionados por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD de la ONU), que ha sido ratificada por la Unión Europea y por más de un centenar de países.

Además, el *Mental Health Europe* está alarmado por el hecho de que el DSM-5 incluye muchas categorías de diagnóstico escasamente fiables y que tenderán a medicalizar cada vez más reacciones normales, como el duelo y la timidez. La etiqueta de «enfermo mental» será, por consiguiente, designada a personas que estarían mejor sin ella. De hecho, en consecuencia, el Manual podría conducir a tratamientos innecesarios y potencialmente perjudiciales si se tiene en cuenta la relativa facilidad con la que se prescriben poderosas drogas psicotrópicas.

Por las razones antes aludidas, el *Mental Health Europe* denuncia el uso exclusivo del enfoque biomédico en el nuevo *Manual de Diagnóstico y Estadística.* Mientras que la ciencia puede ser muy útil para la salud mental y el bienestar, la aplicación simplista impuesta por una ciencia reduccionista y poco explorada también puede dificultar la comprensión de las condiciones humanas e interferir negativamente en los asuntos de derechos humanos fundamentales» (Mental Health Europe, 2013).

De manera particularmente fuerte, la crítica al DSM V es llevada a cabo en esta etapa por los terapeutas que trabajan con una perspectiva relacional y sistémica. *Family Therapy and the Spectre of DSM V* es el título del editorial de Glenn Larner, Tom Strong y Robbie Busch (2013), *en la Australian and New Zealand Journal of Family Therapy de junio 2013 (*Volume 34, Issue 2), que contiene varios artículos importantes sobre este argumento (véase enlace en la lista de referencias). Los artículos insisten en el riesgo contra la salud mental de los pacientes –y, añado yo, de los terapeutas–, de una operación cultural con tendencia a la reificación de los comportamientos sintomáticos y vergonzosamente extraños al intento de evaluar el significado y el valor interpersonales.

2. LOS MÉRITOS DEL ARTÍCULO DE LINARES (2013)

El mayor mérito del artículo de Linares reside, al respecto, en su capacidad para indicar con claridad y fuerza una posibilidad alternativa de clasificación de los trastornos psiquiátricos, entendidos como enfermedades. Con base en la posibilidad de vincular las «narraciones» en las que se basa la reconstrucción de sentido y la correspondiente intervención terapéutica con tipologías individuales y diferenciables, ello permite vislumbrar, de hecho, la posibilidad de una psicopatología por completo alternativa

a la psiquiátrica más tradicional, de la cual el DSM V no es actualmente más que la expresión exasperada: dogmática en la formulación no reconstructiva del sentido, obsesiva en la búsqueda de detalles, alarmantemente pobre de pensamiento y cultura. Es de reflexiones como la de Linares (2013) de las que tenemos que partir, por lo tanto, para abrir una batalla cultural que tenga alguna posibilidad de vencer las confrontaciones con este tipo de psiquiatría. Razonando serenamente sobre la posibilidad de hacer a un lado la actitud mental de los psicoterapeutas y/o psiquiatras de enfoque más antropológico y existencial, que simplemente (simplistamente) rechazan la posibilidad misma de cualquier hipótesis de clasificación, considerando única e irrepetible la vivencia de cada paciente. O incluso, para los constructivistas, de cualquier terapia.

3. DE LAS CORRESPONDENCIAS ENTRE LAS TRES GRANDES ÁREAS DE LA PSICOPATOLOGÍA

También yo me he movido en estos años en línea con la exigencia tan bien recalcada por Linares (2013). Llegando a conclusiones en parte diferentes y, sin embargo, en gran medida compatibles con las suyas, basadas inicialmente en la «correspondencia» entre las tipologías de las historias familiares y las tipologías de los cuadros sintomáticos y de las historias personales (Cancrini, 1992), distinguiendo entre los trastornos y los problemas de las áreas neurótica, psicótica y límite (*borderline*), y considerando la vida psíquica de todos los seres humanos en términos de alternancia de cuatro niveles de funcionamiento. El normal (crítico, correcto, capaz de reconocer y de situar el papel de las emociones) se alterna con el neurótico (la alteración está circunscrita en temáticas correspondientes con conflictos bien delineados), con el limítrofe (*borderline*) (una vida psíquica no integrada, «en blanco y negro», aunque capaz de tener en cuenta, aún, los límites impuestos por el principio de realidad) y con el funcionamiento psicótico (la utilización de mecanismos defensivos basados en la escisión característica del nivel precedente se acompaña de la pérdida del principio de realidad). No obstante, normal no es la persona que funciona necesariamente y siempre en un nivel «normal».

En efecto, todos funcionamos en otros niveles más o menos frecuentemente. Los lapsus y la psicopatología de la vida cotidiana descrita por Freud testifican la facilidad con la que el funcionamiento neurótico marca y deja huellas indelebles en la vida humana normal. Regresar a niveles de funcionamiento límite es igualmente frecuente y sustancialmente inevitable: en el juego competitivo, actuado o participado, la distinción entre uno bueno y uno malo, entre el que *debe* vencer y aquel que *debe* perder forma parte de las reglas. La facilidad con la que se entra y con la que se sale de este nivel de funcionamiento es diferente en diversas personas, pero se evidencia con facilidad en el marco cotidiano de los estadios deportivos, en el cambio de los comportamientos requeridos antes y después del silbatazo del árbitro que señala el final de un partido y en las siutaciones (políticas, sociales, de grupo, de pareja, de discusión o de litigios por una «herencia»), en las que el defecto de integración y la visión «en blanco y negro» parecen particularmente frecuentes, algunas veces casi obligatorias (Cancrini, 1999).

Se puede suponer razonablemente, sobre la base de estas reflexiones, que cuando hablamos de normalidad hablamos, de hecho, de fluidez de paso de un nivel a otro del funcionamiento psíquico.

Normal, sugería Freud, no es el no hacer lapsos, normal es lograr darse cuenta y, a lo más, interpretar. De manera del todo análoga, comunica un confortable sentido de normalidad la persona que cesa de funcionar en un nivel límite en el momento en que el árbitro silba el final del partido, o en el momento en que, saliendo de una habitación en la que ha peleado, redimensiona lo acontecido, las culpas del otro y sus razones. Fascinante y convincente en tér-

minos de «normalidad» puede ser igualmente la persona capaz de perder momentáneamente el sentido de la realidad (el principio de realidad) sumergiéndose en el mundo irracional del sueño, en una experiencia de amor o en la situación «delirante» provocada por medicamentos alucinógenos, del contacto emocional profundo con un paciente grave o con un duelo capaz de hacer temblar desde los cimientos su capacidad de saber quién es y dónde se encuentra. La facilidad con la que se entra y se sale de experiencias de este tipo está evidentemente relacionada con una serie de procesos psíquicos, conscientes y no conscientes, que permiten «elegir» o «evaluar como apropiado» el evento o la situación que lo activa y mantener cierto grado de control sobre la necesidad de salir de ellos. Es en el interior de estas condiciones donde esta facilidad puede considerarse, incluso en contextos profesionales suficientemente evolucionados, como una garantía de la solidez de una organización personal. Tener miedo o pavor de este tipo de regresión corresponde, en ocasiones, –los didactas lo saben bien– a la actividad de defensas constrictivas convertidas en necesarias por el miedo de no saber controlar los tiempos. En resumen, el verdadero problema del sufrimiento psíquico puede ser propuesto no solo en términos de «umbral bajo», sino también en términos de rigidez ligada al miedo de aceptar experiencias no comunes: un miedo fundado, a nivel consciente o inconsciente, sobre la certeza de la «viscosidad» de las salidas de niveles de funcionamiento menos evolucionado (Cancrini, 1999).

4. LAS TAREAS EVOLUTIVAS Y EL CONCEPTO DE UMBRAL

Es justo a partir de esta observación que es posible reconsiderar críticamente el sentido de una clasificación de los trastornos mentales. Entendidos como «exageraciones» o «excesos» de las experiencias humanas universales, los trastornos funcionales estudiados por los psiquiatras pueden ser considerados como experiencias de fracaso, parcial o total, de las tareas psíquicas que el niño debe enfrentar en las etapas críticas de su desarrollo. De acuerdo con Kernberg, son tres las etapas correspondientes a las tareas evolutivas que deben realizarse para poder construir una relación de amor estable y satisfactorio. La primera se refiere a la capacidad de distinguir el mundo interno del externo, las representaciones asociadas con el Yo de aquellas relacionadas con el objeto: se trata de una tarea que no es realizada adecuadamente por las personalidades con trastorno psicótico; la consecuencia concreta es el aislamiento afectivo y sentimental, o la participación pasiva y ausente en una relación de pareja impuesta por las circunstancias.

La segunda tarea se refiere a la capacidad de integrar las representaciones buenas y malas asociadas respectivamente al Yo y al objeto; el establecimiento de una identidad satisfactoria del Yo y la capacidad de desarrollar relaciones objetuales totales, (incluso representaciones buenas y malas del objeto), constituyen la consecuencia natural de este desarrollo; aquel que no ha estado en grado de conseguirlo tiende a activar frente a la pareja, como frente al terapeuta y a otras personas significativas, relaciones objetuales parciales que proceden de la escisión defensiva de las representaciones libidinales y agresivas. La consecuencia de esto en el plano concreto es una alternancia de experiencias y actitudes correspondientes y opuestas de idealizaciones y de ataque, una alternancia característica de muchos comportamientos sexuales promiscuos y de muchas relaciones de pareja violentamente conflictuales y de breve duración, o estables e insatisfactorias; con variables importantes relacionadas con la organización defensiva del paciente con el trastorno narcisista y psicopático de la personalidad.

La tercera tarea se refiere a la superación positiva de los conflictos edípicos y de las correspondientes prohibiciones inconscientes de una relación sexual completa; quien no lo ha podido conseguir desarrolla relaciones caracterizadas

sobre todo por la inhibición sexual y por la fuerte concentración de los componentes de idealización romántica y de ternura en las situaciones de amor; en otros casos o en otras fases, se producen búsquedas activas de relaciones masoquistas, especialmente en las mujeres, y de una separación entre el mundo de la sexualidad y el mundo del amor romántico, más común en los hombres (Cancrini, 1997).

El estudio de la psicopatología permite fácilmente asociar el fracaso o la realización incompleta de estas tareas evolutivas con las diferentes áreas psicopatológicas. Más concretamente, la tarea evolutiva que no se resuelve adecuadamente en el caso de la psicosis esquizofrénica es la del niño que tiene que diferenciar el Yo del no-Yo. «La herida original del paciente que sufrirá un trastorno esquizofrénico podría determinarse en relación al nacimiento y al curso de los primeros años de vida. El desequilibrio inicial en la relación con el niño se determinaría en torno a una dificultad de la madre relacionada, por lo general, con el contexto interpersonal en el que se desarrolla la experiencia de la maternidad. El material clínico propuesto por la terapia familiar en relación con la "desconfirmación" (Linares habla de ello con claridad) proporciona elementos interesantes en esta dirección» (Cancrini, 1999).

La persona que supera mal esta fase presentará un umbral más o menos bajo para la regresión a este nivel (psicótico) de funcionamiento.

La segunda tarea evolutiva es, en cambio, la que falta en el caso de los pacientes que presentan un bajo umbral a otra regresión, la correspondiente al nivel de funcionamiento límite (*borderline*), mientras que también existe una correspondencia análoga entre el cumplimiento de la tercera tarea (edípica) y el desarrollo de un umbral bajo para la regresión a un nivel de funcionamiento más «neurótico».

5. LA FAMILIA

Particularmente interesante para verificar el fundamento de esta hipótesis, resulta el conjunto de observaciones propuestas desde la práctica más que cincuentenaria de los terapeutas familiares. De hecho, lo que dicha práctica permite verificar es una correspondencia perfecta y llena de significado entre las dificultades que enfrentan los niños en la superación de sus tres tareas evolutivas fundamentales y una serie de constelaciones familiares típicas en las que se determinan dichas dificultades. Junto con las que ya se han mencionado respecto a la familia esquizofrénica, en la que el problema es desde el principio la incertidumbre o una inconsistencia sustancial de los límites del Yo propias de sus miembros (de «masa indiferenciada del Yo» habla en particular Murray Bowen; Cancrini, 1999), la clínica de las «infancias infelices» (Cancrini, 2012) permite comprobar, en efecto:

el conjunto complejo de situaciones en las que el niño se ve obstaculizado en su proceso de integración de las representaciones buenas y malas, dando lugar a formas diversas de trastorno de personalidad en las que el umbral de la regresión a un nivel límite de funcionamiento se mantiene particularmente bajo y

el juego a tres característico de las familias en las que la tarea del niño que debe enfrentar el conflicto edípico se ve obstaculizada de modo particularmente evidente, dando lugar a la dificultad de las relaciones interpersonales con el sexo opuesto (inhibiciones de la sexualidad y el desarrollo de la tendencia a un amor romántico) característica de los pacientes que presentan síntomas en el área neurótica (Cancrini, 1998).

6. LA REFLEXIÓN DE LINARES

Analogías y diferencias entre esta posición y la propuesta por Linares deberían profundizarse, probablemente, en una conferencia dedicada al problema –que yo considero esencial– de la forma en que la experiencia de los terapeutas familiares permite poner en discusión toda la nosografía de los trastornos psicológicos y psiquiátricos. Un punto clave de este debate probablemente sería el relacionado con el signifi-

cado de la palabra «depresión», que considero relevante, sobre todo en el Eje I del DSM (una manifestación sintomática posible en todas las situaciones de la psicopatología), y que Linares parece tomar, sin embargo, como pertinente para el Eje II, entendiéndola como una forma fundamental de organización de la experiencia personal. En mi opinión, lo que más cuenta sin embargo, en una fase tan temprana de la reflexión sobre la relación entre la novedad de la clínica y la historia de la nosología, es el objetivo común, la conciencia compartida de la necesidad absoluta y urgente de avanzar en este camino. Para evitar que la psiquiatría se pierda en el reduccionismo biofarmacológico y para ofrecer a todos los que lo necesitan la posibilidad de ser ayudados y tratados de las maneras extraordinariamente eficaces propuestas actualmente por el trabajo terapéutico familiar y relacional.

REFERENCIAS

Cancrini, L. & La Rosa, C. (1992). *Il vaso di Pandora; Manuale di Psichiatria e Psicoterapia*. Roma: Nuova Italia Scientifica.

Cancrini, L. (1997). *Lezioni di psicopatologia*. Torino: Boringhieri.

Cancrini, L. (1998). *L'amore nevrotico. Saggio su "Una vita" di Guy de Maupassant*. Roma: EdUP.

Cancrini, L. (1999). *La luna nel pozzo*. Milano: Raffaello Cortina.

Cancrini, L. (2012). *La cura delle infanzie infelici*. Milano: Raffaello Cortina.

Larner, G., Strong, T., & Busch, R. (2013). Family therapy and the spectre of DSM V. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy,* 34(2), 87-89. Recuperado el 17 de julio de 2013, de: http://dmmsclick.wileyeurope.com/view.asp?m=-sa2gi3w3lvoel6r2smmb&u=23260945

Linares, J. L. & Soriano, J. A. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 119-146.

Mental Health Europe (2013). DSM 5 and exclusively biological psychiatry must be completely rethought. *MHE Newsletter, 4* (may-june), 1-3. Disponible en:
http://www.mhe-sme.org/news-and-events/monthly-newsletter.html

Recibido el 27 de octubre de 2013
Revisión final 15 de diciembre de 2013
Aceptado el 17 de diciembre de 2013

El desafío de construir un diagnóstico sistémico

Marcelo R. Ceberio
Universidad de Flores. Escuela Sistémica Argentina.

Resumen

El tema del diagnóstico fue y es un tema arduo de interpretar. Entre los profesionales de la psicología clínica y la psiquiatría existen diversas opiniones que van en defensa acérrima acerca del diagnóstico y la medicación consecuente, hasta posturas extremas que no contemplan el diagnóstico como una variable dentro del tratamiento. Estas posiciones evidencian ideologías, modelos teóricos, pragmatismo terapéutico hasta posturas políticas y también dan cuenta de la historia de la psiquiatría de la que las variables antipsiquiátricas y desinstitucionalizadoras han encarnado la más profunda crítica. En el ámbito de la terapia sistémica, también las posiciones han sido diversas pero convergentes en el sentido que se hace difícil construir un rótulo diagnóstico sin tener en cuenta el complejo entramado de interacciones que se desarrollan en los sistemas. En este sentido, el diagnóstico tradicional vería solamente "la punta del iceberg" diseccionando las entrañas de la complejidad que suponen los sistemas. Linares (2013) hace muchos años que realiza investigación en esta área tan controversial, obteniendo excelentes desarrollos que aúnan rótulo, diagnóstico y red relacional.

Dirigir toda correspondencia al autor a: Director Doctorado Universidad de Flores.
Director Académico e Investigación. Escuela Sistémica Argentina. Fray J. S. M. de Oro 1843. C.A.B.A. (1414). Argentina. Tel. Fax: 54-11-4774-6112/2875. Cel. 1554180231
www.escuelasistemica.com.ar
Correo electrónico: ceberio@escuelasistemica.com.ar
RMIP 2013, vol. 5. núm. 2. pp. 155-161.
ISSN-impresa: 2007-0926
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ®RMIP

Palabras clave: *antipsiquiatría, diagnóstico, desinstitucionalización, terapia sistémica, red relacional.*

Abstract

The issue of diagnosis was and is a difficult subject to interpret. Among practitioners of clinical psychology and psychiatry there are varying opinions ranging in staunch defense on the diagnosis and subsequent medication to extreme positions that do not consider the diagnosis as a variable within the treatment. These positions show ideologies, theoretical models, therapeutic pragmatism, and policy positions, as well as the history of psychiatry with its own anti-psychiatric and deinstitutionalization movements which have incarnate the deepest critics. In the field of systemic therapy, also positions have been diverse but convergent in the sense that it is difficult to build a diagnostic label regardless of the complex network of interactions that take place in the systems. In this sense, the traditional diagnosis would only be "the tip of the iceberg", dissecting the bowels that the complex systems entail. Linares (2013) has devoted many years doing research in this controversial area, with excellent developments that combine labels, relational network and diagnostics.

Key words: *Anti-psychiatric, deinstitutionalization, relational network, diagnostics, systemic therapy.*

Siempre ha sido complicado hablar de diagnóstico psicopatológico. Un tema arduo y no poco fértil para el sembrado de numerosas ideas

y cuestionamientos, principalmente en manos de las que fueran las corrientes contraculturales de la década del 70 con la antipsiquiatría (R. Laing y D. Cooper) y los desinstucionalizadores basaglianos a la cabeza, y los sistémicos quienes, por su parte, desde su progenie batesoniana, continuaron ininterrumpidamente dando crítica a la rotulación intemperante de los manuales clasificatorios.

Como bien señala Linares (2013), los estudios del doble vínculo, resultado de la primera investigación que llevara a cabo G. Bateson y su equipo (Bateson, Weakland, Haley, & Fry, 1956) desestructuraron la visión monádica y lineal del paciente psiquiátrico para involucrarlo en el resultado de la disfuncionalidad familiar. Esta gesta investigativa, sin duda, puso sobre el tapete de la psicopatología cuestiones que excedían el marco individual. Principalmente, un sistema familiar en manos de una madre que ofrece la doble vinculación como forma de comunicación y que deja a la intemperie de manera desajustada la organización de las categorías lógicas de su hijo. Sin embargo, este hijo es rotulado de esquizofrénico y es internado en un hospital psiquiátrico.

Esta hipótesis fue convalidada por los movimientos antes citados, es decir, tanto Ronald Laing y David Cooper con la antipsiquiatría (véase Cooper, 1985; Laing, 1980), y Franco Basaglia con la desinstitucionalización (1968) intentaron revertir el proceso creando sistemas alternativos de atención psiquiátrica. Como se ve y lo muestra el artículo de Linares (2013), los cuestionamientos hacia las elaboraciones diagnósticas son de larga data y aún hoy conllevan la crítica sobre sus espaldas. Cuando la medicina se apropia, por así decirlo, del territorio de las enfermedades mentales, numerosas e interminables clasificaciones intentaban dar un marco a un grupo de sintomatologías de las que Kraepelin fue más que un ícono en la construcción psicopatológica.

Hoy, el proceso no ha cambiado. Sucede el mismo fenómeno: el DSM se empeña una vez más en construir entidades nosológicas psiquiátricas y en su última versión se observa cómo se cambia la agrupación en nuevos trastornos, se descartan unos y se redefinen otros. En este sentido, podría afirmarse que se construyen enfermedades mentales. Es decir, aunar signos y síntomas en la observación de una persona hace que pueda integrarse el fenómeno en una clasificación. Pero desde una perspectiva contextual sistémica, por medio de la cual se intenta integrar numerosas reverberancias de interacciones, el diagnóstico individual resulta sencilla y complejamente la punta del iceberg.

Y cuando me refiero a una perspectiva sistémica no lo hago desde una denodada defensa del modelo sistémico aplicado a la psicoterapia, lo desarrollo como un modelo de la ciencia. Un modelo que contempla polivariabilidad de factores que forman una sinergia. Un modelo complejo, basado en la que Edgard Morin describió como ciencias de la complejidad (1984). Aludo entonces a la punta del iceberg, en tanto me refiero a que la persona que encarna el diagnóstico es el efecto de un sistema disfuncional, la resultante de la interacción de variables enmarcadas en un contexto que le otorga semántica a las interacciones. Pero, a la vez, es la persona la que colabora en la disfuncionalidad del sistema al que pertenece, razón por la cual, cuando se efectúa un diagnóstico se recorta a una parcialidad el fenómeno, puesto que se dejan afuera los otros factores que colaboran activamente al resultado.

No obstante, no deja de ser utopía la posibilidad de *descubrir* los orígenes y realizar un análisis que abarque todos las variables productoras de los síntomas y, con ello, la rotulación diagnóstica. Más bien, cabe entender qué factores interaccionales, cognitivos, emocionales, endocrinos, neurofisiológicos, inmunitarios, entre otros, constituyen la combinación que se autopotencia y de la cual emerge el síntoma. Entonces, es necesario hablar de *construir* el motivo del síntoma a la

espera de que su explicitación, o la estrategia que se tome, resulte efectiva.

El diagnóstico es una articulación de premisas. Tal cual una hipótesis que mancomuna diversas aristas a partir del fenómeno, el diagnóstico se elabora por una pauta perceptiva. Es decir, es un libreto que orienta nuestra percepción acerca de qué manera debemos percibir. Tal cual lo describe J. Spencer Brown en su libro *Law of the form* (*Las leyes de la forma*, 1973), cada vez que percibimos trazamos un distingo, implica que construimos universos y realidades a partir de ese imperativo interno. El diagnóstico psiquiátrico es la explicitación de ese imperativo que nos pauta cómo debemos percibir, como distinguir-construir ese universo. Esta es una de las razones por las cuales el diagnóstico construye realidades, más aún si es un diagnóstico individual y tan solo vemos una parte del fenómeno.

Pero también una hipótesis no solo surge del imperativo perceptivo que nos obliga a trazar una distinción, asimismo esta hipótesis refuerza la observación. Siempre que acabamos una hipótesis diagnóstica parece que quedamos encerrados, casi atrapados en la fascinación que nos provoca el clasificar nuestra observación en una categoría. Es que las distinciones que trazamos como premisas componentes de la hipótesis no son ni más ni menos que categorías y categorías de categorías, y estas mismas son integrantes de otras categorías. Miembro y clase (Russell y Whithead, 1910/1981), de acuerdo como lo pautemos.

De todas maneras, el uso del diagnóstico no es un tema menor. Nunca una finalidad de una psicoterapia radica en diagnosticar. El diagnóstico es solamente una parte del trabajo terapéutico, importante, pero solamente una parte. Pero el diagnóstico como hipótesis es un estructurando, o sea, se va construyendo sesión tras sesión. Es una hipótesis abierta y sometida al ingreso de nueva información que lo enriquece, certifica o reformula. Irá en una debacle constructiva.

Tal vez, el problema radique en la creencia de que se deba crear un diagnóstico y creer que sin él no es posible trabajar terapéuticamente, como si las hipótesis que puedan construirse en el análisis de un caso, obligatoriamente debieran arrojar como resultado el rótulo clasificatorio (Ceberio & Watzlawick, 1998). Esto coloca sobre el tapete las cuestiones diagnósticas en el ámbito sistémico que, de por sí, reiteramos, abundan en mayor complejidad que aquellas que se pueden construir en los tratamientos tradicionales, puesto que estos dirigen su mirada al sujeto individual, mientras que desde el modelo sistémico se observa la dinámica de las interacciones, haciendo más difícil –dada la complejidad de la comunicación– clasificar el fenómeno en una tipología.

Tal cual señala Bateson (Keeney, 1983) en su cuadro del análisis epistemológico: en la medida que se asciende en grados de complejidad comunicacional, resulta más difícil categorizar. Bateson señala que para una *acción simple* deviene con sencillez el rótulo, pero todavía en términos de *interacción*, la clasificación de simetría y complementariedad parece satisfacer las definiciones de un diagnóstico interaccional. La cosa adquiere un tenor de dificultad cuando entramos –como bien lo describe su autor– en una *coreografía*, es decir, en una interacción de mayor complejidad en la que se hallan involucrados más de dos miembros y cuyas posibilidades de tipologizar son escasas, dada la complejidad e infinitud de signos que provee la comunicación.

También cabría preguntarse ¿para qué? ¿Cuál sería el objetivo de diagnosticar desde esta perspectiva? ¿El rótulo sistémico ayudaría a mejorar los tratamientos? ¿Podría consistir en una guía que orientase al profesional en el diseño de una estrategia?

Por supuesto que resulta más complejo el intento de abordar multiplicidad de variables coadyuvantes a la producción de la patología. Nunca abarcaremos a todas, pero será todo un desafío –sin entrar en utópicas objetividades– correlacionar diversas particularidades en una

red articulada. Si el acto de diagnosticar es en sí mismo un acto que arroja dificultades, mayor dificultad resulta un diagnóstico relacional.

Quienes conocemos al autor (Linares, 2013), sabemos que es un intelectual cuyo empeño por constituir una psicopatología relacional data de muy lejos. Quizá inició el desarrollo de estas cuestiones de diagnóstico sistémico con mayor precisión en su texto *Identidad y narrativa* (Linares, 1996), en el que construyó combinaciones entre grados de parentalidad armoniosa y disarmónica, y niveles de conyugalidad funcional o disfuncional. Si bien, centra sus estudios en las diferencias de los pacientes depresivos y los distímicos, principalmente, y los juegos interaccionales en el ámbito de la pareja y la familia, utiliza los baremos de conyugalidad y parentalidad, combinando ambos parámetros y haciéndolos extensivos a otras patologías, como la psicosis, la neurosis o las psicopatías.

El artículo presentado retoma y amplía estas conceptualizaciones. Se describen cuatro grupos de trastornos psicopatológicos: las psicosis, las neurosis, las depresiones y los trastornos de la vinculación social, asociadas con los rasgos sintomáticos y de personalidad correspondientes a los respectivos trastornos de personalidad. Linares (2013) estableció correlaciones entre estos grupos diagnósticos y las disfuncionalidades de comunicación de la familia de origen, y entrelaza la conyugalidad y la parentalidad con las que resultan tres modalidades básicas de maltrato psicológico: las triangulaciones, las deprivaciones y las caotizaciones.

Fiel a su raigambre antipsiquiátrica, el autor plantea su propia crítica, respaldada teóricamente y con el suficiente aval científico, hacia la nueva versión del DSM-V. Más allá de compartir estas ideas, creo que los que estamos embarcados en esta posición epistemológica no podemos dejar de observar que todas estas renuncias al uso de manuales etiquetados emana una fragancia humana y muy humana.

Ya lleva muchos años el uso sumamente apropiado de lo que el autor llama *metáforas guía*, como abstracciones orientativas en pos de plantear estrategias adecuadas durante el tratamiento. Uno de los puntos de partida de su teoría radica en distinguir identidad de narrativa, conceptos que fundan la teoría que desarrollara en otros textos y que se inicia con el título homólogo *Identidad y narrativa* (Linares, 1996). Mientras la identidad resulta el núcleo duro, más cercano al *anticambio,* la narrativa es la construcción semántica sobre la experiencia humana. De allí que Linares plantea a la narrativa como un concepto más flexible, en comparación con la rigidez identitaria.

Cualquiera de los dos procesos se elucubra en la interacción, por lo tanto, la familia de origen se constituye en el bastión de ambos procesos. Cabría realizar una convergencia entre la construcción de estructuras cognitivas piagetianas, cuyo método de ensayo y error cimentaría multiplicidad de narrativas y, con ello, un universo de significados. Mientras que el espacio de la mitología, señala Linares (2013;): «es el espacio de confluencia de las narrativas de los miembros de un sistema» (Sección 2. La personalidad relacional). O, indistintamente, como el espacio común del sistema del que emergen las narrativas individuales de sus miembros. Quiere decir que toda narrativa confluye en la mitología, de la que la cultura sería el suprasistema mitológico más poderoso e inclusivo.

Pero, probablemente para el autor, un concepto interesante y que lo haría extender a toda comunicación se refiere a la *nutrición relacional*. Partiendo de que el amor es un fenómeno relacional complejo que no solo involucra componentes emocionales, sino que incorpora elementos cognitivos y pragmáticos, Linares (2013) hace foco en que todas las relaciones humanas de relevancia son comprendidas en un vínculo amoroso. Es que el amor resulta imposible de ser definido. Resulta un concepto tan abstracto, tan particular, que deambula por las calles de la incertidumbre. ¿Qué es el amor? Solamente

como concepto de segundo orden podemos entenderlo, aunque cada vez que intentamos definirlo caemos en un ejemplo. Tal vez la mejor definición de amor sea *que no tiene definición*.

Los componentes que rigen la nutrición relacional son el reconocimiento y la valoración del otro, componentes que construyen la buena autoestima a la valoración del sí mismo. En general, los seres humanos sistematizan su forma de obtener valoración buscando el reconocimiento y calificación en su entorno y dependiendo de éste. Es decir, se busca obtener en el afuera lo que debe encontrarse dentro de uno (Ceberio, 2013). Las personas "hacen" para los demás con la secreta o expresa expectativa de ser reconocidos, con el riesgo de confeccionar sendas profecías autocumplidoras y, por ende, reinvindicar el lugar de desvalorización inicial.

Pero el atrevimiento de Linares (2013) va más allá: aunque no lo menciona en el artículo, considera la relación terapéutica como un vínculo amoroso. Y no es para menos, si el afecto recubre a la relación terapéutica, las intervenciones se transforman en más poderosas y efectivas. Pero el autor no deja pasar y coloca sobre el tapete que "emparda" con la deprivación amorosa, que resulta del maltrato y abuso infantil.

Como hemos hecho referencia anteriormente, el empeño del autor radica en buscar explicaciones relacionales al diagnóstico psicopatológico, razón por la cual, la base de su teoría oscila entre dos cuestiones que expresan polaridades que se entrelazan sinérgicamente: la conyugalidad y parentalidad, y la armonía y disarmonía. El autor claramente lo define en el párrafo donde expresa que:

1. «La conyugalidad es una ecuación que refleja la manera en que los miembros de la pareja parental, o las figuras en que se delega parcial o totalmente el ejercicio de las funciones parentales, se relacionan entre sí. Puesto que los conflictos son inevitables, la conyugalidad puede ser definida a efectos prácticos como la manera en que se afrontan los conflictos inherentes al ejercicio compartido de la gestión de los hijos, pudiendo representarse como un continuum inscrito entre dos polos ideales de *armonía* y *disarmonía*» (Linares, 2013; Sección 3. La nutrición relacional).
2. Mientras que la parentalidad es definida como «(…) una ecuación que recoge el ejercicio de las funciones parentales (amor complejo, nutrición relacional) por parte de los padres o de las figuras delegadas responsables de estas. Se inscribe en un continuum entre dos polos ideales de *conservación primaria* y de *deterioro primario*, en los que la condición *primaria* refleja su independencia de un hipotético impacto de la conyugalidad. Es decir, la parentalidad puede estar primariamente conservada o deteriorada, sin que en ello intervenga de forma relevante el estado de la conyugalidad, pero también puede verse secundariamente afectada por una influencia negativa de esta cuando es disarmónica» (Linares, 2013; Sección 4. El maltrato psicológico).
3. El entrecruzamiento de estas dos variables conforma una cuadrícula donde la deprivación, las caotizaciones, las triangulaciones y la funcionalidad hacen los diferentes resultados comportamentales y, exceptuando, por supuesto, la última estructura, constituyen las bases del maltrato psicológico. Un detalle conclusivo en esta parte del artículo observa que el hábito, bastante difundido, de formular inexorablemente hipótesis acerca de que cuando hay una pareja conyugal deteriorada el resultado es el síntoma. Linares realiza una crítica al respecto y observa en la deprivación, una conyugalidad armoniosa, pero una parentalidad deteriorada. En sus palabras, «se trata de una combinación menos popular que las triangulaciones, que suele pasar desapercibida a los profesionales ingenuos, que parecen buscar siempre alta

conflictividad conyugal tras los problemas de los hijos» (Linares, 2013; Sección 4. El maltrato psicológico).

Con estas definiciones, Linares (2013) demarca el territorio en que sentarán diferentes articulaciones en pos de dar cuenta de la interacción en diferentes patologías. Luego de profundas críticas a la cambiante psicopatología *desemérica*, por fin intenta aunar rasgos de personalidad, sintomatología y esquemas relacionales en cuadros psicopatológicos con gran claridad. De esta manera, delimita, como señalamos al inicio, cuatro grandes áreas psicopatológicas: neurosis, psicosis, depresiones y trastornos de la vinculación social, patologías que inteligentemente encastra en el esquema relacional donde entrecruza variables de parentalidad (+ y -) y conyugalidad (+ y -), y observa triangulaciones, desconfirmaciones, caotizaciones y deprivaciones, con diferentes grados de complejidad.

Pero el autor hace bien en aclarar que estas estructuras son dinámicas y que ciertos juegos relacionales no tienen un destino inexorable. No obstante, todas las páginas que siguen en esta parte del artículo nos pasean exhaustivamente por las características sintomatológicas comportamentales y diversos juegos relacionales de la clasificación que proponen. Así, hasta llegar a la psicosis, donde nos plantea desde los antecedentes Batesonianos doblevinculares, conceptos pioneros como cisma y sesgo marital (Lidz, 2013), pseudomutualidad (Wynne, Ryckoff, Day, & Hirsch, 1958) y la desconfirmación (Watzlawick, 1981), recorriendo los geniales aportes de Haley, Minuchin, Cancrini y Selvini, hasta su propia propuesta de la triangulación desconfirmadora desarrollada en su libro *Identidad y Narrativa* (Linares, 1996). Interesante resulta el planteo de pensar la psicosis como un trastorno identitario, es decir, mientras que soy el personaje que creo mediante el delirio, soy alguien a quien no se lo desconfirma. Por supuesto, como alude el autor a los viejos manuales de psicopatología: la identidad delirante «no es asequible a la argumentación lógica», y esto claramente nos refiere al proceso del doble vínculo que termina lenta e indefectiblemente socavando las estructuras lógicas de todo proceso de pensamiento.

De esta manera, el autor desemboca en su análisis sobre los trastornos depresivos y distímicos, patologías estrellas de su investigación y que ya plasmara en el texto *Tras la honorable fachada* (2000). Muestra los ingredientes relacionales y caracteriales del depresivo mayor: la hiperexigencia, la fachada de honorabilidad, las dificultades en el ejercicio de la parentalidad y la descalificación son algunos de los componentes que danzan en la composición de este cuadro.

El claro decurso histórico hace que Linares (2013) muestre, con lo que denomina actuales trastornos de vinculación social, que son la herencia de las psicopatías, transformadas en sociopatías y desglosadas en familias multiproblemáticas y trastornos límites de la personalidad. Y también el tema de las familias multiproblemáticas fue profundizada e investigada por Linares en su libro *La familia multiproblem*ática y los servicios sociales (2000), en coautoría con M. Coletti.

Lejos del dogmatismo y de cualquier vertiente ortodoxa, este artículo muestra no solo al clínico, sino también al investigador que hace de su quehacer en las consultas una fuente permanente de datos a explorar. Datos que, a posteriori, construirán la hipótesis que sustentará, desde una epistemología sistémica, su progenie creadora. Todo un desafío el planteo de esta temática, de por sí complejo, que implica desentrañar esas profundidades del iceberg al que aludíamos al inicio de este artículo comentario. Y este planteo relacional del diagnóstico psicopatológico también desestructura la creencia de que entender una *psicología profunda* supone ingresar en las matrices del pasado. También profundizar implica el análisis detallado de una sincronía de interacciones actuales en convergencia con juegos

relacionales isomórficos pasados, en síntesis, un todo complejo que abre las compuertas a nuevas complejidades y así *ad infinitum*.

Un diagnóstico, entonces, debe ayudar al profesional de la salud mental a generar la mejor estrategia en pos de la mejora de su paciente. En este sentido, será orientador o guía en el trayecto a arribar a una rápida y efectiva solución. De tal manera, un diagnóstico sistémico contempla esa polivariabilidad de factores que posibilitan descentralizar el protagonismo sintomático y abocar por una exploración sinérgica que se acerque a una posición más fiable en dirección a estos objetivos.

REFERENCIAS

Bateson, G., Weakland, J., Haley, J., & Fry, W. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science, 1*, 251-264.

Brown, S. (1973). *Laws of the form*. Nueva York: Bantam Books.

Ceberio, M. R. (2010). *La nave de los locos*. Buenos Aires: Teseo.

Ceberio, M. R. (2013). *Cenicientas y patitos feos. De la desvalorización personal a la buena autoestima.* México: Herder.

Ceberio, M. R. & Linares, J. L. (2000). *Locura, marginación y libertad*. Buenos Aires: ECUA. Ceberio, M. R. & Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo.* Barcelona: Herder.

Basaglia, F. (1968). *L'istituzione negata.* Turín: Einaudi.

Coletti, M. & Linares, J. L. (comp.) (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella.* Barcelona: Paidós.

Cooper, D. (1985). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Barcelona: Paidós.

Keeney, B. (1983). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.

Laing, R. (1980). *El yo dividido*. México: Fondo de Cultura Económica.

Lidz, T. (2013). *La persona.* México: Herder.

Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.

Linares, J. L. & Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional.* Barcelona: Paidós.

Linares, J. L. & Soriano, J. A. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 119-146.

Morin, E. (1984). *Ciencia con consciencia*. Barcelona: Anthropos.

Whitehead, A. N. & Russell, B. (1981). Principia mathematica. Madrid: Paraninfo. (Versión en castellano de *Principia mathematica, 1910,* Cambridge: Cambridge University Press).

Watzlawick, P., Beaving, J., & Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana.* Barcelona: Herder.

Wynne, L., Ryckoff, L., Day, J., & Hirsch, S. I. (1958). Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry, 21*, 205-220.

Recibido el 11 de noviembre de 2013
Revisión final 20 de noviembre de 2013
Aceptado el 17 de diciembre de 2013

Comentario a: Pasos para una psicopatología relacional

Guillem Feixas
Universitat de Barcelona

Resumen
En este artículo se comentan las aportaciones de la propuesta de Linares (2013) con respecto a la personalidad, nutrición emocional y modelo de la psicopatología, basada en su dilatada experiencia clínica y con unas firmes bases en el modelo sistémico. Tal propuesta tiene el mérito de presentar aspectos considerados tradicionalmente como individuales desde una perspectiva relacional. El comentario está hecho teniendo en cuenta otras perspectivas compatibles como la de los constructos personales de Kelly y las polaridades semánticas de Ugazio.
Palabras clave: *modelo sistémico, nutrición emocional, personalidad, psicopatología.*

Comment to: Steps for a relational psychopathology
Abstract
The contributions to clinical theory included in the proposal of Dr. Juan Luis Linares in the areas of personality, emotional nutrition and psychopathology are discussed in the present article. His proposal, based on the extended clinical experience of its creator and firmly based on family systems theory, deserves recognition by the fact of conceptualizing clinical issues traditionally seen from an individual perspective from a truly relational point of view. Linares' proposal is discussed at the light of other compatible theories such as those of Kelly's personal constructs and Ugazio's semantic polarities.
Key words: *personality, psychopathology, emotional nutrition, family systems theory*

El artículo de Juan Luis Linares (2013) tiene, entre muchos otros, el mérito de sintetizar en unas páginas (muy pocas si nos damos cuenta de todo lo que abarcan) el grueso de un modelo relacional para la comprensión de la realidad clínica que el autor ha ido gestando en el transcurso de su dilatada experiencia profesional. En efecto, el modelo de psicopatología que presenta Linares abarca las principales variedades del sufrimiento mental humano, pero viene convenientemente precedido de los elementos que constituyen su base conceptual: la personalidad, la nutrición relacional y el maltrato psicológico.

Este enfoque ha sido ya presentado anteriormente en su obra sobre identidad y narrativa (Linares, 1996) pero ésta es una versión a la vez más breve y actualizada. Pero para aquellos a quienes interese un recuento más amplio, y en-

Dirigir toda correspondencia al autor a: Universitat de Barcelona
Facultat de Psicologia. Departament de Personalitat, Avaluaciò i Tractament Psicològics. Passeig Vall d'Hebron, 171. 08035 Barcelona. España
Tel. (+34) 93 312 5100. Fax (+34) 93402 1362/34-93402 1427. www.ub.edu/tpia_cognitivo-social; www.ub.edu/hipnosiclinica;
Web de Guillem Feixas: http://www.ub.edu/gdne/gfeixas
Correo electrónico: gfeixas@ub.edu
RMIP 2013, vol. 5. núm. 2. pp. 162-166.
ISSN-impresa: 2007-0926
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ®RMIP

riquecido con un esquema general de las intervenciones terapéuticas, les recomendamos encarecidamente la lectura de Linares (2012). El que escribe reconoce a Linares como uno de sus maestros en el campo de la psicoterapia y cuenta también con la ventaja de haberse podido familiarizar con el modelo y haber observado (al menos en parte) su gestión y evolución. Ello me ha permitido explorar, aunque de forma no sistemática, su validez clínica y lo acertado de las intuiciones que incorpora el modelo relacional de Linares no sólo para comprender las manifestaciones psicopatológicas de los pacientes sino la complejidad de las relaciones humanas allá donde se encuentren, es decir, en todas partes. Y, ciertamente, el modelo supone una sustancial contribución tanto al saber sistémico como a la psicopatología, aunque me temo que los psicopatólogos poco caso le van a hacer en comparación a los potentes mensajes amplificados sobre las bases biológicas de los trastornos mentales.

Pero decíamos que el modelo de Linares (2013) no se contenta con la psicopatología (por si fuera poco) sino que afronta al mismo tiempo otro reto de tamaña envergadura que a mí me resulta de gran interés: la personalidad. Siempre me he alineado con la perspectiva constructivista de la personalidad que defendió hace casi 60 años George Kelly (1955) con el que el modelo de Linares guarda, a mi juicio, ciertas similitudes. Pero lo que éste nos propone es una fundamentación relacional del concepto de personalidad, tal como queda

Reflejado en su definición de personalidad como «dimensión individual de la

experiencia relacional acumulada» (Linares, 2012, p. 94). En efecto, con Linares comparto este interés por la interconexión entre lo individual y lo sistémico (Feixas, 1990a, 1990b, 1991, 1995) y, por ello, el rechazo a los reduccionismos de uno u otro signo, empeño al que se unen también de forma destacada Ugazio (1998, 2013), Procter (p. ej., 1981) y otros autores (p. ej., Montesano, 2012). En efecto, el desarrollo de nuestra personalidad como individuos, de la que la identidad es pieza clave, se forja y entreteje en las relaciones y, en especial, las familiares. Pero las relaciones se despliegan en el tiempo, evolucionan e incluso finalizan (al menos al nivel real) pero nosotros afrontamos la experiencia presente en base a nuestra construcción de los acontecimientos en los que participamos. Y esta construcción la hacemos, momento a momento (ahora mismo la hace el lector mientras nos lee) con un sistema de significados que nos sirve como marco interpretativo para poder dar sentido a lo que (nos) ocurre. Este marco, al que Kelly llama sistema de constructos, lo hemos ido construyendo con nuestra experiencia relacional. Pero más que acumular experiencia, lo que hacemos en cada instante desde que nacemos es trazar distinciones a la experiencia, captar diferencias y abstraerlas para incorporarlas a nuestro marco interpretativo como un nuevo constructo o como revisión de construcciones anteriores. Es importante señalar que todo este proceso ocurre de forma consciente solo en ocasiones contadas. Por tanto, nuestra personalidad, entendida como sistema de construcción de significados, no es el resultado sumativo de nuestras experiencias (las relacionales son las que más importan) sino de lo que hemos sido capaces de extraer de ellas dadas las limitaciones, las propias de cada momento evolutivo, de nuestro marco interpretativo. Así pues, la experiencia es la que nos permite, en función de cómo sea construida, modificar nuestros esquemas interpretativos que son también, conviene añadir, los que guían nuestras acciones y activan nuestras emociones. Y lo más potente de nuestra experiencia son justamente las relaciones. Es por ello, que esta visión relacional de la personalidad y la psicopatología cobra un sentido pleno, y por ende, legitima la intervención psicológica centrada en el espacio relacional.

Con gran acierto, Linares (2012, 2013) destaca la nutrición relacional de entre toda la experiencia vivida. En efecto, de las relaciones nutrimos nuestro marco interpretativo con el que damos respuesta a las preguntas más esenciales

y constitutivas: ¿Quién soy yo? (identidad) ¿A qué puedo y/o me gustaría aspirar en la vida? etc. Estas preguntas nos las formulamos de forma muy pocas veces consciente desde que venimos al mundo, a niveles de complejidad creciente. Necesitamos que alguien nos diga, a través de la relación, quien soy yo. ¿De dónde lo íbamos a sacar sino? Y que luego esa identidad pueda ser confirmada, y amada (¡!), de una manera consistente en el tiempo y en su propia evolución. Y cuando esto es así, los neurocientíficos nos cuentan que el cerebro se desarrolla mucho mejor. En cambio, los niños que no gozan de una relación de calidad con sus padres (p.ej., dificultades en el apego), nutritiva en términos de Linares (2013), presentan limitaciones en funciones cognitivas (p. ej., memoria, atención), en el desarrollo de la identidad y en la regulación emocional (Siegel, 2012). Incluso se habla ya de una "neurobiología interpersonal" centrada en el estudio de la influencia recíproca entre la calidad de las relaciones humanas y el funcionamiento cerebral. Se estudian cuestiones como la neurobiología de la humillación y de su toxicidad para el desarrollo cerebral. Todo ello no sólo proporciona un apoyo científico a las líneas generales de la propuesta de Linares (2013) sino también a las posibilidades de la psicoterapia con respecto a la plasticidad cerebral. Es decir, se trata de la constatación neurocognitiva de que el aumento de la calidad en las relaciones familiares puede mejorar el funcionamiento cerebral y, por ende, el bienestar humano.

La distinción entre identidad y narrativa juega un papel central en el modelo de personalidad relacional que nos propone Linares (1996, 2012). En el trabajo que nos ocupa, define las historias que constituyen la narrativa como un "armazón cognitivo que brinda una estructura coherente a la atribución de significado". De nuevo encontramos aquí un paralelismo con los constructos de Kelly (1955), pero al denominarlo historias se consigue resaltar más su naturaleza relacional. Sin embargo, con ese término da más la impresión que son verbalizaciones, articuladas o no, mientras que Kelly plantea los constructos como distinciones que hacemos a la experiencia, la mayoría de las veces de naturaleza no verbal. Otra cuestión importante, incluida en la definición antes citada de las historias, es su coherencia. Podemos atrevernos a deducir que Linares considera dicha coherencia como una tendencia narrativa pero que si se ve alterada puede resultar un indicador preocupante y, probablemente, patológico. En nuestro propio estudio de los sistemas de constructos personales nos hemos centrado precisamente en esas incoherencias o conflictos en la estructura cognitiva (que no suelen aparecer en la narrativa pero que detectamos con la técnica de rejilla) y hemos encontrado mayor prevalencia en las muestras clínicas con respecto a grupos control (p. ej., Feixas, Montesano, Erazo-Caicedo, Compañ, & Pucurull, 2014; Feixas, Saúl, & Ávila-Espada, 2009; Montesano, Feixas, Erazo-Caicedo, Saúl, Dada, & Winter, 2014).

La identidad es para Linares (2013) una selección de narraciones que definen a la persona y que, tal como ocurre con los constructos nucleares, se resisten al cambio. En efecto, la persona está dispuesta a cualquier cosa, incluso a sufrir síntomas, antes de dejar de ser ella misma. Así es como, en ocasiones, los síntomas son un intento desesperado para proteger un sentido de identidad que se ve amenazado por las desconfirmaciones de los otros o bien por el propio devenir de los hechos. Por ello, el reconocimiento de la necesidad humana del mantenimiento de la propia identidad permite entender muchas acciones e incluso síntomas, como formas de defenderla. Y esto tiene aplicaciones muy interesantes también para la comprensión de las dificultades para generar cambio con las que nos encontramos a menudo los psicoterapeutas. Cuando nuestros pacientes o clientes se nos "resisten" (a veces, como indica Linares, con tozudez adolescente), probablemente es porque la intervención que estamos llevando a cabo es vivida como ame-

nazadora para la identidad. Por tanto, cuando percibamos "resistencia" podemos decirnos "con la identidad hemos topado", y reconocer como sugiere Linares (2013), que la identidad no es un territorio propicio para dirigir nuestra diana terapéutica. Debemos, pues, encontrar dianas alternativas y objetivos a los que la persona o la familia a la que atendemos puedan sumarse sin tanta amenaza identitaria. Es pertinente también aquí la observación de Linares (2013) sobre la extensión de las narraciones identitarias. De serlo mucho, las posibilidades de cambio se ven seriamente limitadas y eso, fácilmente, puede dar problemas y síntomas.

Pero tal como nos indica su título, el grueso de la propuesta de Linares (2013) se centra en el desarrollo de un modelo sobre la psicopatología. Al abordar la cuestión, el propio autor reconoce las ambivalencias que al respecto han existido en el seno del movimiento sistémico, a pesar de que sus inicios se vinculan estrechamente a una etiqueta diagnóstica, la esquizofrenia. Linares (2012, 2013) resuelve la cuestión destacando que en su modelo las etiquetas diagnósticas son tratadas como "metáforas guía" y no como realidades esenciales de los individuos diagnosticados. De hecho, creo que su naturaleza conjetural resulta bien clara cuando los sucesivos sistemas clasificatorios hacen desaparecer categorías (como la distimia en el DSM-V) mientras aparecen otras nuevas. Se trata, obviamente, de construcciones surgidas de un acuerdo social entre una serie de profesionales con más o menos reconocimiento científico escogidos por un entramado complejo de índole social, en el seno de la sociedad psiquiátrica que promueve el DSM-V. Y es que el problema de fondo es que la presentación de la esquizofrenia, la depresión y tantas otras etiquetas diagnósticas como "enfermedades" no se justifica plenamente en base a los criterios médicos de enfermedad. La falta de mecanismos causales bien identificados y la enorme heterogeneidad dentro de cada categoría son solo algunos de los argumentos esgrimidos por la creciente diversidad de autores que cuestionan el diagnóstico psiquiátrico (p. ej., Bentall, 2003; 2013; Boyle, 2002). Más parsimonioso sería hablar, a lo sumo, de síndromes. Pero quizás la psiquiatría para poder equipararse a las otras especialidades médicas ha categorizado el sufrimiento mental humano y lo ha convertido en "enfermedades", lo que ha supuesto una serie de ventajas de orden práctico y socioeconómico que han permitido legitimar su uso en esos términos.

En realidad, esta parte central de trabajo de Linares (2013), el modelo psicopatológico propiamente dicho, es la que conecta menos con mis intereses más auténticos, aunque sí me parece fundamental comprender las distintas manifestaciones del sufrimiento humano. En efecto, me parece un avance sustantivo del modelo sistémico tratar de identificar los procesos relacionales más comunes en las distintas modalidades de sufrimiento, según los criterios diagnósticos socialmente aceptados. Esta línea de avance del pensamiento sistémico, iniciada por Selvini y sus colaboradores (veáse Selvini, 2013), y que incluye también las propuestas de Ugazio (1998, 2013), tiene el mérito de explorar las características relacionales de las familias en las que aparecen síntomas de uno u otro tipo. Además, presenta la gran ventaja de permitir conectar al modelo sistémico con su contexto conceptual y práctico, el campo de la psiquiatría y la salud mental. Construir estos puentes es un trabajo hoy en día imprescindible para un modelo, si quiere sobrevivir. Pero no nos engañemos, como nos advierte ya el rótulo de "metáforas guía", estos puentes no están hechos de hormigón sino que más bien son pasarelas construidas artesanalmente en base a la experiencia clínica y la pericia relacional.

Por mi parte, en el afán compartido con Linares y muchos otros por comprender las distintas variedades de sufrimiento humano, me inclino por la identificación de toda la variedad de procesos psicológicos (eso, por supuesto, incluye los relacionales) que dan lugar tanto a la salud

como al sufrimiento mental. En este sentido, encajarían en esta propuesta transdiagnóstica los procesos relacionados con la conyugalidad y la parentalidad de la familia de origen, las distintas modalidades de triangulación, los patrones relacionales de pareja, y las distintas formas de organización familiar que tan bien se describen desde el modelo sistémico, y en particular en la propuesta de Linares (2012, 2013) que realiza también una gran aportación en la conceptualización del maltrato psicológico. Pero además, le podríamos añadir otros ingredientes como los ya mencionados conflictos cognitivos, el tipo de polaridad semántica predominante, el perfeccionismo, la rumiación, las capacidades metacognitivas, la regulación emocional, y la complejidad/rigidez cognitiva, que Linares (2013) describe en términos de variedad y abundancia narrativa. En el enfoque que proponemos, el diagnóstico psiquiátrico ocuparía un lugar muy limitado a la hora de comprender el sufrimiento que presenta un paciente o una familia consultante. La conceptualización del caso echaría mano esencialmente de los procesos psicológicos que se pudieran identificar y la intervención se centraría en ellos. Muy distinta es nuestra propuesta del planteamiento dominante en la psiquiatría y la psicología clínica actual en las que la intervención se basa esencialmente en la etiqueta diagnóstica: una vez diagnosticado el caso se trata de escoger entre los tratamientos que gozan de evidencia empírica para tal categoría. Pero tanto Linares como yo mismo, y un número creciente de académicos y profesionales de la salud mental, trabajamos para construir alternativas eficaces y útiles a ese modelo tan simplista. Y parece que cada día el campo de la salud mental está más receptivo al desarrollo de dichas alternativas. Esperemos que todas ellas contribuyan a un verdadero cambio de paradigma.

REFERENCIAS

Bentall, R. P. (2003). *Madness explained*. London: Penguin.

Bentall, R. P. (2013). *Reconstructing schizophrenia*. London: Routledge.

Boyle, M. (2002). *Schizophrenia: A scientific delusion?* London: Routledge.

Feixas, G. (1990a). Approaching the individual, approaching the system: A constructivist model for integrative psychotherapy. *Journal of Family Psychology, 4*, 4-35.

Feixas, G. (1990b). Personal construct theory and the systemic therapies: Parallel or convergent trends? *Journal of Marital and Family Therapy, 16*, 1 20.

Feixas, G. (1991). Del individuo al sistema: La perspectiva constructivista como marco integrador. *Revista de Psicoterapia, 6-7*, 91-120.

Feixas, G. (1995). Personal constructs in systemic practice. En R. A. Neimeyer y M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy (págs. 305-337)*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Feixas, G., Montesano, A., Erazo-Caicedo, M. I., Compañ, V., & Pucurull, O. (2014). Implicative dilemmas and symptom severity in depression: A preliminary and content analysis study. *Journal of Constructivist Psychology, 27*, 31-40.

Feixas, G., Saúl, L. A., & Ávila-Espada, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: Implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology, 22*, 141-169.

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs* (2 volumes). New York: Norton. (Existe una reimpresión de Routledge en 1991).

Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: la inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.

Linares, J. L. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, *5* (2), 119-146.

Montesano, A. (2012). La perspectiva narrativa en terapia familiar sistémica. *Revista de Psicoterapia, 89*, 5-50. Disponible en Internet: http://www.academia.edu/4356994/La_Perspectiva_Narrativa_en_Terapia_Familiar_Sistemica

Montesano, A., Feixas, G., Erazo-Caicedo, M. I., Saúl, L. A., Dada, G., & Winter, D. (En prensa). Cognitive conflicts and symptom severity in Dysthymia: "I'd rather be good than happy". *Salud Mental, 37*(1).

Procter, H. (1981). Family construct psychology: An approach to understanding and treating families. En S. Walrond-Skinner (Ed.), *Developments in family therapy: Theories and applications since 1948*. London: Routledge & Kegan.

Selvini, M. (2013). Anclaje de la investigación sistémica a las psicopatologías pero también a los diagnósticos de personalidad y a los ajustes post-traumáticos. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 184-186.

Ugazio, V. (1998). *Storie permesse, storie proibite: polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Turin: Bollati Boringhieri.

Ugazio, V. (2013). *Permitted and forbidden stories: Semantic polarities and psychopathologies in the family*. New York: Routledge.

Recibido el 15 de noviembre de 2013
Revisión final 18 de noviembre de 2013
Aceptado el 22 de noviembre de 2013

El diagnóstico psicopatológico como marco social organizado: ontología y epistemología

Raúl Medina Centeno
Universidad de Guadalajara

Resumen

El artículo que presenta Linares (2013): «Pasos para una psicopatología relacional» es de una enorme riqueza conceptual y pragmática, es una re-definición sobre la mal llamada "enfermedad mental". Linares inicia señalando que su contribución, por una parte, se enfoca en "la complejidad relacional", como la creencia ontológica donde se explica el malestar psicológico; y por otra, apunta que su clasificación diagnóstica es una "metáfora guía", para hacer referencia a su postura epistemológica. En este breve trabajo me enfocaré solo en profundizar en la creencia ontológica y la propuesta epistemológica que se encuentra entrelíneas en su teoría diagnóstica, y en una conclusión que pretende conversar con el autor, para conceptualizar el diagnóstico como "un marco social organizado", que propone convertirse en un recurso psicosocial que amplía perspectivas, narrativas y diálogos.

Palabras clave: *triangulaciones, relación nutricia, metáfora guía, marco social organizado.*

Psychopathologic diagnosis as an organized social framework: Ontology and epistemology

Abstract

The article that Linares (2013) presents, «Steps to a Relational Psychopathology» *(Pasos para una psicopatología relacional)* possesses great conceptual and pragmatic richness; it is a redefinition of the wrongly named "mental illness". Linares begins by stating that, on one hand, his contribution focuses on the "relational complexity" as the ontological belief that explains psychological discomfort; on the other hand, he points out that his diagnostic taxonomy is a "guiding metaphor" for his epistemological stance. In this brief paper, I delve into the ontological belief and the epistemological proposal embedded in his diagnostic theory, and into a conclusion that attempts to establish a dialogue with the author, in order to conceptualize diagnosis as an "organized social framework", that intends to open new perspectives, narratives and dialogues, thus becoming a psychosocial resource for psychotherapy.

Key words: *triangulations, relational nurturing, guiding metaphor, organized social framework.*

Dirigir toda correspondencia al autor a: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de la Ciénega. Av. Universidad, Núm.1115, Col. Lindavista, Ocotlán, Jalisco. México. Código postal 47820.
Tel: (52-392) 92 5 94 00
Correo electrónico: topraul2002@yahoo.co.uk
RMIP 2013, vol. 5. núm. 2. pp. 167-174.
ISSN-impresa: 2007-0926
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ®RMIP

1. INTRODUCCIÓN

Para mí es un verdadero honor escribir unas líneas sobre la propuesta diagnóstica de Juan Luis Linares (2013), no solo porque fue mi profesor hace veinte años en el Hospital de San Pau de la Santa Cruz de Barcelona, en el marco de la

Maestría en Terapia Familiar de la Universidad Autónoma de Barcelona, sino porque desde entonces nuestra relación ha sido ininterrumpida, evolucionando en una rica y nutrida relación académica, profesional y de amistad (Medina, Linares, & Ceberio, 2007).

2. ONTOLOGÍA: SOBRE LA "MENTE" HUMANA Y SU MALESTAR

La psicopatología, si se da por sentada mediante un sistema clasificatorio, tiene como fundamento implícito una creencia sobre la "mente" su bienestar y malestar. Linares explícitamente sustenta su propuesta en la filosofía de Bateson (1992,1993a y 1993b), quien desde el paradigma sistémico-cibernético, parte de la creencia de que la "mente" está íntimamente vinculada a su entorno, es decir, sin el referente contextual del psiquismo este sería imposible explicarlo y mucho menos comprenderlo. La explicación de este vínculo lo soporta en la relacional-circular, siendo la comunicación el modo en que es posible dicha afectación mutua. Con ello se distancia de la concepción causal y lineal del modelo newtoniano de la física, el cual influyó enormemente en la psiquiatría y la mayoría de las psicologías.

Linares como buen sistémico, sitúa el malestar psicológico en las relaciones de las personas, y en especial en el grupo de pertenencia más importante: la familia. En concreto el "cree" que es en el juego triangular, deprivación y caotización recurrente donde el malestar se hace presente, aunque le agrega con maestría la "variable" nutricia. En términos generales, este es el referente ontológico de su propuesta diagnóstica.

3. LA TRIANGULACIÓN Y LA RELACIÓN NUTRICIA

La clasificación relacional que propone Linares (1996, 2012, 2013) es el resultado de haber retomado las diversas aportaciones de la teoría sistémica de la triangulación, introduciendo una complejidad que va más allá de las teorías psicológicas clásicas, casi todas centradas en la relación diádica. Linares nos enseña a ver la patología psicológica desde un juego triangular, introduciéndonos a una complejidad relacional con infinitas ecuaciones. Linares (2013) propone enfocarnos en la parentalidad y la conyugalidad, para dar cuenta de la manipulación y desconfirmación que conducen al maltrato psicológico, que lo ubica como la antesala de la psicopatología. Pero también nos hace ver que la parentalidad y conyugalidad funcional están relacionadas con una identidad "sana" y una salud psicológica funcional. Pero la gran idea de Linares (2013) fue haber incluido a este juego triangular la nutrición emocional, la cual es para Linares el contenido al que debemos de prestar atención para comprender la psicopatología y restaurar lo que él denomina, retomando a Maturana (1997), el amor complejo: "la aceptación del otro como legítimo". Para Linares (2013) sentirse o no aceptado mediante el querer, reconocimiento y valoración es el tipo de narrativa que va a conducir al terapeuta a connotar la relación triangular patológica o nutricia y con ello distinguir sobre los diversos síntomas.

Ante su contribución diagnóstica, Linares nos señala, con mucha congruencia, que el fin de la psicoterapia es restaurar el amor. En otras palabras, para Linares es el contenido nutricio el que resuelve y restaura, es decir la narrativa emocional tiene el poder para que la organización familiar pase a otra etapa relacional y la persona se apropie de otra forma de ser, y de paso dejar la patología.

Para ello propone un diagnóstico relacional sobre la psicopatología como "metáfora guía" con el objetivo de desenredar la trama triangular y reconstruir las relaciones amorosas entre las personas.

4. EPISTEMOLOGÍA: DEL DIAGNÓSTICO UNIVERSAL AL DIAGNÓSTICO COMO "METÁFORA GUÍA"

El diagnóstico médico ha sido un gran avance para resolver innumerables problemas biológi-

cos, la medicina moderna encuentra en el diagnóstico una metodología que genera orden conceptual a lo desconocido y organiza la práctica médica para resolver problemas. Linares (2013) señala que ha sido tal el impacto del diagnóstico que se ha convertido en un modelo a seguir en otras disciplinas como la economía, la sociología y la psicología, entre otras. Todos hablan de diagnóstico como forma de abordar una realidad e intervenir sobre ella. Sin embargo, es necesario hacer un alto para analizar críticamente con detalle el diagnóstico y sus efectos, en especial en el campo de la sintomatología psicológica. Para ello haremos una breve revisión del papel de los modelos y metáforas en la ciencia; con el fin de reconocer la naturaleza epistemológica del diagnóstico como modelo, para después distinguir entre la postura positivista y la postpositivista.

4. LA IMPORTANCIA DE LOS MODELOS O METÁFORAS EN EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

La expresión "modelo o metáfora" tiene múltiples usos, en el contexto de la ciencia, el "modelo o metáfora" se refiere a la conexión de lo usual y conocido con lo desconocido e inusual. El uso de modelos, en la ciencia, ha sido crucial para su construcción, tal como señala Hanson (1985), los modelos, metáforas y analogías que usamos en la ciencia «nos sugieren un marco de ideas para conjuntos de descripciones de otro modo no estructuradas», por ejemplo, cuando se usa el invernadero (*greenhouse*) como modelo para explicar los efectos de la contaminación en los cambios climáticos de nuestro planeta; la utilización del Sistema Solar o a Saturno para explicar la estructura y función interna del átomo, o la computadora, para hacer referencia a los procesos cognitivos que supuestamente suceden en la cabeza de los individuos. En estos casos, lo inusual deja de ser sorprendente cuando se conecta inferencialmente con lo usual (el modelo o la metáfora), e incluso nos hacer ver y operar sobre una realidad que no podemos ver. En resumen, según Hanson (1985), los modelos: 1. Sugieren una ligazón inferencial entre los enunciados promoviendo la inteligibilidad. 2. Ayudan a nuestra comprensión de una materia compleja. 3. Proporcionan canales de interconexión entre estados de hechos que (salvo por estos lazos) podían permanecer aislados e independientes unos de otros.

Pero por otra parte, Hanson (1985) nos advierte que el uso de modelos, metáforas o analogías en la ciencia no sólo puede ser benéfica y creativa sino también contraproducente, por ejemplo, si utilizamos el modelo como una representación fiel de la materia o del fenómeno que queremos explicar, eliminando completamente todas las diferencias entre el modelo y el estado de cosas original, entonces terminamos destruyendo lo que el modelo pretendía conseguir: brindar una consecuencia de la estructura ausente en la confrontación original con un complejo de fenómenos. Las ciencias "representacionistas", incluida la psicología, por lo regular comenten este error, nombrando a sus "descubrimientos" inspirados por el modelo o la metáfora como "reales".

Para evitar esto, el científico y en este caso el psicoterapeuta debe de entender que el modelo o la metáfora es útil, siempre y cuando esté alerta frente a la posibilidad de que sus cuestiones sean únicamente inspiradas por las propiedades de la metáfora, no teniendo nada que ver directamente con la materia misma. Por ello, Linares (2013) con su sabiduría filosófica, advierte que su propuesta diagnóstica sobre la psicopatología que presenta aquí, sólo es un tipo de metáfora inspiradora para crear nuevas explicaciones sobre fenómenos de la realidad inexplicables hasta ese momento.

5. EL DIAGNÓSTICO DESDE LA CIENCIA POSITIVISTA Y SUS PELIGROS

Debemos de reconocer que todo psicoterapeuta trabaja con marcos conceptuales para su intervención. Los diagnósticos o modelos clasifica-

dores son instrumentos de análisis e intervención. Nos preguntamos ¿qué puede conducir a que un diagnóstico como modelo o metáfora se convierta en una receta inoperante? Que los diagnósticos sean leídos con ingenuidad realista, como fenómenos independientes de quien los nombra y a quien se refieren, y por consiguiente como representaciones fieles a la realidad (como fenómenos ahistóricos).

Linares (2013) con razón denuncia a la psiquiatría biologicista que basa su explicación en la razón positivista. Si miramos con detenimiento la propia historia de la psiquiatría mediante su sistema clasificatorio de la psicopatología, el DMS I, II, III, IV y V, se podría observar cómo la "invención" de algunas enfermedades está ligada al negocio farmacéutico e incluso a prejuicios sociales (el caso de la homosexualidad como una patología). Un reduccionismo que se convierte en perversión con consecuencias devastadoras para muchas personas y sus familias, arropado por el discurso objetivista de la ciencia. Éste es un terrorífico ejemplo de la construcción social de la "realidad biopsicológica" desde la ciencia. Un tipo de ciencia con mucho poder, porque dentro de su discurso de verdad y racionalidad, inactiva cualquier crítica y se instaura también dentro del campo del poder positivo, tal y como lo advirtió Foucault (1983,1992), porque no solo las teorías se justifican en el discurso racional y de verdad sino también como conocimientos "buenos y correctos".

Otro efecto de los diagnósticos clasificadores que se justifican en la verdad científica, es su impacto social. Las palabras que se convierten en etiqueta, inactivando a la persona para enfrentar su "enfermedad", y con ello a todo su contexto de referencia, lo que Bateson denominó como efecto "dormitivo". El poder de la etiqueta opera de manera tácita con mucha contundencia. Es decir, la etiqueta no solo tiene efectos individuales sino que va más allá y se convierte en un referente social, con consecuencias estigmatizadoras hacia la persona.

Linares (2013) nos advierte que el diagnóstico psicopatológico de la psiquiatría se ha utilizado acríticamente como "verdad científica", provocando efectos sociales que profundizan la psicopatología, mediante la estigmatización que conduce a la exclusión social. Para profundizar sobre el papel que juegan los estigmas en la exclusión de las personas etiquetadas véase la obra del sociólogo Goffman (1986).

6. LA PROPUESTA DE LINARES: EL DIAGNÓSTICO COMO "METÁFORA GUÍA"

Linares (1996, 2013) defiende la idea de que el diagnóstico como método clínico es fundamental en la psicoterapia, a pesar de los peligros que guarda y el rol que puede jugar el etiquetaje. Aunque Linares está en contra de la tradición psiquiátrica, justifica la organización conceptual como método clínico que no podemos evitar, retomando a Ackerman (1971), Linares (1996) señala «en la práctica clínica, los terapeutas aplican juicios a las familias en tratamiento, las comparan y contrastan, destacando entre ellas significativas diferencias. Simplemente no pueden evitarlo […] La intención implícita es liberar a la función interpretativa de los groseros efectos del modelo médico de enfermedad, contrarrestar la creación de chivos expiatorios que comportan el "etiquetaje" psiquiátrico y evitar la pretensión de un grado de exactitud que no poseemos. No obstante, seamos muy claros: no hay modo de soslayar la responsabilidad de conceptualizar y categorizar tipos familiares.» (p. 71). Por esta razón, Linares nos revela que, en el plano de la psicopatología es necesario intervenir bajo hipótesis relacionales que nos permitan encuadrar en un patrón relacional al síntoma. Aunque Linares (1996), desde la misma epistemología sistémica revira para señalar que «el diagnóstico sistémico no es, pues, otra cosa que el proceso que permite relacionar singularidad y redundancia en el campo del sufrimiento psíquico y la interacción disfuncional.» (p. 72). Y termina con un listado de la vasta cantidad de tipologías que

se han hecho desde el modelo sistémico para la terapia familiar, pasando por el mismo Bateson (1992,1993a y 1993b) con el doble vínculo, hasta las relaciones simétricas y complementarias para relacionarlas con algún tipo de síntoma.

Ante tal defensa del diagnóstico, Linares parte de la nosología psiquiátrica, como psicosis, neurosis, depresión, etcétera, para reconceptualizarlas como "causa" de un patrón relacional determinado. Pero advierte que su propuesta diagnóstica no debe de ser leída como rígida, sino como "metáforas guía" que excluya «radicalmente cualquier rigidez desde posiciones que integran conceptualmente la complejidad y la incertidumbre […] Estas dos cualidades, flexibilidad e imperfección, son dos buenos atributos de una tipología para la psicoterapia.» (p. 73). Y añade que su propuesta diagnóstica de la psicopatología es una «metáfora guía relacional (que)…debe servir de brújula orientadora… pero nunca convertirse en un corsé intelectual que aprisione al terapeuta en las celdas del prejuicio.» (Linares, 2013, sec.1). Con ello Linares se sacude el fantasma del positivismo y convierte su propuesta en un recurso flexible y susceptible a la crítica, situándose en una postura postpositivista. De acuerdo con la teoría de la ciencia contemporánea (Kuhn, 1990; Harré, 1986), se dice que ningún modelo científico puede sustentarse en la representación fiel a la realidad, y mucho menos pretender tener la verdad absoluta. Las teorías científicas refieren modestamente una realidad, mediante conjeturas, hipótesis o modelos (Harré, 1986). Las teorías y sus instrumentos, en este caso el diagnóstico, deben de leerse como guías de referencia e intervención. Retomemos la vieja frase de Korzbski (1933): "el mapa no es el territorio".

7. CONCLUSIONES: EL DIAGNÓSTICO COMO MARCO SOCIAL ORGANIZADO

Al hilo del análisis anterior y la contribución de Linares (2013), me permito agregar otro grado de complejidad al diagnóstico: su papel constructivo. Creo que no todas las realidades son iguales, es necesario hacer una distinción ontológica entre éstas. La realidad psicosocial no es la misma a la biológica o física (Harré, 1986). La primera contiene elementos cualitativos que la distinguen, como la conciencia de los sujetos. Por lo que los diagnósticos son de orden diferencial en cada una de estas esferas de la realidad. Estamos ante personas, no plantas o células que establecen un tipo de relación distinta con los investigadores o terapeutas. Sobre la investigación en psicología, Rosenthal (1976) pone de manifiesto la influencia del investigador en los resultados de investigación. Utilizó el término "efecto del experimentador" para demostrar que ciertas características del investigador –expectativas, hipótesis e incluso el género– influyen en los resultados de su práctica, mediante una comunicación encubierta no intencionada. Por otra parte, Ibáñez (1989,1994) apunta que en el proceso de investigación en psicología es imposible no afectar a los sujetos de investigación, argumentando que se establece un tipo de "efecto ilustrativo" que influye en las respuestas de los sujetos de investigación. Su argumento se basa en que no solo los investigadores, perciben, observan, interpretan, reflexionan, sienten, sacan conclusiones y aprenden, también los investigados.

Si a esta conclusión la transferimos al campo clínico, los diagnósticos impactan todavía con mayor contundencia a nuestros clientes. Porque en la relación clínica se establece un vínculo más estrecho. El diagnóstico califica a una persona, y esta interactúa con la etiqueta, tal y como lo revisamos antes, pero también con el experto que se la asignó. Esto implica una complejidad del diagnóstico y del trabajo clínico en general, que debemos de aceptar y reconocer para establecer métodos que admitan intervenir sin que el experto caiga en una ingenuidad realista rígida a la que hicimos referencia antes, por lo que es necesario convertir el diagnóstico en un recurso psicosocial con fines terapéuticos (Medina, 2011).

Por su parte, Hacking (2001) desde la filosofía de la ciencia, presenta un argumento psicosocial del diagnóstico; distingue dos tipos de diagnósticos: estados indiferentes y estados interactivos. Como estados indiferentes quiere decir fenómenos no humanos que al ser diagnosticados no les afecta el diagnóstico, son indiferentes a la etiqueta. Por ejemplo, una célula después de muchos estudios puede ser diagnosticada como cancerígena, esta etiqueta no afecta a la célula en sí, es indiferente a lo que diga el doctor, seguirá su cursos lógico a la enfermedad, a no ser que el doctor intervenga para eliminarla o controlarla, en ese momento la célula generará ciertas resistencias a la intervención, indiferente no significa pasivo, seguro se resistirá al tratamiento, pero de forma predeterminada, sin conciencia, acorde a su naturaleza netamente biológica.

Por otra parte Hacking (2001) menciona como diagnósticos interactivos a los que se refieren a aspectos humanos. Aclara que hay una distinción ontológica sobre la clase de objetos y fenómenos al que nos enfrentamos, la célula es una clase natural mientras que las personas son sociales, la primera posee cualidades predeterminadas por el nivel de evolución, y aunque tiene capacidad para procesar información, retroalimentarla, reaccionar, resistirse, cambiar, etcétera, dicho comportamiento está limitado a su filogénesis. Por otra parte, las personas no procesan información sino que generan significados, debido a que los vuelven más complejos y no se constriñe a una predeterminada reacción, sino pueden ser capaces, como agentes, de actuar con cierta conciencia, planear y construir escenarios relacionales, por lo que se generará un tipo de relación con su diagnosticador mediante la etiqueta.

Para continuar con el ejemplo anterior, al diagnosticar una célula cancerígena, si la contiene un cuerpo humano, entonces el diagnóstico es un doble efecto, refiere a la célula, un estado natural indiferente, y a la vez a una persona; un estado social interactivo, como una persona que tiene cáncer, en ese momento el diagnóstico se complejiza, se convierte, como diría Hacking (2001) en un diagnóstico interactivo con efectos dialécticos donde se pueden establecer cambios en ambas esferas de la realidad. Es decir, la etiqueta afectará a la persona y esta cambiará en torno al diagnóstico, su estado de ánimo, perspectiva de vida, relación con su familia, sus amigos, trabajo, escuela.

¿Cómo una palabra puede tener tanto poder para cambiar el comportamiento de tanta gente e incluso a estados naturales? Las palabras además de la función de nombrar o referir a una realidad, poseen el poder de organizar escenarios sociales pragmáticos en torno a dicha palabra. El efecto de construcción de la realidad surge en esta organización en el uso del lenguaje: ambos aspectos –lenguaje y lo social- son condición para que se pueda generar una realidad objetiva en el mundo de lo psicológico (Vygostky, 1987,1989). Por lo tanto, el diagnóstico al ser interactivo produce "marcos sociales organizados" (Shotter, 1989): en la familia, los amigos, la comunidad, los expertos, instituciones, etc., que afectan a la identidad (Harré, 1989) y también a la biología de la persona (Luria, 1995; Cyrulnik, 2002).

Por ejemplo, los expertos en el cáncer cuentan con protocolos, formas, prácticas sociales que conducirán e interactuarán con aquella persona portadora de cáncer. Su familia entablará una relación particular en torno a la etiqueta y toda la comunidad donde dicha persona interactúa cotidianamente. En otras palabras, el diagnóstico (uso del lenguaje) se funde en los diversos marcos sociales que se organizan, y la persona etiquetada lidiará con el diagnóstico personalizado, se apropiará de él en primera persona, y con ello afecta la esfera psicológica (Medina, 2011).

Lo interesante es que al ser un diagnóstico interactivo, por encontrarse en la esfera de lo humano, de la conciencia, esa capacidad de la persona de verse en torno a los marcos sociales

organizados, afectará a la vez a los estados naturales (psicosomático), es decir, a las células cancerígenas, ya sea para su recuperación, ampliar la efectividad del medicamento, para prolongar la vida o para que se acelere la enfermedad.

Si el diagnóstico psicológico es de cualidad interactiva y a la vez genera marcos sociales organizados, esta idea se convierte en un gran recurso para la psicoterapia, que nos permite ampliar nuestro campo de análisis e intervención: por una parte, redefine a los clientes, de ser idiotas culturalizados (Garfinkel, 1967) o rehenes de los patrones relacionales triangulares, a actores corresponsables de su salud, capaces de incidir en sus contextos inmediatos. Y por otra parte, nos facilita diseñar para el contexto clínico, diagnósticos que organicen marcos sociales que faciliten la interacción, ampliar las narrativas, abrir los diálogos (Seikkula & Olson, 2003), visualizar los recursos personales y culturales de la familia.

En otras palabras, es necesario redefinir el diagnóstico como un recurso psicosocial, como un medio para ampliar perspectivas y un escenario psicosocial empírico de excelencia para el cambio participativo. Todo esto redefine, en definitiva, la relación cliente-terapeuta, se ven mutuamente afectados y por lo tanto su vínculo: de experto-cliente a colaboración mutua entre expertos. El cliente con ello se convierte, de ser un depositario de una etiqueta, a un actor que interviene de forma consciente junto con el terapeuta y su contexto en relación al problema que vive y sufre.

Por ello coincidimos con Linares (2013) cuando señala «el diagnóstico psicopatológico, en tanto que metáfora guía relacional centrípeta, debe servir de brújula orientadora…su peso específico debe disminuir de forma inexorable a medida que se construya el universo único de cada terapia, bajo la influencia centrífuga de la singularidad psico-relacional y de la alianza terapéutica.» (sec. 1).

Por último, cabe señalar que el modelo de clasificación diagnóstica de la psicopatología que propone Linares (2013) se ha convertido en un programa de investigación e intervención clínica en diversos países, incluido México, el cual tiene bastante éxito en restaurar la salud de las personas que asisten a psicoterapia. Estos resultados pragmáticos son la mejor evaluación de su investigación clínica.

REFERENCIAS

Ackerman, N. W. (1971). The growing edge of family therapy. *Family Process, 10*,143-156.

Bateson, G. (1992). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires, Argentina: Planeta Carlos Lohle.

Bateson, G. (1993a). *Una unidad sagrada: pasos ulteriores hacia una ecología de la mente.* Barcelona, España: Gedisa.

Bateson, G. (1993b). *Espíritu y Naturaleza.* Buenos Aires, Argentina: Amorrortur.

Foucault, M. (1983). *La arqueología del saber*. México, D.F.: Alianza.

Foucault, M. (1992). *Enfermedad mental y personalidad*. D.F., México: Paidós.

Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida.* Barcelona, España: Gedisa.

Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, EUA: Prentice Hall.

Goffman, E. (1986). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortur Editores.

Hacking, I. (2001). *¿La construcción social de qué?* Barcelona, España: Paidós.

Hanson, N. (1985). *Patrones de descubrimiento: observación y explicación*. Madrid, España: Alianza.

Harré, R. (1986). *Varieties of realism*. Oxford, Reino Unido: Blackwell.

Harré, R. (1989). La construcción social de la mente. La relación íntima entre el lenguaje y la interacción social. En T. Ibáñez, (Ed.), *El conocimiento de la realidad social* (pp. 39-51). Barcelona, España: Sendai.

Ibáñez, T. (Ed.).(1989). *El conocimiento de la realidad social*. Barcelona, España: Sendai.

Ibánez, T. (1994). *Psicología social construccionista*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.

Korzbski, A. (1933). *Science and sanity*. Nueva York, EUA: Internacional Non-Aristotelian Library.

Kuhn, T. (1990). *La estructura de las revoluciones científicas*. D.F. México: Fondo de Cultura Económica.

Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona, España: Paidós.

Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: la inteligencia terapéutica*. Barcelona, España: Herder.

Linares, J. L. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5* (2), 119-146.

Luria, A. R. (1995). *Conciencia y lenguaje*. Madrid, España: Visor.

Maturana, H. (1997). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Santiago, Chile: Dolmen y Granica.

Medina, R. (2011). *Cambios modestos, grandes revoluciones: terapia familiar crítica.* Guadalajara, México: E-Libro, Red Américas, Psicología.

Medina, R., Linares, J. L., & Ceberio, M. (Eds.) (2007). *La terapia familiar desde Iberoamérica.* Buenos Aires, Argentina: Tres Haches.

Rosenthal, R. (1976). *The experiment effects in behavioral research*. Massachusetts EUA: Bradford Books of MIT Press.

Seikkula, J. & Olson, M. (2003). The open dialogue approach to acute

psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process*, *42*, 403-418.

Shotter, J. (1989). El papel de lo imaginario en la construcción de la vida social. En Ibáñez, T. (Ed.), *El conocimiento de la realidad social* (pp. 135-155). Barcelona, España: Sandai.

Vygotsky, L. S. (1987). *Pensamiento y lenguaje. Teoría del funcionamiento cultural de las funciones psíquicas.* Buenos Aires, Argentina: La Pléyade.

Vygotsky, L.S. (1989). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona, España: Grijalbo.

Recibido el 29 de noviembre de 2013
Revisión final 15 de diciembre de 2013
Aceptado el 17 de diciembre de 2013

Psicopatología y terapia familiar: una relación compleja

Roberto Pereira
Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar
Red Española/Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas. Bilbao, España.

Resumen
El comentario del brillante artículo de Linares (2013) me ha llevado a reflexionar sobre la relación entre la psicopatología, o más específicamente el diagnóstico psicopatológico o psiquiátrico (psicológico) clínico, y la terapia familiar (TF). El artículo describe las dos almas que ha tenido siempre la terapia familiar. TF, a favor y en contra del uso de diagnósticos, simbolizados por Gregory Bateson y Don Jackson, compañeros en el estudio de la comunicación de pacientes esquizofrénicos y sus familias, pero con una visión muy diferente de cómo acercarse a los problemas relacionales y/o psicológicos / psiquiátricos. La propuesta de (Linares, 2013) se inscribe claramente en la orientación diagnóstica, pero propiciando un nuevo lenguaje diagnóstico relacional que eluda la, hasta ahora inevitable, utilización del lenguaje psicopatológico tradicional.
Palabras clave: *psicopatología, diagnóstico, clínico, terapia familiar, diagnóstico relacional.*

Psychopathology and family therapy: A complex relationship
Abstract
The comment of the remarkable paper from Linares (2013) has led me to think about the relationship between psychopathology or more accurately, psychopathological diagnosis or clinical psychology and family therapy. The essay describes the two souls who has always had the family therapy. Its stance in favour or against the use of medical diagnostic methods is best represented by Gregory Bateson and Don Jackson; both of them colleagues in the study of communication between schizophrenic patients and their families. However, both of them with a fairly different point of view on how to manage the relational and/or psychological and psychiatric disorders. Linares's proposal (2013) reveals an obvious tendency towards the diagnostic method but always suggesting a new relational diagnosis language orientated to elude the unavoidable use of traditional psychopathologic language.
Key words: *Psychopathology, diagnosis, clinical psychology, family therapy, relational diagnosis.*

1. INTRODUCCIÓN

No me parece una casualidad que el título del artículo objetivo del profesor Linares comience por Pasos..., ni que el primer autor que se cita, en la tercera línea, sea Gregory Bateson[1], ya que para el autor, Gregory Bateson, junto con su

Dirigir toda correspondencia al autor a: Director de la Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar. Vicepresidente de RELATES (Red Española/Europea y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas). Tel.: +34944757880. C/Luzarra, 18-1º. 48100 – Bilbao, España. http://www.robertopereiratercero.es/
Correo electrónico: evntf@avntf-evntf.com
RMIP 2013, vol. 5. núm. 2. pp. 175-183.
ISSN-impresa: 2007-0926
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ®RMIP

1. Gregory Bateson, antropólogo, creó el conocido como "Grupo de Bateson", que estudió la comunicación en las familias de pacientes esquizofrénicos, estudio del que surgió la Terapia del Doble Vínculo como causa etiopatogénica de la Esquizofrenia. Su libro más citado se titula en español, "Pasos hacia una ecología de la mente".

grupo, es el fundador principal de la terapia familiar sistémica[2].

Y es interesante destacar, tal y como señala Linares (2013), cómo Bateson, pilar de la terapia familiar, en adelante TF, se opuso con claridad y contundencia a la utilización del diagnóstico psicopatológico –que no del lenguaje de la psiquiatría clínica o la psicopatología, esto es mucho más difícil de hacer, como veremos más adelante– en su aproximación a los problemas relacionales humanos, o a la TF, aunque Bateson, antropólogo e investigador, nunca la practicó, al contrario que los miembros de su grupo.

La relación entre la psicopatología y la TF es compleja, pero ha evolucionado y cambiado como un reflejo de los cambios que ha registrado la TF desde su creación.

Desde su origen, la TF ha utilizado con naturalidad la psicopatología. El diagnóstico clínico formaba parte de su lenguaje fundador, que dio sus primeros pasos, no lo olvidemos, buscando respuestas al enigma de la esquizofrenia, así como nuevas maneras de abordar el que constituía y constituye el principal problema de la salud mental, por su gravedad y por las discapacidades que genera.

Y en los primeros pasos de la TF, se incorpora como algo novedoso –cuando no revolucionario– el diagnóstico familiar. Los diagnósticos psicopatológicos, o psiquiátricos, centrados hasta entonces en los pacientes, se amplían al conjunto de la familia. "La psicosis esquizofrénica del paciente en una manifestación sintomática de un proceso activo que abarca a toda la familia", dice Murray Bowen, uno de los pioneros de la TF (1960, p. 351). Incluso más allá de una patología determinada, se extiende la expresión a toda la familia, tal y como afirma Phillipe Caillé: «El empleo de la expresión 'psicopatología de la familia' implica para nosotros que es definido como enfermo todo el grupo familiar» (1980, p. 73).

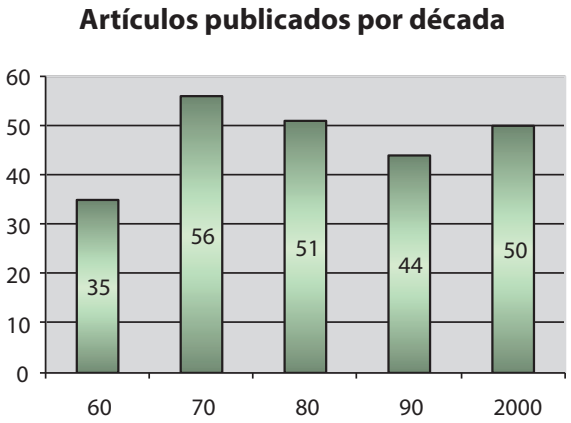


Gráfico 1. Artículos publicados por *Family Process,* que hacen referencia a la psicopatología en sus títulos o palabras clave, agrupados por décadas.

Sin embargo, y a pesar de esos inicios, la evolución posterior de la TF hace que, en un momento determinado, una buena parte de los terapeutas familiares –o terapeutas sistémicos, como comienzan a denominarse muchos de ellos– rechacen esa vinculación y traten de desterrar la psicopatología de los textos y del lenguaje de la TF (desterrarla de su práctica es mucho más difícil), tal y como plantean Cecchin, Lane y Ray: «La patología es una construcción nacida de la interacción entre los mitos, prejuicios y creencias de una cultura sobre lo saludable y lo enfermo, lo bello y lo feo, lo bueno y lo malo, y la lucha de una persona para sobrevivir y adaptarse a estos criterios contrapuestos» (2002, p. 90).

Sin embargo, esta desvinculación nunca se ha realizado completamente. Aún los autores que más rechazan la psicopatología no han podido evitar que se les cuele en sus textos, como veremos más adelante. Y si revisamos las publicaciones sobre TF, veremos que los artículos relacionados con la psicopatología no han disminuido durante estos años. Al menos eso se deduce de la revisión de los artículos publicados en la revista más prestigiosa de la TF, *Family Process.* En las cinco décadas que lleva publicándose, el número

2. Ver la página web de la Escuela de Terapia Familiar SantPau, en concreto el apartado La TF en tres artículos: http://www.etfsantpau.com/la-tf-en-3-articulos.html

de artículos que en su título o sus palabras claves hacen referencia a algún término psicopatológico no han variado mucho: 35 en la década de los 60, 56 en la de los 70, 51 en los 80, 44 en los 90 y 50 en la primera década del siglo XXI (véase: Gráfico 1).

¿Cómo se origina este distanciamiento, este rechazo en algunos autores, esta dificultad que se aprecia a menudo para que los terapeutas familiares hablen de psicopatología? Vamos a tratar de describirlo y entenderlo.

Para empezar, debemos señalar una inicial confusión terminológica. Se habla de psicopatología, cuando la mayoría de las veces debería hablarse de psiquiatría (o psicología) clínica. La psicopatología se define como la ciencia que estudia los trastornos psíquicos, y precede a la psiquiatría (o psicología) clínica, que agrupa los síntomas que describe la psicopatología en entidades que supuestamente tienen una relación etiopatogénica y/o similares tratamientos entre sí.

La psicopatología describe los problemas o trastornos que podemos encontrar al utilizar las funcionalidades y potencialidades de nuestra mente: la percepción, la inteligencia, la memoria, la afectividad, la expresión verbal, el pensamiento, la consciencia, la sexualidad, la agresividad, etc. Así, habla de delirios, alucinaciones, amnesia, miedos, insomnio, parafilias, obsesiones, compulsiones, euforia, melancolía, etc.

La psiquiatría (o psicología) clínica agrupa los problemas descritos por la psicopatología y define trastornos, síndromes, etc.: esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, fobias, toxicomanías, demencias, trastornos fóbicos, trastornos alimenticios y de la personalidad, etc.

La psicopatología es un lenguaje utilizado habitualmente por los profesionales de la salud mental para describir las disfunciones que observan en el funcionamiento de la mente. En lugar de decir:

«"El relato del sujeto refiere que siempre que se sale a la calle siente que alguien le persigue con intención de matarle; tiene que cambiar cada día el recorrido que hace al trabajo; no se arriesga a recoger a sus hijos en el colegio por miedo a que si le atacan puedan hacerles daño; mira siempre debajo del coche para asegurarse que no hay una bomba; ha cambiado prácticamente todas sus rutinas y todo ello le genera una gran ansiedad y angustia...»,

Decimos que sufre de un delirio de persecución, con lo cual ahorramos bastante tiempo y palabras. Los terapeutas de familia también hacen lo mismo. En lugar de decir:

«La pareja discute con mucha frecuencia. Son discusiones en las que ambos parten de un nivel relacional similar, pero cada uno trata de ponerse ligeramente por encima del otro. Rara vez estas discusiones terminan dándole uno la razón al otro, sino que por lo general terminan en una ruptura...», decimos: Escalada simétrica.

Y como todo lenguaje, es producto de un consenso, tiene una historia y permite ambigüedades e interpretaciones. Sin duda, el lenguaje de la psicopatología, o el de la TF, tiene una serie de implicaciones añadidas: no es neutral, pero sirve para que los que lo han estudiado se entiendan entre sí, ganen en precisión, y ahorren tiempo y espacio en sus comunicaciones.

2. EL DIAGNÓSTICO

Una vez establecido que el lenguaje de la psicopatología, o el de la TF, sirve para facilitar la comunicación entre profesionales, podemos preguntarnos si tiene alguna otra utilidad. Sirve también para hacer diagnósticos. ¿Y que es un diagnóstico? J. Guimón lo define de la siguiente manera: "El diagnóstico sirve para agrupar síntomas/conductas en unos constructos llamados enfermedades, trastornos o patologías relacionales que idealmente tienen un origen único, para desarrollar tratamientos o intervenciones específicas para resolver esos problemas" (Guimón, 2007, p. 53). Parece claro que si se consiguen tales agrupaciones y estas resultan coherentes y prácticas, sigue favoreciéndose la comunicación

entre los profesionales, no solo para explicar lo que ocurre, sino para proponer qué hacer para solucionarlo. El mismo autor plantea los propósitos del diagnóstico:

- Diferenciar el cuadro observado de otros cuadros.
- Darle un nombre que permita comunicarnos acerca de él.
- Establecer pronósticos respecto a su evolución espontánea o con tratamiento.
- Medir los cambios que se producen en su evolución.
- Realizar estudios sobre su etiología (Guimón, 2007, p. 53).

Vemos cómo la utilización del diagnóstico puede facilitar varios objetivos, además del ya citado, de facilitar la comunicación entre los profesionales, por ejemplo, el de diferenciar el cuadro o situación o problema observado, de otros tantos que pueden ser similares, pero cuyo significado es muy distinto.

Unos párrafos atrás expusimos un ejemplo de diagnóstico. Decíamos:

«El relato del sujeto refiere que siempre que se sale a la calle siente que alguien le persigue con intención de matarle; tiene que cambiar cada día el recorrido que hace al trabajo; no se arriesga a recoger a sus hijos en el colegio por miedo a que si le atacan puedan hacerles daño; mira siempre debajo del coche para asegurarse que no hay una bomba; ha cambiado prácticamente todas sus rutinas y todo ello le genera una gran ansiedad y angustia...».

Y el nombre propuesto para ese relato era *delirio de persecución*.

Ahora bien, ¿tenemos la seguridad de que ese diagnóstico realizado, utilizando el lenguaje de la psicopatología, contiene efectivamente el significado que se atribuye a ese término? Es decir, ¿es un relato que se sitúa fuera de la realidad, incoherente, no plausible y no confirmable por otros testigos? Para saberlo, es decir, para confirmar el diagnóstico, es necesario situar el relato en el contexto en el que se inscribe y solicitar la confirmación o no de su veracidad por testigos que nos puedan aportar visiones similares de la realidad que se describe.

Así, en el relato examinado, podemos preguntarnos y tratar de confirmar si se trata de un ciudadano anónimo, con un trabajo intrascendente, que nunca ha recibido amenazas y que vive en un lugar donde la violencia de ese tipo es excepcional, por lo que su conducta no se puede contextualizar como adecuada ni hay ningún testigo que pueda confirmar que, a pesar de lo extraño de la situación, ha podido comprobar la realidad de la amenaza y, por lo tanto, lo coherente de la conducta.

O bien, si el consultante es una persona que ocupa un cargo o una profesión por la que ha recibido amenazas por parte de un grupo terrorista que actúa donde vive, de lo que resulta una plausible amenaza a su vida, razón por la cual su conducta es adaptada y coherente con su situación, lo que puede ser ratificado por testigos fiables.

Ante un relato de semejantes características, dos posibles respuestas son las siguientes:

- Tranquilícese, creo que podemos ayudarle, tómese esta medicación y pasados unos días es muy probable que compruebe que las amenazas han cesado.
- Comprendo su situación, debe ser muy angustiosa. ¿Qué podemos hacer para disminuir esa angustia?

¿Daría lo mismo una respuesta que otra? Evidentemente, no. Si hemos llegado a la conclusión de que el relato es adecuado, verídico y fiable, la primera respuesta carece de sentido. Es decir, que según cuál sea el lenguaje que utilicemos para describir lo que sucede, el diagnóstico que hagamos tras escuchar el relato condicionará nuestra actuación posterior.

Entonces, si el diagnóstico, con su lenguaje psicopatológico, nos orienta acerca de cómo in-

tervenir, ¿podemos prescindir de él?, ¿debemos hacerlo?

¿Es útil, por ejemplo, discriminar entre un delirio esquizofrénico y un delirio producido por el abuso de tóxicos? ¿O entre la tristeza de un proceso de duelo y la tristeza melancólica? ¿O entre la angustia de origen psicológico y la angina de pecho?

Hay dos posturas claramente contrapuestas respecto al diagnóstico:

- Los que utilizan alguna clasificación diagnóstica para acercarse a los problemas, ya sean las grandes clasificaciones de las enfermedades (CIE, DSM), o los mecanismos de defensa, o los diagnósticos sistémico-relacionales.
- Los que se aproximan a cada caso como distinto de todos los anteriores. No hay una idea de patología individual o relacional, sino problemas existenciales que se sustancian entre familia/pareja/paciente y terapeuta.

Veamos las ventajas e inconvenientes de cada una de estas aproximaciones. Los críticos con la primera aproximación señalan cómo la utilización de diagnósticos implica una etiquetación y estigmatización del paciente/familia que va más allá de su mera utilización profesional. Diversos autores, especialmente en la 2.ª mitad del siglo XX, escribieron sobre esta situación analizando las implicaciones socioculturales de los diagnósticos psiquiátricos: Szasz (1961/2008), Goffman (1972), Laing y Cooper (1969) fueron algunos de los más destacados en las críticas hacia la utilización de un lenguaje «reduccionista», que «estigmatizaba y alienaba» a aquellos que recibían las «etiquetas diagnósticas». Tuvieron una gran difusión, así como también, un notable éxito en la humanización de la psiquiatría y en la inclusión de la dimensión sociocultural en la contextualización de los problemas psiquiátricos y el desarrollo del concepto de «salud mental». La práctica psiquiátrica comenzó a evitar, no hacer diagnósticos, sino transmitirlos a los pacientes y a menudo también a las familias. Sin embargo, esto conducía a situaciones complicadas y en ocasiones paradójicas, en las que se prescribían tratamientos complejos que a menudo tenían efectos secundarios muy desagradables y un pronóstico incierto, sin más justificación que el «confíe en mi», ya que no se hablaba de psicopatología o clínica psiquiátrica, más allá de «está mal», o «está enfermo», o «tiene un problema importante». Esta conducta comenzó a ser insostenible conforme los pacientes y sus familias fueron tomando un mayor protagonismo en la toma de decisiones respecto al tratamiento por seguir, exigiendo una mayor y más exacta información. Sin embargo, la lucha contra la estigmatización continúa; incluso hay asociaciones de enfermos o familiares de enfermos psiquiátricos que piden cambios en los nombres de las patologías más estigmatizantes, como la esquizofrenia, con propuestas como la de Van Os de redenominarla «s*alience dysregulation syndrome*» (2009).

Los profesionales opuestos al diagnóstico, sea psicopatológico o relacional, defienden la aproximación individual a cada caso. Sin embargo, esta aproximación incide en la dificultad de organizar el conocimiento sobre los trastornos o conflictos de origen psicológico. Si cada caso es distinto de los demás, y no podemos agruparlos en cuadros con características similares ni darles un nombre que nos permita entender de qué estamos hablando, es evidente que la comunicación se dificulta extraordinariamente, así como la posibilidad de hacer pronósticos acerca de la evolución o realizar estudios acerca del posible origen común de los problemas a los que nos acercamos. Si cada problema es diferente, la intervención será diferente en cada caso, por lo tanto, no podremos comparar las intervenciones entre sí y llegar a la conclusión de cuáles son útiles y cuáles no, puesto que cada caso requerirá soluciones diferentes. De ahí a inferir que cualquier intervención sirve no hay mucho camino, lo que no parece muy sensato.

La cuestión de la comunicación también es importante. Si cada caso es diferente, para poner en común posibles soluciones deberíamos describir minuciosamente cada uno de ellos. No olvidemos que el lenguaje de la psicopatología o la psiquiatría clínica se creó precisamente para facilitar la comunicación entre los clínicos, primero, y con el resto de la sociedad, después.

3. DIAGNÓSTICO Y TF

Estas dos aproximaciones, a favor y en contra del diagnóstico, se han dado desde el principio en el campo de la terapia familiar sistémica. Podemos simbolizarlas en dos de los pioneros que coincidieron en uno de los grupos fundadores de la TF, el grupo de Bateson: Gregory Bateson, que da nombre al grupo, y Don Jackson, que se une a éste tardíamente, fundador del *Mental Research Institute* de Palo Alto (MRI) y cofundador, junto a Natham Ackerman de *Family Process,* la principal y más antigua revista de terapia familiar.

Bateson era un antropólogo interesado en la comunicación, quien se aproximó a la psicopatología y a la clínica psiquiátrica por su interés en estudiar la comunicación humana. Pero su aproximación a ambas es muy diferente de la de su compañero y psiquiatra Don Jackson. Paul Watzlawick, quien los conoció muy bien a ambos, lo explica de manera clara:

«Por pura casualidad, el grupo de Bateson trabajó en un edificio vacío llamado V-A Hospital, que en EEUU son los hospitales para los veteranos de guerra, del servicio militar. Fue un hospital predominantemente psiquiátrico y, de este modo, el grupo de Bateson, que es un grupo muy pequeño: Bateson, Weackland, Haley y Fry, fue, más o menos, el grupo nuclear. Se encontraban cada día en el jardín, en la cafetería, con personas cuyo comportamiento no… tenía sentido en la situación dada del hospital psiquiátrico. Creo que allá está tal vez, la contribución más importante de Gregory Bateson a nuestro campo. Gregory Bateson, como ustedes saben, fue antropólogo e introdujo a nuestro campo una perspectiva que es casi el opuesto de la tradicional perspectiva psiquiátrica. El psiquiatra, como sabemos, ya tiene, a través de su formación profesional, en su cabeza, por así decir, un modelo o hasta una explicación de los fenómenos, de los trastornos, mejor dicho, de la mente humana. Entonces, en el trabajo con un determinado caso, aplica, para comprender la patología de ese caso, el modelo que tiene. El antropólogo, o la formación profesional de un antropólogo, es el opuesto. Él está entrenado para aproximarse a los fenómenos de su observación, con el mínimo posible de sus posesiones y de ideas anteriormente formadas acerca del campo de observación. Para quedarse, dentro de lo que sea humanamente posible, lo más objetivo, lo más pasivo posible. El observador pasivo que trata de comprender el funcionamiento de ese sistema humano que, por supuesto, va a ser diferente del comportamiento típico de la cultura de la cual viene el antropólogo mismo» (Watzlawick, 1984).

Bateson se instituye entonces como el fundador de una de las dos almas de la TF: aquella que rechaza el diagnóstico psiquiátrico, que hemos simbolizado con la cita de Cecchin y colegas (op. cit., 2002). Pero no es este el único representante, sino que hay muchos autores que siguen este modelo, predominante en los últimos años en la TF anglosajona. Citaremos solamente a algunos autores que pueden ser representativos. Comencemos por Jay Haley, miembro del Grupo de Bateson, fundador de la Escuela Estratégica. En su conocido libro *Leaving home,* pésimamente traducido al español como *Trastornos de la emancipación juvenil y TF,* dice: «No es útil hacer diferencias o diagnósticos salvo que este determine una manera especial de hacer terapia» (Haley, 1985, p. 11). Es decir, si no utilizamos una manera diferenciada para trabajar cada caso, ¿para qué nos sirve hacer diagnósticos? Si nuestro tratamiento se va a centrar en tratar de encontrar las reglas disfuncionales del sistema para cambiarlas sin variar el procedimiento de acuerdo

con el tipo de problema presentado, ¿para qué nos sirve diagnosticar? No es una cuestión baladí, que a menudo se presenta en la intervención psiquiátrica, psicológica o psicoterapéutica. Si realmente el diagnóstico no sirve para diferenciar el tratamiento que utilizamos, ¿para qué nos sirve hacerlos? De cualquier manera, en el libro citado, Haley utiliza con frecuencia el lenguaje psicopatológico, (op. cit., p. 11) y el libro en sí mismo está basado en el «*proyecto e*squizofrenia» (op. cit., p. 12).

Otros autores representativos de esta corriente son Harlene Anderson y Harry Goolishian. En su artículo «El cliente es el experto: un enfoque de la terapia del NO saber», defienden la posición del «no saber, que requiere que, en la terapia, nuestra comprensión, explicaciones e interpretaciones no están limitadas por experiencias previas o verdades y conocimientos teóricos» (Anderson & Goolishian, 1995, p. 12). Más adelante, «"la posición de no-saber sugiere un tipo diferente de postura o pericia terapéutica, una pericia que está limitada al proceso de la terapia más que al contenido (diagnóstico) y cambio (tratamiento) de la estructura patológica» (op. cit., p.15).

Como vemos, es la genuina postura «antropológica» defendida por Bateson, según la cual, el diagnóstico y el tratamiento –se supone que diferenciado– son irrelevantes. Pero, no pueden sustraerse a la utilización del lenguaje psicopatológico, como veremos más adelante: «La posición del no-saber, sin embargo, excluye la postura de que la historia del hombre era delirante....de que la enfermedad era un invento del nombre, o un delirio o distorsión que necesitaban ser corregidos» (opus cit. p. 18).

Autores más actuales del norte de Europa, que siguen esa misma línea, otra base fuerte de los planteamientos «batesonianos», son Seikkula, Aaltonen, Alakare, Haarakangas, Keränen, y Sutela, que en un artículo también publicado por *Sistemas Familiares,* citan a Anderson y Goolishian (1995) y rechazan la aproximación psicopatológica o del diagnóstico clínico, al proponer que la psicosis «deje de ser concebida como una condición independiente que es inherente al paciente, y pase a concebírsela como una de las voces de la interacción terapéutica actual». Aunque un poco más abajo, pero en la misma página, dicen: «Se acompañan estadísticas recogidas en un proyecto oficial del gobierno finlandés para el tratamiento de las psicosis agudas, en centros hospitalarios, las que muestras que el enfoque dialógico permitió reducir el tiempo de internación y el curso de medicamentos neurolépticos, así como el número de pacientes crónicos» (Seikkula et al., 1998, p. 25).

Podemos ver de nuevo la dificultad de evitar la utilización del lenguaje psicopatológico para hacernos entender, aun cuando este se rechace.

Tenemos entonces al grupo de seguidores de Bateson, que proponen aproximarse a cada caso, a cada sistema, como distinto de todos los anteriores. No hay una idea de patología individual o relacional, sino problemas existenciales que se sustancian entre familia/pareja/paciente y terapeuta. Es esencial acercarse a cada situación con la posición del «no-saber», por lo que en realidad lo aprendido en el tratamiento de un caso no nos sirve demasiado para enfrentarnos al siguiente, ya que cada uno es diferente. El diagnóstico, es decir, la agrupación de conflictos/problemas/conductas similares no tiene mucho sentido, ya que nunca vamos a encontrar dos sistemas iguales entre sí. No podemos encontrar tampoco «evoluciones previsibles» ni sistematizar posibles intervenciones.

Sin embargo, hemos visto también la enorme dificultad de utilizar un lenguaje diferente de aquel de la psicopatología o la psiquiatría (o psicología) clínica, al menos para hacerse entender a la hora de describir lo que hacen o los problemas que presentan aquellos con quienes se encuentran en sus consultorios.

Frente a esta aproximación, tenemos otra contrapuesta que representábamos en otro de los pioneros indudables de la TF, miembro del gru-

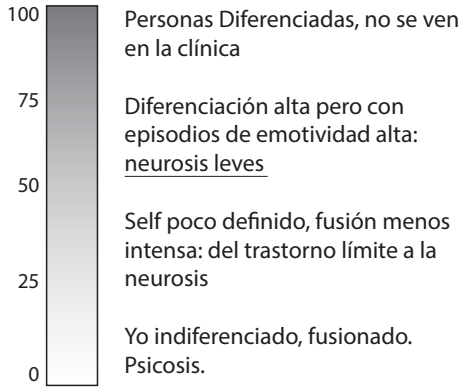


Gráfico 2. Escala de diferenciación del *self* de M. Bowen

- Desvinculación imposible – Esquizofrenia Tipo 2
- Desvinculación inaceptable – Esquizofrenia Tipo 1
- Desvinculación aparente – Psicosis Afectiva, Trastorno Bipolar
- Desvinculación de compromiso – Trastorno límite.

Gráfico 3. Patología de la *desvinculación* de L. Cancrini

po de Bateson, Don Jackson. Jackson, psiquiatra de formación, se aproxima a las familias con las que trabaja con sus esquemas psicopatológicos bien presentes, pero con una novedad: intenta introducir un lenguaje diagnóstico relacional, alternativo o complementario al lenguaje psicopatológico. Así lo hace cuando presenta su concepto de «homeostasis familiar» para explicar las reglas que se oponen al cambio, que fomentan en el equilibrio especialmente en familias rígidas (Jackson, 1974).

El camino que abrió Jackson ha sido seguido por numerosos autores señeros de la TF que han aportado sus propuestas a un posible diagnóstico relacional que agrupe y haga comprensibles determinadas conductas familiares.

Así, Murray Bowen (1979), con su «Escala de diferenciación del Self» (ver Gráfico 2), Salvador Minuchin (1979), con su clasificación de familias desligadas-aglutinadas, Luigi Cancrini (1991), con su patología de la desvinculación (ver Gráfico 3) y muchos otros, algunos citados por el profesor Linares (2013), son ejemplos de propuestas de diagnósticos relacionales, es decir, asociaciones entre un conjunto de pautas relacionales disfuncionales y una determinada psicopatología.

4. HACIA UN DIAGNÓSTICO RELACIONAL

Creo que no resulta difícil determinar en cuál de las dos corrientes se inserta la propuesta del autor (Linares, 2013). Evidentemente, se trata de desarrollar un diagnóstico relacional, un lenguaje que dé cuenta de las disfunciones de los sistemas que acuden a nuestras consultas, y que conecte con el lenguaje psicopatológico y de la psiquiatría (psicología) clínica, buscando tender puentes y una mejor comprensión del sufrimiento humano. Pero hay una novedad importante: de todas las propuestas hechas hasta ahora, es, sin duda, la más comprensiva y completa, ya que abarca el conjunto de, en palabras del autor, «las bases relacionales de la psicopatología», un trabajo ímprobo, que resume prácticamente toda la vida profesional de Linares (2013), y que constituye una base a partir de la cual desarrollar intervenciones que puedan sistematizarse y, por supuesto, 'protocolizarse' o 'manualizarse'.

Es una clara confrontación con la posición del «no saber», sin que eso signifique que los prejuicios nos nublen el juicio o nos impidan una adecuada anamnesis del funcionamiento familiar. Sin rechazar que cada caso sea diferente, pero tratando de encontrar también los puntos en común que permitan agrupar los problemas relacionales para hacerlos más comprensibles.

El planteamiento de desarrollar una «psicopatología relacional» es apasionante. Se trata de sustituir las descripciones fenomenológicas de los signos y síntomas que nutren la psicopatología tradicional por las disfunciones, trastornos y conflictos relacionales, especialmente los asociados con la familia de origen, que estarían en la génesis, desarrollo y mantenimiento de los trastornos relacionales. Es un trabajo ambicioso,

ingente, pero para el cual el autor (Linares, 2013) sienta unas amplias bases.

Estas bases, que parten de los ejes fundamentales de la conyugalidad y la parentalidad, que se organizan en deprivaciones, caotizaciones y triangulaciones, van confomando el marco en el que se inscriben las psicosis, la neurosis, la depresión y los trastornos de vinculación social. Cada uno de ellos está extensamente descrito en términos relacionales, con descripciones que los clínicos de la terapia familiar no tendrán ninguna dificultad en reconocer. Tal y como Linares (2013) afirma en las conclusiones, abre numerosas preguntas que deberán ir respondiéndose en un futuro, esperemos que cercano. Pero la propuesta es clara: necesitamos un lenguaje que nos permita entendernos a la hora de describir lo que les ocurre a nuestros consultantes. Si el lenguaje psicopatológico tradicional no nos complace, busquemos uno nuevo, que se adapte a los conceptos relacionales que manejamos, que sea abierto, flexible, nada dogmático, pero que haga comprensibles y agrupables los problemas de las familias que buscan ayuda para resolver sus dificultades. Y que esas agrupaciones permitan desarrollar intervenciones que, con las necesarias adaptaciones a cada caso, puedan servir de orientación y guía a los terapeutas que se aproximan, aprenden y practican la terapia familiar sistémica.

REFERENCIAS

Anderson, H. & Goolishian, H. (1995). *El cliente es el experto: un enfoque de la terapia del NO saber. Sistemas Familiares, 11*(3), 9-21.

Bowen, M. (1960). Etiología de la esquizofrenia. En D. Jackson (Comp.), *Comunicación, familia, y matrimonio* (Cap. 12). Buenos Aires: Amorrortu.

Bowen, M. (1979). *De la familia al individuo*. Barcelona: Paidós, 1991.

Caillé, P. (1980). Psicopatología de la familia. *Terapia Familiar, 4,* 73-85.

Cancrini, L. (1991). *La psicoterapia: gramática y sintaxis*. Barcelona: Paidós.

Cecchin, G. Lane, G., & Ray, W. (2002). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.

Guimón, J. (2007). *El diagnóstico psiquiátrico no categorial (relaciones, dimensiones y espectros)*. Bilbao: OM editorial. Goffman, E. (1972). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1985). *Transtornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.

Jackson, D. (1974). Interacción familiar, homeostasis familiar y psicoterapia familiar conjunta. En C. E. Sluzki (Comp). *Interacción Familiar*: aportes básicos sobre teoría y técnica. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.

Laing, R. & Cooper, D. (1969). *Razón y violencia*. Buenos Aires: Paidós.

Linares, J. L. & Soriano, J. A. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 119-146.

Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Sutela, M. (1998). Tratamiento de la psicosis mediante diálogo abierto. *Sistemas Familiares, 14*(2), 25-38.

Szasz, T. (2008). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu. (Versión en castellano de *The Myth of Mental Health, 1961*, New York: Holber-Harper).

Van Os, J. (2009). A *salience dysregulation síndrome. British Journal of Psychiatry, 194*(2), 101-103.

Watzlawick, P. (1984). Comunicación oral no impresa. Seminarios del Colegio de Médicos. Madrid: Colegio de Médicos.

Recibido el 06 de noviembre de 2013
Revisión final 17 de noviembre de 2013
Aceptado el 21 de noviembre de 2013

Anclaje de la investigación sistémica a las psicopatologías, pero también a los diagnósticos de personalidad y a los ajustes postraumáticos

Matteo Selvini
Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia. Italia.

Resumen
El autor critica el extremismo sistémico al rechazar cualquier diagnóstico, una despatologización que ha terminado por negar la capacidad de aceptar/acoger el sufrimiento de los pacientes y sus familias. El trabajo de Linares es importante porque se opone fuertemente a esta tendencia narrativista. El desarrollo futuro de la investigación no debe basarse únicamente en la psicopatología, sino también en el diagnóstico de la personalidad.

Anchoring systemic research to psychopathology but also to personality diagnoses and post-traumatic adjustments
Abstract
The author criticizes the systemic extremism in rejecting any diagnosis (a depathologization that ended to damage the capacities of accepting/holding the suffering of patients and their families). Linares's work (2013) is important because it strongly opposes this narrative approach. Future development of research must be based not only on psychopathology but also on personality diagnosis.

Agradecimientos: *del original en italiano "Ancorare la ricerca sistemica alle psicopatologie ma anche alla diagnosi di personalità e agli adattamenti post traumatici" 2013; traducido por: Sara Quintero.
Dirigir toda correspondencia al autor a: Nuovo Centro per lo Studio della Famiglia. Viale Vittorio Veneto, 12. Milano – 20124, Italia.
Tel/Fax: 02.29524089. Web: http://www.scuolamaraselvini.it
Correo electrónico: info@scuolamaraselvini.it; matteoselvini@scuolamaraselvini.it
RMIP 2013, vol. 5. núm. 2. pp. 184-186.
ISSN-impresa: 2007-0926
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ®RMIP

El rechazo de muchos terapeutas sistémicos a considerar el diagnóstico psicopatológico en base a una fidelidad rígida y mecánica del principio de despatologización del paciente «designado» ha ocasionado graves daños en la eficacia del modelo como factor de renovación de la psiquiatría. Esto ha acontecido sobre todo en los casos en los que han prevalecido los submodelos narrativos y postmodernos. Ver los recursos y no únicamente los límites de los pacientes es correcto; empero, exagerar se vuelve sumamente peligroso, pues se corre el riesgo de coludir con los mecanismos de negación típicos de la psicosis y de todos los trastornos graves. La negación y banalización del paciente y sus familiares, por el contrario, constituyen frecuentemente el primer objetivo de cambio en el proceso terapéutico.

Despatologizar al paciente de manera muy apresurada también ha producido con frecuencia una banalización de su sufrimiento. La empatía, base indispensable de todo proceso de curación, se ha sustituido peligrosamente en primer lugar con la provocación (Selvini Palazzoli, 1988) y enseguida con la curiosidad o la irreverencia (Cecchin, 2003).

El trabajo de Linares (2013) siempre ha ido en una dirección muy diferente, anclando sólidamente la investigación de las terapias familiares y sistémicas al tratamiento de patologías específicas; por consiguiente, permanece fiel al modelo de Mara Selvini Palazzoli y de muchos otros, como Cancrini (2006), para la toxicodependencia; Cirillo (2005), para el maltrato; Onnis (1997), para los trastornos psicosomáticos, y Ugazio (1998), para las fobias.

Los lectores deberán disculparme por el chovinismo de estas citas. No obstante, es un hecho que este grupo sistémico habla la lengua de Dante Alighieri, con algunas excepciones, como la de Juan Luis Linares, que en este sentido ha hecho una importante contribución a la investigación sobre el tratamiento de la depresión (Linares & Campo, 2000), obra brevemente resumida también en el presente artículo.

Tener bien anclada la investigación clínica sistémica a la psicopatología constituye, por lo tanto, una contribución fundamental de Linares (2013), en el tema que divide a los sistémicos entre los que podríamos llamar "integradores del sufrimiento", de los sistémicos y los narrativistas, a los que definiríamos como "negacionistas del sufrimiento".

Pero llegamos ahora a una diferencia significativa que, espero, resulte útil para el debate dentro de la corriente "integracionista". De hecho, me deja perplejo que se pueda hablar de «bases relacionales de la psicopatología», porque este lenguaje corre el riesgo de dirigir nuestro pensamiento de manera muy lineal: relaciones con escasa nutrición relacional generan psicopatología.

Este esquema mental puede llegar a ocasionar una actitud demasiado crítica e inquisitorial por parte del terapeuta, tal como sucede en la larga e infausta tradición del psicoanálisis. Necesitamos terapeutas benevolentes, que no pretendan ser existencialmente mejores que sus pacientes: ¡su papel implica solo ser diferente! Su diferencia consiste en ser un guía responsable, preparado, reflexivo, autorreflexivo y sostenido siempre de una red.

El esquema de dos polos, a saber, el polo a, asociado con las relaciones, que produce el polo b, asociado con la patología, es demasiado lineal-simplista. Debemos pensar en muchos polos de una manera más compleja.

El individuo, incluso el recién nacido, tiene una especificidad tal, tanto caracterial como genética, como para crear problemas a padres lo suficientemente buenos. Pueden desarrollarse procesos de malentendidos recíprocos sobre los cuales se produzcan o se injerten traumas simples y complejos, generando desarrollos disfuncionales.

Considero especialmente que no puede haber una verdadera profundización relacional de la psicopatología sin centrarse en los procesos evolutivos que conducen a desarrollar subtipos de apego y, por consiguiente, los diferentes tipos de personalidad (Selvini, 2008). En este sentido, el movimiento sistémico se encuentra en retraso grave respecto de la profundización de los desarrollos traumáticos, asociados con la desorganización del apego, contrastados con las reorganizaciones disfuncionales que acaban provocando traumas ulteriores y que, por ende, constituyen los rastros de personalidades postraumáticas de las cuales todavía no se ha construido una tipología. Es la consecuencia de la batalla científico-cultural en pos de la abolición-sustitución de los diagnósticos de trastorno límite y masoquismo. De hecho, incluso el diagnóstico y el tratamiento de los traumas han permanecido como "víctimas" del dogma del purismo sistémico de la despatologización. Algunos de los recuerdos más embarazosos de mis primeros pasos como terapeuta sistémico, en los años ochenta, se refieren a las familias con adolescentes adoptados, terapias todas ellas centradas en las relaciones del aquí y el ahora, y en la negación total de los traumas graves que habían marcado a aquellos pobres niños.

El purismo sistémico, esto es, la terapia fa-

miliar de los pioneros de los años setenta, ha modificado el mundo de la psicoterapia y ha atacado el mundo de la psiquiatria con resultados contradictorios. Sin embargo, fracasó como modelo clínico-teórico a causa de su extremismo relacional. Considero que debe sustituirse por un modelo sistémico-individual decisivamente más interactivo y multifactorial. Creo que el lenguaje de las «bases relacionales de la psicopatología» debería sustituirse por el de la complejidad del entrelazamiento entre factores de riesgo y factores de protección, estudiados desde varios polos o niveles sistémicos.

REFERENCIAS

Cancrini, L. (2006). *Océano borderline. Viajes por una patología inesplorata.* Barcelona: Paidos.

Cecchin, G. (2003). *Una estrategia de supervivencia para terapeutas*, Barcelona: Paidós.

Cirillo, S. (2012). *Malos padres,* Barcelona: Gedisa.

Linares, J. L. & Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional.* Barcelona: Paidós.

Linares, J. L. (2002). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional.* Barcelona: Paidos.

Linares, J. L. & Soriano, J. A. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 119-146.

Onnis, L. (1997). *La palabra del cuerpo. Psicosomática y perspectiva sistémica*, Barcelona: Herder.

Selvini Palazzoli, M. (1988). *Padadoja y contraparadoja: un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidos.

Selvini, M. (2008). *Once tipos de personalidad. La integración de la diagnosis de personalidad en el pensamiento sistémico complejo. Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales.* (revista digital sin paginación), número 22.

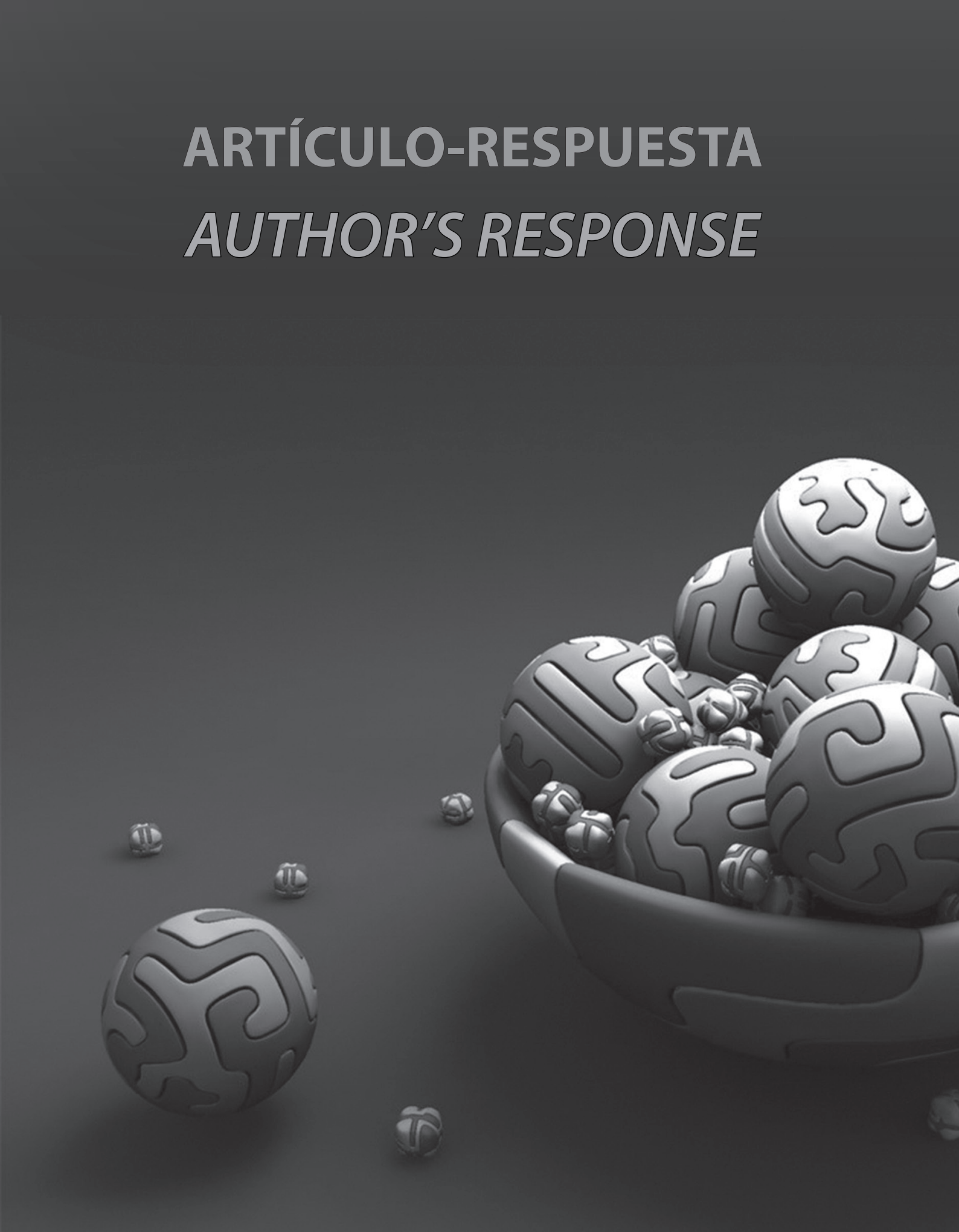
Selvini, M. (2010). Once tipos de personalidad: cuatro años después. *Redes, Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*. (revista digital sin paginación), número 24.

Ugazio, V. (2003). *Historias permitidas, historias prohibidas*. Barcelona: Paidós.

Recibido el 29 de octubre de 2013
Revisión final 15 de noviembre de 2013
Aceptado el 18 de noviembre de 2013

ARTÍCULO-RESPUESTA

AUTHOR'S RESPONSE



Una psicopatología relacional es posible

Juan Luis Linares
Escola de Teràpia Familiar. Barcelona. España.

Resumen

El artículo, respuesta a los seis comentadores, se centra fundamentalmente en la relación entre la terapia familiar sistémica y el diagnóstico psicopatológico. Se plantea la posible compatibilidad entre un abordaje transversal a la psicopatología, que destaque la existencia de distintos territorios con bases relacionales diferentes, y un abordaje longitudinal más cercano a una visión evolutiva. Se reflexiona sobre la incidencia de las ópticas constructivista y socio-construccionista en el diagnóstico relacional-sistémico y se especula sobre el papel que tendrán en el futuro de la psicopatología las neurociencias y los diferentes aportes psicoterapéuticos. También se enfatizan aspectos importantes de la historia de la terapia familiar, especialmente el papel que jugaron Bateson y Jackson en el tema del diagnóstico. Y, finalmente, se polemiza sobre la interacción de una lógica traumática y de una lógica relacional, enmarcada en una bipolaridad característica del campo sistémico, entre negación y reconocimiento del sufrimiento psicológico.

Palabras clave: *artículo-respuesta, terapia familiar, diagnóstico psicopatológico*

A relational model of psychopathology is possible

Abstract

This paper, written in response to six commentators, addresses the relationship between systemic family therapy and the diagnosis of psychopathology. One of the issues examined is the possible compatibility between a cross-sectional approach to psychopathology, one that emphasizes the existence of distinct domains with different relational bases, and a longitudinal approach that more closely resembles a developmental perspective. The article reflects upon the influence that the constructivist and social constructionist viewpoints have with regard to a relational-systemic diagnosis, and also speculates upon the role that the neurosciences and different psychotherapeutic contributions may come to play in this respect. Key elements of the history of family therapy are also highlighted, especially the role played by Bateson and Jackson in relation to the question of diagnosis. Finally, the paper takes a critical look at the interaction between a traumatic logic and a relational logic, which might overlap with a polarity between the negation and recognition of psychological suffering.

Key words: *response-paper, systemic family therapy, diagnosis, psychopathology*

Dirigir toda correspondencia a: Juan Luis Linares. Escola de Teràpia Familiar. Servei de Psiquiatria. Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Calle Polonia 2, 3º 1ª. 08024 Barcelona. España. Teléfono: 0034 677524488. www.etfsantpau.com
Correo electrónico: eterapia@santpau.cat
RMIP 2013, vol. 5. núm. 2. pp. 189-196.
ISSN-impresa: 2007-0926
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ®RMIP

TRANSVERSALIDAD Y LONGITUDINALIDAD

Luigi Cancrini es uno de mis maestros (también lo es Carlos Sluzki, pero esa es otra historia).

Desde que lo conozco, hace aproximadamente treinta años, no he hecho sino aprender de él. Hasta debo agradecerle eso, porque su presencia, siempre intelectualmente estimulante, me rejuvenece brindándome la envidiable posición de eterno discípulo.

Pero es que, además, y entrando ya en materia, él me enseñó, tras mi anterior singladura antipsiquiátrica, que las clasificaciones no son necesariamente perniciosas si se basan en procesos de comprensión. Para demostrarlo estaba su mítica tipología de las drogodependencias, que entonces, en Europa, eran cosa de heroinómanos (Cancrini, 1982). Ya en esa primera propuesta diagnóstica estaba presente la verticalidad que caracteriza a sus posteriores aportaciones psicopatológicas. Distinguía cuatro tipos de drogodependencia, a saber: A.- Traumática: variante de la normalidad, subsiguiente a pérdidas generadoras de duelos de difícil elaboración. B.- Neurótica: cobertura sintomática de una "neurosis actual", que atrae la atención de unos padres en conflicto y les sirve de regulador homeostático. C.- De transición: compensa rasgos de personalidad inmadura, fundamentalmente de tipo límite. D.- Sociopática: correspondiente a personalidades antisociales y a familias gravemente desestructuradas.

La tipología era de gran utilidad, porque servía de referencia a la orientación terapéutica: el tipo A, de mejor pronóstico, era tributario de un sencillo abordaje individual, mientras que los tipos B y C constituían las principales indicaciones de terapia familiar. Por su parte, el tipo D requería de recursos más complejos, tipo comunidad terapéutica.

Ha llovido mucho desde entonces y, especialmente, sobre el universo de las drogas, que ha dado paso a la cocaína, a las drogas de diseño y a las politoxicomanías como modalidades predominantes en Occidente, generalizándose su uso hasta extremos de hacer muy difícil la clasificación de sus adicciones y, más aún, la tipificación de sus bases relacionales. Sin embargo, la propuesta de Cancrini (1982) continúa siendo un precioso referente, ejemplo de abordaje integrador de elementos sistémicos y psicoanalíticos, a un tema clínico de gran complejidad.

Dicho lo cual, resulta obvio mi acuerdo con la afirmación de Cancrini (2013) sobre la prioridad absoluta de avanzar juntos en la ardua labor de ofrecer una alternativa psico-relacional coherente al reduccionismo biologicista de los DSM. Las diferencias de matices en nuestros respectivos abordajes no serán sino consecuencias, menores e inevitables, de la enorme complejidad de la labor.

La cuestión de la depresión, por ejemplo, a la que Cancrini hace referencia (2013), no expresa incompatibilidades entre mi visión y la suya. Es cierto que considero a la depresión (asimilada con la modalidad más específica del universo clínico depresivo, coincidente con la "depresión mayor" de los DSM) como una forma fundamental de organización de la experiencia personal. Pero no la ubicaría en un eje II de cuya consistencia reniego. Es más, concuerdo con Cancrini (2013) en que ciertos fenómenos depresivos, interpretables como sintomáticos, pueden encontrarse en todas las situaciones de la psicopatología: la distimia en el universo neurótico, la personalidad depresiva en el universo límite (océano borderline, le llama él) y ¿por qué no?, episodios y manifestaciones depresivos integrados en el universo psicótico. Además de un territorio específicamente depresivo, definido sintomáticamente por la culpa (y, en segunda línea, por la hostilidad encubierta) y relacionalmente por la descalificación (trasunto de la hiperexigencia y la no valoración) (Linares & Campo, 2000).

Reivindico, pues, la compatibilidad entre mi modelo transversal de cuatro territorios psicopatológicos (Psicosis, Neurosis, Depresiones y Trastornos de Vinculación Social) y el modelo longitudinal de Cancrini, con otros cuatro niveles de organización (Normalidad, Neurosis, Borderline y Psicosis), y hago votos para que pronto

podamos celebrar ese congreso al que él hace referencia (Cancrini, 2013), en el que, acompañados por otros ilustres colegas, sentemos las bases de una nueva psicopatología relacional.

¿DIAGNÓSTICO CONSTRUCTIVISTA?

Ceberio (2013) es un psicoterapeuta enciclopédico, en cuyo curriculum figuran dos doctorados y varios masters, partiendo, además, de una formación psicoanalítica, gestáltica, psicodramática y sistémica. A ello le añadió una importante impronta antipsiquiátrica (en rigor, más bien antiinstitucional), fruto de una larga estancia en Trieste en la órbita de Basaglia. Y, por si todo ello fuera poco, en los últimos años se ha interesado por las neurociencias, profundizando en los más recónditos misterios neuroendocrinos y psicobiológicos. Pero, conociéndolo como lo conozco, me atrevo a afirmar que, entre tantas y tan suculentas aportaciones teóricas (sustentadas todas ellas en prácticas coherentes), su corazón es constructivista y sus ojos miran a Palo Alto con particular fijeza.

Por eso le agradezco doblemente que haya sido tan tolerante con mis propuestas "neo-diagnósticas" y que, lejos de criticarlas, las trate de encajar en el molde epistemológico comunicacionalista, donde tan cómodas se insertan sus más poderosas raíces intelectuales. Que el resultado sea más o menos natural lo tendrá que juzgar el lector, pero yo lo valoro como, en gran parte, fruto del afecto que nos profesamos y por eso, repito, se lo agradezco.

EL PANORAMA FUTURO

La lectura del texto de Feixas (2013) me comunica fundamentalmente la inquietud que comparto con él sobre cómo será el diagnóstico psiquiátrico de mañana. Porque, ciertamente, sabemos cómo fue ayer y cómo, a trancas y barrancas, viene siendo hoy.

En el decimonónico apogeo del positivismo moderno, la nosología psiquiátrica se empeñaba en demostrar (¡vano intento!) que los trastornos mentales eran "enfermedades como las demás", enfatizando unas bases biológicas que sólo desvirtuadas y mistificadas podían brindarles las más remotas y peregrinas explicaciones. Como comprensible reacción ante tales excesos, el postmodernismo incurrió en otros de signo contrario, negando el diagnóstico o, lo que es lo mismo, su legitimidad, aun a costa de incurrir en notorias contradicciones y en flagrantes duplicidades epistemológicas.

Por su parte, el positivismo se perfeccionó haciendo hincapié en su dimensión pragmática. El resultado fueron las sucesivas ediciones del DSM, del cual la quinta todavía protagoniza la ducha escocesa que expresan las eternas dudas de los expertos de la American Psychiatric Association. No importa que sea blanco o negro, parecen decir éstos, lo que cuenta es que el gato cace ratones. Y sólo así justifican fenómenos de prestidigitación como la desaparición de la *distimia* o la reducción a siete de los trastornos de personalidad, sin que el anunciado *trastorno depresivo* se incorpore finalmente a sus mermadas filas. ¿Así que es reduciéndolos como pretenden resolver el problema de la infinita complejidad de los pliegues y vericuetos de la personalidad disfuncional? Se impone la impresión de que los únicos ratones que caza el astuto gato son los pingües beneficios de la industria farmacéutica. Al menos, parece que la desaparición del diagnóstico multiaxial en el DSM 5, acabará con la dicotomía que había establecido la ubicación de los trastornos de la personalidad en el eje II, frente a los síntomas clínicos del eje I.

Así pues, y frente a tal panorama, ¿qué diagnóstico psicopatológico nos depara el futuro? Feixas (2013) no se muestra muy optimista, y sin duda no le falta razón, ante el desmesurado poder de la psiquiatría biologicista, generosamente financiada por la industria (él le llama elegantemente "*los potentes mensajes amplificados de las bases biológicas de los trastornos mentales*".) E insistamos en el término "*biologicista*", expresivo del carácter ideológico de esa postura, frente a

la impecable "*biología*" y su muy legítima aplicación a la investigación "*biológica*". Mientras del biologicismo sólo cabe esperar confusión, esta última ha protagonizado revoluciones como el descubrimiento de las *neuronas espejo*, que no solo no cuestionan la relevancia del substrato relacional de la psicopatología, sino que le brindan un adecuado hardware.

Quizás por eso, y no por mera retórica bien pensante, Feixas (2013) acaba reconociendo la mayor receptividad del campo de la salud mental a los planteamientos psico-relacionales, así como la verosimilitud de un futuro cambio de paradigma. Cada vez se hace más insostenible la linealidad de una nosología psiquiátrica "causada" por su substrato biológico, frente a la evidencia de la "*neurobiología interpersonal*", puesta de manifiesto por el propio Feixas (2013). Mi apuesta es por una psicoterapia del futuro en la que converjan, sobre un substrato definido por dicha neurobiología interpersonal, tendencias psicoanalíticas inspiradas en la teoría del apego, elementos cognitivistas postracionalistas y constructivistas y, ciertamente, componentes relacional-sistémicos. ¡Todo un programa!

DE LA SOCIEDAD AL INDIVIDUO PASANDO POR LA FAMILIA

El comentario de Raúl Medina (2013) a mi artículo (Linares, 2013) se sitúa en el territorio convencional del socio-construccionismo, aunque él sabe bien que yo prefiero ubicarlo bajo otra denominación, que, por fortuna, él también asume plenamente: la terapia familiar crítica. Mis preferencias no son fruto del capricho, sino que responden a firmes convicciones: mientras que el socio-construccionismo es un movimiento fundamentalmente anglosajón, que responde en varias claves a las tiranías de la moda, la terapia familiar crítica emana de una realidad cultural concreta, cual es la mexicana, tan rica en su compleja singularidad como torturada por plagas lacerantes: pobreza, injusta distribución de la riqueza, violencia y corrupción. La terapia familiar no puede ser insensible a ese estado de cosas, constituyéndose en socialmente crítica, si pretende conjurar el riesgo de irrelevancia. Un riesgo en el que, por cierto, ha caído de pleno la terapia familiar socio-construccionista en el primer mundo, empeñada en cuadrar el círculo de una denuncia social que nadie le pide, y descuidando los territorios del sufrimiento familiar, donde la demanda es real y puede llegar a ser ingente.

Que las injusticias sociales constituyen el telón de fondo del sufrimiento relacional humano es una evidencia para los terapeutas de una generación como la mía, que vivió de cerca dictaduras y revoluciones e intentó integrar en estas últimas su práctica profesional. Los resultados no fueron muy brillantes, haciéndose evidente que las vías más practicables para reducir dicho sufrimiento pasaban por convocatorias menos amplias que "la sociedad". La familia, por ejemplo, que, a diferencia de aquélla, suele acudir al consultorio cuando se la cita.

Acepto con mucho gusto la conversación que propone Medina (2013), porque, aunque soy crítico con el reduccionismo conversacionalista como orientación terapéutica postmoderna, creo firmemente en las virtudes de la discusión colaborativa como instrumento heurístico. Y, para comenzar, declaro mi total acuerdo con la definición de post-positivista que de mí hace el citado autor. El positivismo, en efecto, aún cuando permanece vigente en algunos territorios del pensamiento humano (los paradigmas, ¡ay!, no cambian masivamente de la noche al día), es cosa del pasado. Pero también me considero ultramoderno, es decir, partidario de un nuevo giro objetivista, dialécticamente superador del subjetivismo postmoderno, que igualmente va encontrando en el pasado su más razonable ubicación. Y, desde luego, Raúl Medina y la terapia familiar crítica son excelentes compañeros en ese viaje a la ultramodernidad. Cuando hablo de un nuevo giro objetivista, está claro que no propugno un ingenuo retorno al positivismo, y

espero que se entienda a lo que me refiero con superación dialéctica: incorporación de algunos elementos objetivistas (reflexión sobre el maltrato, psicológico y físico, teoría relacional de la personalidad, diagnóstico relacional como conjunto de metáforas guía…) a un patrimonio sistémico ya enriquecido por notables aportes subjetivistas postmodernos. En definitiva, una compañía a estas alturas mucho más cómoda para Medina (2013) y su terapia familiar crítica, afrontadora de realidades sociales muy duras, que la evanescente espuma a que ha dado lugar el postmodernismo *made in USA*.

Con respecto a la interpretación que hace Medina (2013) de mis ideas sobre la triangulación, debo decir que dicho concepto no ocupa en mi propuesta teórica una posición tan central como parece desprenderse de sus palabras. No, ciertamente, tan central como en el psicoanálisis o incluso en algunos autores sistémicos como Bowen, Haley o Minuchin. Cierto es que triangular a los hijos, en mi acepción del término (que no necesariamente coincide con las de otros autores), supone una modalidad de maltrato psicológico subyacente a fenómenos psicopatológicos tan variados como los trastornos psicóticos y neuróticos, pero los otros dos grandes tipos de maltrato psicológico, radicalmente diferentes de la triangulación, se corresponden con otras variantes psicopatológicas: las deprivaciones con la depresión mayor y los trastornos límite, y las caotizaciones con las familias multiproblemáticas y las sociopatías. Un universo relacional de enorme complejidad.

Las tres modalidades de maltrato psicológico tienen en común el hecho de ser el resultado del bloqueo de lo que yo llamo la nutrición relacional, a propósito de la cual coincido con Medina (2013) en que representa un concepto central en mi modelo: la vivencia subjetiva de ser complejamente amado. En mi artículo aparecen descritas con más detalle las maneras más importantes en que se puede producir el referido bloqueo de la nutrición relacional, cuya restauración será, en efecto, el objetivo fundamental de la terapia.

Entiendo que se trata de una simple errata, pero, contra lo que aparece textualmente en el artículo de Medina (2013), debo puntualizar que no considero a las entidades nosológicas como "causa" de patrones relacionales específicos, sino, en todo caso, como "efecto". Y, mejor aún, soslayando el espinoso tema de las relaciones de causalidad, podría suscribir la clásica propuesta de Palo Alto, según la cual los síntomas son respuestas adaptativas a pautas relacionales disfuncionales. O incluso, en la mejor tradición comunicacionalista, sería defendible una interpretación de los síntomas en clave de soluciones intentadas.

Por último, quiero agradecer a Medina (2013) sus valorativas expresiones sobre mis propuestas diagnósticas, que interpreto como algo más que un simple elogio y que denotan un profundo conocimiento de mis ideas, pero también de mi ética y de mi estética. Efectivamente, el diagnóstico interactivo, como el que manejamos en psicoterapia y yo he pretendido modestamente tipificar, es un potentísimo instrumento, al servicio de la conservación homeostática si se utiliza con espíritu dormitivo, o al servicio del cambio si se utiliza estratégicamente con auténtico espíritu terapéutico.

JACKSON VERSUS BATESON

Detecto en el artículo de Roberto Pereira "*Psicopatología y Terapia Familiar: una relación compleja*" (2013) las principales virtudes que lo caracterizan como persona, como profesional y como autor: rigor metodológico y claridad conceptual.

Sólo puedo añadir que suscribo todas y cada una de sus afirmaciones, y que, en su texto, me siento plenamente comprendido y correctamente descrito. Por ende, y a pesar de que conozco bien su obra, las breves líneas de su artículo me han brindado la ocasión de aprender y de establecer conexiones con ideas que ya me rondaban, y eso es siempre de agradecer.

Concretamente, me ha llamado la atención

la contraposición de Don Jackson a Gregory Bateson respecto a sus actitudes frente al diagnóstico. Yo no conozco a fondo la pequeña historia del grupo de Palo Alto, léase los chismes, habitualmente entrañables con el paso del tiempo aunque más agrios en el momento en que se producen, que definieron las relaciones entre sus ilustres miembros. Parece que Bateson y Jackson simpatizaron a primera vista, con la comunicación entre el esquizofrénico y su familia como telón de fondo. Eran perfectamente complementarios, porque a la inmensa capacidad teorizadora del primero, el segundo añadía un instinto clínico igualmente extraordinario. Se cuenta que Jackson era capaz de adivinar el diagnóstico de cualquier paciente oyendo una breve secuencia grabada de una conversación de su familia.

El liderazgo de ambos en el grupo de Palo Alto duró poco, aunque por diferentes razones. Bateson se desinteresó de los esquizofrénicos, como años antes lo había hecho de los iatmules de Nueva Guinea, para fijar su atención en la comunicación de los delfines. He ahí una anécdota que algunos sistémicos refieren con orgullo, pero que no deja de ser ilustrativa de ciertas limitaciones de origen del modelo (¿alguien podría imaginarse a Freud abandonando el psicoanálisis para ocuparse de las fantasías inconscientes de las ocas?). Jackson, simplemente murió muy joven, a los 48 años, dejando un legado inconcluso lleno de interrogantes.

Encajando las palabras de Pereira (2013) en mis ideas previas, cabe especular que, si Jackson hubiera vivido lo suficiente para desarrollar plenamente las consecuencias de su liderazgo, reivindicar en la actualidad la legitimidad del diagnóstico psico-relacional en el campo de la terapia familiar sería una tarea menos ardua.

ENTRE LA GENÉTICA Y LA COMPLEJIDAD

Yo podía esperar tener en Matteo Selvini (2013) al más firme aliado en mis propuestas de diagnóstico relacional, puesto que son bien conocidas sus ideas al respecto (aunque parezca mentira, decidido partidario del diagnóstico relacional), pero, al final, ha resultado ser el más crítico de los comentadores. Sin embargo, no hay lugar para la sorpresa, porque se trata de una persona que, con gran valentía y admirable honestidad, hace sistemáticamente de la polémica instrumento de debate y estimulación intelectual.

Empezaré expresando mi total acuerdo con su tipología de sistémicos, a los que divide entre *negacionistas* del sufrimiento e *integradores* del mismo. Me considero afortunado de contarme entre los últimos, aunque intuyo que Selvini podría perfectamente retirarme tal condición si decidiera, en el fragor de la polémica, extremar su rigor. Pero entremos ya en el terreno de los desacuerdos.

A Selvini (2013) le deja "*perplejo que se pueda hablar de bases relacionales de la psicopatología*". No es que manifieste cierta disconformidad, no. Se queda perplejo, que es el estado que inducen, por inesperados y sorprendentes, los mayores absurdos y disparates. Pero sigue una explicación: existe el peligro de que este lenguaje oriente nuestro pensamiento de forma demasiado lineal.

Yo hace tiempo que dejé de abominar de la causalidad lineal, consciente de que la circularidad no la cancela, sino que la integra en un nivel de complejidad superior. Es algo parecido a lo que ocurre con la esfericidad de la tierra: para ir a comprar el pan a la panadería de la esquina, más nos vale seguir pensando que la tierra es plana, so pena de que pongamos en peligro nuestro equilibrio, pero para volar a Australia será mejor que incorporemos la idea de que es esférica, y así nos orientaremos mejor con los husos horarios. El caso es que vamos mucho más a menudo a la panadería que a Australia. Pues lo mismo pasa con la causalidad lineal. Si nos roban la cartera, primero haremos la denuncia y buscaremos en la oficina de objetos perdidos, y sólo mucho más tarde reflexionaremos sobre la injusta distribución de la riqueza que hace que la gente robe. En fin…

Selvini (2013) nos pone en guardia contra el peligro de adoptar posiciones demasiado críticas y condenatorias, ignorando que la prevención más eficaz que yo mismo propugno se parece mucho a la recomendada por él y por Cirillo (2005) frente al maltrato: la comprensión. Si hacer que un padre maltratador se sienta comprendido es el mejor modo de incluirlo en un proceso terapéutico, no sé por qué habría de ser diferente con progenitores que fracasan en el ejercicio de las funciones parentales incurriendo a fin de cuentas en otra modalidad de maltrato.

Selvini (2013) destaca la importancia del trauma, y es de esperar que ese "*descubrimiento de la sopa de ajo*" ("*del agua caliente*", dicen los italianos) no lo conduzca a reivindicar al Freud más arcaico. En cualquier caso, yo sostengo que, como fuerzas constructoras del psiquismo humano, coexisten la lógica relacional y la lógica eventual (esta última, canalizadora de los eventos traumáticos, pero también de otros eventos protectores). Ambas se entremezclan y superponen, aunque la relacional, por ser más estable y coherente, tiende a prevalecer sobre la traumática. Y digo tiende, y no que lo haga siempre y en toda ocasión. Una parentalidad conservada y una conyugalidad armoniosa en la familia de origen no son garantía de un desarrollo maduro y sano, pero lo facilitan. El mítico personaje de la cultura norteamericana traumatizado por la guerra de Vietnam (¡*Taxi Driver*!) que se convierte en un monstruo, sigue ese camino marcado por la lógica eventual porque su familia de origen no lo insertó en una lógica relacional protectora.

Pero hay que ser rigurosos a la hora de definir lo que entendemos por traumático y por relacional. Traumáticos no son simples acontecimientos extrafamiliares, como parece desprenderse de las palabras de Selvini (2013), sino acontecimientos destructivos y desestabilizadores, excepcionales e imprevisibles, indistintamente de que se produzcan dentro o fuera de la familia. Como tampoco es relacional solamente lo que está ocurriendo aquí y ahora. Desde este punto de vista, los desdichados adolescentes adoptivos que trató Selvini en los años ochenta no eran simples víctimas de graves traumas, como él nos los presenta, sino de pautas relacionales deprivadoras y caotizantes, fruto del fracaso de las figuras que ejercieron (mal) las funciones parentales en el pasado, tanto si fueron los padres biológicos como los educadores o tutores responsables de los centros de acogida.

Y también está lo biológico o lo genético, otro redescubrimiento de Selvini (2013). ¿Quién podría negar la importancia del substrato neurobiológico? Desde luego no yo, que dediqué seis años de mi vida a estudiar medicina y otros tres a especializarme en psiquiatría antes de estudiar psicología. Solo que se trata del hardware del psiquismo, mientras que nosotros, psicoterapeutas, solemos tratar con el software, que es de naturaleza relacional. No hay duda, sin embargo, de que el hardware es suficientemente sutil como para sugerir su presencia en algunas patologías (como los trastornos autistas) en que, y en eso estoy de acuerdo con Matteo, la gravedad de los síntomas no guarda proporción con la inadecuación relacional de los padres.

Llegados a este punto, y a pesar de la amistad que me une con Matteo Selvini (o precisamente por ella), debo decir que resulta patético que el portador de un apellido ennoblecido con algunas de las más grandes aportaciones al "*modelo relacional sistémico*" de terapia familiar, acabe proponiendo un ambiguo "*modelo sistémico-individual*", mistificando el significado de lo relacional y confundiéndolo con el de lo traumático. Y que incurra en descalificaciones masivas de propuestas que, como la mía, coinciden con la suya en ser críticas con algunas tradiciones sistémicas, aunque se mantenga fiel a la esencia relacional de la terapia familiar. Porque, si no creemos en la importancia de la relación, ¿qué hacemos en este negocio?

Quiero acabar mi comentario a la crítica de Selvini (2013) apelando a algo en lo que los dos creemos, que es la dimensión de complejidad

en la que se inscribe el trabajo psicoterapéutico. Una complejidad que, en mi opinión, viene representada por la familia, verdadera encrucijada en la que convergen elementos sociales e individuales, relacionales y genéticos, y que brinda un marco privilegiado para nuestra intervención profesional.

REFERENCIAS

Cancrini, L. (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti.* Roma: Nuova Italia Scientifica.

Cancrini, L. (2013). Notas para una clasificación psicoterapéutica de los trastornos psiquiátricos. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 149-154.

Ceberio, M. R. (2013). El desafío de construir un diagnóstico sistémico *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 155-161.

Cirillo, S. (2012). *Malos padres,* Barcelona: Gedisa.

Feixas, G. (2013). Comentario a: Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 162-166.

Linares, J. L. & Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada. Los trastornos depresivos desde una perspectiva relacional.* Barcelona: Paidós.

Linares, J. L. & Soriano, J. A. (2013). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 119-146.

Medina, R. (2013). El diagnóstico psicopatológico como marco social organizado: ontología y epistemología. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 167-174.

Pereira, R. (2013). Psicopatología y terapia familiar: una relación compleja *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 175-183.

Selvini, M. (2013). Anclaje de la investigación sistémica a las psicopatologías pero también a los diagnósticos de personalidad y a los ajustes postraumáticos *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 5*(2), 184-186.

Recibido el 23 de diciembre de 2013
Revisión final 27 de diciembre de 2013
Aceptado el 30 de diciembre de 2013

Varios

Inclusión en Bases de Datos:

La Revista Mexicana de Investigación en Psicología se ha incluido en PserInfo (Servicio Electrónico de Información Psicológica-ISSN: 1794-2497) a partir de noviembre de 2009 (Pserinfo No. 122).

DOAJ DIRECTORY OF OPEN ACCESS JOURNALS

Revista Mexicana de Investigación en Psicología

ISSN: 20070926
Subject: Psychology
Publisher: Universidad de Guadalajara
Country: Mexico
Language: Spanish
Keywords: psychology
Start year: 2009
Publication fee: No Further Information

ProQuest®
Start here.

Instrucciones para autores del Sistema Abierto de Contribuciones Originales

La *Revista Mexicana de Investigación en Psicología* (RMIP) maneja el proceso editorial inicial en línea. Los autores interesados en publicar en la RMIP deberán ingresar al sitio web: www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com y en la sección de Instrucciones para autores deberán hacer clic en REGISTRO PARA AUTORES. Este enlace les llevará a la plataforma de *Open Journal System (OJS*) de la RMIP. Ahí deberán registrarse y seguir las indicaciones señaladas claramente.

En caso de necesidad, los autores pueden contactar a: Dr. Pedro Solís-Cámara R., Editor General de la *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*. Laboratorio de Psicología: Investigación e Intervención. Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara, Av. Universidad #1115 Col. Linda Vista. 47820 Ocotlán, Jalisco, México. Tel.: (52-392) 92-59400, ext. 48496.

Políticas de publicación. El manuscrito no debe someterse a consideración de otra revista simultáneamente. Además, se debe garantizar que sus contenidos *no han sido publicados, que son originales y que todas las personas incluidas como autoras han dado su aprobación para su publicación en la RMIP* (Subir Carta de Presentación después de Registrarse y de subir su artículo a la plataforma OJS).

Derechos. En el caso de que un manuscrito sea aceptado para su publicación, las/los autoras(es) autorizan a la RMIP la reproducción del manuscrito en cualquier medio y formato, físico o electrónico, incluyendo Internet; sin embargo, las/los autoras(es) podrán reproducir sus artículos con fines académicos, de divulgación o enseñanza. De surgir alguna duda al respecto, la autora o el autor debe dirigirse a la Editora Administrativa de la RMIP (ymc@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com).

Los manuscritos publicados en la RMIP representan la opinión de sus autoras/res y no reflejan la posición del Editor General, del Consejo editorial, de los Editores Asociados, del Sistema Mexicano de Investigación en Psicología, ni del Patrocinador. Las autoras y los autores aceptan estas políticas al someter sus manuscritos.

Requerimientos particulares por tipo de manuscrito.

Contribuciones en investigación. Se revisarán manuscritos de investigación que cumplan con rigor conceptual y metodológico; esta decisión depende de los miembros del Consejo Editorial, de dictaminadores y en última instancia, del Editor General. Se sugiere someter manuscritos con una extensión máxima de 30 páginas tamaño carta, excluidas tablas y figuras. Los manuscritos deben ser escritos a *doble espacio y con fuente estándar (Arial de 12 puntos).* La consideración de manuscritos con mayor longitud puede argumentarse en *la carta de presentación*.

Contribuciones teóricas y revisiones conceptuales. Se considerarán manuscritos que presenten de manera creativa posturas teóricas o que revisen conceptos y su estatus teórico y/o aplicado, pero que estén claramente

fundamentados. La extensión límite es de 25 páginas, sin contar las referencias.

Informes y estudios de caso. Se invita a proponer manuscritos que puedan ser prematuros para publicar como investigación final, debido a que su metodología requiere refinamientos o el tamaño de la muestra es aún reducido. Se considerarán proyectos e informes en su fase inicial, en curso, y sus avances, *siempre y cuando contengan una sólida base conceptual.* Se publicarán también estudios de caso. La extensión límite es de 25 páginas.

Preparación de manuscritos. El contenido de los manuscritos ha de seguir el estilo de la *American Psychological Association.* Se aceptan la 5ta ed. (2001), del Manual de Estilo de Publicaciones de la APA y la 3era. Edición (traducida de la 6ta. en inglés) publicada por El Manual Moderno (2010). Los trabajos han de ser escritos en procesador de palabras, a doble espacio (Word, 97-2003 o más
reciente), fuente de 12 puntos con márgenes de 3 cms. Los manuscritos deben presentarse en idioma español y han de caracterizarse por ser concisos. Es necesario revisar la **Guía para comprobar el cumplimiento de requisitos para envío de manuscritos,** antes de enviar el manuscrito, esto evitará que el manuscrito **sea rechazado de manera inmediata.**

La *primera página* debe contener el título del manuscrito en español e inglés, nombre de las/los autoras(es), y adscripción institucional. En la parte inferior se debe incluir el nombre del autor a quien se dirigirá cualquier correspondencia, dirección postal, número telefónico, correo electrónico y domicilio completo. Debe incluirse también la fecha de envío del manuscrito, ya que se publicará junto con la fecha de dictamen/correcciones y la de aceptación definitiva. Los agradecimientos, información de financiamientos o cualquier otro crédito o reconocimiento también deben insertarse al final de la primera página.

La *segunda página* debe contener un resumen en español y la *tercera* su correspondiente en inglés (*abstract*); ambos resúmenes han de tener una extensión máxima de 150 palabras, incluyendo de cuatro a seis palabras claves, o *key words* en el *abstract*.

Revisión del manuscrito. Toda la información que permita identificar a los autores debe eliminarse del texto porque los *manuscritos son enviados a revisión ciega por pares*; por lo tanto, la *cuarta página* debe incluir el título del manuscrito sin nombres de autores(as). Cualquier manuscrito podrá ser editado, por ejemplo, si presenta indicios de quiénes son los autores, o prejuicio de género en el lenguaje.

Pies de página. No se aceptan pies de página.

Estilo. Todos los manuscritos aceptados son enviados a corrección de estilo.

Resultados reportados. Se ha de proveer información de la magnitud de los efectos (e.g., beta, efectos del tamaño y grados de libertad), así como de la probabilidad de todos los resultados significativos (e.g., $p < .05$); los resultados no significativos se deben indicar con siglas (NS).

Tablas y figuras. Las tablas y figuras, acompañadas de su respectiva leyenda, deben ser completamente comprensibles de manera independiente del texto. Cada tabla y figura debe ser numerada con números arábigos

secuencialmente y han de incluirse intercaladas en el texto, **no** al final de las referencias. Las tablas deben seguir estrictamente el formato APA.

Todas las tablas, gráficas y figuras deben tener un título que permita su comprensión sin tener que leer el texto. Es preferible que los títulos de las tablas y figuras no lleven abreviaturas, y de utilizarse (al igual que en el resto de la tabla), deben desarrollarse en el pie. Las llamadas que se utilizan para las notas al pie de la tabla han de presentarse con un asterisco (si sólo hay una llamada) y con números en superíndice ([1, 2, 3]…) si es que hay más de una.

Es preferible que los resultados numéricos derivados (como los porcentajes) se acompañen de sus respectivos números absolutos. En el caso de que se requiera reportar decimales, debe redondearse a un decimal (e.g., $M = 12.6$, y no $M = 12.576$).
Las figuras son gráficas, diagramas, fotografías, etc., es decir, cualquier elemento que requiera de un trabajo añadido a la composición tipográfica. Los diagramas y fotografías entregados deben contar con una calidad que permita una impresión profesional. De preferencia, deben entregarse en formato digital (EPS, TIFF o JPG) con una resolución mínima de 300 puntos por pulgada (dpi) y mínimo 10 cm en su lado más corto. En caso de que se cuente con el archivo original de la figura (en programas como Ilustrador, InDesign, Corel, etc.), es necesario enviarlo con las correcciones que se soliciten, por si hay que hacer cambios en el tipo de letra o alguna otra modificación. En caso de que sólo se cuente con el original físico de la figura (fotografía en papel, diapositiva), éste debe ser de alta calidad y totalmente legible si se llegara a reproducir a un tamaño de 4 por 7 pulgadas.

En cuanto a las gráficas, éstas deben ser elaboradas en Excel y se deben incluir los archivos de Excel originales para poder unificarlas con el resto de gráficas de la publicación.

Referencias. Las referencias se deben incluir en hoja aparte y al finalizar el texto.
Permisos. Debe anexarse cualquier carta que otorgue el permiso para reproducir figuras, imágenes o párrafos extensos tomados de otras fuentes.

Correcciones. Se espera que las correcciones solicitadas se regresen al Editor General en el tiempo señalado en la carta de dictamen. Las/los autoras(es) son responsables de cubrir los gastos ocasionados por cambios o correcciones adicionales a los solicitados en el manuscrito original y que no sean debidos a errores de la RMIP. El Editor General puede cancelar tales cargos, en algunos casos.

Separatas. Los/las autores(as) de manuscritos no reciben separatas o sobretiros, ya que la revista es de acceso libre. Sin embargo, si desean un ejemplar impreso de la revista, por ejemplo del número donde se publicó su manuscrito, deben realizar el procedimiento indicado en la sección de *Suscripciones* de la revista impresa o del sitio web.

Carta de presentación. En ella se ha de indicar que todas y/o todos los autores han contribuido de manera significativa al manuscrito, que están de acuerdo con su posible publicación en la RMIP y debe ir *firmada*. Es necesario que en la carta se indique de manera explícita la adherencia del autor al código ético de investigación en psicología. También debe señalarse a qué sección, de las tres disponibles en la RMIP, se dirige el manuscrito y dar testimonio de que no se ha sometido de manera simultánea a otra revista o libro. Las autoras o autores pueden

sugerir revisoras(es) de su trabajo, al igual que señalar a quiénes no se debería enviar por conflicto de intereses. Esta información se utilizará a discreción de los editores. La carta debe incluir nombre completo, grado de estudios, adscripción, domicilio y correo electrónico de las personas sugeridas para la revisión.

Calendario de envíos y fechas de publicación. Se reciben manuscritos en los meses de julio a noviembre de cada año; esto con la intención de ser publicados en el mes de junio de cada año. Los manuscritos sometidos para el *Sistema de Contribuciones Originales* se publican exclusivamente en el mes de junio de cada año. Las Monografías recibidas por propuesta libre o por invitación se publican también en ese mes.

Periodicidad. La RMIP publica artículos del *Sistema de Contribuciones Originales* cada año; la versión impresa se publica en el mes de junio y los artículos se pueden acceder libremente a partir del mes de julio.

Aclaración importante. Los manuscritos recibidos serán revisados por cumplimiento de **todos los requerimientos señalados antes.** De no cumplir con estos requisitos, el manuscrito será **rechazado.**

Instrucciones para Autores del Sistema de Comentarios Abiertos por Colegas

Artículos-Objetivo. La *Revista Mexicana de Investigación en Psicología* (RMIP) invitará a colegas a publicar manuscritos (artículo-objetivo/target paper) para ser comentados, pero también considera auto propuestas, siempre que cumplan con rigor conceptual y metodológico, redacción clara y sigan el formato APA. No se aceptan propuestas que hayan sido publicadas, aun parcialmente, en otras revistas o libros; al enviar un manuscrito, el/la autor(a) acepta implícitamente esta restricción.

Se considera un artículo-objetivo todo manuscrito:

•De investigación empírica cuyo autor juzgue que requiere de una amplia discusión, por sus alcances conceptuales y/o metodológicos.

• Que represente una propuesta teórica significativa, o que sistematice el conocimiento o modelos preexistentes.

• Que realice una síntesis crítica o una interpretación de otras aportaciones teóricas o experimentales, incluyendo aquellas dirigidas exclusivamente a métodos, técnicas y estrategias.

• Que contradice aspectos que se consideran ya bien fundamentados en la teoría o investigación actuales.

• Que tiene importantes consecuencias transdisciplinarias.

Edición. Toda la terminología debe ser definida o aclarada para asegurar la comunicación entre autores(as), comentaristas y lectores(as). Nos reservamos el derecho de editar los manuscritos, pero las/los autoras(es) de un artículo-objetivo aprobado recibirán el manuscrito editado previo a su publicación para ser revisado. Tal revisión debe realizarse en un período no mayor a tres días.

Estilo y formato de Artículos-Objetivo

• El contenido de los manuscritos ha de seguir el estilo de la *American Psychological*

Association. Se aceptan la 5ta ed. (2001), del Manual de Estilo de Publicaciones de la APA y la 3era. Edición (traducida de la 6ta. en inglés) publicada por El Manual Moderno (2010). Los trabajos han de ser escritos en procesador de palabras, a doble espacio (Word, 97-2003 o más reciente), fuente de 12 puntos con márgenes de 3 cms.

• Las figuras pueden enviarse en formato EPS, GIF, JPEG o TIFF.

• Las tablas y figuras deben aparecer ubicadas en el lugar específico que el/la autor(a) lo considere conveniente, con su respectiva nota o leyenda.

• El manuscrito no excederá 40 páginas tamaño carta.

• El manuscrito debe incluir también el siguiente formato y en el orden que se señala:

Primera página. Título del artículo-objetivo en español y en inglés, y un título para indexar. No incluir nombres de autores(as).

Segunda página. Para cada autor(a), nombre completo, adscripción institucional, correo electrónico, página web propia (si la tiene) y domicilio postal completo incluyendo teléfonos. Los agradecimientos, información de financiamientos o cualquier otro crédito o reconocimiento deben insertarse al final la página.

Tercera y cuarta páginas. Resumen y *abstract*, con cinco palabras clave o *key words*, respectivamente. Se requiere que la extensión sea de 300 palabras por resumen porque éste será enviado a revisión, previo a la aceptación del manuscrito, y a comentaristas potenciales una vez aceptado para publicación.

Quinta página en adelante. Título del artículo-objetivo y contenido o desarrollo del artículo. El texto debe incluir encabezados. Posteriormente, se deberán numerar los encabezados. Esto para facilitar la referencia a secciones del texto que sean discutidas por las/los comentaristas e identificar a qué sección se refieren los argumentos o comentarios.

Referencias. Se recomienda no incluir pies de página, pero si son indispensables, se sugiere reducirlos al mínimo, numerarlos de manera consecutiva en el texto e insertarlos al final, antes de las referencias, como notas numeradas. Los anexos, en caso de ser necesarios, deben agruparse y colocarse en una página después de las referencias.

Carta de propuesta. El artículo-objetivo debe enviarse como archivo adjunto en Word (97-2003, o versión más reciente) al correo electrónico: editorrmip@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com Además, las/los autoras(es) deben incluir, al finalizar su carta de propuesta del artículo-objetivo, sus argumentos para solicitar que el artículo en cuestión sea revisado como artículo-objetivo y también han de incluir la sugerencia de posibles comentaristas, indicando nombres y correos electrónicos. Una segunda opción es anexar un archivo sustentando sus argumentos (Word, 1000 palabras máx.).

Proceso editorial. Los artículos-objetivo serán enviados sólo a dictaminadores(as) del manuscrito. Una vez que el proceso para dictaminar, corregir y aceptar haya terminado, el artículo-objetivo será accesible a potenciales comentaristas. De manera atenta, queremos resaltar que el calendario para coordinar la revisión de los artículos-objetivo, los comentarios y la respuesta de las/los autoras(es) es un proceso complejo y requiere que los artículos sean cuidadosamente revisados por las o los autores antes de su envío.

Periodicidad. La RMIP publica artículos del Sistema de Comentarios Abiertos por Colegas cada año; la versión impresa se publica en el mes de diciembre y los artículos se pueden acceder libremente a partir del mes de enero.

Instrucciones específicas para autores (as) de Artículos-Comentario

La *Revista Mexicana de Investigación en Psicología* invita a colegas a comentar artículos-objetivo. Los artículos-comentario se aceptarán exclusivamente por invitación.

Estilo y formato de Artículos-Comentario

• El contenido de los manuscritos ha de seguir el estilo de la *American Psychological Association.* Se aceptan la 5ta ed. (2001), del Manual de Estilo de Publicaciones de la APA y la 3era. Edición (traducida de la 6ta. en inglés) publicada por El Manual Moderno (2010). Los trabajos han de ser escritos en procesador de palabras, a doble espacio (Word, 97-2003 o más reciente), fuente de 12 puntos con márgenes de 3 cms.
• Las figuras pueden enviarse en formato EPS, GIF, JPEG, o TIFF.
• Las tablas y figuras deben aparecer ubicadas en el lugar específico que el autor lo considere conveniente, con su respectiva nota o leyenda.
• El manuscrito no ha de exceder 15 páginas tamaño carta, sin incluir referencias. El artículo-comentario debe incluir también el siguiente formato y en el orden que se señala:

Primera página. En el extremo superior izquierdo, incluir el nombre de cada autor del *artículo-objetivo* (no se requiere mayor información que los nombres). A continuación, centrar el título del *artículo-comentario, en español y en inglés.* Este título debe reflejar la característica distintiva del argumento esgrimido en el texto. En la parte inferior izquierda, agregar un título breve adecuado para los sistemas de indexación.

Segunda página. Para *cada* autor(a), nombre completo, adscripción institucional, domicilio postal completo, correo electrónico y página web propia (si la tiene).

Tercera página. Debe contener un resumen y un *abstract*, con cinco palabras claves o *key words*, respectivamente. La extensión máxima aceptada es de 150 palabras por resumen.

Cuarta página en adelante. Título del artículo-comentario y contenido.

Referencias. Igual que en las instrucciones anteriores.

Proceso editorial

• El artículo-comentario debe enviarse como archivo adjunto (Word versión 97-2003 o más reciente), al correo electrónico: editorrmip@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com. Esperamos recibir los comentarios un mes después de aceptada la invitación.
• El autor o autora del artículo-objetivo no podrá alterar el documento enviado una vez iniciado el proceso de comentarios, sólo podrá contestar los comentarios en su respuesta.
• Se espera que las/los comentaristas ofrezcan una perspectiva crítica, fundamentada,

alejada de énfasis personal y de minusvalía a las autoras o autores.
• Se espera también que las/los comentaristas presenten todo el material pertinente para sustentar sus argumentos;
esto incluye datos, tablas y figuras, de ser necesarios. Nos reservamos el derecho de editar el contenido de un
manuscrito o rechazarlo, en caso tal de que se repita contenido del artículo objetivo o haya redundancia.
• Se acepta que el estilo de todos los artículos sometidos a la RMIP pueda ser editado. Sin embargo, cuando un
artículo-comentario sufre correcciones importantes, se envía una copia editada a las/los comentaristas de dicho
manuscrito. Los artículos-comentario pueden ser objeto de arbitraje y no se garantiza su publicación.
• Si la revisión editorial acepta un artículo-comentario, éste se publicará con el artículo-objetivo, y con la respuesta
de las autoras o autores del artículo-objetivo; si se solicitan correcciones, éstas deberán recibirse en tiempo y forma para garantizar su publicación.

Instrucciones específicas para la Respuesta de autores (as) a Artículos-Comentario

• El contenido de los manuscritos ha de seguir el estilo de la *American Psychological Association*. Se aceptan la 5ta ed. (2001), del Manual de Estilo de Publicaciones de la APA y la 3era. Edición (traducida de la 6ta. en inglés) publicada por El Manual Moderno (2010). Los trabajos han de ser escritos en procesador de palabras, a doble espacio (Word, 97-2003 o más reciente), fuente de 12 puntos con márgenes de 3 cms.
• Las figuras pueden enviarse en formato EPS, GIF, JPEG, o TIFF.
• Las tablas y figuras deben aparecer ubicadas en el lugar específico que el autor lo considere conveniente, con su
respectiva nota o leyenda.
• La Respuesta no debe exceder la extensión del artículo-objetivo.
• La Respuesta debe incluir también el siguiente formato y en el orden que se señala:

Primera página. Título del artículo-respuesta en español y en inglés, y un título para indexar. Nombre de autor(a).

Segunda página. Debe contener un resumen y un *abstract*, con cinco palabras claves o *keywords*, respectivamente.
La extensión máxima aceptada es de 100 palabras por resumen.

Tercera página en adelante. Título del artículo-respuesta y contenido o desarrollo del tema.

Referencias. Seguir formato APA.

Proceso editorial
• El tiempo establecido para la recepción de la *Respuesta* a los comentarios es de un mes después de ser enviados todos los artículos-comentario a las(los) autoras(es).
• Todos los comentarios a un artículo-objetivo serán ser revisados por autores(as), por miembros del Consejo Editorial y por el Editor General. Ningún comentario será publicado sin esta revisión.
• Se recomienda a autores(as) de artículos-objetivo esperar el cumplimiento del mes límite para recepción de artículos-comenta-

rio, antes de editar de manera definitiva su *respuesta*. Esto porque el último día podría recibirse un comentario que podría alterar la perspectiva de su *respuesta*.

• Se invita a que las(los) autoras(es) de un artículo-respuesta señalen al Editor General las razones por las cuales cierto artículo-comentario no debiera aceptarse. Sin embargo, la decisión final la tomará el Editor General.

• Una última sugerencia para autores(as) de un artículo-respuesta es en referencia al fin primordial del intercambio académico. Se trata de responder a las diferentes perspectivas y críticas a la propuesta hecha en el artículo-objetivo, pero idealmente de una manera integrada en cuanto a lo común que puedan tener algunos comentarios. Sin embargo, es importante también mencionar en su artículo-respuesta a cada uno de los artículos-comentario, por lo menos una sola ocasión y aunque parezca intrascendente el contenido de alguno de ellos.

En caso de necesidad, los autores pueden contactar a: Dr. Pedro Solís-Cámara R., Editor General, *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*. Laboratorio de Psicología: Investigación e Intervención. Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara, Av. Universidad #1115 Col. Linda Vista. 47820. Ocotlán, Jalisco, México. Tel.: (52-392) 92-59400, ext. 48496. Correo electrónico: editorrmip@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com

SUSCRIPCIONES

La RMIP es de *acceso libre*. Sin embargo, todas las personas interesadas en recibir la versión impresa en papel deberán realizar los siguientes pasos:

1.- Revisar en la sección de *Precios* el costo del empaque y del envío por mensajería del ejemplar o ejemplares que requiere que se envíen, ya sea en México o en el resto del mundo.
2.- Escanear y enviar copia del depósito a la Editora Administrativa: Mtra. Yolanda Medina Cuevas. ymc@revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com

EN MEXICO

Depositar en pesos mexicanos la cantidad solicitada a nombre de la *Universidad de Guadalajara*, pero incluir en la ficha bancaria el nombre y el número de la siguiente referencia:

NOMBRE DE REFERENCIA	REFERENCIA
REVISTA MEX INVEST PSIC /CUCIENEGA	90000079831

En cualquiera de los siguientes bancos:

GRUPO FINANCIERO BANORTE	EMISORA 03169
HSBC	CLAVE 4038 OPTRXN5503
Santander	CLIENTE No. 0531
BBVA Bancomer	CONVENIO CIE 588313
Banamex	PA:

EN EL RESTO DEL MUNDO:

Depositar la cantidad solicitada en **dólares** a nombre de **Universidad de Guadalajara** en la cuenta del banco BBVA-Bancomer número: 0445780845; Suc. 0687. Domicilio: Av. Vallarta No 1440, 4to. Piso. Col. Americana. C.P. 44140. Guadalajara, Jalisco, México. Para transferencias interbancarias internacionales en dólares **utilizar el siguiente código:**

(CLABE 012320004457808451 DOLARES; SWIFT BCMR MX MM)

Formato único de pago en México

Depositar la cantidad solicitada en la cuenta: 2684196430, del banco BBVA Bancomer, Sucursal Aguascalientes Quijote (No. 0483, en la Cd. de Aguascalientes, Ags., México), a nombre de la Editora Administrativa (Yolanda Medina Cuevas).

Para transferencias interbancarias nacionales utilizar el siguiente código:

(CLABE 012010026841964309; SWIFT BCMRMXMMXXX).

Universidad de Guadalajara
Dirección de Finanzas

Formato Único de Pago F-CE-08

Referencia	Monto
90000079831	$

Páguese en:

BANORTE	EMISORA 03169
HSBC	CLAVE 4038 OPTRXN5503
Santander	CLIENTE No. 0531
BBVA Bancomer	CONVENIO CIE 588313
Banamex	PA:

Suscripción para la Revista Mexicana de Investigación de Psicología

Nombre _____

_____

BENEFICIARIO

Folio No.

No se acepta el pago en cajas de finanzas

Certificación Banco

Este recibo sólo será válido cuando figure en él la certificación de nuestro sistema, sello y firma del cajero

Guía para comprobar el cumplimiento de requisitos para envío de manuscritos

Checklist for manuscript submission

Todo el manuscrito está alineado a la izquierda, no justificado, y con márgenes de 3 cm.
sí( ) no( ) no aplica( )

Los encabezados centrados, sin negritas y con primera letra mayúscula.
sí( ) no( ) no aplica( )

El primer encabezado del texto es el de Introducción.
sí( ) no( ) no aplica( )

Los sub-encabezados o escalados de título no numerados, en el margen izquierdo con primera letra mayúscula y en cursivas.
sí( ) no( ) no aplica( )

Todo el texto está a doble espacio, incluyendo tablas y referencias.
sí( ) no( ) no aplica( )

Sin sangrías.
sí( ) no( ) no aplica( )

No se dejan más de dos espacios a lo largo de todo el texto, ya sea entre párrafos, encabezados, o sub encabezados.
sí( ) no( ) no aplica( )

No se deja más de un espacio entre palabras.
sí( ) no( ) no aplica( )

Todos los símbolos estadísticos están en cursivas (por ejemplo: *F*).
sí( ) no( ) no aplica( )

Si se incluyen paréntesis dentro de otros, entonces se usan corchetas, no paréntesis; por ejemplo, (…este autor los denominó diferente en sus primeros trabajos [Ramírez, 1970 y 1978] y más adelante los modificó [Ramírez, 1990]).
sí( ) no( ) no aplica( )

Se utilizan paréntesis para fórmulas estadísticas.
sí( ) no( ) no aplica( )

Las tablas están hechas en Word, y al escribir los datos no se utilizó tabulador. Además, se quitó el sombreado de las rayas para las columnas y las filas. Las tablas no son cuadros insertados de otros programas.
sí( ) no( ) no aplica( )

Todas las citas con dos autores van completas siempre, aunque se repitan a lo largo del texto. Cuando son más autores, las citas subsecuentes a la primera deben citarse en el texto como, por ejemplo: Beristain y colegas (2010). Sí la cita va en paréntesis, debe citarse como el siguiente ejemplo (Beristain et al., 2010).
sí( ) no( ) no aplica( )

Todas las citas y referencias incluyen el símbolo "&" en lugar de "y". Pero cuando las citas forman parte del texto utilizan "y".
sí( ) no( ) no aplica( )

Las citas con más de dos autores llevan una coma antes del símbolo "&", cuando van en paréntesis, únicamente.
sí( ) no( ) no aplica( )

Las referencias con más de dos autores y/o editores llevan una coma antes del símbolo "&".
sí( ) no( ) no aplica( )

Todas las referencias citadas en el texto se incluyen en la lista de referencias y viceversa.
sí( ) no( ) no aplica( )

Se tienen los archivos directos de Excel con las gráficas del manuscrito, que al ser aceptado se enviarán.
sí( ) no( ) no aplica( )

Se incluye carta de presentación firmada por todos los autores.
sí( ) no( ) no aplica( )

Se tienen las figuras o fotografías originales; que al ser aceptado el manuscrito, se enviarán.
sí( ) no( ) no aplica( )

Carta de presentación

(LUGAR Y FECHA)
Revista Mexicana de Investigación en Psicología (RMIP)

Presente.

Sometemos a consideración de la RMIP, el manuscrito:

Se trata de un estudio realizado con apego a las normas éticas y formato estipulados por la American Psychological Association (APA). Declaramos, las/los autoras(es), que el manuscrito no ha sido publicado, que es original y que la autoría del mismo corresponde a la o las persona(s) incluidas, quienes han dado su aprobación para su publicación en la RMIP; y que los datos que apoyen los resultados de la investigación se conservarán por 5 años después de la publicación, para garantizar que otros profesionales puedan corroborar los argumentos que se sostienen en el trabajo escrito, siempre y cuando al hacerlo no se violen derechos legales o éticos. Además, en el caso de que el manuscrito sea aceptado para su publicación, autorizan a la RMIP la reproducción del manuscrito en cualquier medio y formato, físico o electrónico, incluyendo Internet; sin embargo, las/los autoras(es) podrán reproducir sus artículos con fines académicos, de divulgación o enseñanza.

Atentamente

JOURNAL OF BEHAVIOR, HEALTH & SOCIAL ISSUES
JBHSI

La Revista **JBHSI, Journal of Behavior, Health & Social Issues** es una publicación semestral que sirve para difundir en lengua inglesa los avances metodológicos, teóricos y de investigación empírica principalmente de científicos del comportamiento de habla hispana, entre los miembros de la comunidad científica mundial. Su versión impresa tiene el número ISSN 2007 – 0780 y el número ISSN 2007 – 0772, para su versión digital. La estructura organizacional para su publicación, descansa en la Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud, y entre un gran número de académicos de la Universidad Nacional Autónoma de México y está abierta a todos los investigadores interesados en contribuir con el avance del conocimiento para la comprensión de los mecanismos que regulan el funcionamiento de los organismos animales y humanos, los procesos interactivos que influyen en funcionar de manera saludable, dentro de los complejos tramados de la vida social. Consulte el listado de aspectos a cuidar en la preparación de los artículos.

Instrucciones para autores

Extensión y formato. Los artículos idealmente deberán tener una extensión de 15 a 20 páginas. El dictamen editorial es de tipo doble ciego, por lo cual es indispensable que mande en hoja separada los datos de los autores, su institución, teléfonos y correo electrónicos. Al preparar el escrito revise que la configuración tenga interlineado de 1.5 líneas, letra Times Roman, tamaño 12, formato español (España, alfab. internacional) márgenes superior e inferior de 2.5 cm y márgenes izquierdo y derecho de 3 cm., sin considerar tablas, figuras y anexos. Los autores interesados podrán someter su propuesta en: http://www.journals.unam.mx/index.php/jbhsi/index, via el sistema OJS, o enviar al editor un archivo con su escrito en formato Word 2003 o superior y un archivo separado con las figuras y tablas en su caso, con el formato apropiado. Asegúrese de cumplir con todos los lineamientos antes de enviarlo, incluso las ligas DOI para sus referencias. Los artículos se aceptan en inglés o en español. Los autores al enviar su escrito automáticamente autorizan a la AMCS, A. C., a reproducir su escrito aprobado por cualquier medio que se considere apropiado para su diseminación. Los artículos JBHSI contarán a partir de Noviembre 2010, con número de identificación DOI.

Author Guidelines

Extension and Format

Manuscripts are peer reviewed with a double blind procedure, so we encourage the authors to send on separate pages author identification, affiliation, phones and emails. Ideally manuscripts should have an extension of 15 to 20 pages, double spaced. Font format and size should be Times Roman, size12. Margins top and bottom should be 2.5 cm left and right margins 3 cm, this will not be applied to figures and tables. Authors must send an electronic file in Word 2003 or higher. Figures and tables in pdf format are easier to manage. Please send your article to our web page: http://www.journals.unam.mx/index.php/jbhsi/index, using the OJS system, but we also accept submissions sent by email to the Editor. Make sure to read the author's checklist before submission. Articles are accepted in English or Spanish. Authors authorize AMCS, A. C. at the moment of submission, reproduction of their accepted paper by any mean that is considered appropriate for dissemination. Authors are responsible to provide DOI links for their references. All articles beginning November 2010 will have a DOI identification.

ASOCIACIÓN MEXICANA DE COMPORTAMIENTO Y SALUD

Editor General (*General Editor*) :
J. C Pedro Arriaga Ramírez
jcpedro@jbhsi.com

páginas web (*web pages*) :
http://www.jbhsi.com
http://www.journals.unam.mx/index.php/jbhsi

suscripciones (subscription information):
tesorera@jbhsi.com, marthaaa@jbhsi.com

Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / *Latin American Journal of Behavioral Medicine*

La RLMC, en su forma impresa (ISSN: 2007-0799) y digital (ISSN: 2007-0810), difunde investigaciones originales de orden conceptual y empírico, sobre la forma en que el comportamiento humano impacta la salud. La revista acepta propuestas en un amplio rango de temas y orientaciones que incluyen, entre otros: estudios de Salud Pública, reportes clínicos, investigaciones empíricas sobre factores de riesgo, estudios metodológicos sobre prevención y tratamiento, descripción de procedimientos terapéuticos que involucren comportamiento, meta-análisis, intervenciones orientadas a promover la salud a nivel individual y comunitario, innovaciones tecnológicas para estudiar el impacto del comportamiento sobre el estado de salud, traducciones a sistemas simbólicos de contingencias y reflexiones conceptuales.

De acuerdo a sus características, la revista publica los escritos en diferentes secciones: artículo original de investigación empírica, artículo teórico-conceptual, artículo corto, artículo técnico y revisión de libro. Se admiten artículos escritos en español o en inglés, que serán seleccionados para su publicación semestral, mediante el escrutinio anónimo por pares especialistas, con el procedimiento doble ciego. Los autores ceden los derechos de reproducción a la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, A, C, (SMMC) por cualquier medio que se considere apropiado para la diseminación del conocimiento científico.

La revista se distribuye de manera gratuita a los miembros de la SMMC, los lineamientos y cuotas de afiliación se pueden consultar en el portal de la sociedad, http://www.sociedadmexicanademedicinaconductual.com.mx. Las suscripciones a la revista son de dos tipos: individual e institucional. El costo anual por suscripción individual es de $ 420 pesos ($34 US) y de $720 pesos ($58 US) para suscripciones institucionales; ambas tarifas ya incluyen gastos de envío por correo ordinal dentro del continente americano. Para envío postal de la revista fuera del continente, agregar a la suscripción anual $120 pesos ($10 US) adicionales. Solicite las instrucciones de pago al correo: suscripciones@rlmc-mex.org, o al zansax@rlmc-mex.org . Los ejemplares también se pueden adquirir en algunas librerías UNAM a un costo de $150 pesos. La versión digital es de acceso libre y puede consultarse en el portal de revistas científicas arbitradas de la UNAM: http://www.journals.unam.mx/index.php/rlmc y/o en el portal http://www.rlmc-mex.org

Actualmente la revista está indizada en Latindex y en el catálogo UNAM de revistas científicas y cuenta con número D.O.I.

Consulte la guía para autores en el portal de la UNAM.
Envíe sus escritos a cualquiera de los coeditores:
Rocío Hernández Pozo, correo: editora@rlmc-mex.org
Malaquías López Cervantes, correo: mlopez@rlmc-mex.org
o al correo: rlmc@conducta-humana.org

LISTA DE DICTAMINADORAS Y DICTAMINADORES DEL VOLUMEN 5, 2013

Carola Alvarado Barra
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Romina Izzedin Bouquet de Durán
Fundación Universitaria Los Libertadores, Colombia

Luis Bravo Valdivieso
Universidad Católica de Chile

Ma. del Carmen Cano
Universidad de Jaén, España

Zamanda Correa-Correa
Universidad del Cauca, Colombia

María E. Dávila
Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Venezuela.

Julio César Flores Lázaro
SAP-INMEGEN-HPI, Institutos Nacionales de Salud, México

Yolanda González de la Torre
Universidad de Guadalajara, México

José Arturo Granados-Cosme.
Universidad Autónoma Metropolitana, México

Emilia Lucio Gómez-Maqueo
Universidad Nacional Autónoma de México

Gloria Cecilia Henao L.
Universidad EAFIT, Colombia

Carlos Ibañez
Universidad Veracruzana, México

Silvia Magali Cuadra
Instituto Nacional de Salud Pública, México

Héctor Martínez
Universidad de Guadalajara, México

Juana María Meléndez
Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, AC (CIAD), México.

José Moral de la Rubia
Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Eliana Moreno
CAIT-UCO, España.

Blanca E. Pelcastre
Instituto Nacional de Salud Pública, México

Ma. Nieves Quiles del Castillo
Universidad de la Laguna, España

María Fernanda Rivarola
Universidad Nacional de San Luis, Argentina

Ma. Dolores Rodríguez Ortiz
Universidad Nacional Autónoma de México

Maylen Liseth Rojas Botero
Universidad de Antioquia, Colombia

Carlos Velásquez C.
Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Ma. Guillermina Yáñez Téllez
FES-Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México