

DIAGNOSTICAR O NO DIAGNOSTICAR, HE AHÍ EL DILEMA

RESUMEN

Invito al lector a acompañarme en una revisión acerca de las complejidades del diagnosticar o no diagnosticar. Mencionaré algunos enfoques individuales y otros sistémicos. Entre los sistémicos: Estructural, Estratégico, Sistémico y Social Construccionalista. Busco dar elementos para la reflexión, acerca del diagnosticar o evaluar, intervenir, hipotetizar o coparticipar.

INTRODUCCION

Por mis estudios médicos me es más difícil deshacerme del aprendizaje de "hacer un diagnóstico que lleve a la intervención adecuada". El diagnóstico médico determina la intervención, luego su éxito o su fracaso, y puede ser cuestión de vida o muerte. Personalmente "sufrí las consecuencias de una demora en un diagnóstico".

Hace años, cuando ingresé como paciente al hospital, la Internista que me recibió, me examinó y escribió: "anorexia de 24 horas de evolución, adinamia, dolor hipogástrico, fiebre, blumberg positivo, leucocitosis...". Concluyó: "apendicitis aguda. Pasar al servicio de Cirugía General".

Los cirujanos tomaron las precauciones para no practicar una cirugía innecesaria. Realizaron una lista de exámenes buscando descartar otra enfermedad diferente que no ameritara cirugía. 48 horas de mora para la operación complicaron el manejo post-operatorio. Necesité los cuidados preventivos de una peritonitis.

En estas ocasiones, "el experto no es el cliente". En ningún momento acepté que necesitara una cirugía, siempre motivé los cirujanos, a esperar un poco más. Creo que son escasas las personas que eligen voluntariamente una cirugía. La responsabilidad de la decisión recae sobre el médico. El estudiar Psiquiatría me liberó de diagnosticar bajo presión. Pero si soy consciente que del análisis dado, se desprenden consecuencias importantes para las personas diagnosticadas en mi práctica forense.

Si el construccionismo dice, que no existen verdades socialmente incontrovertibles, no es necesaria tampoco la certidumbre del diagnóstico?. He ahí el dilema que he encontrado durante mis estudios sistémicos y he tratado de profundizar: diagnosticar o no diagnosticar. La crítica a los diagnósticos proveniente de los Terapeutas sistémicos fue una razón para abordar este tema. Las ideas van como en péndulo según se trate de una u otra corriente del saber y del hacer. Por esto es mi necesidad personal de trabajar esta materia.

Ha sido difícil decidir el título de la disertación, porque cambia de acuerdo con el punto de vista de otros autores. Ha sido como un caminar en la incertidumbre. Pasar de un título a otro dice en parte algo del giro en mis conceptos. Mencionaré algunos de ellos: El para qué del diagnóstico? . Del diagnóstico médico al sistémico, de la esencia de la enfermedad a la metafísica de la pauta. Del interior del Yo a la interacción. Diagnóstico para el cambio de segundo orden. Del diagnóstico individual sistémico al diagnóstico familiar sistémico: un ejercicio de circularidad. Del diagnóstico a la hipótesis. El lector podría continuar la lista. Junto con estos títulos, han quedado varios borradores del trabajo, y el último que toma las características de disertación, es porque el tiempo para entregarla se agota.

REVISION DE LA LITERATURA

Breve historia del diagnóstico Médico. El verbo diagignoskein es antiguo en la lengua griega. (Lain Entralgo. 1982). Homero lo cita en la Ilíada como discernir. Desde Hipócrates se consideraba necesario que el médico supiera qué hacía y por qué lo hacía. La medicina antigua entendió en el diagnóstico un doble "Qué": Desde el punto de vista de la Naturaleza (Physis) del hombre enfermo y del remedio utilizado para curarlo. La fisiología (fisiología) o ciencia de la naturaleza, ha sido considerada el fundamento intelectual del arte médico. Consideraban necesario el porqué del diagnóstico; de otro modo, el Médico no pasaría de ser un rutinario. En el qué del diagnóstico buscaban resolver el dilema sano-enfermo y conocer la causa de la enfermedad.

La historia del diagnóstico ha marchado paralela con la de la medicina. En el comienzo fue el "ojo observador del Médico". En el siglo XVII y XVIII fue dándose cuenta de que el síntoma y el signo no eran en sí la enfermedad; el "ojo clínico" sólo le daba una información de superficie. La forma elocuente como fue descrito el diagnóstico en el dominio clínico se ve en la siguiente cita: "Desentrañar el principio y la causa de una enfermedad a través de la confusión y de la oscuridad de los síntomas; conocer su naturaleza, sus formas, sus complicaciones; distinguir al primer vistazo todos sus caracteres y todas estas diferencias; separar por medio de ella por medio de un análisis rápido y delicado todo lo que le es extraño; prever los acontecimientos ventajosos y nocivos que deben sobrevenir durante el curso de su duración..... determinar con precisión cuándo es preciso actuar y cuándo conviene esperar, decidirse con seguridad entre varios métodos de tratamiento, los cuales ofrecen todos ventajas, e inconvenientes; escoger aquel cuya aplicación parece permitir mayor celeridad, mas concordancia, más certeza en el éxito; aprovechar la experiencia.....combinar todas las posibilidades; calcular todos los azares.....". (C.L.Dumas.Citado por Foucacult.1966). Esta descripción invita a mirar el diagnóstico como un proceso y no como un instante estático y acabado.

El Médico fue progresando en su conocimiento, incorporando como su método de examen, la anamnesis (interrogatorio al paciente); el tacto, (palpación, percusión) y el oído, (auscultación) (Surós 1957). Foucault(1966), dice: de esta manera fue haciendo visible lo invisible ; fue mirando en profundidad. A esto se le conoce con el nombre de la Clínica. El diagnóstico clínico fue evolucionando al Anatomo-patológico (lo visto en el cuerpo mediante la observación y/o con todas las ayudas tecnológicas), el Fisiopatológico y el Etiopatogénico (etiología u origen). Numerosas voces con el mismo objetivo.

La Medicina y la Psiquiatría. Bateson (1993) dice que una de las tareas principales ha de ser definir qué es la mente y cómo se organizan los procesos mentales . Pero ésta tarea no es asquequible al conocimiento humano de la misma manera y con los mismos métodos como lo ha sido el cuerpo para la medicina . La conciencia, el Yo, la mente sólo se han abordado a través de la metáfora; afortunadamente, no es apenas una figura poética, sino un instrumento de trabajo. Para Aristóteles, la mente era como "la tábula rasa". En la cultura griega "un recipiente" (Gaviria, 1996). La mente ha sido durante siglos la preocupación de numerosas disciplinas.

La psiquiatría ha tratado de manera diferente el tema , según se trate de profesionales de orientación "cultural, biológica,psicodinámica",etc pero ha enfatizado en el individuo , definido éste por las fronteras de la piel .

La Psiquiatría tiene un comienzo cercano con la Neurología y con el modelo médico. Históricamente "la medicina mental, del mismo modo que la orgánica, ha intentado descifrar **la esencia de la enfermedad mental** organizando un agrupamiento de los signos que la hagan evidente. Ha creado una sintomatología en la cual se destaquen las correlaciones con tal tipo de enfermedad" (Foucault 1955). De este agrupamiento en signos y síntomas aparecen los Síndromes Mentales. Crea clasificaciones en las cuales analiza las diversas formas de alteraciones y las variantes que se pueden presentar . En un momento dado desaparecen los síndromes y son elevados a la categoría de enfermedades. Así aparecen la histeria, la psicastenia, la manía, la depresión, las fobias, la paranoia, etc.

Una de las críticas que formula Foucault al quehacer psiquiátrico ha sido que luego de definir a la enfermedad mental como una **esencia** y una entidad específica señalable por los síntomas , considera que éstos, en cierta medida, son anteriores a aquélla. Se erige la enfermedad en **especie natural** al darle la categoría de **esencia**. Con el paso del tiempo, se pierde de vista que los signos y los síntomas precedieron la enfermedad y se busca ésta para explicar los síntomas. Comparto con Foucault que se estableció un

paralelismo entre la patología mental y la patología orgánica. Pero como dice Foucault (1955): "Si definimos la enfermedad mental con los mismos métodos conceptuales que la enfermedad orgánica ... es ante todo porque consideramos la enfermedad mental y la orgánica como **una esencia natural** manifestada en síntomas específicos. Entre estas dos formas de patología, orgánica y mental, no habrá unidad real mente-cuerpo, **sino sólo un paralelismo abstracto.**".

Interpretando a Maturana, es propio de los seres vivos reaccionar (en medicina serían los signos o los síntomas) ante las perturbaciones del medio ambiente . Una perturbación persistente del medio sobre el organismo podría conducir a cambios estructurales o funcionales y llevar a la pérdida de la organización del ser vivo, a la enfermedad y la muerte. Este concepto de Maturana coincide con algunos sectores de la Medicina y la Psiquiatría que han definido la enfermedad como una **reacción** del organismo a su hábitat. Es necesario que la Medicina, siguiendo a Maturana (1994) en sus recientes aportes, retome el concebir al ser vivo como una unidad inseparable del ambiente . Los organismos Unicelulares (unidades autopoiéticas de primer orden) dejarían de ser seres vivos si se aislaran de su medio . Los organismos Metacelulares (unidades autopoiéticas de segundo orden), como el ser humano, dotados de Sistema Nervioso Central, forman un sistema en sí mismos y otro con su ambiente. Y las unidades autopoiéticas de segundo orden, reaccionando frente a otras unidades de segundo orden, y a su medio ambiente dan, en el lenguaje de Maturana, las Unidades de Tercer Orden en donde se establecen los fenómenos Sociales. Este es en mi opinión, uno de los valiosos aportes de las Ciencias Biológicas a las Sociales. Es un punto de vista integrador útil a la Psiquiatría. Invito a que el Médico adquiriera conciencia de profesional sistémico.

Siguiendo el modelo de la enfermedad orgánica, en la patología mental se concibió que la enfermedad sería la alteración intrínseca de la personalidad, con desorganización interna de sus estructuras y funciones (unidades autopoiéticas de primero y segundo orden) No ha llegado conceptualmente la Psiquiatría a moverse libremente en el espacio relacional de las unidades de tercer orden, (espacio Biológico y Social) . La enfermedad se definió a partir de las alteraciones de la personalidad y se dividió en las grandes categorías de neurosis y psicosis (Foucault 1955).

Y en estas disquisiciones y paralelismos no ha tenido en cuenta suficientemente al ambiente. Lain Entralgo (1978) en parte lo rescata así: "La enfermedad atañe a la situación global del individuo en el mundo: **en lugar de ser una esencia fisiológica o psicológica es una reacción general del individuo tomado en su totalidad psicológica y fisiológica**" ... "En todas estas recientes formas de análisis médico podemos reconocer una significación única: cuanto más encaramos como un todo la

unidad del ser humano, más se disipa la realidad de una enfermedad como una unidad específica, y más se impone también la descripción del individuo reaccionando a su situación de modo patológico en lugar del análisis de las formas naturales de la enfermedad”.

Las funciones mentales no son de naturaleza intraorganísmica exclusivamente. Al hablar de funcionamientos mentales, inmediatamente pensamos en términos interaccionales con el ambiente y con otros seres vivos. Es preciso cambiar del modelo individual al sistémico. El no hacerlo ha mantenido a la Psiquiatría en la contradicción descrita por Castel y Basaglia (1975), Basaglia (1972): “La Psiquiatría ha de considerarse como la expresión de un sistema que hasta ahora ha creído poder negar y anular las propias contradicciones alejándolas de sí... Si el enfermo es la única realidad a la quien haya que referirse, se deben afrontar las dos tareas de las cuales tal realidad está constituida”. El enfermo con una problemática psicopatológica y la estigmatización social. (Szasz, 1970).

Tomm (1990), comenta que la primera edición del DSM definía la enfermedad mental como una reacción. En la segunda edición, modificaron la descripción de los síndromes mentales como reacción, para definirlos como enfermedades. Para la tercera edición agregaron nuevas categorías, aumentaron detalles descriptivos e introdujeron el método de evaluación. Lo prioritario fue puntualizar en la formulación diagnóstica clasificatoria. El DSM abandonó la concepción de reacción del organismo, por el de enfermedad como **esencia** y la subdivide en ejes. Contribuyó nuevamente a la división mente-cuerpo. Así en el eje I define síndromes clínicos no atribuibles a trastorno mental, y en el eje IV, disocia entre la alteración y el stress psicosocial. Considera trastornos ficticios cuando el examinador no encuentra un sustrato orgánico. Por ello comparto lo dicho por Hoffman (en McNamee 1996): el DSM actual pertenece a la industria del diagnóstico y el reembolso.

La mente como objeto de diagnóstico. Dice Bateson, (1993) que una buena parte de nuestra cultura científica niega la mente en un mundo que tiene mente. A medida que se van creando cosas, estas presentan características mentales. Así: “Una diferencia es una idea elemental. Está hecha de la sustancia de la que están hechas las mentes” (Bateson 1993).

Se pregunta Bateson dónde podremos localizar la mente?. Si la mente es un sistema de senderos, entonces no termina en la piel sino que comprende los senderos exteriores a la piel. En esa multitud de senderos existen múltiples diferencias dado que el mundo es comunicacional. Pero como señala Pearce (1991): “Las actividades de comunicación deben ser entendidas como un todo y no como unidades atomísticas o simples agregados

de partes". La comunicación es sistémica. "La relación entre las partes y el todo es cualitativa en lugar de cuantitativa. No importa cuánto se pueda saber acerca de cada parte en forma aislada, esto no da un conocimiento del todo" (Pearce 1991).

Bateson (1980) la define como "La pauta que conecta". La pauta es un modelo utilizado para hacer algo. La mente está fuera del individuo. "Es un reflejo de grandes y numerosas partes del mundo natural que están fuera del pensador". (Bateson 1980). Puedo conectar A y B si son componentes de la misma historia. Si es que el mundo está conectado, pensar en términos de historias es algo compartido por todas las mentes.

Una pauta a lo largo del tiempo es un contexto. Y la noción de contexto se liga a otra; la de significado. Desprovistas de contexto, las palabras y las acciones carecen de todo significado. Esto es válido no únicamente para la comunicación humana a través de las palabras, sino para cualquier otra clase de comunicación del proceso mental, de espíritu, incluso para aquél que le dice a la anémona cómo crecer y a la ameba qué debe hacer a continuación. O mezclando las concepciones de Bateson y de Maturana, diría Yo que, para las unidades de primer orden-en su ambiente, las unidades de segundo orden-en su ambiente o las unidades de tercer orden- con otra unidad y con su ambiente. Para hablar de procesos mentales es necesario que se establezcan circuitos. Los procesos mentales sólo pueden existir en función de otros. Si alguien es dependiente, esa dependencia recae en alguien.

La pauta que conecta es "primordialmente una danza de partes interactuantes y sólo secundariamente fijada por diversas clases de límites fijos y por los límites que imponen de manera característica los organismos". (Bateson 1980). Es como una espiral que conserva su forma a medida que crece en una de sus dimensiones por adición en el extremo abierto. Crece de manera rítmica y repetitiva como el embrión crece desde la cabeza hasta la cola. En ese proceso de danza de partes, se da la simetría y la división como el resultado de crecer. Además, ese crecimiento impone exigencias formales, y una de estas exigencias es satisfecha por la forma espiral. Pasando de las observaciones de la Biología en Bateson a las relaciones humanas, concibió una de sus clasificaciones de nuestras relaciones como **simétricas o complementarias**.

Las pautas que conectan podrían clasificarse en conexiones de primer orden, de segundo orden y de tercer orden. **La mente es un agregado de partes o componentes interactuantes**. En muchos casos, ciertas partes de un agregado de esa índole pueden satisfacer todos los criterios, y entonces, también ellos deben ser considerados "mentes". No obstante, siempre hay un nivel inferior de división tal, que las partes resultantes, consideradas por separado, carecen de la complejidad para cumplir con los criterios de lo mental. En otras palabras, Bateson no cree que las partículas subatómicas

individuales sean "mentes" en el sentido que él le da a este término. Él cree que un proceso mental es siempre una secuencia de interacciones entre partes. La teoría de la mente aquí presentada es "holística", y tiene como premisa la diferenciación e interacción de las partes.

Cambio epistemológico. De la enfermedad mental como esencia a una alteración en las relaciones. Desde 1957 escribía Jackson: "existe en Psiquiatría la evidente tendencia a considerar al individuo emocionalmente enfermo como un caso de un campo de fuerzas que va de los procesos intrapsíquicos a los aspectos más amplios de la cultura en que vive". Una parte de esa cultura, es la familia. Uno de los objetivos de Jackson en su trabajo, fue considerar aspectos teóricos y técnicos de las pautas interaccionales de la familia.

Jackson (1957) cambió el foco de atención de la Psiquiatría, del individuo a la familia, y presentó, ejemplos simplificados, de "cómo se podían conceptualizar las categorías diagnósticas en términos de pautas de interacción familiar". Por aquella época, no las consideraba en términos etiológicos. Expresaba que sería magnífico para la práctica de la Psiquiatría, "si pudiéramos acrecentar nuestra capacidad de predecir con razonable probabilidad cuál sería el resultado para el paciente y la familia, por ejemplo, si en una mujer embarazada el parto puede producir una psicosis pos-parto". (evitaría filicidios?) (lo colocado en paréntesis pertenece a mi experiencia laboral). Da el ejemplo de "una joven con depresión traída a psicoterapia por su esposo. Este expresaba preocupación porque su esposa llegara a ser una carga menor para él,cuando el Terapeuta pensó en hacer una valoración del esposo, éste ya no aceptó. Una noche el esposo llamó al Terapeuta, temeroso de que su esposa se suicidara. A la mañana siguiente, se suicidó él".

Describiré brevemente las características del paradigma sistémico: Sistema es "Conjunto organizado e interdependiente de subunidades que se mantienen en interacción" (Umbarger 1983). El sistema está vivo y mantiene una actividad de intercambio con el ambiente. Los subsistemas mantienen entre sí relación dinámica y se organizan en torno de la ejecución de funciones vitales para la supervivencia.

Frontera. Es el límite entre los subsistemas. La ausencia de fronteras impide el desarrollo de los procesos familiares. No se diferenciarían las funciones en los individuos y no habría complejidad sistémica. Sin la última, se reduce la capacidad de crear y mantener la adaptación frente al ambiente. Sin adaptación, hay tensión sintomática y aparecerán fuerzas de entropía y decadencia.

Realimentación : Las entradas y salidas de información son lazos de realimentación; promueven estabilidad (homeostásis) o crecimiento (cambio). Cruzan las fronteras entre las unidades e intercambian con el ambiente.

Cambio . Para producir cambio en el sistema total, así como en una parte individual hay que intervenir en el todo así como en la parte. *Es ésta, una de las ventajas de enfocar el diagnóstico en la interacción de las personas y no solamente en el individuo.*

Un sistema cambia de dos maneras : 1) variación en los parámetros individuales de manera continua, pero la estructura del sistema no se altera: "cambio de primer orden" 2) el sistema cambia cualitativamente y de una manera discontinua: "cambio de segundo orden". Este tipo de cambio se produce con "cambios en el conjunto de reglas que rigen su estructura u orden interno"(Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976). El cambio de segundo orden es un cambio del cambio. Este concepto ha resultado de enorme importancia porque, frente a las ideas tradicionales sobre el cambio, aportó una explicación acerca de la manera como algunas intervenciones terapéuticas bien intencionadas podrían producir cambios enormes en los sistemas familiares .(Shazer 1.987). En el cambio de primer orden, la relación entre causa y efecto es, en general, proporcional (lineal), con retroalimentación negativa que equilibra las desviaciones y mantiene el sistema en un nivel constante. El cambio de segundo orden se basa en la retroalimentación positiva, que aumenta las desviaciones e inicia así el desarrollo de nuevas estructuras (autoorganización). Es de causalidad no lineal. Las metas de la terapia ,orientadas por un diagnóstico, determinan por adelantado el tipo de cambio que se está buscando .El intento por restablecer el sistema en el momento anterior a los síntomas, implica sólo un cambio de primer orden .Si el objetivo es crear nuevas pautas de conducta, nuevas estructuras familiares y el desarrollo de mejores aptitudes para resolver los problemas, lo que se está proponiendo es un cambio de segundo orden .(Simon 1993)

El diagnóstico y el cambio aparecen bajo una luz diferente cuando el terapeuta considera el todo en lugar de la parte, el contexto en lugar del suceso aislado, y la familia en lugar de la persona . Clínicos e investigadores que elijan este paradigma pueden reenfocar su atención, pasando de los constructos de la vida interior, a conductas observables. Los estudiosos de la conducta humana han retomado lo que desde hace mucho sabían los buenos etólogos, que el animal se debe estudiar en su ambiente natural.

En el esfuerzo por diagnosticar las llamadas alteraciones mentales , los distintos investigadores han propuestos numerosas posibilidades para abordar este tema en forma sistémica sustituyendo el modelo individual intrapsíquico. Invito al lector a

acompañarme en un breve recorrido por algunas de las escuelas involucradas en esta tarea, a las cuales he tenido acceso teórico y práctico.

Enfoque Estructural. Umbager (1983) plantea la cuestión diagnóstica: Parte de la premisa normal para diferenciarla de la patológica. Cita a Minuchin quien dice que la familia se desarrolla de manera normal así: "una familia que funciona con eficacia es un sistema social abierto, en transformación, que mantiene nexos con los extrafamiliares, posee capacidad de desarrollo y tiene una estructura de organización compuesta por subsistemas".

El diagnóstico de patología aparece en el momento en el cual la familia responde con rigidez en sus pautas de transacción y de sus fronteras, evitando explorar alternativas cuando son sometidos al estrés. Así, dependiendo del diferente tipo de respuestas, los estructuralistas describen las "patologías de frontera, de alianza, de triángulo y de jerarquía" (Umbager 1983). Podríamos incluir la familia con "cerco de goma", término de Lyman Wynne (en Simon 1993): "denomina un proceso característico patológico por el cual una familia se siente y es percibida por los demás, como si estuviera dentro de una frontera elástica". Esta les ayuda a mantener una relacional tolerable y atenuar la amenaza.

El diagnóstico estructural se comunica mediante diagramas de líneas y ordenamientos espaciales, y se hace "pertinente para planificar el procedimiento terapéutico" (Umbager 1983). El terapeuta entra en coparticipación con el grupo familiar: "debe establecer contacto con él, y experimentar después las peripecias de ese contacto, los infinitos caminos por los cuales es aceptado, es resistido y es respondido por la familia como un todo, y por sus miembros individuales" (Umbager 1983). Un diagnóstico sistémico correcto permite ahorrar energía en el uso de las maniobras terapéuticas.

Para el diagnóstico estructural, el terapeuta tiene en cuenta la siguiente información: 1. Los datos del historial, los de la conducta dirigida (escenificación de problemas familiares), de la conducta espontánea, los de la respuesta de la familia a los intentos de coparticipación y de cambio del terapeuta. Este diagnóstico es tentativo por tratarse de una hipótesis para ser puesta a prueba en posteriores entrevistas.

Un cambio de mentalidad: Del carácter al contexto. Todo principiante muestra dificultades para -ver sistemas-. Esta resistencia tiene sus raíces en las vivencias (experiencias) de todo ser humano como entidad deslindada, unidad envuelta en la piel, y encierra una continua actividad de sensaciones, fantasías, sueños y pensamientos. Parece impertinente exigir que el individuo reste importancia a su diaria corriente de sucesos personales. Rara vez se experimenta uno como una vida cuyo principal motor

sean -los vectores- en un campo sistémico de fuerzas-. Por otro lado, toda persona tiende a sostener que los sueños, fantasías, así como los pensamientos que lo ocupan, son la sustancia misma de la vida. Estos sucesos emocionales y cognitivos son todos internos, al menos por la experiencia que uno tiene de ellos.

El joven terapeuta sistémico, con frecuencia tiene la impresión de que una teoría de sistemas le exige considerar no esenciales sus vivencias, cuya realidad es innegable y singular. Mal negocio parece trocar la riqueza de la vida interior por las abstracciones de la teoría de sistemas. Umbager (1983) dice que no es conveniente comparar los dos modelos (intrapsíquico y sistémico) y que uno podría ser mejor que el otro en determinados casos.

En la práctica familiar estructural, con alguna frecuencia, se presta escasa atención a la manera como que la alteración de los estados individuales internos reverbera después por todo el sistema. Algunos sistémicos parecen darse por conformes exponiendo los efectos del contexto sobre el carácter, pero no muestran disposición a completar el círculo, como lo exigiría lógicamente un paradigma sistémico. Tampoco a mostrar cómo el cambio de los individuos influye a su vez sobre el contexto en que viven. Presentar al individuo como -efecto- o como -causa- exigirá recoger información sobre la vida interior, tarea ésta que difícilmente se concibe sin recurrir a la psicología psicoanalítica. "Por eso el círculo nunca se completa y el terapeuta estructural se ve obligado a armar una danza de dos pasos, una danza lineal en lugar de una danza completa" (Umbager 1983)..

Minuchín y Fishman (1981) (citados por Umbager 1983), conceptualizaron la experiencia individual de una manera consistente con las premisas de la teoría de sistemas. Expresaron que una persona puede ser un todo y al mismo tiempo una parte de un sistema más vasto, aunque la experiencia que uno tiene de sí mismo como **un todo** distinto, también se eslabona con las fuerzas de la mutualidad y la reciprocidad entre una parte y su contexto. Según ellos, -el sí mismo interior- se entreteje con el contexto social: forman una unidad. Separar uno del otro, equivale a detener la música para escucharla distintamente: desaparece. Cuestionaron toda epistemología que suponga una dicotomía entre el individuo como totalidad contenida en sí misma, y el -sí mismo como parte de un contexto más vasto. El -sí mismo- es sólo un sí mismo-en-contexto, y toda vivencia de estar separado del contexto es una ilusión. Un abordaje interpersonal o sistémico, mantiene -afuera- el contexto organizador. Es tarea de una terapia familiar sistémica ampliar la idea que la persona tiene de sí misma, hasta incluir las relaciones complementarias con otros miembros de la familia.

El eslabón entre individuo y sistema tiene que verse como un proceso sin fin, circular, en donde aspectos seleccionados del yo, son convocados a participar y son reforzados; en esta condición fortalecida, vuelven a suscitar respuestas en otros miembros del grupo.

Estratégico. Andolfi y sus colaboradores (1985), centraron su mira diagnóstica en la evaluación de las interacciones familia - terapeuta. El grupo de Milán (Selvini 1980) llamó el "sistema terapéutico", desplazando el foco diagnóstico hacia la articulación relacional en la que el terapeuta está incluido, debiendo éste percibir la función que la familia le "prescribe" y participar de sus dificultades.

Resaltaron la Unidad Diagnóstico -intervención como elementos esenciales de su modelo de terapia. Consideraron individuo y familia como dos sistemas en evolución. Observaron la familia como un sistema relacional que supera a sus miembros individuales y los articula entre sí, para lo cual le aplicaron las formulaciones de los principios válidos para sistemas abiertos en general. Situaron en el centro de la investigación de la familia al individuo y su proceso de diferenciación, según lo propuesto por Bowen(1979) .Propusieron que los miembros de un sistema se comportan como las células de un organismo en el curso de la evolución embriogenética. Dentro de la familia es probable que el individuo adquiera su individuación y autonomía dentro de un sistema flexible, o que las pautas rígidas del sistema impidan su proceso de diferenciación.

Formularon la hipótesis de que el proceso de cambio y el paso de un estadio evolutivo a otro, sobreviene cuando la relación de fuerzas entre las tendencias a la conservación y al cambio de los equilibrios alcanzados se modifica en favor de estas últimas. Definieron la familia como un sistema abierto en transformación constante. Y que una patología individual se manifestará a raíz de modificaciones o presiones intrasistémicas (nacimiento de hijos) o inter-sistémicas (cambio de domicilio), en fases evolutivas de la familia.

El diagnóstico : Una hipótesis para verificar en la intervención . Hay otra perspectiva si ponemos en observación el Supersistema familia-terapeuta, (Selvini 1980). Esto impone reformular el concepto mismo de diagnóstico y de cambio. En este enfoque ,la observación se dirigirá a la trama funcional que la familia presenta y al "papel"que ella asigna al terapeuta dentro de un sistema que lo comprende. Formará parte del proceso diagnóstico apreciar adónde apunta la intervención del terapeuta, de qué modo opera y cómo es utilizada esa intervención por la familia (Haley, 1980). Esta podrá utilizarla para volver a proponer su propia estructura, con lo que determinará la formación de un sistema terapéutico igualmente rígido; o si disminuye la rigidez del

sistema, la intervención del terapeuta obrará como input desestabilizador, y provocará una redistribución de funciones y competencias de cada miembro. **El diagnóstico depende de la capacidad del terapeuta para observar desde fuera las interacciones en que está envuelto.** Obrará como el miembro de una orquesta que al tiempo de tocar su instrumento la dirige, realizando las dos funciones con maestría.

Para lograr lo anterior, el terapeuta debe: identificar la función que la familia pretende atribuirle; percibir la "verdad" (definiciones, imágenes, reglas, lazos familiares) que la familia le ofrece, para él presentarle "una nueva"; y evaluar la intensidad, la fuerza con que se debe introducir un input desestabilizador . Para fines diagnósticos, la reunión de informaciones adquiere una estructura diferente de la tradicional : las preguntas no se formulan tan solo para obtener información de datos importantes o triviales; sino que apuntan en la relación a los elementos de conflicto entre tendencias a la cohesión y a la diferenciación. La nueva imagen se convierte en el lugar de definición de las relaciones del sistema terapéutico. Si la familia sigue reponiendo informaciones ligadas con la imagen que se ha formado de sus propios problemas, al terapeuta le incumbe crear otra imagen capaz de romper los circuitos repetitivos del sistema familiar. La respuesta de la familia permite evaluar su grado de rigidez. El peligro que la familia reabsorba la intervención obliga a redefinir la hipótesis diagnóstica, en lugar de aferrarnos a una definición. Con este procedimiento, el terapeuta introduce alternativas, pero es la familia quien "verificará" la hipótesis diagnóstica reorganizándose sobre contenidos y valores que forman parte de su patrimonio existencial.

Sobre el modelo de Milán , Neutralidad, Circularidad e Hipotetización , Tomm (1988) formuló una cuarta directriz : La Estrategia , un plan de acción a partir de una evaluación, definida como " Una actividad cognitiva del terapeuta al evaluar los efectos de acciones pasadas, construir nuevos planes de acción, anticipar las posibles consecuencias de diversas alternativas y decidir cómo proceder en cualquier momento dado a fin de maximizar la unidad terapéutica".

Cecchin (1989) ve el diagnóstico condicionado a la personalidad del terapeuta y al tipo de pregunta formuladas .Esto debido a un hecho ya conocido, que mientras un terapeuta, al interactuar con una familia, descubre un tipo de juego; un segundo terapeuta, descubrirá otro diferente y así sucesivamente. En mi experiencia en Psiquiatría Forense he observado que para un perito, que se excede en el uso de las bebidas alcohólicas, al examinar a un sindicado que cometió el delito bajo efectos del alcohol , su conclusión será de inimputabilidad. Por el contrario, un perito no bebedor, tiene la tendencia en casos similares de llegar a la conclusión de que el sindicado es

imputable. Otro tanto ocurre en los delitos sexuales. Para un perito, las conclusiones alcanzadas las que llega están relacionadas con sus "prejuicios" sobre la sexualidad.

Tipologías Familiares. En el esfuerzo por modificar el enfoque central del diagnóstico, algunos terapeutas de familia se han acercado al concepto de Tipología. Este es un método de clasificación en el cual se identifican modelos o tipos característicos, que preferentemente se excluyen entre sí. Ackerman, (citado por Simon 1993) expresó una preocupación de la terapia familiar sobre el problema de los diagnósticos de familia. Decía: "el problema del diagnóstico familiar nos plantea algunas contradicciones. Estamos progresando en el desarrollo de la terapia familiar pero padecemos un retraso peligroso en la formulación de diagnósticos. En las profesiones relacionadas con las enfermedades mentales, existe en la actualidad un prejuicio generalizado en contra de la "rotulación" de las personas. El diagnóstico formal es considerado por muchos como algo obsoleto, una pérdida de tiempo, y por unos pocos como algo perjudicial. Otros dicen que dentro de los límites de los conocimientos actuales, no es posible formular una tipología de las familias".

En la práctica, los terapeutas realizan estimaciones sobre las familias que tratan. Las comparan y las contrastan. Establecen distinciones clínicas entre ellas. Buscan liberarse del modelo médico de la enfermedad. Se ven exigidos por una precisión que no poseen y no hay modo de eludir la responsabilidad de conceptualizar y categorizar los tipos familiares.

Los investigadores en terapia familiar están inconformes con la utilización de diagnósticos individuales no sistémicos para agrupar a las familias. Pero en las primeras tipologías empleadas en la investigación utilizaron modelos médicos de clasificación diagnóstica, según la sintomatología del paciente identificado; así: "familias de esquizofrénicos" o "familias de alcohólicos". Aunque esto facilitó organizar muestra de estudio, no se basaba en principios sistémicos.

Fischer (citado por Simon 1993) intentó una clasificación de clasificaciones. Organizó la bibliografía en cinco esquemas: Adaptación, etapa de desarrollo de la familia, diagnóstico del paciente identificado, tema de la familia y tipos de relación marital. A partir de esta reseña de cuarenta y tres publicaciones, construyó su propia tipología: seis grupos de familias: limitada, internalizada, centrada en el objeto, impulsiva, infantil y caótica.

Los terapeutas han definido muchas tipologías de valor para el desarrollo de la teoría, aunque son abstractas para aplicarlas a la práctica clínica diaria. Keeney (1979) ha analizado las dificultades que entraña la formulación de un "diagnóstico" dentro del

marco de la cibernética, la ecología y la teoría de sistemas .Bateson, (citado por Hoffman, 1987), estableció una distinción entre las relaciones simétricas y complementarias derivadas del concepto de esquismogénesis .

Existe una larga lista de modelos sistémicos de la familia.Uno de ellos el modelo circumplejo de Olson (Hermández 1992) y el modelo paradigmático de Reiss que comprende una tipología de la familia de sensibilidad al consumo / sensibilidad a la distancia/ sensibilidad al medio. (Hoffman, 1987) .Una tarea para los investigadores en el futuro cercano parece ser la elaboración de nuevos estudios sobre los sistemas clasificatorios de la familia .

Constructivismo. Plantea que cada uno de nosotros desarrolla una imagen cognitiva de nuestro mundo social. Cada uno de nosotros construye individualmente el conocimiento de los objetos basado en la experiencia que tengamos de ellos. Como dijo Piaget (1976), la inteligencia organiza el mundo al organizarse a sí misma. **Tendríamos así tantos diagnósticos cuantas personas diagnostiquen .**Lo diagnosticado sería diagnosticado por alguien.(teoría del observador de Von Foerster 1974 y Maturana 1993) Quien es ese alguien, determina el diagnóstico.

El gran cambio que en mi sentir he experimentado, lo encuentro en Maturana y en Von Foerster, con el planteamiento de la Objetividad entre paréntesis, y la teoría del Observador . Si mi Sistema Nervioso Central es cerrado, en circuito con el ambiente, es capaz de numerosas correlaciones internas; ésto explica el que frente a un mismo objeto o sujeto de examen, demos diversas impresiones diagnósticas. De allí la necesidad de profundizar en la temática de cada dominio.

Anderson y Golishian (1988) surayan que bajo este enfoque los clientes son quienes definen el problema.Así la carga del diagnóstico se desplaza al cliente. En este enfoque hay un desplazamiento de la ciencia de la estructura social a la ciencia de la semiótica. Es una mutación hacia el mundo de la conversación y del diálogo.

Construccionismo. A la otra orilla del lago donde he comenzado este análisis, diría yo que se encuentra la teoría construccionista, con una premisa similar a la anterior: "construimos nuestro mundo social" (como interlocutores) en patrones de comunicación. Los construccionistas sociales cuestionan la existencia de una verdad única, y hasta dudan de que la investigación social "objetiva", sea posible. Sostienen que no podemos saber qué es la "realidad social" y por ésto, dudan de la investigación tradicional, con sus test ,sus estadísticas y sus coeficientes de probabilidad. Naturalmente esto atenta contra el status de algunos sectores del área de la salud mental. Por ejemplo , en los Estados Unidos, la cobertura de los seguros de salud para

problemas emocionales sólo se brinda si estos problemas pueden clasificarse como enfermedades biológicas (Mc Namee 1996).

Estamos en una carrera por definir las afecciones tratables y buscar nuevos y mejores métodos de diagnóstico . Igualmente nunca fue más evidente que ahora, el que la realidad se construye socialmente, pero al mismo tiempo es también rechazada, o no se considera tan necesaria . La teoría construccionista propone hacer desaparecer la actitud del experto. Los **Terapeutas posmodernos no creen en esencias. El conocimiento a donde se llega socialmente cambia y se renueva en cada momento de la interacción. No hay significados previos escondidos en los relatos o en los textos.**

Estas nuevas concepciones dan énfasis a los juegos lingüísticos y han usado el término de terapia narrativa , o el de enfoque de sistemas de lenguaje cooperativo. Otros terapeutas están utilizando la palabra reflexiva . Están estimulando como valor fundamental del pensamiento social , una ética de la participación , en vez de una búsqueda de "la causa" o de "la verdad".

PRACTICA

Práctica intrainstitucional. Pretendo ejemplificar algunas de las razones por las cuales la teoría me ha dado ventajas del diagnóstico sistémico frente al diagnóstico individual . Mostrar cómo los síntomas no son aislados y pertenecen a todos los integrantes de un sistema familiar. Atendimos en Sistemas Humanos una familia compuesta por el padre, profesor universitario, la madre, una empleada que cursa unos estudios de educación superior, y dos hijos, el mayor en primeros años de universidad y el segundo estudiante de bachillerato. La consulta fue remitida por la autoridad a donde los hijos acudieron porque el padre, cuando llega en estado de embriaguez, busca hablar con su esposa y cuando ésta no quiere continuar hablando, con él comienza la agresión verbal y física hacia ella .Luego los hijos intervienen en favor de la madre resultando agredidos unos y otros .

Fueron escuchados uno a uno acerca de su problema. La madre, en alianza con sus dos hijos, expresó que él llega a exigir comunicación en ese estado de ebriedad, hasta fatigarlos con sus frases repetitivas y la agresión empieza ante la negativa de ellos a escucharlo . El en cambio, adujo que en estado de sobriedad no había comunicación de ninguna clase entre ellos. La esposa llega muy tarde al hogar, y ante esto, él sale a buscar a sus amigos, y los hijos, desde cuando comenzaron a ser mayores, no le obedecen las órdenes y no tienen puntos en común para tratar.

Parafraseando el artículo "Cibernética del sí mismo .Una teoría sobre el alcoholismo", (Bateson 1985) ,en la práctica encontramos : En su etapa de sobriedad, éste alcoholista encuentra el primer paso que lo motiva hacia la intoxicación. Reforzar su particular estado de sobriedad no reduciría su alcoholismo. En su etapa de intoxicación él encuentra alguna corrección, por lo menos subjetiva, para salir de su "error o patología". Nuestro "paciente identificado" busca comunicación con su familia. " En otras palabras, comparada con su sobriedad, que de algún modo es errada, su intoxicación tiene que ser de alguna manera acertada". Una hipótesis alternativa es que, cuando sobrio, el alcoholista es en cierta forma más sano que los que lo rodean, y ésta situación le es intolerable. De allí la frase "El alcohol le sirve de escape". En esta familia, si él no es más sano, encontramos que su esposa estimulaba y necesitaba la subvaloración de él. Probablemente por el ciclo de vida, la madre establecía alianza con sus hijos y mostraba especial temor a vérselas a solas con su esposo . Pero no deseaba que éste abandonara el hogar y se proyectaba en el futuro cuidando de él cuando estuviese arruinado. A él ,el alcoholismo le servía para huír de su incomunicación . A ella el alcoholismo le permitía conservar distancias. El hijo mayor no sabía qué rol jugaba : esposo o hijo? .El menor se alineaba detrás del hermano mayor.

El fue invitado a asumirse como alcoholista , así bebiera por la causa que fuera. Su personalidad libra una batalla entre el sí-mismo y la botella. Durante la sobriedad se divide en mente-cuerpo , no "es mi deseo tomar , pero el cuerpo me lo exige" . Con el manejo de éste caso, he visto que el enfoque diagnóstico del alcoholismo en el modelo sistémico, ofrece una alternativa terapéutica. En los modelos individuales con frecuencia leemos y escuchamos que si se asume en tratamiento el alcoholista o su pareja , es probable que abandonen el tratamiento o se separen . La atención a uno solo buscaría tan sólo recuperar el equilibrio anterior.

La experiencia directa con los alcoholistas muestra que el paso desde la sobriedad a la intoxicación, es un paso desde el desafío simétrico en sus relaciones hacia la complementariedad. En la familia citada ví ejemplificado ésto. La esposa y los dos hijos informaron del comportamiento del padre ebrio y sobrio. En su sobriedad no existía entre ellos posibilidad de comunicación, y él, se imponía como autoridad a su grupo familiar (simetría) . Durante su ebriedad buscaba a su familia para comunicarse, hablar y sentirse co-partícipe del grupo familiar . Su esposa e hijos no podían aceptar esta complementariedad y se suscitaba la violencia . Estas problemáticas familiares no han sido atendidas por la Psiquiatría . Es comprensible que si considera la problemática mental únicamente intraindividual o intracerebral, no se motive de atender estas y otras

dificultades determinadas en la interacción con el medio . Estas problemáticas exigen pensar en términos de mente extendida al ambiente .

Las adicciones son un ejemplo claro de la disociación mente-cuerpo "La compulsión de la mente que compele a beber, y la alergia del cuerpo que condena a enloquecer o a morir".

Práctica extrainstitucional . Una familia compuesta por el padre, un ejecutivo poco comunicativo, su esposa , un hijo entrando a la adolescencia, otro pre-adolescente y un infante de tres años . El momento de crisis en la empresa del padre , coincide con una época de presión de un hombre que intimida y accede sexualmente al hijo mayor . Este no se atreve a comunicarle al padre, pero si hace su confidente al hermano siguiente. El padre se entera por un compañero de colegio del hijo mayor, y en medio de una crisis familiar, decide tomar un trabajo lejos de la ciudad , quedando los tres hijos con la madre . En estas condiciones, el segundo hijo hace un episodio interpretado como psicótico y es hospitalizado en el servicio de Psiquiatría infantil. La temática delirante giraba en torno a las experiencias de su hermano mayor y la culpabilidad por no haberlo apoyado debidamente .El hijo de 3 años aún no habla, aún cuando sus evaluaciones de terapia del lenguaje están dentro de lo normal .

La terapia de familia en este caso comenzó con el hijo hospitalizado como paciente designado , pero las manifestaciones sintomáticas se alternaban entre los dos hermanos mayores , quienes fueron los primeros atendidos en terapia familiar. El padre no asistió a las primeras consultas . La mejoría rápida de este joven , aparentemente psicótico , me ha ayudado a desdibujar el concepto de esencia de los trastornos mentales tradicionales . No es suficiente leer estos conceptos en los textos, es importante tener estas experiencias en la práctica.

Observaciones sobre mi desempeño laboral. Maturana (1994) refiere que si un corderito recién nacido es separado de su madre no se comportará después jugando con los otros corderitos. La ausencia de lamido de la oveja al corderito genera una estructura cerebral diferente, lo que hace después que no pueda jugar. Analógica situación ha sido observada en el niño privado de su madre. La modificación estructural de su sistema nervioso central al comienzo de su vida, le genera una peculiar respuesta ante su entorno incluyendo a quienes lo rodean. No ha desarrollado esa pauta especial de vinculación con el otro (apego) (Bowlby 1986), desencadenando en los demás una particular respuesta de rechazo o desamor . Esta actitud va reforzando su situación de no ser querido, "gatillando" en él probables defensas o conductas contra el medio, situándose por fuera de la ley . Recibe el calificativo de sociópata o antisocial, comportamiento visto en forma estática , puntuando únicamente en el individuo (uno

sólo de los componentes del sistema) y liberando el contexto de su responsabilidad. Esta es, desde luego, una de las problemáticas menos abordadas en el modelo individual, y muchos autores luego de esfuerzos con el individuo aislado terminan opinando que lo único que beneficia a estas personas es el cambio de contexto.

Los niños deprivados en su temprana infancia, de su madre (y/o de su padre), generan una organización de su sistema nervioso central diferente de aquellos rodeados con cuidados y mimos. Estas historias son frecuentes en mi trabajo forense. Estadísticamente, la proporción en nuestro país de esta problemática es muy alta. Cuando transgreden las leyes se les diagnostica como personalidad narcisista o sociopática, antes que procurar redescripciones diferentes de su dificultad y buscar en las modificaciones ambientales una mejor resolución de su problemática. La visión sistémica de los problemas mentales me ha ayudado para enviar a las autoridades unos conceptos en los cuales amplió en la medida de lo posible la información de todos los contextos socio-culturales, económicos, grupales, de la persona examinada. Me parece importante modificar las descripciones de madre abandonica, padre abandonico, hijo sociopático y trabajar sobre el círculo vicioso en el cual todos quedamos atrapados.

DISCUSION

La realización de esta disertación me ha permitido ver el vínculo entre diagnóstico y cambio. El diagnóstico sigue las normas, las leyes, los enfoques y las vicisitudes del cambio. Podemos hacer diagnóstico de primer orden, como cambios de primer orden, para corregir síntomas y recobrar la homeostasis anterior. O diagnósticos de segundo orden para introducir modificaciones en todo el sistema, fundamento sistémico de la terapia breve. Podemos ver el diagnóstico como un proceso y no como un instante. El estar relacionado con la persistencia y el cambio permite que sea empleado para diagnosticar los factores de la persistencia (rótulo) o los del cambio.

El diagnóstico ha sido definido como Discernir o distinguir. Así guarda similitud con la unidad básica del conocer descrita por Maturana y Glaserfeld, denominada Distinción, que puede hacerse por semejanza o por diferencia. Diagnosticar así, equivaldría a la unidad básica del conocer. El conocer el conocer sería un diagnóstico. Un diagnóstico del funcionamiento que suponemos normal o una modalidad del conocer.

Pienso en el diagnóstico como un continuo desde el polo anatomopatológico, en un extremo, con el cúmulo de evidencias estructurales que la genética, la bioquímica y la

fisiología nos presentan y en el otro extremo la propuesta de no diagnóstico del Social-construccionismo .

Un adecuado diagnóstico anatómo-patológico , fisiopatológico, etiopatogénico puede ser un buen ejercicio sistémico. Un observador (el médico) observa el sistema orgánico de su consultante y su interactuar puede ser todo lo circular posible generando beneficios para ambos médico y paciente .

La medicina organicista, en mi opinión, ha resuelto de manera más eficiente el análisis del organismo biológico en su interactuar con el ambiente. No sucede lo mismo a la Psiquiatría que se debate aún si es sólo biológica (bioquímica) o si es social (cultural), o psicológica, o sólo conductual , y ha estado desintegrada sin salir de los istmos (biologismo, conductismo, psicologismo, culturalismo) . Hace falta crear para la Psiquiatría una disciplina que juegue un rol integrador como el que ha jugado la fisiología para la medicina ?.

El DSM actual contribuye al pensamiento desintegrador y reduccionista y ha sobrevalorado el uso del diagnóstico con substrato anatómo-patológico o fisiopatológico , a tal punto que otros sectores de la psiquiatría están preocupados por la psiquiatría sin mente . Pero, basar el diagnóstico exclusivamente en la estructura de personalidad equivale a sobrevalorar la dimensión psicológica del ser.

La mente es sólo biológica (lógica de los seres vivos) o sólo social (interacción de los seres vivos)? . Es preciso ampliar el abanico (multiverso) acerca de lo que vamos a diagnosticar . La mente es biológica sin lugar a dudas, es social, es psicológica : depende de la conciencia y el lenguaje que nos hace diferentes de otras especies animales . Según Maturana tendríamos cambios estructurales y organizacionales .

En el otro extremo el Social Construccionismo . Algunos autores dicen que no existen verdades absolutas, lo que de hecho es una contradicción porque qué pasaría con la afirmación de ellos. Esta sí es la única verdad absoluta?.

Glaserfeld (1.994) dice lo anterior de otra manera. Si percibimos con nuestro aparato sensorial perceptual y conceptual, pero éste último se modifica con cada percepción, cuando queremos volver a ver el mismo fenómeno, ya lo vemos diferente y cada nuevo encuentro con el objeto de nuestro análisis , nos da nuevos esquemas de acción, entonces no queda duda que el diagnóstico cambia con cada instante y con cada persona .

Además al hablar de funciones mentales es preciso pensar en términos de interacciones de sistemas perceptuales y conceptuales. En el lenguaje de Octavio Paz :

"Para que pueda ser he de ser otros, salir de mí, buscarme entre los otros, los otros que no son si Yo no existo, los otros que me dan plena existencia".

En este polo, hay que hablar del diagnóstico en el ámbito y con el método de las ciencias sociales.

En este enfoque el diagnóstico no se centra sobre el análisis ontológico o del estado del individuo o del sistema, sino sobre sus posibilidades de cambio. Se diagnostica lo positivo no lo negativo, la posibilidad de cambio, no la posibilidad de estancamiento. El terapeuta debe estar comprometido con el proceso de cambio y evitar los rótulos y el estigma. Ese cambio es un cambio en la actitud del profesional, generando una ética diferente.

En el polo biológico los Investigadores han procurado hacer de alguna manera evidente lo que diagnostican. En el otro polo, Golishian nos propone considerar las realidades sociales y su diferencia con las realidades concretas (estructurales). Paso de la teoría estructural social a las estructuras lingüísticas.

En este momento de mi entrenamiento sistémico, cuando todo es un proceso de evolución y de cambio, parafraseando a Burnham yo podría modificar el título de mi ensayo a: **diagnosticar y no diagnosticar**. Siguiendo el concepto de Burnham de cambiar nuestro enfoque de uno - otro por ambos- y (Burnham 1992).

CONCLUSIONES

No encuentro conflicto en el diagnosticar en sí, sino en el uso que demos al diagnóstico, o conocimiento. En determinado momento un diagnóstico puede verse como una orden de no cambio.

El diagnóstico no debe manejarse con la "terrible simplificación" de Sí o No. Todo para diagnosticar o nada para diagnosticar. Le iría muy bien que involucráramos el término diagnóstico en el Multi-verso de Maturana múltiples opciones y actitudes frente al diagnóstico.

En el enfoque construccionista, la cuestión no es la etiología de los síntomas, sino los procesos sociales e interpersonales y la dinámica que los mantiene. La investigación no se refiere a las causas de un problema, sino que pertenece a los extraños lazos (Cronen et al. citado por McNamene 1996) que surgen de la recíproca determinación de creencias y comportamientos dentro de la experiencia personal e interpersonal. Se presta así atención a los extraños lazos a través de las comunidades social y científica, los valores culturales, el **diagnóstico** y las prácticas terapéuticas.

El diagnóstico en un enfoque Social Construcccionista es inseparable de la conversación terapéutica entre el cliente, el terapeuta y el equipo.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, H., Goolishian, H. (1988). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos. Implicaciones para una teoría clínica. *Family Process* vol. 27, n. 4, pp. 371-393.
- Andolfi, M., Angelo, C., Mengli, P., Nicolò-Corigliano, A. (1985) La familia rígida. Buenos Aires. Del Carril.
- APA. (1983). DSM-III. México. Masson.
- Basaglia, F. (1972). La institución negada. Barcelona. Barral.
- Basaglia, F., Castel, R. (1975). Los Crímenes de la paz. México. Siglo XXI.
- Bateson, G. (1972). Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires. Lohle.
- Bateson, G. (1980). Espíritu y naturaleza. Buenos Aires. Amorrortu.
- Bateson, G. (1985). Hacia una ecología de la mente. Buenos Aires. Lohle.
- Bateson, G. (1993). Una unidad sagrada. Barcelona. Gedisa.
- Bowlby, J. (1986). Vínculos afectivos: Formación desarrollo y pérdida. Madrid. Morata.
- Bowen, (1979). Del individuo a la familia. Barcelona. Paidós.
- Cecchin, G. (1989). Vino viejo en botellas nuevas. Conferencia New York.
- Foucault, M. (1955). Enfermedad mental y personalidad. Paris. Presses Universitaires de France.
- Foucault, M. (1966). El nacimiento de la clínica. México. Siglo XXI.
- Fried Schnitman, D. (1994). Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Buenos Aires. Paidós.
- Gaviria, C. (1996). Conferencia sobre Whittgenstein. Bogotá.
- Hoffman, L. (1987). Fundamentos de terapia familiar. México. Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1996). La terapia como construcción. En MacNamee. La terapia como construcción social. Barcelona. Paidós.
- Haley, J. (1978). Terapia para resolver problemas. Buenos Aires. Amorrortu.
- Haley, J. (1980). Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson. Buenos Aires. Amorrortu.
- Hernández, A. (1992). Estructura y funcionamiento de familias colombianas no clínicas según el modelo Circumplejo de Olson. *Aportes a la Psicología*. I, 43-72.
- Jakson, D. (1957). El problema de la homeostasis de la familia. Buenos Aires. Nueva Visión.

- Keeney, B. Epistemología Ecosistémica: Un paradigma alternativo para el diagnóstico. *Terapia Familiar*. 6, pp. 81-97
- Keeney, B. (1983). *La estética del cambio*. Barcelona. Paidós.
- Lain Entralgo, P. (1982). *El diagnóstico Médico*. Barcelona. Salvat.
- Lain Entralgo, P. (1986). *Historia de la Medicina*. Barcelona. Salvat.
- Maturana, H. (1993). *Desde la biología a la psicología*. Santiago de Chile. Synthesis.
- Maturana, H., Varela, F. (1994). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile. Editorial Universitaria.
- Minuchin, S. (1974) *Families & Family Therapy*. (1995). *Familias y terapia familiar*. Barcelona. Gedisa.
- Minuchin, S., Fishman, H. (1984) *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona. Paidós.
- McNamee, S., Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona. Paidós.
- Pearce, B. (1991). *El manejo coordinado del significado*.
- Piaget, J. (1976). *Psicología de la inteligencia*. Buenos Aires. Psique.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1991). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona. Paidós.
- Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque Ecosistémico*. Buenos Aires. Paidós.
- Simon, F., Stierlin, H., Wyne, C. (1993). *Vocabulario de terapia Familiar*. Barcelona. Gedisa.
- Stierlin, H., Rücker, I., Wetzel, N., Wirsching, M. (1985). *Terapia de familia. La primera entrevista*. Barcelona. Gedisa.
- Szass. (1970). *Idelología y enfermedad mental*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Suros, J. (1957) *Semiología Médica y Técnica Exploratoria*. Barcelona. Salvat.
- Tomm, K. (1990). *A critique of de DSM*. Dulwich Centre Newsletter. No. 3 pg. 5-8.
- Umbarger (1983). *Terapia Familiar Estructural*. Amorrortu. Buenos Aires.
- Von Foerster, H. (1974) *Las semillas de la cibernética*. Barcelona. Gedisa
- Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1976). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona. Herder.
- Watzlawick, P., Helmick, J., Jackson, D. (1985). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona. Herder.