

DSM, SALUD MENTAL Y SÍNDROME DE ALINEACIÓN PARENTAL

Adolfo Jarne Esparcia y Mila Arch Marín

Universidad de Barcelona

En el momento actual se constata un intenso debate sobre el denominado Síndrome de Alineación Parental que, entre otras cuestiones, se centra en la inclusión o exclusión del citado Síndrome en el sistema DSM. En esta situación, una revisión y análisis de los fundamentos mismos tanto del DSM como de los conceptos de "salud mental" vs "enfermedad mental", sientan las bases para tratar de delimitar más adecuadamente la realidad de la existencia de la problemática conocida como Síndrome de Alineación Parental. Tras esta revisión y análisis, los autores proponen una ubicación concreta para la conceptualización del SAP.

Palabras clave: DSM, Síndrome de Alienación Parental, Trastornos de Relación, Salud Mental

At present there is an intense debate over the so-called Alienation Parental Syndrome which, among other issues, focuses on the inclusion or exclusion of that syndrome in the DSM system. In this situation, a review and analysis of the very foundations of both the DSM as the concepts of "mental health" vs. "mental illness", lays the groundwork to try to define better the reality of the existence of the problem known as Syndrome Parental alignment. Following this review and analysis, the authors propose a specific location for the conceptualization of PAS.

Key words: DSM, Alienation Parental Syndrome, Relational Disorders, Mental Health

QUÉ ES Y QUÉ NO ES EL DSM

El DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) es una nosología, eso significa que es un sistema de clasificación de las enfermedades y los trastornos que presentan síntomas de tipo fundamentalmente mental y comportamental aunque no exclusivamente (véase los trastornos somatoformos), con independencia de su etiología, en gran parte de ellos desconocida. El DSM tiene, además de otras características, un doble sentido; es al mismo tiempo "la clasificación", es decir el listado de trastornos aceptados encuadrados en determinadas categorías y "el sistema" para diagnosticarlos, o lo que lo mismo, la mecánica de diagnóstico de dichos trastornos, que en este caso se realiza a través de criterios diagnósticos y de un sistema multiaxial.

Los criterios diagnósticos son básicamente la constatación de la presencia de comportamientos y productos mentales como pensamientos (delirios), rasgos de personalidad (impulsividad), etc. Se fundamenta en la detección clínica de estos fenómenos de una forma descriptiva y no incluye criterios etiológicos o etiopatogénicos simplemente porque, más allá de teorías y modelos con más o menos base experimental y empírica, para la mayoría de trastornos incluidos en el DSM, éstos, son desconoci-

dos. Incluso en algunos de los que reconocemos su clara etiología cerebral, como las demencias tipo Alzheimer, se desconoce los procesos etiopatogénicos completos.

La inclusión o no de un posible trastorno y/o enfermedad en el sistema o, su salida del mismo, se realiza a través del procedimiento de comité de expertos que efectúan una revisión de forma periódica pero no con plazos fijos. Ello significa que cuando se decide una revisión del sistema o una nueva edición, se forman comités de expertos para las diferentes categorías que tras revisar la literatura científica disponible en el período de tiempo entre dos revisiones, las diferentes propuestas realizadas a través de instituciones y, contar con la colaboración de los especialistas que consideren necesaria, realizan propuestas que son o no aceptadas por el comité de revisión.

El organismo del que depende el DSM y se constituye por lo tanto en su avalador es la APA (*American Psychiatric Association*), y por lo tanto el DSM refleja, en gran medida, el pensamiento y las posiciones dominantes en la APA en un momento determinado. Esta organización no es la única fuente de influencia en el manual. Desde la tercera versión en la década de 1980, se realizan cada vez más esfuerzos de coordinación con el sistema ICD, que es el sistema de clasificación de las enfermedades propuesto, avalado y utilizado por la OMS (*Organización Mundial de la Salud*), y que en su capítulo V está dedicado a las enfermedades mentales;

Correspondencia: Adolfo Jarne Esparcia. C/ Grand de Sant Andreu nº 226, 4º-1ª. 08030 Barcelona. España.
 E-mail: ajarne@ub.edu

de forma que existe el propósito más o menos explícito de que tarde o temprano se llegue a una única nosología en las enfermedades mentales con códigos únicos para cada enfermedad; estén bajo el paraguas de la APA (DSM) o de la OMS (ICD) o de los dos; aún no se ha llegado a ello aunque parece que éste es el propósito. No está explicitado en ningún sitio, pero lo cierto es que en los comités de expertos del DSM cada vez hay más influencia del NIMH (*National Institute of Mental Health*), que es la agencia estatal norteamericana para la salud mental y que se ha convertido quizás en el grupo de presión oficial, no privado y por lo tanto no excluye a los laboratorios farmacéuticos, más importante para la elaboración de directrices sobre política en enfermedad y salud mental en toda la humanidad. Ello no excluye la posible influencia de estos laboratorios y otras instituciones privadas en el NIMH, lo que redundaría en influencia indirecta en el sistema DSM.

En este conglomerado de influencias e intereses entrecruzados, da la sensación de que el sistema ICD, de la OMS, va un poco a remolque del DSM, o sea del avalado por la APA y, en cierta medida por la NIMH. Ello provoca una situación un poco curiosa; el hecho de que finalmente y quizás por primera vez en la historia de la humanidad, el pensamiento sobre qué es y no enfermedad mental tiene la condición de una cierta unanimidad a escala de planeta y esta unanimidad está orientada textualmente por una asociación profesional de un país ayudada, también quizás, por una agencia estatal del mismo país, todo ello bajo el paraguas del conocimiento científico, naturalmente. En el fondo no deja de ser una expresión más del proceso de globalización.

Las razones del éxito del DSM son tan evidentes que pocas personas lo discuten; en esencia se resumen en la comodidad y la paz. En efecto, tras un largo período, más de 23 siglos, en que, desde la perspectiva científica dominante en occidente, las enfermedades mentales no fueron indistinguibles del resto de las enfermedades, la visión hipocrática dominante hasta el siglo XVII-XVIII, siguió otro período de gran confusión en que en primer lugar se intentó identificar, individualizar y caracterizar clínicamente a las diferentes enfermedades y trastornos, que el colapso del modelo hipocrático había hecho desaparecer. Aproximadamente a mediados/finales del siglo XIX, se intentó describir la etiología y etiopatogenia de las enfermedades mentales en términos de enfermedades cerebrales. Tarea que pronto se mostró ingente e imposible entre otras razones por la falta de tecnología

necesaria para dicho propósito, tecnología de la que todavía carecemos hoy día a pesar de los evidentes avances de las neurociencias y otras disciplinas en este sentido. Ante esta evidencia se produjo la irrupción de los modelos; en efecto, ante la falta de un consenso respecto a lo qué es un trastorno concreto, cómo se individualiza y cómo se caracteriza, el campo de la enfermedad mental se fragmentó en modelos distintos que ofrecían denominaciones, clasificaciones y explicaciones diferentes para el mismo fenómeno, muchas veces claramente contradictorias las unas con las otras. El paradigma más mencionado para referirse a este fenómeno es el de los ciegos y el elefante; cada ciego describe al elefante según la parte que palpa.

A mediados del siglo XX, la situación había degenerado hacia tal pandemonium que no sólo resultaba conceptualmente imposible e increíble, sino también profesionalmente y técnicamente incómoda; baste un ejemplo también reiteradamente citado; había casi dos tercios más de probabilidad de ser diagnosticado de esquizofrenia en Estados Unidos vs Europa por el mismo cuadro clínico, dado los criterios diferentes utilizados para la misma denominación. Esta confusión resultaba tan inapropiada e incómoda que casi todo el mundo saludó con alivio el intento de unificar en una sola nosología que nos dotara de un lenguaje común y nos permitiera hablar entre nosotros. Ello no sólo facilitaba las tareas clínicas y forenses, también introducía un factor común en las selecciones de muestras para la investigación, aspecto básico y nunca suficientemente loado y, acababa con "las guerras" de los modelos, al menos en lo que al diagnóstico se refiere, otra cuestión es el abordaje terapéutico. En resumen, por comodidad y paz, aunque algunos piensen que es la paz de los cementerios.

Estos aspectos son tan valiosos en sí mismos, que no sólo casi nadie los discute, sino que tampoco casi nadie desea volver a la situación anterior, nadie quiere volver a la confusión. En cierta manera hemos convertido al DSM en una especie de árbitro frente a nuestras disensiones aunque a un nivel muy primario dada la entidad de nuestras discordancias. Ello provoca que probablemente la tendencia iniciada por el sistema DSM, y en menor medida por el ICD, no sólo no se detendrá sino que continuará adelante; todos estamos ansiosos por ver cómo es el resultado final del DSM V.

Sin embargo, hay cosas que el DSM no es; no es la suma de conocimientos en la enfermedad mental humana; por definición acoge sólo el conocimiento sobre el que

hay cierto consenso desde una perspectiva determinada, la de la APA, aceptada implícitamente por la mayoría de profesionales y científicos, como hemos visto. Lo que sabemos sobre los trastornos/enfermedades mentales va mucho más allá del DSM. Las intervenciones y tratamiento, por definición están excluidos del manual, presentaciones clínicas, formas atípicas y otras que no lo son, cursos clínicos, epidemiología más precisa, factores implicados de naturaleza de todo tipo; cerebrales, sociales, culturales, psicológicos, de personalidad, etc.etc., y naturalmente, multitud de síndromes, trastornos, posibles enfermedades, situaciones clínicas con las que los profesionales pelean diariamente y que no están incluidos en el manual, o lo estuvieron y "saltaron" o están en "lista de espera" o cualquier otra posibilidad. En esencia: no existe sólo lo que el manual nombra, existe lo que vemos en la práctica profesional de cada día. Las cosas existen al margen de que se les nombre "oficialmente". Un buen ejemplo de ello sería el caso de Dostoievski. Hasta donde podemos saber, probablemente Dostoievski era un jugador patológico. Sería un jugador patológico ahora; en su época, por descontado ningún manual de medicina recogía este término ni este concepto. Era impensable para un ruso y un europeo del siglo XIX que pudiera considerarse esta condición como algo clínicamente patológico; era algo que pertenecía a la esfera moral y/o religiosa en todo caso; moralmente enfermizo y degenerado. Sin embargo Dostoievski en su novela "el jugador" describe magistralmente el cuadro clínico de un juego patológico. En resumen, Dostoievski padecía de un trastorno por juego patológico aunque no estuviera reconocido en su época, porque el juego patológico si existía en su época como probablemente en todas; se ha diferenciado y sistematizado cuando el momento histórico y el contexto social así lo ha posibilidad. Volveremos a esta idea cuando hablemos del SAP.

Así, el DSM no es el gran compendio de todos los conocimientos psicopatológicos, psiquiátricos y propios de la psicología clínica; es lo que es y, los que apreciamos su valor y la contribución que ha realizado y realiza a este campo del conocimiento y a la práctica de nuestra profesión, así lo reconocemos con cierta humildad.

ENFERMEDAD MENTAL Y SALUD MENTAL

Enfermedad mental y salud mental no es lo mismo, naturalmente, tampoco es, por contra de lo que pueda parecer, las dos caras de una misma moneda; ni lo uno es lo contrario de lo otro; no se puede desarrollar salud men-

tal si se padece una enfermedad mental, pues todo tipo de enfermedad conlleva malestar a algún nivel, pero tampoco es suficiente la ausencia de enfermedad mental para desarrollar salud mental. Lo estableció la OMS en el reiteradamente mencionado principio de que *"la salud no es la simple ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar físico, social y psicológico..."* (<http://www.who.int/classifications/en/>), ello significa que se puede no estar enfermo y/o padecer ninguna enfermedad mental pero las condiciones físicas, sociales o psicológicas de la persona no ser las propias de una situación de salud mental; ser simplemente neutras o favorecedoras de una mala salud mental que en el futuro puede convertirse en enfermedad mental. Una mujer crónicamente maltratada en el ámbito doméstico por ejemplo ni padece ningún trastorno mental, ni es una enferma mental, pero generalmente no tiene una buena salud mental. Sus condiciones sociales (familiares), psíquicas y también en ocasiones físicas están marcadas por el sufrimiento y por lo tanto no son de bienestar. Algunas de estas mujeres llegan a desarrollar trastornos mentales, depresión, ansiedad y ansiedad postraumática generalmente, otras no. Cuando consiguen dejar atrás el maltrato es cuando sus condiciones mejoran en la línea de mejorar su salud mental.

El ejemplo anterior es tan claro que podríamos encontrar cientos como ellos en cualquier ámbito de la vida del hombre adulto y los niños; sería extrapolable al niño acosado en su escuela, a las malas condiciones en el trabajo, a la utilización de estrategias inadecuadas para afrontar los problemas o a ciertas características de personalidad que sin ser patológicas no favorecen la salud mental. En todas ellas no tiene por qué aparecer la enfermedad mental, tampoco tiene por qué haber mala salud mental; la capacidad de supervivencia y resistencia del ser humano es enorme y ello nos hace muy adaptativos a nuestro medio, tanto que es posible que acabemos con él. Simplemente no ayudan en la dirección de favorecer la salud mental, es decir de favorecer un estado de bienestar actual y futuro en el caso de los niños.

Los profesionales de la salud mental lo sabemos y por ello, aunque el primer cuidado que tenemos siempre es detectar la enfermedad mental e intervenir sobre ella, sabemos que ello solamente no bastará para un completo bienestar de nuestros pacientes; frecuentemente harán falta algunos cambios en su ambiente, entendido de forma genérica, y/o en su psicología para avanzar en el sentido de un estado de auténtico bienestar.

Ello es más cierto en los niños en los que el diagnóstico e intervención se hacen especialmente con proyección de futuro; nos preocupamos de la presencia de trastornos en el momento actual y nos preocupamos de las condiciones que en el futuro puedan favorecer o desfavorecer su salud mental y propiciar la aparición de trastornos mentales.

Ello lo saben también los psicólogos forenses, cuando al realizar sus recomendaciones en los tribunales informan a éste no sólo en función del estado actual del menor, sino también de su futuro, por ello utilizan con mucha frecuencia la expresión "se garantiza mucho mejor una correcta evolución psicosocial..." "se protege mejor la evolución psicosocial del menor..." "se atiende mejor a las necesidades psicosociales actuales y futuras del menor si...". Con ello se hace referencia a una situación de salud mental, no de enfermedad mental.

Desde esta perspectiva, el DSM no es un manual que aborde los problemas relacionados con la salud mental sino con la enfermedad y los trastornos mentales y aún con éstos se mueve en medio de una gran ambigüedad. Esta se refleja no sólo en la definición de trastorno mental, que está conceptualizado "como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas del funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad." (APA, pag. XXI de la introducción a la edición española, 1995). Como se puede observar por la definición anterior, el concepto de trastorno presenta un alto componente de consenso social ya que no queda definido por la simple presencia de síntomas y signos reconocidos en la exploración clínica, sino por aparecer asociado a un malestar, discapacidad o riesgo significativo, etc.; por ejemplo por su capacidad de hacer "perder libertad". ¿Quién define ello?, ¿el clínico, el paciente o el contexto?, ¿y si aparece una desviación de comportamiento que no produce malestar, discapacidad o riesgo significativo...?

El resumen es que el sistema DSM no define salud mental sino enfermedad mental y aún así con un alto nivel de indefinición, valga la redundancia. La demostración de ello es que tiene grandes dificultades para abarcar la globalidad de la clínica que atendemos los profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, etc.) o bien porque no la reconoce a pesar de que existe como es el caso del Síndrome de Estocolmo, el Síndrome de la mu-

jer maltratada o el trastorno ansioso/depresivo; o bien porque la reconoce pero difícilmente encaja en esta definición, como es el caso de numerosas dificultades relacionadas con el aprendizaje escolar; o bien porque representan una nueva realidad clínica que difícilmente puede estar recogida.

Un buen ejemplo de ello puede ser el maltrato en el contexto familiar. Por descontado, no todas las mujeres y niños sometidos a maltrato en cualquiera de sus formas desarrollan un trastorno reconocido y reconocible en el DSM. No todas las víctimas presentan estrés postraumático o depresión tal como la define el DSM; hay una gran variabilidad de respuesta porque el ser humano es por definición individualmente muy variable, pero en todas estas víctimas observamos el sufrimiento, el dolor, un cierto síndrome de victimización no descrito en el DSM y, por descontado, una grave situación de riesgo para su salud mental actual y futura ante el que hay que reaccionar con prontitud para preservarla y/o restituirla, se observe o no trastorno reconocido por el DSM.

Tanto la salud mental como la enfermedad mental se hayan íntimamente unidas a su contexto social, tal como recoge la misma definición de trastornos del sistema DSM, de hecho en alguna medida, no en toda, es altamente cambiante en función del mencionado contexto y momento histórico. La alta variabilidad de lo que se ha entendido por trastornos de la sexualidad a lo largo de la historia del pensamiento occidental y su asociación a circunstancias concretas (la impregnación de la religión en la vida civil, etc.), es un buen ejemplo de ello. Hay acuerdo en que estamos en un mundo cambiante: la globalización, la sociedad de la información, las nuevas formas de relación, los cambios en la familia, etc.; inevitablemente ello se ha de manifestar en la concepción de la psicopatología, la salud mental y la enfermedad mental. Una buena revisión de ellos se puede encontrar en el texto de A. Talarn (2007) "Globalización y Salud Mental". La idea fundamental es que en una sociedad distinta, con realidades distintas y condiciones distintas, aparecerán nuevas formas de trastornos y de enfermar, nuevos retos frente a la salud mental que hay que enfocar de una nueva forma. Posiblemente, el Síndrome de Alineación Parental (Gardner, 1985, 1999, 2001, 2002a, 2002b, 2006) constituye, junto con una cantidad importante de trastornos y situaciones clínicas, un fiel reflejo de esta nueva realidad; en este caso en el mundo de la familia, realidad cambiante que tampoco nadie niega.

SAP y DSM

Como hemos mencionado antes, el DSM no puede abarcar, por definición, la totalidad de las situaciones en las que la salud mental de un ser humano, entendida en su justo sentido holístico, puede verse comprometida. Hasta tal punto el mismo sistema lo reconoce que ha tenido que buscar un truco, un subterfugio para poder salvar la situación; el truco es una categoría que se denomina *"otros focos de interés que pueden ser objeto de atención clínica"*. El DSM considera en esta categoría *"a otros estados o problemas que pueden ser objeto de atención clínica y que se relacionan con trastornos mentales descritos previamente en este manual en una de las siguientes formas 1) El problema está centrado en el diagnóstico o el tratamiento y la persona no tiene un trastorno mental..."* (APA, 1995 pág. 691) obsérvese cómo la definición pivota sobre el hecho de situaciones que tienen interés clínico, de lo que necesariamente se ha de deducir que constituyen situaciones conflictivas reales, no inventadas, en las que unos seres humanos sufren y pueden y deben recibir ayuda, aunque no constituyan estados de enfermedad mental.

Pues bien, en este apartado se describe un subapartado que se denomina *"problemas de relación"*, que se definen como *"patrones de interacción entre miembros de una unidad relacional que están asociados a un deterioro de la actividad clínicamente significativo, o a síntomas de uno o más miembros de una unidad relacional, o a deterioro de la unidad relacional misma. Se incluyen los siguientes problemas de relación, porque con frecuencia son objeto de atención clínica por parte de los profesionales de la salud. Estos problemas pueden exacerbar o complicar el tratamiento de un trastorno mental o de una enfermedad médica en uno o más miembros de la unidad relacional, pueden ser el resultado de un trastorno mental o de una enfermedad médica, pueden ser independientes de otros trastornos presentes o pueden aparecer en ausencia de cualquier otro trastorno"* (APA, 1995 pág. 696). Parece evidente que desde la perspectiva descriptiva el SAP incluye un patrón de interacción de una unidad relacional (padres e hijos), que conlleva un deterioro de la actividad clínicamente significativo (marcada presencia de dolor psíquico y riesgo en la evolución psicosocial del menor en tanto la ausencia absoluta de uno de los padres) y, puede aparecer relacionado con la patología de uno/s miembros de la unidad relacional o en ausencia de

cualquier otro trastorno. Y, por descontado, son subsidiarios de recibir atención clínica; por lo que no parece que haya ningún clínico del mundo que ante la situación de *"el niño no quiere ver en absoluto a su padre, no quiere relacionarse con él de ninguna forma"* lo despache con un simple *"eso no tiene importancia, que no lo vea; ya pasará"*. Esto simplemente no sucede. Al menos se preocupará de averiguar qué es lo que sucede o de formular algunas hipótesis al respecto.

Finalmente, dentro de la categoría *"problemas de relación"* se incluye *"Problemas paterno-filiales"* caracterizados porque *"El objeto de atención clínica es el patrón de interacción entre padres e hijos (p. ej., deterioro de la comunicación, sobreprotección, disciplina inadecuada) que está asociado a un deterioro clínicamente significativo de la actividad individual o familiar o a la aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos"* (APA, 1995 pág. 696). Una vez más pensamos que, de nuevo desde una perspectiva descriptiva, el SAP encaja en esta categoría ya que existe un evidente deterioro de la comunicación entre padres e hijos, asociado a la posibilidad de un deterioro de la actividad individual, y, sin ningún tipo de duda, a un deterioro de la actividad familiar y de nuevo la posibilidad de aparición de síntomas clínicamente significativos en los padres o hijos.

Obsérvese cómo en los criterios de esta categoría no se realiza ninguna mención a la posible causa de la conflictiva relacional; ello es coherente con la propia filosofía del sistema DSM que se declara ateorico y que no estructura ningún ítem etiológico como criterio diagnóstico para ninguna categoría de trastornos o enfermedad, lo que obviamente hubiera resultado inútil dado el nivel de conocimientos asentados que tenemos sobre ellos. De ello se deduce que esta categoría diagnóstica **no es el SAP**, simplemente el SAP puede quedar bajo su paraguas si por algún motivo fuera necesaria su adscripción a una categoría diagnóstica del DSM. De hecho, en esta categoría estarían todas las situaciones en que existe una conflictividad paterno/filial bajo las condiciones que el sistema establece y que hemos comentado, con independencia de su causalidad y origen; abuso y/o maltrato por parte de los padres, problemas generacionales, etc., y por supuesto, boicoteo de la relación por parte de un padre.

En un reciente trabajo, Baker (2007) exponía una idea que nos parece muy interesante y que incorporamos; cuando se habla con adultos que en su

infancia/juventud mantuvieron una actitud y unos comportamientos de rechazo hacia uno de los padres relacionado con el boicoteo del otro y no con origen en otra causa, se encuentra personas, menores en su momento, que vivieron un proceso de separación de sus padres altamente conflictivo y muy judicializado, pero también menores que vivieron la separación de sus padres sin apenas conflictividad, porque el padre rechazado renunció a "presentar batalla" o simplemente "se retiró" y, lo que es más curioso, también hay menores que relatan esta experiencia en familias intactas que no pasaron por la experiencia de la separación y, de hecho, permanecieron siempre juntas. Es decir, en este contexto, de familias intactas, también se puede observar una serie de actitudes y comportamientos por parte de miembros de la familia (un padre por ejemplo) tendientes a desprestigiar la figura, anular la autoridad, entorpecer los afectos, etc, en esencia, boicotear la relación del niño con otro miembro de la familia (el otro padre por ejemplo), con efecto negativo para el desarrollo psicosocial y la salud emocional del menor y por supuesto de la salud familiar.

En nuestra opinión, este descubrimiento es importante porque puede rebajar el tono de crispación ideológica en la discusión alrededor del SAP si no se circunscribe exclusivamente al ámbito judicial. Dicho de otra manera, se podría plantear la siguiente pregunta; ¿existe base suficiente como para plantearse la existencia de una patología relacional familiar y/o patrón patológico de comunicación familiar, que se puede presentar en cualquier contexto o situación familiar, que se caracteriza por la presencia de una actitud/comportamiento de rechazo de menores hacia un miembro de la familia claramente relacionado con actitudes/comportamientos de boicoteo a la relación por parte de otros miembros de la familia, excluidos otros posibles factores causales ?.

Nuestra propuesta sería la de considerar la presencia de un síndrome que va más allá de lo estrictamente clínico y judicial y que reúne estas características, se le dé el nombre que se le dé, no necesariamente Síndrome de Alienación Parental. Ello sería coherente también con la propuesta de Kupfer, First y Regier (2004), quienes en su escrito sobre la agenda de investigación para el desarrollo del DSM-V planteaban la posibilidad de que se incluyera al mismo nivel de los trastornos de personalidad un grupo de "trastornos de la relación" que acogerían situaciones donde el núcleo de la pato-

logía sería la dinámica relacional con relación evidente con las consecuencias psicopatológicas para las personas atrapadas en dicha relación. Ponían como ejemplo, precisamente, el caso del "maltrato conyugal continuado".

Si la respuesta fuera positiva, se debería comenzar a investigar sobre ello en las múltiples áreas que configuran la salud mental, epidemiología, contextos en que se presenta, factores sociales relacionados, factores de personalidad relacionados, posibilidades de intervención, etc., y siempre con la frialdad y el distanciamiento emocional del fenómeno que ha de caracterizar al científico.

REFERENCIAS

- APA. American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Baker, A. J. L. (2007). *Adult children of Parental Alienation Syndrome: Breaking the ties that bind*. New York: W.W. Norton.
- Gardner, R. A. (1985). Recent trends in divorce and custody litigation. *The Academy Forum*, 29(2), 3-7.
- Gardner, R. A. (1999). Differentiating between the parental alienation syndrome and bona fide abuse/neglect. *American Journal of Family Therapy*, 27(2), 97-107.
- Gardner, R.A. (2001). The Parental Alienation Syndrome: Sixteen years later. *The Academy Forum*, 45(1), 10-12.
- Gardner, R.A. (2002). The empowerment of children in the development of the Parental Alienation Syndrome. *The American Journal of Forensic Psychology*, 20(2), 5-29.
- Gardner, R.A. (2002). Does DSM-IV have equivalents for the Parental Alienation Syndrome (PAS) Diagnosis? *American Journal of Family Therapy*, 31(1), 1-21.
- Gardner, R.A. (2006). The Parental Alienation Syndrome and the corruptive power of anger. En R. A. Gardner, S. R. Sauber, D. Lorandos (Eds.). *The International Handbook of Parental Alienation Syndrome*, (pp. 33-48), Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Kupfer, D; First, M., Regier, D. (2004). *Agenda de investigación para el DSM-V*. Barcelona. Masson
- Talarn, A. (2007). *Globalización y salud mental*. Barcelona: Herder S.A.
- World Health Organization. Revisado 12 mayo 2008: <http://www.who.int/classifications/en/>