

INTERACCIONES

Journal of family, clinical and health psychology

// ISSN 2411-5940

e-ISSN 2413-4465

www.revistainteracciones.com



ARTÍCULO ORIGINAL

Third-order critical family therapy: rethinking psychopathology and psychotherapy

La terapia familiar crítica de tercer orden: repensando la psicopatología y la psicoterapia.

Raúl Medina Centeno^{1,2*}

¹ Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.

² Instituto Tzapotlan, Jalisco, México.

* **Correspondencia:** Av. Universidad 115, Col. Lindavista, Ocotlán, Jalisco, México. Email: Topraul2002@yahoo.co.uk.

Recibido: 08 de septiembre de 2022 | **Revisado:** 28 de octubre de 2022 | **Aceptado:** 01 de noviembre de 2022 | **Publicado Online:** 08 de noviembre de 2022.

CITARLO COMO:

Medina-Centeno, R. (2022). Third-order critical family therapy: rethinking psychopathology and psychotherapy. *Interacciones*, 8, e290. <http://dx.doi.org/10.24016/2022.v8.290>

ABSTRACT

Background: The focus of third-order critical family therapy is to raise awareness of the systems of systems – structural, socioeconomic and cultural contexts– that organize lifestyles that interfere with health. This clinical proposal integrates systemic wisdom with social theories, and in particular delves into a sociocultural theory of the human mind, power and emotions, a set of concepts from which indignant love, solidarity dialogue, critical honesty emerge, as the axes from which clinical work is woven. The ultimate goal is for the family to restore critical solidarity dialogue and empower themselves in their well-being. **Method:** Our study is narrative. **Conclusion:** This clinical proposal leads to re-thinking psychopathology not as an individual or biological problem, but as a resistance to those contexts of belonging that excludes and mistreats, and therefore to diagnosis as an active organized social framework. And on the other hand, also to psychotherapy and psychotherapist who must always be critically attentive to explain the androcentrist, classist and Eurocentric privileges of clinical theory and practice, to become health professionals with a social, human, political and ethical perspective.

Keywords: Power, emotions, love, psicopatología, diagnostic.

RESUMEN

Introducción: El objetivo central de la terapia familiar crítica de tercer orden es hacer conciencia de los sistemas de sistemas –contextos estructurales, socioeconómicos y culturales– que organizan los estilos de vida e interfieren con la salud. La propuesta clínica es integrar la sabiduría sistémica con las teorías sociales y, en particular, profundiza en una teoría sociocultural del malestar, del poder y las emociones, conjunto de conceptos desde donde se desprenden el amor indignado, el diálogo solidario, la honestidad crítica y la familia de elección, como los ejes desde donde se teje el trabajo clínico. El objetivo final es que la familia restaure el diálogo solidario crítico y se empodere en su bienestar. **Método:** Nuestro estudio es narrativo. **Conclusión:** Esta propuesta clínica conduce a re-pensar a la psicopatología no como un problema individual o biológico, sino como una resistencia a aquellos contextos de pertenencia que excluye y maltrata, y por ende al diagnóstico como un marco social organizado activo. Y por otra parte, también a la psicoterapia y al psicoterapeuta que siempre debe de estar atento críticamente a explicitar los privilegios androcristas, clasistas y eu-

rocéntricos de la teoría y práctica clínica, para convertirse en profesionales de la salud con mirada social, humana, política y ética. **Palabras clave:** Poder (psicología), emociones, amor, psicopatología, diagnóstico.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (2019, 2020), antes de la crisis sanitaria global del Covid 19, señala que hasta 970 millones de personas en todo el mundo sufren algún tipo de trastorno psíquico. Prevalen la depresión y la ansiedad, que han experimentado un aumento en más del 40% en los últimos 30 años.

En tono crítico esta organización advierte que los sistemas de salud mental enfocados en el diagnóstico y tratamiento biomédico o individualista no han sido efectivos, y añade que los factores que generan malestar psicológico son la desigualdad, la pobreza, la injusticia y la discriminación social. Aspectos que deben de incluir una política pública de salud mental (OMS, 2019).

En esa misma dirección, en el 2019 el Consejo Superior de Salud de Bélgica desaconseja el uso de las categorías DSM, no solo porque hasta la fecha han sido ineficaces y profundiza el malestar y exclusión de las personas diagnosticadas, también, y más importante, porque sus evidencias científicas están plagadas de manipulación, con sospechas de injerencias de las farmacéuticas. El consejo en su informe recomienda que una persona que sufre alguna sintomatología psicológica debe de contextualizarse en términos de su biografía, desafíos existenciales y funcionamiento contextual-interactivo. En otras palabras, propone para el sistema de salud una psiquiatría contextualizada centrada en el paciente (Superior Health Council, 2019).

A esto se suman las decenas de psicoterapias enfocadas en el individualismo, arrojadas muchas de ellas en la ciencia, legitimando el solipsismo afectivo, cognitivo o conductual, replegando en su interior existencial y emocional o una pauta condicionante la explicación de la complejidad comportamental.

En otras palabras, la psiquiatría biologicista-neurocentrista y las psicologías clínicas individualistas desde la clasificación diagnóstica no solo aniquilan el diálogo terapéutico, implícitamente hacen sentir culpable al individuo de su malestar, y promueven una visión egoísta del sí mismo, acrítica ante la injusticia, y el maltrato estructural que destruye al sujeto social y solidario, el ciudadano, la cooperación y el cuidado mutuo.

Este es el debate actual sobre las políticas de prevención e intervención de la salud mental.

La pregunta obligada hasta aquí es: ¿esperamos a que cambie el sistema de salud, o podremos implementar desde el consultorio o centros de atención una psicoterapia que explicita la injusticia y maltrato estructural? Y que esta perspectiva ¿tenga cambios efectivos terapéuticos en los consultantes y sus familias? Este trabajo presenta una psicoterapia enfocada en la inter-contextualidad, lo que algunos han denominado "terapia familiar con pensamiento de tercer orden" (McDowell, Knudson-Martin, & Bermúdez, 2019).

Aquí proponemos la terapia familiar crítica de tercer orden que se enfoca en correlacionar los problemas de orden estructural con el malestar personal. Se propone al amor indignado como una metodología psicoterapéutica que activa a las familias a

recuperar el diálogo, el amor, la honestidad crítica, cuidado, acompañamiento y respeto mutuo para enfrentar juntos las vicisitudes y retos que impone la vida. Este camino conduce a re-pensar por una parte, la psicopatología no como un problema individual o biológico, sino como una resistencia a aquellos contextos de pertenencia que los excluye y maltrata. Y por otra parte, la psicoterapia y al psicoterapeuta que siempre deben de estar atentos críticamente a explicitar los privilegios androcéntricos, clasistas y eurocéntricos de la teoría y práctica clínica, para convertirse en profesionales de la salud con mirada social, humana, política y ética, para apoyar el reencuentro y restaurar el diálogo solidario y crítico familiar. Este texto está inspirado en la publicación de mi autoría "La Terapia Familiar de Tercer Orden: del amor indignado al diálogo solidario" (Medina, 2022).

Pregunta de inicio y creencia base

No nos ha dejado de sorprender ¿por qué ciertas personas, familias y comunidades viven condiciones de existencia intolerables apareciendo aceptables e incluso naturales, tanto para ellas, y su comunidad?

En particular aquí se parte de la creencia de que la sintomatología o malestar personal es una respuesta a la falta de diálogo solidario familiar y comunitario, y por ello, se generan pautas de maltrato y exclusión que impactan en la salud de las personas. La exploración clínica se enfoca en ¿qué y por qué condujo a esta familia o comunidad a romper con el diálogo, dividirse y maltratarse?

El tercer orden investiga el papel que juegan los sistemas de sistemas en las pautas que conectan y en el sentido simbólico del desencuentro familiar y comunitario que produce malestar personal. Fue G. Bateson (1991), quien propone el pensamiento de tercer orden, donde se exploran aquellos sistemas no familiares que están presentes en el malestar, desde cuestiones estructurales, como la pobreza, la injusticia y la marginación, hasta las mitologías en las que, paradójicamente, la misma familia representa en su cotidianeidad prácticas como el patriarcado, el clasismo, racismo, el hiperconsumismo neoliberal y la modernidad líquida, entre otros problemas estructurales.

PATOLOGÍAS ESTRUCTURALES

¿La pobreza genera psicopatología?

Existe una gran cantidad de investigaciones que vinculan el malestar individual con las condiciones socioeconómicas. Santiago, Wadsworth & Stump (2011) muestran que hay una co-relación cercana entre problemas estructurales y síntomas psicológicos. Estos señalan que la pobreza genera "daño psicológico": estrés, depresión, problemas psicosomáticos, negligencia parental, abuso de alcohol y drogas, maltrato parental y de pareja, inestabilidad conyugal, carencias parentales, etcétera. Belle (1982) al respecto menciona que las "mujeres amas de casa que viven en pobreza [...] y tienen a su cargo y responsabilidad el cuidado de niños pequeños son propensas a tener desesperanza y depresión" (p. 38). Brannon y Feit (2001) coinciden con los anteriores

al señalar que los contextos de mayor influencia que interfieren con la salud de las personas son los económicos, sociales, políticos y culturales.

Ante este escenario de pobreza estructural, Barnes (1998) señala que “los efectos de la inequidad estructural creada por la pobreza deben de ser reconocidos y trabajados en el contexto clínico por quien trabaja con familias” (p. 64). Delage (2010) propone el concepto de “nicho ecológico” que son varios niveles de contextualización que interactúan entre sí, con el fin de explorar y conocer los factores de riesgo y los factores de protección de las personas y sus familias. Esto conduce a reconocer factores de vulnerabilidad y de resiliencia de las personas.

Desde la terapia familiar sistémica, Minuchin, Colapinto y Minuchin (2000) reconocen que las familias en condiciones vulnerables sin un apoyo estructural, aunque reciban psicoterapia para contener sus múltiples malestares –alcoholismo, maltrato, depresión, etcétera–, están destinadas no sólo a la pobreza, sino también a vivir recurrentemente la sintomatología psicológica. Añaden, desde el contexto estadounidense, que el problema se extiende a unos servicios asistenciales fragmentados y a una ideología individualista conservadora que enfoca el problema en las propias familias, sin ver más allá del contexto donde viven:

...cuando se culpa a las familias por su pobreza o su conducta social, suele ocurrir [también] que se les culpe por los problemas del paciente identificado [...] un análisis tan tendencioso no toma en cuenta lo que el sistema ha aplastado, quien debe de estar disponible [...] para crear un contexto más protector. (p. 44)

Se concluye críticamente que la exclusión estructural en todas sus formas –económica, educativa, laboral, salud, política, legal, etcétera– conlleva en su propia naturaleza un quiebre duradero de los lazos que unen a los sujetos con su familia y la comunidad a la que pertenecen, con ello los síntomas personales se hacen presentes para “resistirse” frente al maltrato.

¿Los factores culturales pueden interferir en la salud psicológica?

La estructura también se representa en la cultura, y ésta se muestra en la vida cotidiana, mediante prácticas simbólicas tácticas que una comunidad o familia asume. La cultura proporciona identidad a sus miembros y pertenencia grupal diferenciada. La cultura contiene creencias que organizan a la familia, no son sistemas diferenciados, sino integrados a la crianza, las relaciones conyugales y parentales. Es por ello que esta dimensión estructural es más difícil de reconocer y desarraigar en el proceso terapéutico. Al respecto Barnes (1998) menciona que el trabajo del terapeuta es entender el significado que genera cada familia desde su contextualización cultural. El sentido cultural puede justificar el uso del poder mediante la violencia, por ejemplo, controlar excesivamente a un adolescente o golpear a una mujer argumentado cuidado y amor. Es por ello que los terapeutas tienen que estar alerta de esta construcción cultural del sentido, los significados culturales se tienen que explicitar y cuestionar como un problema colectivo y no individual.

Es por ello que la función de la psicoterapia es traer a la conversión los sentidos o simbolismos que se ocultan en la esfera privada, en donde el propio terapeuta y la familia están envueltos. En otras palabras, hacer conciencia de los sistemas de los sistemas. Esto generará un involucramiento de todos en la negociación abierta de estos sentidos culturales ocultos y tácitos que interfieren en el bienestar familiar.

Clasificación de patologías estructurales

En base a la recurrencia del malestar que se observa en el espacio clínico, se propone clasificar cuatro patologías culturales estructurales: el patriarcado, el clasismo, el racismo y el hiperconsumismo neoliberal. (Brown, 2021)

Cabe aclarar que esta categorización es una provocación metodológica que invita a hacer explícitos los imaginarios culturales que se manifiestan en la cotidianidad familiar o de grupo y, con ello, desarraigar o exorcizar del individuo las psicopatologías, para situar el malestar personal en el contexto de su producción. Por otra parte, no intenta poner un corsé rígido, es desde otra posición donde se puede explorar el contenido simbólico estructural de las relaciones familiares, es decir, la patología estructural se muestra en la forma de vida y los juegos del lenguaje que practica la familia y la comunidad. También los grupos pueden tener características mixtas, aunque existen algunos factores definitorios que imponen las reglas de la relación y sus consecuentes patrones.

La patología patriarcal

La patología patriarcal es aquella que da prioridad a las necesidades de los varones sobre las de la mujer u otro género; giran en torno al concepto de propiedad privada, por ello las relaciones se entienden como posesión sobre el otro; la mujer y los hijos e hijas se convierten en objetos de pertenencia, y por tanto de manipulación y control. Asume que los roles y la heterosexualidad son “naturales” o “divinos”. La familia se constituye desde el romanticismo y la religión tradicional, porque parten del principio de que el amor y matrimonio son para toda la vida. Se defiende la unión familiar a pesar del maltrato, y genera pautas basadas en la hipocresía; hablan de amor y excluyen o maltratan a aquellos que no cumplen con las expectativas de la familia nuclear heterosexual; por ejemplo, una hija que se divorcia o un hijo homosexual son una desgracia y una deshonra para la propia familia por lo que son excluidos o maltratados sistemáticamente. Promueven abiertamente la cultura del odio contra la diversidad de género y familiar, su sello más distintivo es el feminicidio.

La patología clasista

En la patología clasista los valores giran en torno al estatus, el linaje de la familia y la posición económica familiar, por lo que el apellido tiene una relevancia fundamental. La pareja está junta principalmente por el estatus y no por amor. La lealtad a los valores de clase son prioridad y definen las reglas de la relación familiar. Es por ello que en la crianza priorizan el ascenso en la escala social sobre el acompañamiento emocional. Y, por otra parte, la familia de origen interfiere en la diferenciación y autonomía de los hijos e hijas, generan un cerco emocional y

material impenetrable difícil de evadir. Si un hijo no cumple con las expectativas familiares es maltratado o excluido. Si una hija se casa con una persona que no sea de misma red familiar, élite o clase social será expulsada de la familia. Es decir, la familia consanguínea tiene prioridad de lealtad y confianza (Boszormenyi-Nagy y Spark, 2000), por encima de la familia política y, el estatus es el valor desde donde se rigen las reglas de la relación y la vincularidad.

La patología racista

La patología racista hace referencia a los prejuicios de origen racial. El color de la piel y los rasgos faciales tiene un enorme poder para establecer vínculos. De manera similar que el clasismo, sienten que son seres superiores por lo que exigen privilegios especiales, es por ello que generan un cerco divisorio ante otros grupos. Son grupos autoritarios y rígidos, violentos ante aquellos que no son de su mismo color de piel. No es importante la educación, el dinero, ni valores de respeto: la piel y los rasgos eclipsan cualquier otra cualidad de la persona. Al igual que la patología patriarcal, también promueven abiertamente la cultura del odio, en este caso sobre aquellos que no son de su misma raza. Nunca podrán entrar al círculo íntimo de la familia personas distintas, y si algún miembro de la familia se casa con una persona de raza afro, latina, asiática u otra diferente que no tenga rasgos europeos serán excluidos o maltratados. Si algún hijo o hija nace con color de piel que no sea blanca será estigmatizada, y vivirá rechazo y exclusión recurrente dentro de la familia y la comunidad.

La patología hiperconsumista

La patología hiperconsumista gira en torno a la “adquisición, compra y/o acumulación de bienes y servicios no básicos, más allá de las necesidades reales de una persona o grupo. El consumismo contemporáneo es un sistema que construye necesidades banales, que se perciben por la gente como esenciales, generando acumulación y con ello alimentando el mercado. En el plano psicosocial, las personas acumulan “cosas” como trofeos a presumir: propiedades, ropa, accesorios, automóviles, joyas, tecnología y nuevas experiencias emocionales. A diferencia de los grupos clasistas, la gran mayoría de este tipo de personas son de clase media baja, por lo que se endeudan para vender hacia fuera una imagen ficticia. Creen que las marcas de los productos les proporcionan estatus. Tienen una falsa consciencia de clase y descalifican a los que no se muestran bien vestidos y con buena imagen corporal. De igual manera que el racismo, la educación, la literatura y el arte no son prioridad. Son un tipo de personas analfabetas esclavas del *marketing*. Se presentan ante las redes fingiendo felicidad. Sus necesidades son de tipo material. La orfandad emocional de éstos se compensa con objetos del mercado que están a la moda. Junto con la ideología individualista, esta patología estructural es la creación perfecta del neoliberalismo.

Al respecto Lipovetsky (2006) señala que los padres de clase media en la actualidad están atentos en todo momento de que sus hijos e hijas sean felices. Para ello, se han dedicado a cubrir, como nunca, las necesidades insaciadas de los hijos e hijas desde la lógica del consumo, con el fin de tenerlos en una constante

felicidad, y evitar a toda costa que experimenten frustraciones. Otro fenómeno de la crianza vinculada con el consumo para evitar la frustración en sus críos, es el hiper-reconocimiento en los niños y niñas: por ejemplo, en un cumpleaños no basta sólo un pastel para celebrar, se festeja varias veces, en la familia, con los amigos, en la escuela, etcétera. Y los niños y niñas esperan múltiples regalos, pues si sólo se festeja una vez generaría un conflicto familiar. Incluso también se le regala a los hermanos y hermanas si hubiese, y porque no a los invitados también, para evitar frustraciones innecesarias y posibles traumas detonadores de enfermedades mentales en el futuro. El consumo es la premisa que rige esa satisfacción emocional, a la que se le asume como un estado perenne y no efímero. Los resultados, toda una generación que no tolera la frustración, y cuando esto sucede se rebelan contra sus progenitores, mediante lo que hoy se denomina “maltrato filio parental”.

De la patología estructural a identidades a modo

Cabe agregar que estas patologías tienen un vínculo directo con la familia tradicional heterosexual y el modo de producción neoliberal, donde se defiende la libertad y la felicidad individual desde las premisas del mercado y la lealtad a la familia; esto ha generado identidades a modo dictado desde la patología estructural. Medina (2019) al respecto, menciona que en estas formas culturales emergen dos tipos de identidades. Por una parte, el “sí mismo farsante” que se rige desde la moral hipócrita. Este se muestra con una narrativa basada en el fingimiento de cualidades o sentimientos contrarios a los que verdaderamente se tienen o experimentan, envía dobles mensajes, constituyendo un marco social basado en la mentira, la simulación, el abuso y el maltrato, evadiendo la responsabilidad y las consecuencias de sus actos justificando una lealtad ciega a los mandatos de sus creencias culturales.

Por otro lado, como parte del mismo escenario relacional, donde es necesaria la contraparte para que sea posible su existencia, emerge el “sí mismo autocompasivo”. Este experimenta sentimientos de pena hacia uno mismo. Se concibe como víctima y se resigna a las situaciones de maltrato. Otorgando el poder de su bienestar a una entidad exterior: otras personas o un pensamiento mágico.

En este contexto neoliberal, en la actualidad, aparece también el sí mismo “líquido”, que se alimenta de reconocimiento ficticios y someros, atribuyendo el malestar a un estilo de vida entorno al consumo, presa del mercado y su felicidad efímera acorde al hiperconsumo desechable, transfiriendo está lógica a las relaciones emocionales, a los *likes* de las redes sociales.

Estas identidades producto de las patologías estructurales comparten la cualidad de que son acrílicas hacia sí mismos, porque están regidos desde premisas de verdad.

No es sencillo incorporar en el diálogo clínico los aspectos estructurales: pobreza y mitologías culturales, sobre todo si queremos que tengan efectos positivos liberadores terapéuticos, es por ello que esta tipificación estructural es utilizada como metáfora guía, con el fin de reconocer el malestar individual como un problema colectivo. Los resultados clínicos revelan que tener una consciencia inter-sistémica empodera a la persona ante su malestar. No lo revictimiza, provoca indignación colectiva que

permite iniciar el diálogo familiar desde otra posición, generando premisas diferentes al individualismo afectivo.

LA PROPUESTA CLÍNICA DE LA TERAPIA FAMILIAR CRÍTICA DE TERCER ORDEN

A continuación, se expone brevemente el modelo clínico de la terapia familiar de tercer orden.

El poder y las emociones: las fuerzas implícitas y explícitas del comportamiento humano

La terapia familiar de tercer orden expande el concepto de poder y las emociones más allá de los límites del individuo y la familia para explorar su naturaleza socio-cultural. Para la terapia familiar crítica de tercer orden, el poder y las emociones son sustantivos porque posibilitará, metodológicamente, reconocer las fuerzas que están implícitas en el comportamiento humano, ya sea para restringir su libertad o para alcanzarla.

Para Bourdieu (2006) “el poder siempre tiene una dimensión simbólica”. Es decir, todo acto de poder, aunque se muestre explícito como una imposición, e incluso que se perciba como injusto por la persona o sociedad, perdurará porque está revestido de simbolismo y emocionalidad. Al respecto Chevallier y Chauviré (2011) mencionan que “La pura imposición de una relación de fuerza se acompaña y se justifica siempre con una relación de sentido” (p.142). En otras palabras, el poder impositivo se legitima socialmente desde el reconocimiento tácito y explícito por toda una comunidad, y ahí es precisamente donde se muestra la dimensión estructural del malestar individual. Desde el trabajo clínico es necesario visibilizar la red de complicidades organizada y que imponen su simbolismo, es decir explorar ¿a qué o a quién le otorgan poder los y las consultantes sobre sus vidas y el malestar? Y, ¿cuáles son las tácticas socioemocionales que utilizan para ejercer el control?

Por ejemplo, una madre que “educa” a su hija adolescente en la forma de vestir. En una escena cotidiana, la hija sale de su recámara lista para salir con sus amigas, la madre expresa un gesto de desaprobación hacia su hija por el vestido corto que trae puesto. Este simple gesto de control está impregnado de un simbolismo tácito: no provocar un posible abuso en la calle. Si la chica se resiste al control, se le recordará las premisas con el fin de que comprenda el sentido de la desaprobación a su vestimenta. En este caso, la dominante, la madre, se reconoce como tal sobre su hija, quien a la vez otros la legitiman. La madre es reconocida como “una buena madre” por su red familiar y social, como una que cuida y acompaña a su hija. Y la hija, finalmente, participará del orden prestablecido, a quien se le reconocerá como “buena” hija. La madre es un actor del patriarcado y utiliza no solo el simbolismo machista, también la emocionalidad como táctica de sometimiento.

En el escenario familiar casi siempre el poder se reviste de emocionalidad para someter con mayor fuerza. Ante ello se muestra la dimensión social del poder y las emociones. Se da por lo regular tácita y acriticamente mediante una red de reconocimientos y complicidades que están impregnados de una cultura que va-

lida y le da sentido al poder, en este caso del patriarcado.

A este fenómeno Bourdieu (2006) le denomina la *doxa*: ...conjunto de creencias, asociadas al orden de las cosas característico de un universo social dado, que se impone, de manera prerreflexiva y, por lo tanto, indiscutidas, como evidentes e inevitables [...] es una adhesión acrítica a los presupuestos [culturales]... todos están de acuerdo y no se habla de ello... [es un tipo] de fe práctica. (Chevallier y Chauviré, 2011, pp. 69-79).

Para explorar el poder simbólico que se ejerce en la familia es necesario indagar en las voces que tienen más poder emocional en relación con el síntoma y motivo de consulta. Así por ejemplo la madre de la chica, quien ejerce el control en su hija sobre la forma de vestir está mediada por una emocionalidad que impregna de poder el sentido de sus acciones, por una parte, la hija busca la validación de su madre, y por otra parte, la madre está arropada por un grupo de personas, probablemente sus padres, de quien busca también a la vez el reconocimiento de estos como “buena madre”. Todos son cómplices de la patología patriarcal, se asume y se practica siendo la madre un súbito de la autoridad, de la patología patriarcal.

Esto nos conduce a la dimensión política de las emociones. Al respecto Ahmed (2012) afirma que la autoridad utiliza a las emociones como forma de control y sometimiento. Desde ciertos valores usan a las emociones para moldear cuerpos y grupos, acallan a algunos y dan voz a otros. Por ello argumenta que éstas son un recurso político para mantener el orden y, por ende, la reproducción social. Advierte, por ejemplo, que inducir vergüenza, culpa o miedo, tiene el objetivo de evitar el conflicto, silenciar cuerpos y, finalmente, privatizar problemas que se hacen pasar por “psíquicos”, cuando en realidad son sociales y culturales. Es en esta especie de ocultamiento de la injusticia donde se encuentra el uso de lo emocional. Ante esto la terapia familiar de tercer orden se enfoca en visibilizar el contenido estructural de la emoción y el poder que practica en su cotidianidad la misma familia y conduce al malestar personal.

La resistencia y el amor indignado: como recursos para iniciar el cambio terapéutico

La psicoterapia que se propone aquí, parte del principio de que todas las personas son dignas, sean éstas un abusador, un maltratador, un hipócrita, un chantajista, un autoritario o una víctima. Su condición es inapelable, aunque su conducta pueda ser inapropiada. Desde este enfoque se trata al consultante como persona, y no como un depositario de una etiqueta, síntoma o conducta atípica. Esta posición del terapeuta permitirá un diálogo terapéutico abierto, sin prejuicios, y desde ahí es donde la alianza terapéutica se constituye. Es en el contexto clínico donde se inicia la indignación para restaurar el diálogo solidario. Después de visibilizar el maltrato estructural mediante el poder simbólico y las tácticas emocionales de sometimiento que practica la red familiar y comunitaria, se apela en el trabajo clínico al amor indignado. Reconocer mutuamente que se encuentran todos atrapados y sufriendo, permite el acercamiento emocional, validando, también al otro como persona digna. Esta consciencia sistémica y sentimiento compartido abre la oportunidad de dialogar de nuevo, para reagruparse juntos ante el maltrato estructural. Se trata de pasar de la tristeza, el miedo, la deses-

peración, la rabia, el dolor, las peleas, reclamos, las quejas, maltratos y el deseo de venganza –como síntomas– a la solidaridad, el respeto y amor por el otro y por sí mismo y, con ello, pasar juntos a la resistencia.

Por ejemplo, la hija adolescente puede resistirse al control excesivo de la madre mediante un síntoma, esta rebeldía a la autoridad se interpreta como una resistencia a la patología patriarcal que se representa con ciertos actores y tácticas. El trabajo clínico inicia con la descripción del síntoma -motivo de consulta-, reconocer la puntuación relacional de la pauta de control -entre la madre y la hija-, seguido del sentido que le otorga la madre y la hija a dicha pauta -en esta etapa el sentido que le otorga la hija no es escuchado ni validado, está eclipsado por la versión patriarcal-, a continuación visibilizar los actores que comparten el sentido del control, ampliar la pauta relacional con dichos actores -familia de origen de la madre, su pareja, amistades, etc.-. Reconocer las tácticas emocionales y el sentido cultural de la pauta relacional del control como un problema colectivo donde todos están atrapados, hacer conciencia lo que los llevó a perder el diálogo y generar la pauta de maltrato. Escuchar de nuevo la necesidad de la hija. Indignarse, reconocerse como parte del problema para volver a mirarse y dialogar.

“El amor indignado” es una categoría emocional-política que estimula el diálogo solidario entre los miembros de la familia, con la finalidad de recuperar la reflexión crítica para enfrentar juntos las vicisitudes los retos estructurales de injusticia y aquellos que se autoimponen y experimentan juntos, y así lograr una reinención en su subjetividad familiar. (Medina, 2022)

EL DIÁLOGO CRÍTICO Y SOLIDARIO

El diálogo

Desde esta perspectiva, el diálogo es el objeto de estudio y el recurso para el cambio. Se considera de naturaleza transversal porque penetra toda la actividad psicológica desde una dimensión social, territorial, política, cultural, etc. Es decir, no es un acto puramente lingüístico; es, sobre todo, una matriz donde está inserto el poder, la emocionalidad, los géneros, la etnia, los sentidos, la corporalidad, las biografías de los que dialogan, su imaginación, ilusiones y esperanzas (Gardner, 1993, citado por Bubnova, 2006). En otras palabras, el diálogo muestra la interseccionalidad de las personas (Bajtín, 1979). Trasciende las pautas circulares para convertirse en actos complejos con contenidos simbólicos inter-sistémicos, de tercer orden.

Es por ello que el diálogo se convierte en el eje metodológico clínico, porque, por una parte, contextualiza y visibiliza los atenuantes estructurales que los han hecho maltratarse. Y por otra, permitirá el reencuentro familiar y comunitario, desde donde se reconocerán como personas dignas.

El diálogo solidario

Para que el diálogo tenga potencia reparadora es necesario que sea solidario. Bauman (2016) distingue entre tolerancia y solidaridad. La primera permite que el otro sea quien es. Pero

la segunda también presta atención a las necesidades especiales de diferentes personas. La solidaridad es un acto colectivo, nunca individual. En ese sentido, Martín-Baró (1995,1998) señala que la solidaridad sería un comportamiento prosocial cuya especificidad radica en que contribuye a la justicia social y a la responsabilidad colectiva.

Uno de los propósitos de “la terapia crítica de tercer orden” es trabajar a favor de que se reestablezca el diálogo solidario entre los miembros de la familia, y una vez hecho, ellos mismos reconocerán las necesidades legítimas de cada miembro y desde el cuidado y respeto generarán los recursos para salir adelante.

El diálogo crítico

Desde la perspectiva que defendemos aquí, para que el diálogo tenga el componente reflexivo y posibilite innovación y cambio, debe ser crítico. Es decir, la posición crítica ante sí mismo y los demás, implica una metamirada epistémica, donde somos objeto de análisis y evaluación. Esto conduce a romper, por una parte, con las verdades absolutas, y por otra con los narcisismos, la hipocresía, el victimismo, el egoísmo y el auto engaño para dejar a un lado el sí mismo farsante, autocompasivo o líquido (Medina, 2019). Dialogar solidariamente desde una posición crítica implica poner en duda aquello que nos había esclavizado y abre la posibilidad de reconocer otras perspectivas. Es decir, ser críticos con uno mismo y con los miembros de la familia permite no dar por sentado nada, y con ello repensar constantemente las creencias y reglas que ellos mismos se imponen, se constituye la cultura del cuidado y consenso como forma de vida. Y genera la posibilidad de que la nutrición mutua emocional y la unión sea la prioridad ante la diversidad de dilemas y retos.

Un diálogo solidario crítico es el que se indigna ante la injusticia, el maltrato, la exclusión, y las diversas creencias y tácticas que, sin saberlo, participan activamente, y que han fragmentado o dividido a la familia y, con ello, a la identidad, tal como lo advirtió Laing (1992).

En el caso de la madre y su hija, después de hacer conciencia estructural de su desencuentro y mirarse mutuamente como parte del problema para indignarse, se invita a dialogar entre los miembros de la familia desde la premisa de que solo juntos van a resolver el problema desde una escucha honesta mutua, para ello es necesario reconocer críticamente las necesidades del otro en relación a las propias, con el fin de proponer nuevos principios y valores familiares que repiensen las reglas de la relación de cuidado y respeto.

La honestidad crítica para una psicoterapia personal profunda de tercer orden

Después de visualizar y hacer conciencia de los sistemas de los sistemas -patología estructural- en el comportamiento cotidiano y la pauta relacional -complicidad sistémica organizada-, que ha interferido con su bienestar y los llevó a dividirse y maltratarse, la psicoterapia tiene que enfrentar a los consultantes, invitándolos a un diálogo honesto y crítico consigo mismos. Hacer visible las tácticas de auto engaño que ejerce hacia sí mismo y que genera recurrentes decepciones con los otros y consigo mismo.

El auto engaño

El auto engaño es uno de los fenómenos psicológicos más comunes que tiene su origen en las mitologías culturales, como el romanticismo, la familia nuclear heterosexual patriarcal como único modelo que garantiza bienestar, la búsqueda de la felicidad mediante el consumo y el éxito desde un individualismo afectivo, etc. El auto engaño es una narrativa que intenta constantemente burlar, las experiencias, las intuiciones y los sentimientos más intensos de autocuidado y protección para ceder a las expectativas estructurales.

Por ejemplo, el auto engaño en relación con la conyugalidad, la maternidad y parentalidad es muy común en la cultura patriarcal, y está guiada sigilosa e inconscientemente por las expectativas estructurales que operan desde la red de pertenencia.

El caso de la madre y su hija, la madre, aunque tenga la intuición o sensación de que probablemente está invadiendo el espacio psicosocial de su hija, se repite y convence a sí misma que al final es lo mejor para su hija, una voz interior que está armonizada con la red de complicidades del patriarcado al que ella pertenece. Siendo el control y los amagues emocionales las únicas tácticas a la que recurre cuando su hija se resiste. El autoengaño apacigua por el momento sus sensación y conciencia de que está maltratando a su hija, y es una narrativa que no permite la negociación y la duda.

La identidad y la honestidad crítica: hacia la maduración personal

Cabe mencionar que la identidad, aunque es un campo de auto reconocimiento relativamente estable e inflexible, no es algo estructurado definitivamente, tampoco es una realidad acabada que responde de forma acrítica a ciertas pautas circulares, predeterminadas o lineales. La identidad es una relación continua con uno mismo y con los demás, es un proceso que siempre está abierto a la negociación, consenso, acuerdos y hacia la revisión constante.

La honestidad crítica implica conversar con plena consciencia, hacia uno mismo en relación con los demás. Por lo que es necesario invocarla para hacer un trabajo clínico a profundidad. Profundizar en la reflexión del sí mismo desde la honestidad crítica es un proceso doloroso, porque contrasta con lo que se quiere ser y lo que otros esperan. El trabajo se enfoca en diferenciarse, desde una aproximación emocional con la familia de origen, la red social y las propias necesidades (Whitaker, 1991). Honrar y hacer que se honren las necesidades de respeto y amor como campo protector y camino a la maduración relacional (Laso, 2015, 2018). Mostrarse transparente y honesta consigo misma y con los demás (Satir, 1988). Y con ello emprender la exploración de otras formas de ser (Foucault, 1991), para desde ahí, coincidir con aquellos que la hagan sentir tranquila y aceptada.

La honestidad crítica conduce a rebelarse hacia uno mismo. Mostrar lo que somos, ahí es donde se puede ver la influencia estructural de la existencia y aquellos intermediarios del poder que nos recuerdan, todos los días, cómo deberíamos ser, no salirnos del guion o de los mandatos y valores estructurales: la familia patriarcal, la clase social, el éxito y el sentido de la

vida en torno al consumo, etcétera. Reconocer dichos valores y necesidades personales de naturaleza estructural, es el camino para explorar genuinamente desde una posición honesta auto-crítica otras formas de ser que permitan la convivencia y, con ello, generar un profundo y liberador cambio terapéutico. Éste sería el objetivo último de una terapia crítica de tercer orden.

El caso de la madre y su hija, en esta etapa del proceso terapéutico, donde se ha hecho consciencia de los sistemas de sistemas que interfirieron en la relación familiar, y dialogaron para crear nuevos principios de cuidado, el trabajo clínico personal-individual tendrá efectos profundos, en particular con los actores cómplices del maltrato, en particular la madre, el padre y la hija, permitirá la posibilidad de la reinención de la identidad y su empoderamiento ante los diversos escenarios sociales.

CONCLUSIONES

Como conclusiones, el pensamiento de tercer orden conduce obligatoriamente a hacer una reflexión crítica, por una parte, de la psicopatología y el diagnóstico tradicional; y por otra, el papel que juegan las psicoterapias, los y las terapeutas en la sociedad.

1. Repensando la psicopatología y el diagnóstico.

Se pone en duda las tipologías explicativas tradicionales de la psicopatología que reducen la explicación en descripciones bio-comportamentales individuales desde una epistemología representacionista y de verdad.

El diagnóstico como verdad incuestionable, rompe con el diálogo y conduce a la aniquilación del poder en el consultante y su familia. Al respecto Bateson (1991) explica que cuando las palabras se convierten en etiqueta inactivan a la persona para enfrentar su “enfermedad”, y con ello a todo su contexto de referencia, nombrándolo como “efecto dormitivo”. Por otra parte, los diagnósticos cerrados producen estigmatización social. Al respecto el sociólogo Goffman (1995) estudió los efectos del “estigma”, como escenario que conduce a la exclusión y por tanto a un tipo de profecía autocumplidora que confirma a la enfermedad y al enfermo.

Con ello se dice que la psicopatología, además de la función de nombrar o referir a una posible realidad, poseen el poder de organizar escenarios sociales pragmáticos en torno a dicha etiqueta. El efecto de construcción de la realidad surge en esta organización en el uso del lenguaje: ambos aspectos –el lenguaje y lo social– son condición para que se pueda generar una realidad objetiva en el mundo de lo psicológico. Es decir, el diagnóstico al ser interactivo produce “marcos sociales organizados activos” (Shotter, 1989): en la familia, los amigos, la comunidad, los expertos, instituciones, etcétera, que afectan a la identidad (Harré, 1989) y también a la biología de la persona (Luria, 1995; Cyrulnik, 2016).

Por lo tanto, aquí se redefine la psicopatología y el diagnóstico como organizadores activos de realidades. Por una parte, la psicopatología como una resistencia o rebeldía individual a los inter-contextos que generan exclusión y maltrato. En particular se reconocer el papel activo de la estructura en los estilos de vida familiar que conducen al rompimiento del diálogo familiar

y comunitario y con ello a la aparición de pautas de maltrato y exclusión, que impactan en el cuerpo y la psique y lo expresan mediante la sintomatología.

Por otra parte, el diagnóstico, no como etiquetas que representen la realidad universal y ahistórica, sino como simples conjeturas provisionales que son contrastadas con la vivencia familiar, y a la vez organizan contextos, coordinadores de narrativas y prácticas sociales donde se va tejiendo un tipo de realidad, que facilita la interacción, enriquece las narrativas, abre el diálogo (Seikkula y Olson, 2003), visualiza los recursos personales y culturales de la familia, por lo que el diagnóstico es un medio para ampliar perspectivas.

El consultante 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 con el problema que vive y sufre. Por tanto, es posible argumentar que el diagnóstico desde la terapia familiar crítica de tercer orden son conjeturas que generan contextos sociales activos, y es por ello que se convierten en un gran recurso psicoterapéutico.

2. Repensando la psicoterapia y a los profesionales de la salud

El pensamiento de tercer orden obliga a repensar a las psicoterapias y el rol de los y las terapeutas, para preguntarse: ¿para qué y para quién la psicoterapia?; ¿cuáles son los fines de nuestro trabajo como profesionales de la salud desde la contextualización donde participamos?

Por lo regular, los que trabajan en los servicios de salud pública expresan que están atrapados, ante un modelo burocrático en el que no les interesa las personas, solo las etiquetas y los números, sin tiempo para explorar a profundidad el malestar y no se permite invocar a la red de apoyo del consultante. Señalan que se han convertido en expertos desconfirmadores, lo que se conoce como maltrato institucional, aniquilando el diálogo, el alma y la esperanza de sus usuarios. Este es un panorama común global, por lo que el reto es grande.

En definitiva, el pensamiento de tercer orden reconceptualiza las psicoterapias como un trabajo psicosocial, político y ético. La terapia se convierte así en un paradigma del espacio de la relación del paciente con su mundo. La consciencia de tercer orden es reconocer lo individual con la estructura social, para producir actos de rebeldía, en que el consultante se convierte en un actor, que tendrá que enfrentar a los sistemas de los sistemas desde su micro-mundo, para recuperar su bienestar. Se trata de romper con la cadena causal de los apegos y los hábitos, del determinismo del pasado, en otras palabras, del individualismo afectivo, para sentir la experiencia, expandir la atención hacia la imaginación y otras posibilidades no visibles.

Al respecto, Parker (1999) señala que una psicoterapia crítica es un “lugar para la reflexión, la resistencia y creación de agencia para la transformación” (p. 1). Manrique (1994), por su parte, menciona que una psicoterapia crítica tiene que tender hacia el diseño de un espacio liso donde se pueda pensar lo impensable, decir lo indecible, y practicar lo impracticable.

Ambos contextos críticos -la psicoterapia en sí y el proceso terapéutico- conducen a reflexionar sobre el papel ético del psicoterapeuta. Al respecto Morales y Gálvez (2012) señalan que “el terapeuta debe de atender el impacto ético de su ejercicio

en la mirada del otro y la consecuencia práctica de sí mismo que reproduce o transforma en su accionar”. (p.50) El papel del terapeuta “no se reduce solo a un facilitador de conversaciones, sino en aquel que contribuye a que este otro se enfrente consigo mismo y con su moralidad, mientras hace lo propio en el ejercicio de hacer psicoterapia”. (Morales y Gálvez, 2012, p.51)

ORCID

Raúl Medina-Centeno: <http://orcid.org/0000-0002-9277-5561>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Raúl Medina-Centeno: Conceptualización, investigación, recursos, escritura-borrador original, redacción: revisión y edición, visualización.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Este estudio no contó con una fuente de financiamiento.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores expresan que no hubo conflictos de intereses al recoger los datos, analizar la información ni redactar el manuscrito.

AGRADECIMIENTOS

No aplica

PROCESO DE REVISIÓN

Este estudio ha sido revisado por tres revisores externos en modalidad de doble ciego (Rosa de los Angeles Ayala Sánchez, Ana Ramírez Granados y un revisor adicional). El editor encargado fue [David Villarreal-Zegarza](#). El proceso de revisión se encuentra como material suplementario 1.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

No aplica.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

El autor es responsable de todas las afirmaciones realizadas en este artículo.

REFERENCIAS

- Ahmed, S. (2012). *La política cultural de las emociones*. México: Libros UNAM.
- Bajtín, M. (1979). *Estética de la creación verbal*. Traducción Tatiana Bubnova, México: Siglo XXI.
- Barnes, G. G. (1998). *Family Therapy in changing times*. London: Macmillan Press LTD.
- Bateson, G. (1991). *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la comprensión del hombre*. Buenos Aires: Planeta-Carlos Lohle.
- Bauman, Z. (2016). *Vida Líquida*. México: Paidós.
- Belle, D. (1982). *Lives in stress: women and depression*. Beverly Hills. CA: Sage Publication.
- Boszormenyi-Nagy, I & Spark, G.M. (2000). *Lealtades invisibles*. Buenos Aires: Amorrotu.
- Bourdieu, P. (2006). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Brannon, L. & Feit, J. (2001). *Psicología de la salud*. México: Paraninfo Thomson Learning.
- Brown, W. (2021). *En las ruinas del neoliberalismo. El ascenso de las políticas antidemocráticas en Occidente*. Madrid: Traficantes de sueños, futuro anterior y tinta limón.
- Bubnova, T. (2006). Voz, sentido y diálogo en Bajtín. *Acta poética*, 27(1), 97-114. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pi-

- d=S0185-30822006000100006&lng=es&tlng=es
- Cyrulnik, B. (2016). ¿Por qué la resiliencia?, en B. Cyrulnik y M. Anaut, *¿Por qué la resiliencia? Lo que nos permite reanudar la vida* (pp.13-28). Barcelona: Gedisa.
- Chevallier, S. & Chauviré, C. (2011). *Diccionario Bourdieu*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Delage, M. (2010). *La resiliencia familiar, el nicho familiar y la superación de las heridas*. Barcelona: Gedisa
- Foucault, M. (1991). *El sujeto y el poder*. Bogotá: Ediciones Carpe Diem.
- Goffman, E. (1995). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- 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*. Barcelona: Sandi.
- Laing, R. D. (1992). *El yo dividido*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laso, E. (2015). Cinco Axiomas de la Emoción Humana: una Clave Emocional para la Terapia Familiar. *Revista de Psicoterapia*, 26 (100), 143-158.
- Laso, E. (2018). El amor en clave emocional. *Redes*, 37, 11-35.
- Luria, A. R. (1995). *Conciencia y lenguaje*. Madrid: Visor-Aprendizaje.
- Lipovetsky, G. (2006). *La felicidad paradójica*. Barcelona: Anagrama.
- Manrique, R. (1994). *La psicoterapia como conversación crítica*. Madrid : Libertarias/Prodhufi.
- Martín-Baró, I. (1995). *Acción e ideología*. San Salvador: UCA.
- Martín-Baró, I. (1998). *Psicología de la liberación*. España: Editorial Trotta.
- McDowel, T., Knudson-Martin, C. & Bermudez, J. (2019). Third-Order Thinking in Family Therapy: Addressing Social Justice Across Family Therapy Practice. *Family Process*. 58(1), 9-22.
- Medina, R. (2019). Deconstruyendo el 'sí mismo farsante' y el 'sí mismo auto-compasivo'. Nuevos aportes de la Terapia Familiar Crítica. En Medina, R., Laso, E. & Hernández, E. *El modelo sistémico ante el malestar contemporáneo*. (págs. 29-58). Madrid: Ediciones Morata.
- Medina, R. (2022). *La terapia familiar de tercer orden. Del amor indignado al diálogo solidario*. Madrid: Morata.
- Minuchin, P., Colapinto, J. y Minuchin, S. (2000). *Pobreza, institución y familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Morales, R. y Gálvez, F. (2012) Ética de la responsabilidad en psicoterapia desde una aproximación posmoderna. En M. Bianciardi y F. Gálvez. *Psicoterapia como ética*. (pp. 35-57). Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Organización Mundial de la Salud OMS. Tiempo digital. (2019). *Las injusticias sociales son una Fuente de trastornos mentales, advierte la ONU*. Recuperado de <https://tiempo.hn/las-injusticias-sociales-son-una-fuente-de-trastornos-mentales/>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2020). *Diagnóstico epidemiológico*. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_cap3.pdf
- Parker, I. (1999). *Deconstructing psychotherapy*. London: SAGE
- Santiago, C., Wadsworth, M. & Stump, J. (2011). Socioeconomic status, neighborhood disadvantage, and poverty-related stress: prospective effects on psychological syndromes among diverse low-income families. *Journal of Economic Psychology* (32), 218–230.
- Satir, V. (1988). *En contacto íntimo, cómo relacionarse consigo mismo y con los demás*. México: Árbol Editorial.
- Seikkula, J. y 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 T. Ibáñez (ed.). *El conocimiento de la realidad social* (pp. 135-156). Barcelona: Sandai.
- Superior Health Council. (2019). *DSM (5): the use and status of diagnosis and clasification of mental health problem*. Recuperado de <https://www-health.belgium.be/en/advisory-9360dsm>
- Whitaker, C. (1991). *Danzando con la familia: una experiencia simbólica*. Barcelona: Paidós.