

CARTA DE REVISORES – RONDA 1

Revisor/a A:

Recomendación: Publicable con modificaciones

Relevancia

Alto

Novedad

Alto

Presentación y redacción

Moderado

Comentarios para los autores:

El manuscrito aporta gran valor al conocimiento actual sobre el tema que se desarrolla.

La información provista es actual y aporta gran valor al campo de la psicología clínica.

La redacción y citas están realizadas de manera correcta y siguiendo estándares necesarios para la publicación.

La introducción sitúa al lector en uno de los escenarios actuales y finalmente extiende la propuesta a desarrollarse en este trabajo.

Las conclusiones necesitan ser revisadas.

Se dejan a continuación:

A. Sugerencias que enriquecerían la presentación del trabajo. Son opcionales y por ello sujetas a la elección del autor.

B. Solicitud de revisión

Se adjunta documento, ampliando los puntos A y B.

Interacciones busca mayor transparencia en el proceso de revisión y brindar créditos a los revisores. Si los editores deciden aceptar el manuscrito, **¿desearía que su nombre figure como revisor del artículo?**

No

Revisor/a B:

Recomendación: Aceptar este envío

Relevancia

Muy alto

Novedad

Muy alto

Presentación y redacción

Alto

Comentarios para los autores:

Los envío a través del control de cambios

Interacciones busca mayor transparencia en el proceso de revisión y brindar créditos a los revisores. Si los editores deciden aceptar el manuscrito, **¿desearía que su nombre figure como revisor del artículo?**

Si, acepto colocar mi nombre como revisor

Revisor/a C:

Recomendación: Publicable con modificaciones

Relevancia

Muy alto

Novedad

Muy alto

Presentación y redacción

Muy alto

Comentarios para los autores:

1. INTRODUCCIÓN, PÁRRAFO 5, RENGLÓN 3:

Sustituir “al individuo culpable de su malestar y promueven” por “Culpable al individuo de su malestar, y promueve”

2. APRENDIZAJES Y CAMBIOS DE PRIMERO Y SEGUNDO ORDEN, PÁRRAFO 4, RENGLÓN 3:

Quitar la palabra “de”

3. APRENDIZAJES Y CAMBIOS DE PRIMERO Y SEGUNDO ORDEN, PÁRRAFO 6, RENGLÓN 3:

Sustituir “a” por “la”

4. ¿LA POBREZA GENERA PSICOPATOLOGÍA?, PÁRRAFO 2, RENGLÓN 4:

Sustituir “pareja y parental” por “parental y de pareja”

5. LOS FACTORES CULTURALES QUE INTERFIEREN EN LA SALUD, PÁRRAFO 1, RENGLÓN 10:

Separar las siguientes palabras “cuestionar como”

6. LOS FACTORES CULTURALES QUE INTERFIEREN EN LA SALUD, PÁRRAFO 4, RENGLÓN 4:

Sustituir “es una simple conjetura desde” por “es desde otra posición”

7. LA PATOLOGÍA PATRIARCAL, PÁRRAFO 1, RENGLÓN 4:

Quitar la palabra “su”

8. LA PATOLOGÍA CLASISTA, PÁRRAFO 1, RENGLÓN 3:

Cambiar la palabra “lealdad” por “lealtad”

9. LA PATOLOGÍA HIPERCONSUMISTA, PÁRRAFO 3, RENGLÓN 6:

Sustituir “la hipocresía” por “hipócrita”

10. LA PATOLOGÍA HIPERCONSUMISTA, PÁRRAFO 5, RENGLÓN 2:

Sustituir “empodera su bienestar a un” por “atribuyendo el bienestar a un”

10. LA PATOLOGÍA HIPERCONSUMISTA, PÁRRAFO 5, RENGLÓN 3:

Quitar ambos “es”

11. EL PODER Y LAS EMOCIONES: LAS FUERZAS IMPLÍCITAS Y EXPLÍCITAS DEL COMPORTAMIENTO HUMANO, PÁRRAFO 2

Se podría iniciar el párrafo con:

“Desde el trabajo clínico es necesario visibilizar la red de complicidades 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?”

Y después argumentar con lo que comenta Bordieu:

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.

12. EL PODER Y LAS EMOCIONES: LAS FUERZAS IMPLÍCITAS Y EXPLÍCITAS DEL COMPORTAMIENTO HUMANO, PÁRRAFO 6, RENGLÓN DEL 5 AL 8:

En lugar de poner el ejemplo del caso de Estela se podría poner y/o agregar un ejemplo de la adolescente.

13. EL PODER Y LAS EMOCIONES: LAS FUERZAS IMPLÍCITAS Y EXPLÍCITAS DEL COMPORTAMIENTO HUMANO, PÁRRAFO 7, RENGLÓN 3:

Sustituir la palabra “moldean” por “moldear”

14. LA RESISTENCIA Y EL AMOR INDIGNADO: COMO RECURSOS PARA INICIAR EL CAMBIO TERAPÉUTICO, PÁRRAFO 1, RENGLÓN 1:

Después de la palabra “aquí” colocar una “ , “

15. EL DIÁLOGO CRÍTICO, PÁRRAFO 1, RENGLÓN 1:

Sustituir “el diálogo para que” por “para que el diálogo”

Interacciones busca mayor transparencia en el proceso de revisión y brindar créditos a los revisores. Si los editores deciden aceptar el manuscrito, **¿desearía que su nombre figure como revisor del artículo?**

Si, acepto colocar mi nombre como revisor

CARTA DE RESPUESTA – RONDA 1

REVISOR A

El revisor A propone dos áreas a considerar para correcciones:

- a) Sugerencias
- b) Revisión

En el apartado de **sugerencias**, mencionadas a elección, no se realiza modificación alguna debido al estilo de trabajo del autor. Pero en cuanto al apartado de **revisión**, se han tomado en cuenta las siguientes sugerencias y se dejan ver en el texto, resaltado en color amarillo, lo que se ha reformulado.

Se toman en cuenta las siguientes observaciones en el apartado de revisión, dónde se sugiere que:

- 1) Que las conclusiones estén alineadas con la introducción:
 - Se reformula el párrafo uno del apartado de correcciones.
 - Se reformula el nombre del punto uno de las conclusiones. Y se condensa el punto uno y dos en un solo punto.
- 2) Que la conclusión sintetice lo vertido en el trabajo. Conjuntamente con las conclusiones del autor que de allí devienen:
 - Se reducen las conclusiones, en lugar de ser cinco, se colocan cuatro. Con el objetivo de resumir lo expuesto en el cuerpo del artículo.
- 3) Recomendaciones para la aplicación de esta propuesta:
 - Desde una visión epistemológica se hacen recomendaciones sobre donde colocar la atención cuando se hace terapia de tercer orden, por ejemplo, vincularidad, red de apoyo, reflexión crítica, identificación de escenarios sociales seguros, etc.

REVISOR B y C

En cuanto a las sugerencias ortográficas, de estilo y redacción que menciona el revisor, coloco los cambios sugeridos ya realizados, subrayados con color amarillo sobre el texto. Atendiendo las siguientes sugerencias:

1. INTRODUCCIÓN, PÁRRAFO 5, RENGLÓN 3:

Sustituir “al individuo culpable de su malestar y promueven” por “Culpable al individuo de su malestar, y promueve”

2. APRENDIZAJES Y CAMBIOS DE PRIMERO Y SEGUNDO ORDEN, PÁRRAFO 4, RENGLÓN 3:

Quitar la palabra “de”

3. APRENDIZAJES Y CAMBIOS DE PRIMERO Y SEGUNDO ORDEN, PÁRRAFO 6, RENGLÓN 3:

Sustituir “a” por “la”

4. ¿LA POBREZA GENERA PSICOPATOLOGÍA?, PÁRRAFO 2, RENGLÓN 4:

Sustituir “pareja y parental” por “parental y de pareja”

5. LOS FACTORES CULTURALES QUE INTERFIEREN EN LA SALUD, PÁRRAFO 1, RENGLÓN 10:

Separar las siguientes palabras “cuestionar como”

6. LOS FACTORES CULTURALES QUE INTERFIEREN EN LA SALUD, PÁRRAFO 4, RENGLÓN 4:
Sustituir “es una simple conjetura desde” por “es desde otra posición”

7. LA PATOLOGÍA PATRIARCAL, PÁRRAFO 1, RENGLÓN 4:
Quitar la palabra “su”

8. LA PATOLOGÍA CLASISTA, PÁRRAFO 1, RENGLÓN 3:
Cambiar la palabra “lealdad” por “lealtad”

9. LA PATOLOGÍA HIPERCONSUMISTA, PÁRRAFO 3, RENGLÓN 6:
Sustituir “la hipocresía” por “hipócrita”

10. LA PATOLOGÍA HIPERCONSUMISTA, PÁRRAFO 5, RENGLÓN 2:
Sustituir “empodera su bienestar a un” por “atribuyendo el bienestar a un”

11. LA PATOLOGÍA HIPERCONSUMISTA, PÁRRAFO 5, RENGLÓN 3:
Quitar ambos “es”

12. EL PODER Y LAS EMOCIONES: LAS FUERZAS IMPLÍCITAS Y EXPLÍCITAS DEL COMPORTAMIENTO HUMANO, PÁRRAFO 6, RENGLÓN DEL 5 AL 8:
En lugar de poner el ejemplo del caso de Estela se podría poner y/o agregar un ejemplo de la adolescente.

13. EL PODER Y LAS EMOCIONES: LAS FUERZAS IMPLÍCITAS Y EXPLÍCITAS DEL COMPORTAMIENTO HUMANO, PÁRRAFO 7, RENGLÓN 3:
Sustituir la palabra “moldean” por “moldear”

14. LA RESISTENCIA Y EL AMOR INDIGNADO: COMO RECURSOS PARA INICIAR EL CAMBIO TERAPÉUTICO, PÁRRAFO 1, RENGLÓN 1:
Después de la palabra “aquí” colocar una “ , “

15. EL DIÁLOGO CRÍTICO, PÁRRAFO 1, RENGLÓN 1:
Sustituir “el diálogo para que” por “para que el diálogo”

CARTA DE REVISORES – RONDA 2

Observaciones editoriales:

- Aceptar todos los cambios o usar control de cambios para realizar las modificaciones que crea necesaria. Considerar que en esta etapa solo se permitirán modificaciones menores en la redacción (forma, pero no fondo).
- Revise que todas las citas tengan doi. Además, revisar la cursiva de las referencias.
- Llena la DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS dentro del manuscrito. Los autores deben señalarse como van a compartir los datos con la comunidad científica, señalen en que repositorio van a subir los datos o de que manera se van a compartir los datos. Revisar la política editorial de “Política de acceso abierto a los datos” <https://revistainteracciones.com/index.php/rin/about>. Interacciones brinda la opción de subir la base de datos como un material suplementario al artículo (opción recomendada).
- Sección de agradecimiento. Señale aquellas personas que han colaborado con su trabajo pero que no cumplen con los criterios de autor. Sí no hubiera ninguna persona, por favor señale no aplica.
- Llenar la CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES dentro del manuscrito. Señalar las contribuciones de cada uno de los autores, para esto se requiere revisar la “Política de contribución de autores” de

nuestra revista (<https://revistainteracciones.com/index.php/rin/about>). Recordar que no tienen que seleccionarse todos los roles, solo los que aplican.

CARTA DE RESPUESTA – RONDA 2

Estimado David Villarreal-Zegarra,

En la última revisión del manuscrito, me dí a la tarea de hacer modificaciones, colocando y quitando información que me parece necesaria, para una mejor relevancia del artículo. Quedando de la siguiente manera:

A. Fragmentos agregados

- **ABSTRACT**

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

- **RESUMEN**

Párrafo 1, renglón 7-12: 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 androcentristas, clasistas y eurocéntricos de la teoría y práctica clínica, para convertirse en profesionales de la salud con mirada social, humana, política y ética.

- **INTRODUCCIÓN:**

- Párrafo 3, renglón1: “muchas de ellas”
- Párrafo 5, renglón 5-11: “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 debe de estar atento críticamente a explicitar los privilegios androcentristas, 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”

- **Pregunta de inicio y creencia base**

- Párrafo 2, renglón 2-8: 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.

- **¿La pobreza genera psicopatología?**

- Párrafo 1, renglón 1-2: Existe una gran cantidad de investigaciones que vinculan el malestar individual con las condiciones socioeconómicas.

- **¿Los factores culturales pueden interferir en la salud psicológica?**

- Párrafo 1, renglón 8-9: “por ejemplo, controlar excesivamente a un adolescente o golpear a una mujer argumentado cuidado y amor.”

- Párrafo 2, renglón 3-4: “En otras palabras, hacer conciencia de los sistemas de los sistemas.”
- **La patología clasista**
 - Párrafo 1, renglón 8: “élite”
- **La patología racista**
 - Párrafo 1, renglón 10: “será estigmatizada, y vivirá”
- **La patología hiperconsumista**
 - Párrafo 1, renglón 13: “estructural”
- “De la patología estructural a identidades a modo”
- **El poder y las emociones: las fuerzas implícitas y explícitas del comportamiento humano**
 - Párrafo 9, renglón 9: “practica en su cotidianidad la misma familia”.
- **La resistencia y el amor indignado: como recursos para iniciar el cambio terapéutico**
 - Párrafo 2, renglón 8-19: “Por ejemplo, la hija 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 diálogo crítico**
 - Párrafo 1, renglón 3-4: “por una parte, con las verdades absolutas”
 - Párrafo 1, renglón 6-7: “poner en duda aquello que nos había esclavizado y abre la posibilidad de reconocer otras perspectivas. Es decir”
 - Párrafo 2, renglón 3-8: “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 las 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 identidad y la honestidad crítica: hacia la maduración personal**
 - Párrafo 3, renglón 8-12: “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 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**
 - Párrafo 1, renglón 1-3: “Como conclusiones, el pensamiento de tercer orden conduce obligatoriamente a hacer una reflexión crítica sobre la psicopatología, el diagnóstico y el papel que juegan las psicoterapias y los y las terapeutas en la sociedad.”
- **Repensando la psicopatología y el diagnóstico.**

- Párrafo 1-3: “Se pone en duda las tipologías explicativas tradicionales de la psicopatología que reducen la explicación en descripciones biocomportamentales individuales desde una epistemología representacionista y de verdad. Si se utiliza el diagnóstico como una 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 con ello 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 palabra. 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 redefinimos la psicopatología y el diagnóstico como organizadores activos de realidades. Por una parte, la psicopatología es redefinida 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 todo ello, se propone repensar el diagnóstico, no como etiquetas que representan la realidad universal y ahistórica, sino como simples conjeturas provisionales que organizan contextos, coordinadores de narrativas y prácticas sociales donde se va tejiendo un tipo de realidad, que facilita la interacción, amplía las narrativas, abre el diálogo (Seikkula y Olson, 2003), visualiza los recursos personales y culturales de la familia, 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 de tercer orden son conjeturas que generan contextos sociales activos, y es por ello que se convierten en un gran recurso psicoterapéutico.

- ***Repensando la psicoterapia y a los profesionales de la salud***

- Párrafo 1-3: Ante esto, el pensamiento de tercer orden obliga a repensar a las psicoterapias y sus prácticas, para preguntarse: ¿para qué y para quien 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 sistemas de salud, expresan que están atrapados ante una política pública que no les interesa las personas, solo los números, sin tiempo para explorar a profundidad el malestar y no se permite invocar a la red de apoyo del consultante, y señalan que se han convertido, paradójicamente, en expertos desconfirmadores, en cómplices sistémicos del poder que aniquila el diálogo, el alma y la esperanza. 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, para 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/confronte consigo mismo, con su moralidad, mientras hace lo propio en el ejercicio de hacer psicoterapia”. (Morales y Gálvez, 2012, p.51).

B. Fragmentos omitidos

- **INTRODUCCIÓN**

- Párrafo 5, renglón 2-3: “desde una teoría social del poder y las emociones.”

- **Pregunta de inicio y creencia base**

- Párrafo 2, renglón 2-8: “Fue G. Bateson(1991), quien propone el pensamiento de tercer orden donde, que implica pasar la valla y tomar en serio los intercontextos del malestar o, expresado de otra forma, 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.”

- **Aprendizajes y cambios de primero y segundo orden**

- Toda la sección: “Aprendizajes y cambios de primero y segundo orden
Previo a trazar la terapia familiar de tercer orden, nos detendremos brevemente a definir el primero y segundo de esa triada. Es Bateson (1991) quien propone tres dimensiones que denomina tipos de aprendizaje, clasificándolos de primero, segundo y tercer orden. La clasificación de Bateson es tomada por Watzlawick, Weakland y Fish (1976), quienes, en una publicación emblemática, transfieren este pensamiento al campo de la psicoterapia familiar: de tipos de aprendizaje, por tipos de cambio, aunque se limitaron sólo al primero y segundo orden.

Los autores explican que el primer orden se enfoca en las pautas relacionales de los miembros de la familia que generan cierta estabilidad en la misma, a pesar de los continuos retos y problemas que se viven. El síntoma se perpetúa en el marco de un patrón de organización específico. Es un tipo de aprendizaje lineal, basado en la retroalimentación negativa que tiene la finalidad de equilibrar las desviaciones y mantener al sistema en un nivel constante de homeostasis. Por ejemplo, la depresión de un adolescente se interpreta como una retroalimentación negativa, que se organiza en una pauta relacional específica. Se indagaría sobre la relación parental y algún tipo de maltrato recurrente que estuviera sufriendo el adolescente. La terapia de primer orden se enfocaría en corregir dicha pauta, y establecer un acercamiento madre-hijo o padre-hijo. El

propósito es cambiar las pautas de maltrato con el fin de restablecer la relación, sin afectar las reglas de la estructura familiar (Watzlawick, Weakland y Fish, 1976).

El cambio de segundo orden conceptualiza al sistema familiar con una necesidad de cambio-morfogénesis; es decir, los sistemas tienden a la evolución, no al equilibrio. Es la capacidad de un sistema, variar de manera cualitativa, que evoluciona para adaptarse a los retos que enfrenta tanto internos como del contexto. Lo que Bateson (1991) denomina la capacidad de aprender a aprender, y la capacidad de modificar su estructura sin destruirse. Los síntomas de uno de sus miembros o subsistema se considera una retroalimentación positiva que amplifica las desviaciones; que implica un nivel lógico superior (Watzlawick, Weakland y Fish, 1976).

Ejemplo: el síntoma del adolescente se comprende como una retroalimentación positiva, que comunica un mensaje como “hacen falta cambios en toda la familia”. La mirada del síntoma no es lineal –ver al joven como enfermo o con carencias parentales– sino contextual. Su conducta se refiere a los roles, reglas, jerarquías, relaciones de poder. Por lo que la pauta relacional de maltrato y su consecuente expresión sintomática tienen un orden y una lógica en todo el sistema familiar.

La intervención de segundo orden va dirigida a explorar por qué no se escuchan las necesidades del adolescente; la circularidad de la conversación producirá una consciencia sistémica en toda la familia, donde se visibilizan las reglas en la relación que interfiere con el diálogo familiar. Generando cambios en todos los miembros de la familia, produciendo una evolución familiar a otro estado de equilibrio sin destruirse, distinto al que tenían antes de que se mostrara el síntoma. (Watzlawick, Weakland y Fish, 1976)

¿Cuál es el origen del concepto de pensamiento de tercer orden?”

- **¿DÓNDE Y CÓMO ENCONTRAR LA DIMENSIÓN ESTRUCTURAL DEL MALESTAR PERSONAL EN EL CAMPO CLÍNICO?**

- Toda la sección: “Es obvio reconocer el malestar familiar e individual relacionados con condiciones de pobreza, injusticia y maltrato institucional. Donde se puede observar que la sobrevivencia cotidiana eclipsa cualquier necesidad personal. Aquí nos interesa visibilizar los aspectos estructurales que están arraigados en la cotidianidad relacional, no se ven y se reconocen porque el poder simbólico que practica la familiar, la comunidad y los profesionales de la salud lo ocultan en sus prácticas tácitas de verdad. Es por ello que tiene sentido que las personas se acostumbren al maltrato y la exclusión como si fueran condiciones “normales” o “naturales”. Por ejemplo, en un caso de una mujer diagnosticada como depresión:

Juan y Estela están casados desde hace veinte años y tienen tres hijas.

Juan le es infiel a Estela. Estela se indigna ante la traición de su esposo por haberla engañado con otra mujer y lo echa de la casa.

Su resistencia fue sometida por una red de personas:

En principio Juan minimizó el hecho, y explicaba que era normal para un hombre caer en tales fallas, no era solo una creencia personal sino colectiva, que comparte con su grupo de pertenencia. El poder simbólico del patriarcado se asoma en esta escena, y se constituye una forma de vida que reconoce en el otro estos valores, impregnando a la identidad y creando un tipo de sí mismo farsante.

Estela recurre a su familia de origen, para sentir comprensión y apoyo, pero sus padres la hicieron sentir culpable por no haber hecho lo suficiente como mujer para mantener a la familia unida. Especialmente como protección a sus hijas.

Por otra parte, sus amigas con elegancia y educación la excluyeron del círculo por ser una mujer sola.

Todos estos inter-contextos de Estela, muestran un mundo de hipocresía, un tipo de doble vínculo cultural que descoloca al alma y la psique.

Estela se sintió sola y culpable, vivió el rechazo de su familia y comunidad, por lo que tuvo que hacer que regresara su marido a casa.

Ante ello, esta vez el cuerpo se resistió, mediante una tristeza profunda, donde aparece otro actor del patriarcado, los operadores de los sistemas de salud, ya sea un psiquiatra biologicista o clínico individualista quien le diagnostica depresión y le receta pastillas para no sentir y pensar, ejercicios de autocontrol, o enfocarse en pensamientos positivos para no enturbiar su alma.

El síntoma es controlado momentáneamente, pero vuelve constantemente, porque al cuerpo no se le puede engañar.

La estructura, en este caso el patriarcado, se muestra mediante una red de complicidades que constituye una forma de vida y, por supuesto, sus propios demonios y psicopatologías.

Tal como lo puntuamos en este caso de infidelidad, la depresión de Estela está arraigada a lo que aquí se denomina “patologías estructurales”, en este caso “la patología patriarcal”, que se da desde un poder simbólico tácito que se visibiliza en la exploración clínica como: una complicidad sistémica organizada. Todos estos actores, sin ponerse de acuerdo, impusieron explícita o implícitamente, mediante diversas tácticas socioemocionales, el poder simbólico del patriarcado, todo un ejército de zombis que destruyen la dignidad y el alma de las personas.

Esta es la dimensión estructural de la sintomatología individual y familiar, que es necesario hacer consciente, visualizarla, exorcizarla del cuerpo y la familia, indignarse para juntarse, resistirse desde una posición crítica, y sólo entonces hacer una reflexión honesta de sí mismo y, con ello, restaurar el diálogo solidario, que los llevará a resolver sus problemas.”

- **Un modelo integrativo**

- Toda la sección: “**Un modelo integrativo**La terapia familiar de tercer orden propone aquí integrar dos modelos de explicación del comportamiento humano. Por una parte, el sistémico-ecológico, que estudia las pautas que conectan entre las personas y entre sistemas, enfocándose en reconocer las consecuencias de dicha interacción más que sus causas. Por otra, una teoría psicosocial enfocada en las causas de dicha interacción, en especial el sentido social que las personas construyen y les otorgan a sus comportamientos. Como dirían Boscolo y Bertrando (1996), la terapia familiar requiere, en la actualidad, de una visión panóptica donde se reconozcan, al mismo tiempo, los patrones relacionales y el simbolismo de estos. Así mismo, coincidimos con Corsi (2006), quien invita a construir una psicoterapia integrativa multidimensional, donde pone el énfasis en superar falsas dicotomías desde los pensamientos tradicionales, y propone tomar una posición abierta, flexible y, sobre todo, creativa. Desde estas posturas se presenta un modelo integrador.

Esto implica una complejidad que es necesario tejer con cuidado y claridad. Se tendría no sólo que establecer una relación lógica de aprendizajes o cambios, tal como lo propusieron Bateson (1991), Watzlawick, Weakland y Fish (1976). También requiere una teoría social de la biología, la “mente”, las emociones y el poder que le otorgue fundamento científico al vínculo entre la identidad y la psicopatología con las condiciones estructurales.”

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

- Párrafo 8: En el caso de Estela y Juan que expusimos antes, se pudo explicitar que son ciertas personas las que tienen poder emocional, desde donde la narrativa tiene mayor fuerza, y con ello impacta en la salud del individuo. No solo el esposo es quien traiciona a su esposa, la familia de origen y su red de amistades mostraron su alianza a la narrativa patriarcal: quienes le recuerdan implícita y explícitamente que las necesidades de los varones están sobre las necesidades de las mujeres, desconfirmando a Estela. Esta conjunción entre poder simbólico, emoción y red social condujeron a Estela a sentirse culpable y sobre todo a cristalizar el problema en su cuerpo: depresión.

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

- Párrafo 3-4: *“Por ejemplo, Valeria una niña de 10 años que se autolesiona y expresa que quiere morir en la escuela. Valeria vive con su padre y madre. En el proceso terapéutico, se observa que su madre la maltrata recurrentemente por no cumplir con las expectativas parentales: la tarea y arreglar su cuarto -Pensamiento de primer orden-. Desde el tercer orden se amplía la mirada más allá de la pauta de maltrato y se observa que la niña se encuentra sola en casa por horas después de llegar de la escuela. Porque sus padres laboran todo el día en trabajos precarios. Está prohibido que Valeria salga a la calle a jugar con iguales porque el barrio es peligroso. La madre está saturada por la larga jornada laboral y seguir a cargo de que su hija cumpla con los deberes, mientras que el padre continúa siendo periférico, roles preestablecidos desde cultura patriarcal. Las necesidades de Valeria, quien se siente sola, son eclipsadas por las condiciones de pobreza en que vive la familia. Valeria es desconfirmada, sobre exigida y maltratada recurrentemente por la madre, desde la indiferencia del padre, ambos esperan que Valeria madure sin ser acompañada.”*

Las condiciones de pobreza por el trabajo precario, territorio inseguro, falta de una red de apoyo para cuidar y acompañar a la niña y la pauta patriarcal son un problema estructural, estos elementos sistémicos los hizo perder el diálogo y maltratarse. Es necesario visibilizar en el proceso clínico los aspectos inter-sistémicos más allá de la pauta lineal, y reconocer que todos están atrapados en diferentes dimensiones sistémicas, lo que implica hacer consciencia familiar del maltrato estructural, para pasar a la indignación y juntarse, recurso que conduce a volver a mirarse, sentirse y dialogar.”

- **La honestidad crítica para una psicoterapia personal profunda de tercer orden**

Título: **“LA HONESTIDAD CRÍTICA: UNA PSICOTERAPIA DE TERCER ORDEN PERSONAL PROFUNDA”**

- **El auto engaño**

Párrafo 2-5: *“Por ejemplo, Karla, una mujer de 40 años, que ha participado en múltiples terapias por más de cinco años, se siente decepcionada de sí misma. La demanda de consulta ha sido la misma: La imposibilidad de encontrar una pareja heterosexual para constituir un proyecto de vida desde el imaginario cultural de tener una familia con hijos propios y un hogar estable. Una narrativa que está guida, no explícitamente, por sus padres que son ya de tercera edad y han tenido una relación estable, una buena vida familiar y a estos se suma, una red de amigas que han cumplido con el imaginario cultural patriarcal. A pesar de que Karla es una mujer independiente económicamente y exitosa profesionalmente, se siente insatisfecha con la vida por no haber cumplido su sueño de constituir una familia tradicional. Sus logros personales como mujer y profesional no tienen el poder simbólico suficiente, su necesidad personal básica es verse en familia con un hombre acompañada hasta que la muerte los separe. Una necesidad respetable, sin embargo, en el proceso terapéutico, hizo consciencia de que era una mujer que estaba atrapada entre generaciones, no busca una relación machista, sino abierta y libre, pero con responsabilidad familiar, donde puede conciliar el trabajo con la maternidad y la conyugalidad. Las personas que ha escogido como parejas han sido hombres con mentalidad machista que no logran aceptarla como mujer independiente. Es por ello que sus fracasos vinculares son recurrentes.*

Ante tal escenario, Karla hizo consciencia del simbolismo romántico y tradicional familiar del cual participaba activamente y la red con poder emocional que le recuerdan todos los días las prioridades para ser una mujer completa. Esta consciencia de tercer orden y después de largas conversaciones terapéuticas llegó a la conclusión de explorar otras

formas de ser mujer. En principio consideró no tener hijos propios y estar sola, una decisión de vida dura para una mujer tradicional. Aunque, menciona, que sí quiere tener algún novio o amante solo para satisfacer su sexualidad y evitar algunos momentos de soledad. Ante tal cambio de narrativa, donde se visualiza como una mujer distinta y ante este nuevo posicionamiento sobre sí misma, coincide con Miguel, un hombre independiente, soltero, sin hijos, mayor que ella diez años, empresario e intelectualmente brillante sin ningún rasgo de machismo. Miguel era el 'mash' perfecto para la nueva Karla. Una pareja que inicia con acuerdos explícitos de los cuales sobresalen, no tener hijos o hijas, estar juntos, pero no necesariamente en la misma residencia, solo ocasionalmente, seguir viendo a los amigos y amigas sin que el otro sea invitado o invitada y no interferir en las labores profesionales del otro.

Todo iba de maravilla, hasta que seis meses después Karla llamó en una crisis de ansiedad y ebria, quejándose de su pareja, que no lo había invitado a festejar su cumpleaños con unos amigos; se sintió rechazada.

Se tuvo una sesión para ver qué había pasado, y se invocó a la honestidad crítica, para revisar sus expectativas de la relación. En una reflexión profunda y dolorosa hacia sí misma, confiesa que nunca había perdido la esperanza de tener hijos o hijas y constituir una familia nuclear heterosexual con ese hombre tan maravilloso. Señaló que se había auto engañado, y había constituido una relación bajo acuerdo falsos, justificando que con el tiempo estaba segura de que él cambiaría sus necesidades. Se explora esto en su cotidianidad, Karla observa críticamente que en el último mes inició de manera implícita a presionarlo para vivir juntos y acotando espacios que se habían señalado como libres para cada uno, inició a sentir celos de sus amistades y su trabajo, donde se veía que él disfrutaba. Él sin miramientos, conversó con ella y le comentó que ya no se sentía a gusto con la relación y que antes de que acabara mal, sería importante separarse por lo menos para proteger el amor y la amistad que los unía hasta ese momento.”

- **CONCLUSIONES**

- Párrafo 1, punto 1, 2 y 3: Las conclusiones que a continuación se desprenden, por una parte, conducen a reconocer una categoría conceptual fundamental desde donde se amalgaman los conceptos antes vertidos y se sustenta el trabajo psicoterapéutico: la familia de elección. Y por otra, abre la reflexión crítica sobre el papel que juega la clasificación psicopatológica y la práctica psicoterapéutica.

- 1. **La “familia de elección”: empoderamiento personal desde la red vincular de apoyo**

El cambio profundo de tercer orden, no se da desde la experiencia, consciencia y actuación individual, sino siempre desde el acompañamiento. Es por ello que aquí se propone ampliar el concepto de familia, para llevarlo a lo que denominamos la familia de elección, la cual se define como una red de personas que se componen de miembros de la familia extensa multigeneracional, amigos, amigas, pares, maestras y maestros, compañeras y vecinos que han fungido como tutores parentales y fraternales en el transcurso de la vida. (Weeks, Heaphy y Donovan, 1999)

La familia de elección es un campo protector ante los retos estructurales. La familia de elección desafía a aquellas familias consanguíneas o de parentesco que maltratan, excluyen o abandonan a sus críos o pareja. Se sustituye por una familia que permite sin prejuicios, que cada miembro exprese desde un lugar seguro sus necesidades, para que otros que escuchan desplieguen sus talentos a fin de brindar apoyo, gratificación, reconocimiento y el cuidado que necesitan.

Así mismo la familia de elección empodera a la persona para enfrentar el malestar. En solitario, nadie podrá superar los miedos que no les permite vivir en libertad y bienestar. Solo acompañado será posible honrar las necesidades básicas personales de respeto y amor (Laso, 2015, 2018). En eso coincidimos con Freire (1971) y Martín-Baró (1995,1998), para enfatizar que la gente es capaz de resistirse y ser más activa mediante el trabajo colectivo, este invoca

un poder social real más allá de la individualidad, que muestra al sí mismo como agencia de naturaleza social. Ahí inicia el cambio terapéutico para todos, los y las consultantes podrán experimentar una nueva fuente de poder, recursos y emociones para enfrentar su malestar, pero siempre conscientes, que será junto a otros, en colaboración y solidariamente.

2. La apropiación de la nueva narrativa persona mediante la colaboración de la red social

Para que las personas interioricen una narrativa distinta de sí misma, se requiere, además de invocar una experiencia vivida profunda y flexionar críticamente, el reagrupamiento de la familia, de la red de elección para darle fuerza social a las experiencias en sus narrativas. De otra forma los nuevos discursos no tendrán el soporte colaborativo necesario para que la persona se los apropie psicológicamente, en primera persona. El cambio personal implica un cambio social por antonomasia.

3. En busca de escenarios sociales seguros para el cambio terapéutico

Por otra parte, una psicoterapia que no trabaja junto con los consultantes en identificar los escenarios seguros -o trabajar en ellos- que nutren una identidad saludable, dejar ver que cualquier decisión individual que se tome en el proceso psicoterapéutico no solo fracasará a mediano plazo, sino que también puede poner en riesgo la salud de los consultantes. Es por ello que la terapia familiar crítica de tercer orden se enfoca en restaurar el malestar individual desde la red de apoyo, mediante el amor indignado, la resistencia, la honestidad crítica y el diálogo solidario. Tal como Freire menciona (1971), nadie se salva solo, nadie salva a otro u otra persona, todos se salven en comunidad.