

MADNESS: Between mythologies and conjectures, between emotional negation and relational disconfirmation

Laura Ramírez Sánchez^a y Raúl Medina Centeno^b

^aEgresada de la Maestría en Terapia Familiar del Instituto Tzapopan. Psicoterapeuta de parejas y familias,
^bInstituto Tzapopan, Universidad de Guadalajara

Historia editorial

Recibido: 22-10-2024

Primera revisión: 13-11-2024

Aceptado: 20-11-2024

Palabras clave

psicoanálisis relacional,
psicoterapia individual
sistémica, matriz relacional,
integración en psicoterapia

Resumen

La esquizofrenia afecta a más de 24 millones de personas globalmente (OMS, 2022), si bien no es un síntoma común, es uno de los malestares de mayor impacto durante la vida al no tratarse de manera oportuna en psicoterapia relacional. El objetivo de este estudio de corte teórico es exponer la diversidad de explicaciones sobre la esquizofrenia para contrastarlas críticamente. Primero se presentan las mitologías y conjeturas sobre la locura que han tenido mayor poder e impacto a través de la historia. Segundo se introduce con el paradigma ecológico, para situar a la locura como un problema de orden socio-emocional, y contrastar la diversidad de conjeturas que se han generado desde este modelo. El resultado muestra que esta constelación de perspectivas coincide en señalar que la negación emocional y desconfirmación relacional son el patrón que impacta en la existencia de la persona. Finalmente se concluye con cuatro reflexiones crítica que implican repensar la psicopatología, el diagnóstico, la intervención clínica y las políticas públicas de salud mental.

Abstract

Schizophrenia affects more than 24 million people globally (OMS, 2022). Although it is not a common symptom, it is one of the discomforts with the greatest impact throughout life as it is not treated in a timely manner in relational psychotherapy. The objective of this theoretical study is to expose critically the diversity of explanations of schizophrenia. First, the mythologies and conjectures about madness that have had the greatest power and impact throughout history are presented. Second, it is introduced with the ecological paradigm, to situate madness as a problem of socio-emotional order, and to contrast the diversity of conjectures that have been generated from this perspective. The result shows that this constellation of perspectives coincides in pointing out that emotional denial and relational disconfirmation are the pattern that impacts the existence of the person. Finally, it concludes with four critical reflections that involve rethinking psychopathology, diagnosis, clinical intervention and public mental health policy.

Keywords

relational psychoanalysis,
systemic individual
psychotherapy, relational
matrix, psychotherapy
integration

La locura ha sido parte de la condición humana, siempre ha estado presente en todas las culturas y se ha manifestado históricamente. Ante esta expresión humana se han generado una diversidad de explicaciones que se sitúan entre mitológicas y conjeturales. Tales explicaciones no se han limitado a describir la locura, también han generado un tipo de “profecía autocumplidora” (Watzlawick, 1981); es decir, se han creado ciertas prácticas simbólicas organizadas que confirman la creencia. Ante la cualidad socio-constructiva de las mitologías o discursos científicos dominantes (Ibañez, 1989), en este trabajo se propone hacer una revisión crítica, que desmonte la condición de verdad de los mitos y teorías representacionistas de la ciencia positiva, en torno a la locura. Para después transitar hacia una epistemología post-estructural, desde el modelo ecológico que permita conjeturar la naturaleza socio-emocional de la locura, para redefinirla como una resistencia o rebeldía ante la negación social y desconfirmación. Al final se concluye con cuatro reflexiones críticas, que invitan a repensar la locura, el diagnóstico, la intervención clínica y las políticas públicas de salud mental.

EL LOCO: ENTRE MAGOS, SABIOS Y DEMONIOS

El mito es un relato que explica fenómenos desconocidos desde un simbolismo culturalmente coherente, que permite organizar a la comunidad desde determinadas creencias y valores. “Lévi-Strauss (2011), menciona que la cultura viene a cubrir una falta en la naturaleza y a asumir el orden humano por sobre lo que la naturaleza deja al azar... la función de los mitos es explicar esa falta” (Lévi-Strauss, 2011, en Dartsch, G.M. 2016, p.1) Y la locura ha sido desde el inicio de la humanidad una incógnita. En las sociedades tribales, a las personas que percibían y sentían más allá de la gente común, quienes escuchaban voces, por ejemplo, se les otorgó un estatus especial: hechiceros, brujos, brujas o chamanes (Feixas y Miró, 1993). Estos poseían un enorme poder en la construcción de sentido cultural, cumpliendo un rol sustantivo en la regulación comunitaria. A estas personas con poderes extrasensoriales se les consideraba sabias, e incluso conectadas con la naturaleza y la divinidad. Se podría decir que la comunidad le asignaba un rol especial al *loco*, lo respetaba y cuidaba.

En la Europa medieval, dominada por el cristianismo, los locos y las locas representaban un problema para la cohesión cristiana. Precisamente con el fin de propagar el cristianismo, se dedicaron a exterminar a aquellos que invocaran otras mitologías. Para ello construyeron una explicación de la locura apegada a sus códigos: Los locos como personas poseídas por el demonio -que personalizaba el mal-, quien controla su voluntad y deseo. El tratamiento más sofisticado era y sigue siendo el exorcismo, el objetivo es sacar el demonio de su ser. Aquellos que se resistieron fueron quemados en la hoguera, en un ritual social ante la mirada de todo el pueblo. Esta época es el inicio de la negación existencial de estas personas, conduciendo a la estigmatización y exterminio. La santa inquisición fue la organización que se creó y encargó de perseguirlos, recluirllos, torturarlo e incluso asesinarlos; de ahí la expresión: “caza de brujas” (Feixas y Miró, 1993).

EL LOCO: UN ENFERMO BIOLÓGICO

Ante tal maltrato y exclusión que sufrían estas personas, a principios del siglo XVIII se inicia la humanización del loco. Se abren los primeros hospitales especializados. Este hecho fue propiciado por la psiquiatría de aquella época, que basaba su epistemología en un modelo social y humano. Al respecto Sacristán (2009), retomando a Novella (2008), menciona que

El nacimiento del manicomio en pleno Siglo de las Luces fue percibido como el símbolo de una civilización ilustrada y progresista que había dejado de ignorar a sus ciudadanos enfermos y que, movida por un espíritu humanitario y abiertamente reformista, les brindaba finalmente un trato digno y dirigido desde la ciencia (p.168)

Esta iniciativa innovadora constituyó los primeros hospitales especializados, era un escenario seguro, donde se atendía con un protocolo clínico enfocado en dialogar y reflexionar, desde un profundo respeto por el paciente: el loco. Visibilizando su existencia como persona digna. Este fue el inicio de una psiquiatría con enfoque social y humano ante los problemas mentales.

Sin embargo, esto no duró mucho, Garrabé (2009) relata que a finales del siglo XIX y principios del XX, los fundamentos que explican la enfermedad mental cambiaron; el síntoma se le atribuyó a un problema de origen biológico: una enfermedad neurobioquímica y hereditaria. La relación entre psiquiatra y consultante dio un giro radical, este último pasó a considerarse como un enfermo. La incuestionable verdad del origen biológico de la locura produjo una serie de consecuencias terribles para esta población. Muchos fueron tratados como objetos de experimentación biológica. Por ejemplo, en el régimen nazi, por la irrefutable explicación hereditaria de su condición, fueron esterilizados; algunos más exterminados como desechos humanos.

Esto marcó la historia de la psiquiatría contemporánea, según el propio Garrabé (2009), se inclinó hacia la neurociencia “olvidándose de la dimensión filosófica de la antropología de la enfermedad mental, así como de la importancia de los factores culturales en su génesis” (p.362). El giro paradigmático fue usar el modelo médico para la salud mental. La explicación de su mal se individualizó al ser biológica-genética-orgánica. Consideraron la locura -y lo siguen haciendo- un estado irreversible. En este contexto es donde aparece el término *demencia precoz* y más tarde esquizofrenia y psicosis; para referirse a una persona con un deterioro en el funcionamiento individual. Destacando los problemas de memoria y concentración, aislamiento social, comportamiento inusual, comunicación perturbada e ideas extrañas (Machado-Alba & Morales-Plaza, 2013, p 87 en Montaña et al., 2013).

Ante tal explicación, el hospital psiquiátrico se convierte en una institución cerrada, el control total es el método a seguir. Desarrollando una gran diversidad de técnicas que silencian a la persona, abarcando la lobotomía y electroshocks hasta las camisas de fuerza. Desde esta perspectiva inician también los controles más sofisticados de la historia de la salud mental, la medicación del malestar mental y el desarrollo de los manuales diagnósticos. El giro biologicista sobre la locura, condujo de nuevo a la estigmatización de la persona y a la aniquilación de su condición de ciudadano. Al igual que la santa inquisición, se le niega su derecho a ser legítimamente escuchado. Este modelo se institucionalizó en todo el planeta, en la actualidad las políticas públicas de salud mental se basan en la conjetura biologicista, negando por completo a la persona.

Cabe recordar que los mitos cumplen una poderosa función de construcción de realidades, estas son *ad hoc* porque no están lingüísticamente despegadas del fenómeno. Son

un marco organizado, social y simbólico, que gira en torno a una creencia incuestionable y totalitaria. Ante ello se podría concluir hasta aquí, que las concepciones antes mencionadas: el hechicero, el poseído por el diablo y el enfermo biológico, son mitos que han marcado época y generado realidades acordes a sus creencias. El constructo actual de la locura sigue siendo el del modelo biomédico, entonces la organización de las acciones se da en función de esa irrefutable verdad.

LA EVALUACIÓN DE LA SALUD MENTAL GLOBAL DEL MODELO BIOLOGICISTA

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS, 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, advierte que los sistemas de salud mental enfocados en el diagnóstico y tratamiento biomédico o individualista no han sido efectivos. 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 del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM). No sólo porque hasta la fecha han sido ineficaces y profundizan 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 la persona (Superior Health Council, 2019).

En particular, sobre la esquizofrenia, las críticas de mayor peso vienen de los resultados de la investigación longitudinal de 20 años sobre los usos de los antipsicóticos. Los cuales demuestran que no han tenido efectos terapéuticos, sino que su función ha sido sólo

34 de control, produciendo múltiples problemas secundarios como la adicción al medicamento y afección biológica en varios órganos del cuerpo (Harrow, Jobea & Faulla, 2014).

Al respecto González y Pérez (2007) señalan que el modelo biologicista que explica el comportamiento humano tiene pocas bases y pruebas científicas:

No se conoce la causa biológica de ningún trastorno mental (otra cosa son los fármacos fisiológicos concomitantes). De hecho, no se conoce ningún marcador biológico sobre el que se pueda establecer la condición orgánica, ni el diagnóstico diferencial de ningún trastorno mental, incluyendo la esquizofrenia [...] poco es lo que se sabe a ciencia cierta, acerca de las supuestas bases biológicas de la distinción de los distintos trastornos mentales. (p. 322)

Es preciso entonces escuchar la advertencia de Wakefield (1992), sobre el peligro de centrar la atención en el nivel biológico. Las consecuencias de esto son factores decisivos de tipo ambiental, conductual y social que pasan desapercibidos. Esta crisis global, paradigmática e institucional sobre la salud mental nos obliga ética y científicamente a explorar otros derroteros.

DE LAS CREENCIAS DE VERDAD A LAS CONJETURAS REFUTABLES

¿Qué se tendrá que hacer para no caer en una profecía que se auto cumple? Para desmontar una mitología o deslindarse de una ciencia que confirma sus propias hipótesis, proponemos transitar hacia una epistemología crítica basada en la conjetura y la refutación. Tomamos de Popper (1983) la conjetura-refutación como lógica de investigación, para transferirlo al campo de la psicoterapia. Popper menciona que la ciencia sólo avanza mediante la refutación de teorías, no con su comprobación. Esta es una distinción fundamental entre mitología y ciencia. La refutación con lógica epistémica pone en duda los mitos, prejuicios populares o creencias de verdad y también evita caer en la ingenuidad deductivista, que diseña metodologías prefabricadas para comprobar sus afirmaciones.

Para que las hipótesis tengan la cualidad de ser refutadas deben contener, en su narrativa, relaciones específicas y provocativas que pongan en duda lo que hasta ahora se conoce, que mediante diversas metodologías rigurosas tiendan a refutar en ensayo y error. Puesto

esto en el campo clínico, las conjeturas son una metodología crítica que conduce a que los consultantes vayan refutando sus propias creencias a la luz de ensayos y errores, permitiendo la construcción constante de otras conjeturas que serán puestas a prueba en la vida cotidiana de los consultantes. Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar al padre de un consultante:

Terapeuta (T): ¿por qué no despierta a su hijo para que vaya a la escuela?

Padre (P): por su condición, no lo quiero molestar.

T: ¿a qué se refiere con su condición?

P: está diagnosticado con esquizofrenia.

T: Me está diciendo ¿que esto le impide ir a la escuela y es por ello que no lo despierta?

P: Si.

T: Desde hoy lo despierta temprano todos los días con buena actitud para que vaya a la escuela y me cuenta qué pasa.

La conjetura en este caso no tienes que ser explícita, sino implícita, provocada por el terapeuta y que conduce a que el padre realice algo distinto con su hijo, esa es una manera de poner en duda la creencia que organiza la pauta. Al final el padre y el hijo es quien lleva el experimento, desde sus contexto y circunstancias y en contra de su creencia, refutando o no sus hipótesis sobre la locura.

REVOLUCIÓN SISTÉMICA: LA CONDICIÓN ECOLÓGICA DE LA LOCURA

Dicho lo anterior, este apartado explorará el modelo ecológico sobre la locura. Argumentamos que, si se parte de la creencia de que la locura es de naturaleza relacional, el diagnóstico se puede conjeturar, ya que la relativización contextual nos enfrenta con una complejidad relativa imposible de constituir una verdad absoluta.

Gregory Bateson (1991), quien integra cultura y naturaleza desde una dimensión ecológica, señala que el pensamiento, los sentimientos y la racionalidad, están arraigados en el ecosistema. El bienestar o malestar, es una variable de la condición ecológica. La crisis de la gran pandemia del siglo XXI ha refutado los modelos que intentan explicar el mundo desde solipsismos inconexos y nos ha dado la oportunidad de encaminarnos hacia una epistemología de la integración (Ceberio, 2021, Medina 2023).

Un mundo en el cual la identidad personal se fusiona con todos los procesos de relación y produce un vasto sistema ecológico o una estética de la interacción cósmica. (...) Cada detalle del universo se ve como proponiendo una visión del todo (Bateson, 1991, p. 336).

Es decir, desde cualquier elemento que se analice, sea la actividad cerebral, la genética, o el individuo; estas ecologías refieren en su estudio a los inter contextos que forman parte de su contenido. Los estudios actuales de la epigenesis así lo demuestran. La epigenética es una ciencia que se basa en el estudio de la manera en que ciertos factores ambientales y estilos de vida pueden determinar la expresión de determinados genes. Dicho de otra manera, ésta se concentra en los cambios reversibles del ADN y de las proteínas que se unen a él, y que hacen que unos se expresen o no, en función de condiciones ambientales (Weir, 2012). Al respecto, Cyrulnik (2016) señala que “toda la vida parte de la genética... [pero] ningún gen puede vivir fuera de su medio [...] las presiones ambientales pueden modificar la expresión de una secuencia de ADN” (p. 14). Weir (2012) concluye que la epigenética se está erigiendo como un puente de conexión plausible entre la biología y el contexto, para explicar la salud mental.

Por otra parte, Barrientos (2003) desde una psiquiatría social menciona que no hay psiquismo sin cerebro; pero este sin la interacción social no alcanza el subjetivismo y conciencia que nos hace humanos. Nace así otra pregunta, ¿es posible integrar la ecología en el diagnóstico y trabajar clínicamente con ella? La respuesta es afirmativa. Es el paradigma ecológico el que nos permitirá proponer un modelo clínico relacional. El origen de la psicoterapia relacional se encuentra en la terapia familiar sistémica de los años sesenta, la cual inicia su investigación e intervención clínica con personas esquizofrénicas.

EL MODELO RELACIONAL Y LAS CONJETURAS SOBRE LA ESQUIZOFRENIA

Desde los años sesenta hasta la fecha, se han generado diversos modelos de intervención clínica en torno a la perspectiva relacional o social. En el marco de estas, en este apartado, presentaremos las conjeturas más relevantes sobre la esquizofrenia.

Aunque no es un investigador sistémico, Laing (1992) fue el primero en investigar sobre la esquizofrenia desde un enfoque fenomenológico y social. Menciona en tono crítico que “una de las características que tiene la psiquiatría para hablar de la psicosis es referirse a la [locura] como un fallo social o biológico de ajuste o como una mala adaptación de pérdida de contacto con la realidad.” (p:23) El autor considera al entorno como el factor determinante para que la esquizofrenia se desencadene. Establece un vínculo cercano entre la aparición de la esquizofrenia y los estilos de vida que excluyen, niegan y maltratan. Realizó varias investigaciones con familias con un miembro psicótico. En particular menciona que la persona se rompe en dos, su yo se divide ante el maltrato mediante la negación socio-familiar de su existencia.

Es decir, la persona experimenta su identidad en dos partes, la primera consiste en la relación con el mundo y la segunda en la rotura consigo mismo, dando como resultado que la no pueda percibirse como uno solo junto con los demás, si no que su vivencia como una persona dividida “quizás con una mente más o menos tenuemente ligada a un cuerpo, con dos o más yos y así sucesivamente” (Laing, 1992, p:13). Al respecto Abeleira, (2012) menciona que el esquizofrénico tiene “mente escindida... está en un mundo diferente al nuestro, el cual no tiene un apego fuerte a la realidad, viviendo acorde a lo que experimenta” (p.158).

Para Laing las conductas percibidas como sin sentido o locas, tiene significado desde su marco referencial o contexto donde aparece la división del yo.

Ante ello, propone como método psicoterapéutico hacer un acercamiento a detalle el marco social existencial que la persona tiene de su mundo y de sí mismas. Es decir, se trata de hacer un esfuerzo -sin prejuicios- de reconocer, en principio, la presencia del consultante como persona legítima, y su conducta como una expresión de su existencia, y por lo tanto el proceso terapéutico debe de enfocarse en conectar con la persona, desde su propia vivencia y experiencia para conocer lo que está sintiendo, pensando y actuando (Laing, 1992). Laing está en contra de los internamientos psiquiátricos clásicos, que los considera inhumanos y propicios para que el yo nunca se unifique.

La terapia familiar sistémica nace desde la investigación de la psicosis. Fue Bateson (1991) quien conjetura que este malestar aparece en el marco de un juego relacional al que denominó *doble vínculo*. En el doble vínculo existen dos comunicaciones contradictorias entre sí, en niveles lógicos distintos. Es decir, una comunicación en la que una demanda aparece en un nivel y es anulada o contradicha en otro (Bateson, 1991; Hoffman, 1992). Se establece así un tipo de relación paradójica por la imposibilidad de clarificar la situación. Si a esto se le añade que la persona siente una ambigüedad existencial, en tales mensajes, aceptación y rechazo, expresa su malestar con una confusión identitaria.

Sin embargo, el factor que activa el malestar es que la persona se siente atrapada en la relación, no visibiliza ninguna salida decorosa, sólo mediante el síntoma. Bateson y su equipo en Palo Alto propusieron como intervención clínica *dobles ataduras terapéuticas*. Argumentaron que se tendría que utilizar con la familia el mismo tipo de comunicación paradójica que esta empleaba, con el fin de provocar una reflexión crítica del juego que perturba a todo el sistema familiar y expresa el malestar en uno de sus miembros (Hoffman, 1992).

WEAKLAND: LA DANZA INFINITA DE LAS COALICIONES CAMBIANTES COMO CONTEXTO DEL MALESTAR.

Weakland (1978) como parte del equipo de investigación de Palo Alto, consideró el comportamiento esquizofrénico en triadas en lugar de diadas:

No había dos personas que al parecer pudieran reunirse, fuese para convertir o para disentir, sin que interviniera una tercera persona. Para este fenómeno empleó Bateson la frase: la danza infinita de las coaliciones cambiantes [...] En las familias esquizofrénicas, dos miembros nunca parecían ser capaces de formar una alianza estable. O bien intervenía otro miembro de la familia o los dos que se habían asociado se sentían tan incómodos por excluir a la otra persona que ellos mismos disolvían su coalición” (Hoffman, 1992, p. 35).

Esto conduce a una complejidad mayor, donde todo el escenario familiar participa en el doble vínculo, por lo que la intervención está dirigida principalmente a destriangular la pauta con el fin de romper con la comunicación ambigua y establecer una relación honesta.

BOWEN: DE LA MASA INDIFERENCIADA A LA INMADUREZ IDENTITARIA.

En los años cincuenta, Bowen fue el primero en hospitalizar a una familia completa con un miembro esquizofrénico. Partía de la hipótesis de que la esquizofrenia era una patología más generalizada en la familia, causada por el efecto de triangulaciones trigeneracionales sobre la diferenciación del yo, lo que denominó “la indiferenciada masa del ego familiar”. Formula dos conjeturas centrales, la primera consiste en el concepto de *masa indiferenciada del yo*, donde lo familiar obstaculiza la diferenciación y maduración del individuo (Bertandro y Tofannetti, 2000).

La persona no tiene piezas ni subpartes, lo que da como resultado la necesidad de estar unido a su familia. (Hoffman, 1992). Es decir, el miembro de la familia con el síntoma no puede moverse independientemente de los demás. Para Bowen (1991), la falta de diferenciación o fusión es señal de dificultades en una familia. Es un proceso dado por generaciones, de ahí que existan precedentes familiares con el mismo síntoma. El foco de la intervención, se podría decir, es *despegarlos*. Propiciar y permitir la diferenciación del paciente y éste a su vez mostrar cambios enfocado a su madurez, retroalimentado por el propio sistema, siendo reconocido y aceptado por quien es.

HALEY: LA DESCALIFICACIÓN COMO JUEGO DE PODER Y CONTROL.

Haley (1990), al estudiar el doble vínculo con relación a las coaliciones, añade otra dimensión empírica de estudio: el poder. Tras constatar que la persona adquiere una supersensibilidad con relación a los juegos de poder, para que su conducta no sea gobernada por los otros, Haley se preguntó: ¿Qué puede esperarse de las personas atrapadas en una situación como esa? Su propuesta de “la teoría del ‘control’ de la transacción esquizofrénica” (Hayley,

40 1990), explica un nivel de metacomunicación implícito en la interacción, en el cual se libra una lucha de poder para ver quién impone las reglas de la relación.

Es decir, la descalificación de significados, como pauta relacional en familias con un miembro esquizofrénico, es una táctica de control. El doble vínculo, desde esta perspectiva, lo redefine como un juego de poder, el vencedor impondrá las reglas de la relación (Ruvalcaba, 2019). Por lo que la lucha en este tipo de familias es de orden meta-relacional. Según Haley esto conduce a que se multipliquen las descalificaciones por todo el sistema familiar. El objetivo de la intervención es aclarar jerarquías, reconociendo en todo momento las necesidades legítimas de cada miembro.

LYMAN WYNNE: DE LA SEUDOMUTUALIDAD A LA CERCA DE CAUCHO.

Lyman Wynne muestra dos rasgos importantes sobre las familias con integrantes con esquizofrenia: la primera es la calidad irreal de las emociones, tanto positivas como negativas en las cuales empleó los términos de seudomutualidad y seudohostilidad; el segundo es la cuestión de los límites en torno a la familia. Al respecto, fue el primero en comentar su propia naturaleza: una barrera de apariencia flexible, pero en realidad rígida contra todos los del exterior. A esto Wynne lo nombra como *cerca de caucho* (Wynne, et. 2006a; Wynne, et. 2006b). “La explicación que da Wynne de cómo estos rasgos operan en tales familias es que existe un intenso deseo, entre miembros de la familia, de una relación mutua que excluye la capacidad de tolerar diferencias o disensiones” (Hoffman, 1992, p. 43).

Con estas consideraciones, Wynne (2006a; 2006b) propone una intervención clínica enfocada en que la familia logre la flexibilidad real, en cuanto a los límites, generando el cambio de estos elementos, de lo difuso a lo claro. Dejando a un lado la hipocresía emocional, para pasar a una relación mutua y genuina, aceptando al otro y reconociendo las particularidades tanto propias como del que tiene enfrente. Es decir, la diferencia. Con esto se disipa la idea de que la familia se podría destruir.

Influenciados por Palo Alto, Selvini y su equipo de Milán iniciaron sus investigaciones sobre la esquizofrenia señalando que las familias con transacción esquizofrénica sostienen su propio juego por medio de comunicaciones enmarañadas y paradójicas, utilizando estas últimas en una intervención que denominaron contraparadoja. Después, evolucionaron hacia el concepto de *juego familiar* (Cirillo, et, al., 2004), donde no solo se incluyen aspectos comunicacionales, sino también reglas que conducen a que un miembro enferme. La Escuela de Milán transformó con maestría muchos de los conceptos comunicacionales sistémicos en técnicas de intervención. Redefiniendo el diagnóstico en hipótesis relacionales; el diálogo terapéutico, en preguntas circulares y la neutralidad aparente, en un recurso terapéutico.

La Escuela de Milán enfoca la intervención en que la familia reconozca las características que tiene el síntoma en función de esta. Generando un equilibrio en cuanto al acomodo de roles dentro del sistema familiar, siendo la persona identificada el sacrificado. En consecuencia, se busca generar un ambiente en que los miembros de la familia tomen ese rol perteneciente sin que se genere el sacrificio de otro miembro, permitiendo que la persona identificada pueda trabajar en redefinirse y salir de esa ambigüedad generada por su propio sistema.

LINARES: LA DESCONFIRMACIÓN COMO NEGACIÓN RELACIONAL.

En la actualidad es Juan Luis Linares (2012) quien integra la sabiduría sistémica revisada previamente, en la propuesta de un diagnóstico relacional sobre la esquizofrenia (Linares, 2019). Menciona la vigencia del doble vínculo (mensajes distintos y contradictorios entre sí) para explicar el origen de la esquizofrenia. Estos mensajes con una connotación confusa dan como resultado lo que Watzlawick llamó *desconfirmación*: ignorar la existencia de alguien -“tu no existes como emisor de este mensaje”, “no existes para mí, eres nadie, careces de importancia”-. Aquí entran en juego mensajes dados sutilmente que propician una desintegración de la identidad de la persona; generando “neoformaciones identitarias monstruosas y alternativas” (Linares et al., 2001, p.13).

En este punto se está frente a la creación de una identidad, el paciente con esquizofrenia se comunica y se expresa mediante el surgimiento de la misma. Normalmente creerse un ser todopoderoso, un vocero de dios o ser la misma virgen son algunos de los modos de ser que pueden tomarse como identidades, resultado de la desconfirmación. (Linares et al., 2001). “La falta de reconocimiento cuando se estabiliza una pauta relacional permanente se convierte en desconfirmación que es la percepción de la no existencia propia en términos relacionales” (Linares, 2012, p.62). La propuesta de Linares es vincula puntualmente la desconfirmación con la falta de nutrición relacional -se compone de varias dimensiones: cognitiva -percibirse amado-, emocional -sentirse amado- y pragmático -ser objeto de amor-.

Consecuentemente, la intervención va dirigida a restaurar la relación nutricia, es decir, volver visible, a través del reconocimiento, a la persona con el malestar. Este componente cognitivo de la nutrición relacional se manifiesta en la consideración de las necesidades del otro, por tanto, de su existencia. Linares (2012) propone este cambio a través de los rituales familiares. Si el paciente psicótico es discriminado, por ejemplo, en acciones cotidianas familiares como sentarse a la mesa a comer; el cambio de ritual consistirá en aplicar estrategias reconfirmadoras: comunicarle lo importante que es para la familia compartir la mesa con él.

De esta manera se está reafirmando la importancia que tiene la persona para la familia y el sentirse incluido en su dinámica. Intervenciones como esta, dadas inicialmente en el sistema familiar propician el trabajo de reconocimiento del paciente. Comenzará a identificarse como un miembro no inferior de la familia. Esto generará cambios en la relación, primero en el interior del sistema familiar, ahora como un sistema de apoyo y reconocimiento que brinda seguridad; luego en sistemas sociales externos, a los cuáles la persona podrá salir con esa seguridad y reconocimiento.

ESTEBAN LASO: LA DESCONFIRMACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DE RESPETO Y AFECTO.

Aunque Laso y Canevaro (2022) no se refieren en específico a la esquizofrenia, su propuesta es sugestiva y sigue la línea de desarrollo sistémica antes mencionada. Según esta pos-

tura, la psicopatología y la intervención giran en torno a las necesidades relacionales básicas de afecto y respeto. El diagnóstico consiste en enlazar el síntoma con las necesidades desconfirmadas, en un contexto relacional determinado. En otras palabras, comprender de qué manera el síntoma sirve a la persona para forzar la satisfacción de sus necesidades y/o paliar el malestar de su desconfirmación sistemática. Así como para identificar el contexto relacional en que fueron desconfirmadas inicialmente. El tratamiento apunta a reconfirmarlas, idealmente con la participación, real o virtual, de las personas que comprenden el contexto relacional específico de su desconfirmación. Para esto, Laso y Canevaro (2022) proponen la *Terapia en Clave Emocional* desde donde se puede desplegar cualquier técnica, de cualquier enfoque o modelo; en la medida en que apunte no a la mera satisfacción sino a la reconfirmación. Se convierte en una persona que importa para su círculo cercano y a la postre lo fortalecerá, mediante la maduración que podrá defender, sin dudar, respecto a su persona.

JAAKKO SEIKKULA: LA DESCONFIRMACIÓN INSTITUCIONAL COMO PARTE DEL MALESTAR.

Seikkula, Alakare y Aaltonen (2021) mostraron las bondades del tratamiento familiar y de red social con pacientes psicóticos, reduciendo los brotes en más del 50%; en una población finlandesa de 100.000 habitantes. Su enfoque revolucionó las explicaciones e intervenciones sobre la psicosis, reduciendo en un mínimo su prevalencia. La conjetura sobre la aparición de los síntomas de esquizofrenia la expanden más allá de los vínculos familiares, para mencionar que la desconfirmación se da de manera estructural. Critican fuertemente la psiquiatría biológica y las psicoterapias que se basan en descripciones y tratamientos de *verdad*, como los que usan la guía diagnóstica del DSM y su consecuente medicación.

Señalan que este procedimiento profundiza el malestar de las personas porque los diagnósticos o teorías absolutistas se enfocan en el problema desde una posición no democrática ni dialógica. Parten de la conjetura de que la esquizofrenia aparece porque se rompió el *diálogo abierto* en la red del consultante, incluidos el grupo de profesionales. No se les escucha, se les prejuicia y diagnostica, cerrando la posibilidad de dialogar. Para Seikkula y su equipo, la salud pública basada en este modelo es parte de la desconfirmación del consultante. El consultante como persona

es un ente invisible; el diagnóstico y las explicaciones *ad hoc*, giran en torno a declaraciones de expertos o justificaciones familiares sobre el malestar sufrido por el consultante.

Su propuesta de intervención clínica se soporta en dos conceptos: red personal y diálogo abierto. Toman el concepto de red como metáfora; todos estamos, siempre e implícitamente, inmersos en una red de relaciones -incluso cuando hablamos solos o entre dos personas-. En cada vocablo siempre se invoca a la red personal. Consecuentemente, la propia identidad está inmersa en una red socio-emocional significativa; es imposible sentir, actuar y hablar sin que estén presentes actores de nuestra red personal. Por otra parte, con *diálogo abierto* se refieren a una polifonía democrática, sin prejuicios ni ataduras jerárquicas o burocráticas; conduciendo a la reflexión en voz alta y de ahí a soluciones creativas posibles.

El programa está dirigido principalmente a jóvenes que sufren por primera vez síntomas psicóticos. El objetivo de la intervención en red es rastrear las fibras de la relación, para que la persona sintomática adquiera importancia social, y dicha red se constituya en un recurso para el bienestar:

Pensar en términos de red permite planificar la actividad en términos de redes, y cuando las redes se encuentran [la red personal del consultante y la de profesionales] puede surgir una experticia que sobrepasa las capacidades de un solo agente (Seikkula y Arnkil, 2016, p.36-38).

La idea fundamental del trabajo en red es incrementar el capital social y la confianza personal, sobre todo de quien expresa el síntoma. Se hace desde la perspectiva dialógica, no son entrevistas centradas en la enfermedad sino abiertas a cualquier tema. Se busca el diálogo como encuadre relacional del contexto terapéutico. Promoviendo en todo momento escuchar, pensar y resolver juntos. Después de restablecer la confianza mutua, la red inicia a reflexionar en voz alta para contribuir con las posibles soluciones que todos proponen y eligen como las más idóneas para implementarlas (Seikkula y Arnkil, 2016).

RAÚL MEDINA CENTENO: EXPECTATIVAS ESTRUCTURALES QUE ROMPEN EL DIÁLOGO SOLIDARIO.

Medina (2022) parte del principio de que la psicopatología y en particular la esquizofrenia, son una expresión de resistencia a aquellos que lo niegan como persona digna. Sitúa la desconfirmación en la dimensión estructural. Los dobles mensajes, el control, la invisibilidad

de la persona y la imposibilidad de diferenciarse y salir del territorio del maltrato, tienen su origen en expectativas estructurales, que denomina Tercer Orden. Es decir, las pautas familiares de la negación existencial de una persona se arraigan a un simbolismo estructural (Bourdieu, 1991, 2006) sustentado en verdades incuestionables. Por ejemplo, eclipsar las necesidades de un joven desde una expectativa parental de clase social o raza, o las de una hija desde el patriarcado. Este tipo de familias tienen mayor lealtad a las mitologías que al reconocimiento a las necesidades legítimas y de diferenciación de los hijos e hijas.

Si a la lealtad a las mitologías por encima del reconocimiento de necesidades le sumamos los efectos desconfirmadores del diagnóstico psiquiátrico y su consecuente tratamiento, que silencian a las personas, podríamos afirmar que la descalificación y la desconfirmación es de origen estructural. Por ello, previo a un proceso para desenredar las pautas esquizofrénicas familiares, es necesario hacer conciencia junto con la familia del simbolismo estructural que los llevó a perder el diálogo solidario. Transitar de la psicopatología a las patologías estructurales, para indignarse y propiciar un acercamiento genuino entre los miembros de la familia, traducido como la visibilización de la persona como legítima (Maturana, 1997). A esto Medina le denomina “amor indignado”.

Desde la conciencia de tercer orden y el amor indignado, la familia iniciará a reconocerse mutuamente para repensar las jerarquías y poder vinculados al control (Haley, 1990); desactivar los dobles mensajes (Bateson, 1991); los juegos triangulares descalificadores (Weakland, 1978; Linares, 1996); desmontar las ambigüedades emocionales y las fronteras rígidas (Wynne, et. 2006a; Wynne, et. 2006b); activar la diferenciación y maduración de sus miembros (Bowen, 1991, Laso y Canevaro, 2022) y reconocer honesta y autocríticamente el papel que jugaba cada uno en la trama del problema. Y entonces trabajar activamente en la reparación, reconciliación y respeto por el otro, desde el diálogo solidario (Medina, 2022a, 2002b)

RESULTADOS.

ATRAPADOS SIN SALIDA.

Ken Kesey (1984) en *Atrapado sin Salida* (One Flew Over the Cuckoo's Nest) magistralmente describe, en un hospital psiquiátrico, un juego relacional de sometimiento y auto-

sometimiento, donde todos -doctores, cuidadores y pacientes- son partícipes de un marco social organizado simbólico. Todo el escenario y su simbolismo es parte de la ecología que se espera que suceda, al igual que una profecía, que, aunque estén las puertas abiertas para huir con libertad del manicomio ¡todos se encuentran atrapados sin salida! Lo mismo pasa en las familias con un miembro esquizofrénico, se encuentran todo atrapados por triangulaciones desconfirmadoras, jerarquías confusas, límites difusos, control en cubierta, comunicaciones paradójicas y ambiguas y sentimientos ambiguos.

Todos estos patrones familiares contienen un simbolismo estructural que los justifica, a la vez que autosomete. Todas las conjeturas relacionales antes expuestas coinciden de que la negación emocional y la desconfirmación relacional aniquila a la persona como digna y legítima, conduce a buscar la mejor salida posible: enloquecer, que paradójicamente alimenta el círculo del maltrato. Este panorama sobre la locura nos obliga a repensar críticamente al *loco*, su diagnóstico, la intervención clínica y la política pública de salud mental.

CONCLUSIONES.

LA LOCURA COMO UNA REBELDÍA ECOLÓGICA.

Los genes, las neuronas, el cuerpo, el trauma, las emociones y la locura son de naturaleza ecológica, nunca se aíslan, nunca se desprenden de su origen. Siempre están conectados, incluso su sobrevivencia depende de su vincularidad. Por ejemplo, la confusión identitaria o las emociones como el miedo y la tristeza por supuesto que son pensamientos y sentimientos básicos humanos, pero su constitución no se acota biológicamente. El cuerpo está culturalizado y tiene memoria biográfica, está hecho también de contexto relacional y simbólico, donde las sensaciones se convierten en emociones complejas (Laso y Canevaro, 2022) o la confusión en dudas legítimas (Laing, 1992)

Enterrar estas vivencias desde el biologicismo e individualismo inconexo es privatizarlas. Tendrán un derrotero específico que conocemos todos, se cosifican e impactan primero en el cuerpo, luego en las relaciones, toda la vida. La locura, en particular, se convertirá en una resistencia o rebeldía ante la negación existencia y el maltrato desconfirmatorio. En

cambio, si la confusión, miedo o tristeza se comparten abiertamente, tendrán una constitución distinta. Se convierten en un asunto colectivo negociándose en un intercambio ecológico. El malestar será un problema de todos, no individual. Es en este escenario donde la persona tendrá presencia y desde su ecología es posible encontrar una salida más decorosa

DIAGNÓSTICO COMO MARCO ECOLÓGICO ACTIVO, DE LAS CONJETURAS A LA INTERVENCIÓN CLÍNICA

Aquí se ponen en duda las tipologías explicativas tradicionales de la locura, que la encierran en descripciones biocomportamentales individuales, desde una epistemología representacionista y de verdad. El diagnóstico como verdad incuestionable rompe con el diálogo y profundiza la negación la persona. Al respecto, Bateson (1991) explica que cuando las palabras se convierten en etiqueta inactivan a la persona, y a todo su contexto de referencia, para enfrentar su *enfermedad*. Esto es el *efecto dormitivo*. Los diagnósticos cerrados producen también 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, posee 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; Goffman, 1995) y también a la biología de la persona (Luria, 1995; Cyrulnik, 2016). Esto conduce a repensar el diagnóstico para situarlo en el campo de las conjeturas, y no en proposiciones de verdad.

El diagnóstico desde las conjeturas posibilita el diálogo crítico entre terapeutas y consultantes, para ir refutando, paso a paso, una diversidad de creencias que se encuentran arraigadas en su estilo de vida y despiertan el síntoma. La conjetura implica *nombrar* provisionalmente

el malestar; no mediante un calificativo-etiqueta o una categoría de verdad, sino mediante una oración provisional que conjugue relaciones inter contextuales específicas y puntuales. Estas conjeturas son vistas por el consultante desde su cotidianidad y empodera la posible actuación frente al problema. Nombrar de esta manera los problemas tiene por objetivo reconocer y hacer emerger a los consultantes como exploradores de su malestar o bienestar.

Por ejemplo:

Terapeuta (T): ¿Qué no le ha dicho a su hijo sobre él, que la hace sentir feliz?

Madre (M): *Que me gusta la especial sensibilidad que muestra cuando está escuchando música.*

T: ¿Por qué eso la hace feliz?

M: *Porque lo veo contento y con mucha vitalidad en ese momento.*

T: ¿por qué no se lo había dicho?

M: *No lo sé, será que nuestros problemas son más grandes.*

T: ¿Usted cree, que el no decirle esas cosas a su hijo tenga que ver con los problemas?

M: *No lo sé.*

T: Experimente en casa esto y me dice que sucedió.

En suma, se propone repensar el diagnóstico como simples conjeturas colaborativas provisionales que permiten dialogar abiertamente, sin prejuicios, y con ello confirmando la existencia legítima de la persona y la relación. El diagnóstico relacional permite, explorar juntos nuevos caminos y con ello, la persona y su familia toman el poder de nuevo sobre su propia existencia. Desde esta perspectiva se define el diagnóstico como un organizador activo ecológico.

Cabe señalar que no es suficiente hacer conciencia plena de las circunstancias que generaron la *locura*, dudar sobre una creencia irrefutable estructural que condujo a la pérdida del diálogo y se constituyó el maltrato, o experimentar una catarsis emocional de tercer orden. Fundamental es enfrentar los problemas, situarlos en el campo relacional, visibilizar y desafiar a los monstruos y fantasmas con nombres y apellidos; que son la encarnación colectiva de la psicopatología y del tercer orden que excluye. Para que se dé un efecto terapéutico, el cambio del micro escenario es fundamental; que en el tiempo provocará una co-evolución sistémica que envuelve a toda la familia, transformando la biología e identidad de las personas. Solo hasta que los consultantes tengan presencia legítima, el empoderamiento pragmático y la resistencia ante el maltrato tendrá efectos terapéuticos de mayor alcance.

Iniciamos señalando que no se niega que exista el sufrimiento humano expresado mediante síntomas biológicos y psicológicos. Sin embargo, tal como se ha argumentado antes, se pone en duda los fundamentos científicos que rigen a la psiquiatría biologicista, que diagnostican y etiquetan con precisión las psicopatologías. Estas inconsistencias científicas y metodológicas son la causa del fracaso de las políticas de salud pública global. Actualmente la OMS (2019) refiere que existe una crisis en la política de salud mental global. Por lo regular, los que trabajan en los servicios de salud pública expresan que están atrapados en un modelo burocrático donde no tienen presencia las personas. De mayor importancia son las etiquetas y los números. No hay tiempo para dialogar a profundidad 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. Este es un panorama común global, por lo que el reto es grande (Medina, 2022b).

Cirillo, Selvini y Sorrentino (2004) han centrado su investigación en el trabajo interdisciplinario entre psiquiatra y terapeuta relacional, desarrollado en los servicios psiquiátricos de Italia. Sostienen que en el tratamiento de los trastornos psíquicos más graves -psicóticos- es indispensable ir más allá de lo psicoeducativo y la farmacología para incluir también lo psicoterapéutico. Su investigación concluye que “la colaboración con la familia es un instrumento esencial para llegar a pacientes inaccesibles, para sacar del callejón sin salida los procesos terapéuticos individuales bloqueados” (p.10)

El trabajo desde la familia y la red tiene como objetivo, que el comportamiento psicótico se sitúe en el marco de una historia relacional familiar, siendo menos frustrante que una explicación biológica que lleva a la crisis existencial. En consecuencia, la política pública de salud mental debe orientarse al trabajo interdisciplinario, donde el consultante, su red y el equipo terapéutico propicien “un lugar para la reflexión, la resistencia y creación de agencia para la transformación” (Parker, 1999. p. 1). Un espacio para pensar lo impensable, decir lo indecible, y practicar lo impracticable. (Manrique, 1994). Seguro para todos y todas, donde se propicie el diálogo solidario; y la inclusión, validación y reconfirmación, hagan del *loco* un ser humano digno y legítimo.

- Abeleira, G. (2012). *Esquizofrenia*. Dialnet. P.p: 157- 172. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4018442>
- Barrientos, G. (2003). *Introducción a la psiquiatría social y comunitaria*. Ediciones Buho.
- Bateson, G. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Planeta-Carlos Lohle, 1991.
- Bertrando, B., Dario, T. (2000). *Historia de la terapia familiar*. España: Paidós.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*: Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (2006). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo: la diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós.
- Ceberio, M. R. (2021). Los barcos desde Etiopía y los murciélagos del mercado de Wuhan: de la peste de Atenas a la COVID-19. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 12(1), 11-32. Recuperado de <https://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMIP/article/view/36>
- Cirillo, S. Selvini, M. Sorrentino, A. (2004). *La terapia familiar en los servicios psiquiátricos*. Barcelona: Paidós.
- Cyrułnik, B. (2016). ¿Por qué la resiliencia?, en B. Cyrułnik y M. Anaut, ¿Por qué la resiliencia? Lo que nos permite reanudar la vida (pp.13-28). Barcelona: Gedisa.
- Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Garrabé, J. (2009). *La psiquiatría de la persona*. Salud Mental 32, 359-363.
- Goffman, E. (1995). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González, H. y Pérez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales: ¿escuchando al fármaco o al paciente?* Alianza Editorial.
- Haley, H. (1990). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- 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.
- Harrow, M., Jobea, T.H. y Faulla, R.N. (2014). Does treatment of schizophrenia with antipsychotic medications eliminate or reduce psychosis? A 20-year multi-follow-up study. *Psychological Medicine*. 42 (10), 33-45.

- Hoffman, L. *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica, 1992.
- Kesey, K. (1984). *Atrapado sin salida*. México: Origen/Planeta.
- Ibáñez, T. (ed.) (1989). *El conocimiento de la realidad social*. Barcelona: Sendai
- Laing, R. D. (1992). *El yo dividido*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lasso, E. y Canevaro A. (2022), *Terapia Experiencial Profunda*, España, Morata.
- Lévi-Strauss, C. (2011). *Antropología estructural*. Barcelona: Paidós
- Linares, J., Castelló, N., Y Colilles, M. (2001) *La terapia familiar de la psicosis como un proceso de confirmación*. Recuperado de: <http://www.redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/121/60>
- Linares, J.L. *Identidad y Narrativa en la Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós, 1996.
- Linares, J.L. *Terapia familiar ultramoderna*. Barcelona: Herder, 2012.
- Linares, J. (Comp.) (2019). *La terapia familiar de la psicosis entre la destriangulación y la reconfirmación*. Madrid: Morata
- Luria, A. R. (1995). *Conciencia y lenguaje*. Madrid: Visor-Aprendizaje.
- Manrique, R. (1994). *La psicoterapia como conversación crítica*. Madrid: Libertarias/Prodhufi.
- Maturana, H. (1997). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Chile: Dolmen y Granica
- Medina, R. (2022a). (2da ed.). *La terapia familiar de tercer orden: del amor indignado al diálogo solidario*. Madrid, Morata.
- Medina, R. (2022b) Third-order critical family therapy: Rethinking psychopathology and psychotherapy. *Interacciones*, 8, e290. <https://doi.org/10.24016/2022.v8.290>
- Medina, R. (octubre 2023). Pedagogy of the great pandemic of the 21st century: Epistemic implications for individual psychology, family science, and psychotherapies. *Journal of Family Theory & Review*.
- Montaño, L., Nieto, T., y Mayorga, N. (2013). *Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica*. *Revista Vanguardia Psicológica*, 4 (1) Pp.86-107
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2019). Las injusticias sociales son una Fuente de trastornos mentales, advierte la ONU. *Tiempo digital*. <https://tiempo.hn/las-injusticias-sociales-son-una-fuente-de-trastornos-mentales/>
- Organización Mundial de la Salud OMS. (2020). *Diagnóstico epidemiológico*. http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_cap3.pdf

52 Organización Mundial de la Salud, (2022) Recuperado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Parker, I. (1999). *Deconstructing psychotherapy*. London: SAGE.

Ruvalcaba, F. (2019). *Historia de la terapia familiar I*. Instituto TZapopan.

Sacristán, C. (2009). *La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar*. Cuicuilco. 45, 163-189.

Seikkula J, Alakare B. y Aaltonen J. *El enfoque del diálogo abierto. Sistemas Familiares*. 2021 17, 2: 13-19.

Seikkula, J. y Arnkil, T. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. España: Herder.

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*. <https://www-health.belgium.be/en/advisory-9360dsm>

Wakefield, J. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *AM Psychol.* 47 (3), 373–388.

Watzlawick, P. (1981). *¿Es real la reaidad? Confusión, desinformación, comunicación*. Barcelona, Paidós.

Weakland, J.H. (1978) Pursuing the Evident into Schizophrenia and Beyond. En M.M. Berger. *Beyond the Double Bind: Communication and Family Systems, Theories, and Techniques with Schizophrenics*. Brunner-Mazel, Nueva York. 83-101.

Weir, K. (2012). How much of mental illness can the biology of the brain explain?, en *The roots of mental illness*, 43 (6). Print version: page 30. Recuperado de <https://www.apa.org/monitor/2012/06/roots>.

Wynne L, Tienari P, Nieminen, Sorri A,Lahti I, Moring J, Naaralaz M, Laksi K,Wahlberg K,Mietunen J. I. Genotype-Environment Interaction in the Schizophrenia Spectrum: Genetic Liability and Global Family Ratings in the Finnish Adoption Study Fam Proc 2006, 45: 419-439

Wynne L, Tienari P, Sorri A, Lahti I, Moring J, Walhberget K. II. Genotype-Environment Interaction in the Schizophrenia Spectrum: Qualitative Observations. Fam Proc 2006, 45:436-447