



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

## NECESIDADES DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN LÍNEA: RETOS Y OPORTUNIDADES DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA DE TERCER ORDEN

REPORTE DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

FABIOLA PEÑA JIMÉNEZ

TUTOR:

MTRO. MARIO FAUSTO GÓMEZ LAMONT

ESTADO DE MÉXICO, JUNIO 2021





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDÍCE

INTRODUCCIÓN .....	3
JUSTIFICACIÓN .....	4
ANTECEDENTES .....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	6
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	7
CAPÍTULO 1: LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA .....	8
CAPÍTULO 2: EPISTEMOLOGÍA, PENSAMIENTO DE 1 ER ORDEN, SEGUNDO Y TERCER ORDEN .....	10
CAPÍTULO 3: INTERSECCIONALIDAD EN TERAPIA FAMILIAR .....	13
GRUPOS VULNERADOS .....	14
CLASISMO .....	14
RACISMO .....	15
SEXISMO .....	15
HETEROSEXISMO .....	15
PENSAMIENTO DE TERCER ORDEN .....	16
MÉTODOLOGÍA .....	16
TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	17
PROCEDIMIENTO .....	18
CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	18
DESCRIPCIÓN DE LAS POSIBLES CONTRIBUCIONES Y BENEFICIOS DE ESTA INVESTIGACIÓN PARA LAS PARTICIPANTES Y LA SOCIEDAD .....	19
GENERALIDADES DE LA INVESTIGACION .....	19
RESULTADOS .....	24
CONCLUSIONES .....	38
REFERENCIAS .....	40
ANEXOS .....	42
ANEXO 1: CUESTIONARIO SOLICITUD DE TERAPIA .....	42
ANEXO 2: CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO CLÍNICA DE TERAPIA FAMILIAR .....	45
ANEXO 3: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	50

# INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación trata de una investigación cuantitativa de corte observacional, transversal descriptiva, la cual partió desde estas interrogantes ¿Cuáles son las necesidades de Atención Psicológica en línea en tiempos de pandemia? y ¿Cuáles serían los retos y oportunidades de la Terapia Familiar Sistémica de tercer orden en línea?, el recorrido de este reporte de investigación te darás cuenta que la necesidad es amplia, sobre todo por los problemas psicoemocionales que se viven aún por la pandemia Covid-19 a nivel mundial, suceso detonador que dejó visible la importancia de la salud mental, la cual es una necesidad que sobrepasa niveles económicos, sociales pero que sin duda existen grupos vulnerables para los cuales no dejan de ser los menos beneficiados por cubrir esta necesidad debido a no tener al alcance los avances tecnológicos que en contraparte se tiene en las zonas urbanas y que estos últimos son beneficiados con las plataformas de interactuar en tiempo real con un especialista de la salud mental, del mismo modo destacamos la importancia de la Terapia Familiar Sistémica como un parteaguas para brindar esta atención enfocada y teniendo como base el pensamiento de Tercer Orden el cual tiene por objetivo lograr la reflexión y despertar la habilidad para la construcción de reglas sobre reglas ya impuestas dentro de los sistemas sociales, donde hoy en día encontramos diversos conceptos que intervienen dentro de la familia.

Finalmente encontrarás los resultados que arrojó la aplicación de dos cuestionarios, los cuales fueron respondidos con un 100% de veracidad por parte de los participantes.

## JUSTIFICACIÓN

Hoy en día pese a que la terapia online es una de las mejores opciones para recibir atención psicológica, en México sigue existiendo una problemática según Jorge Cerino en su artículo “Brecha digital al acceso a Internet aún persiste en México para 2021”, en el cual menciona que la plataforma de gestión de redes sociales Hootsuite, solo el 71% de la población mexicana es usuaria de internet, mientras tanto reconoce Juan Manuel Mecinas Montiel, investigador del Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) que en 2016, la brecha digital del país a los bajos ingresos, la educación, la falta de infraestructura adecuada y la ubicación geográfica, por su parte el INEGI señaló una diferencia de 28.9% en el acceso a la red entre las zonas urbanas y rurales el acceso es de apenas 47.7%, donde solo el 44.3% disponen de computadora.

Si bien la pandemia Covid-19 aceleró las tendencias de transformación digital en el mundo, aún queda trabajo por hacer en México. Para cerrar esta brecha digital, se debe trabajar desde las políticas públicas para dar acceso a Internet, computadoras y alfabetización a los sectores de la población más necesitados.

Borcsa & Pomini (2021) sostienen que el uso de la tecnología digital en el campo de la salud mental representa un continuo desarrollo que afecta a poblaciones de todos los grupos de edad...por ello es necesario considerar la brecha que el uso de la tecnología crea entre las comunidades y los individuos digitalmente alfabetizados y los grupos de población que no han tenido acceso a la tecnología y no conocen su utilización, por ello es inevitable la discriminación que se crea entre los usuarios de servicios.

## ANTECEDENTES

Gomes & Pieta (2014) refieren que la psicoterapia por internet, en sus inicios, hace más de una década, recibió una gran oposición. Se creía que la relación terapéutica se vería comprometida por un empobrecimiento de la comunicación no verbal, elemento considerado fundamental para la interacción como terapeuta y paciente. Las preocupaciones éticas sobre la confidencialidad, la identidad de pacientes y terapeutas, los roles que se juegan en la red y el manejo de situaciones de emergencia fueron de gran relevancia. También fueron inquietantes las cuestiones legales relativas a la jurisdicción y regulación de la práctica, así como las consideraciones sobre la necesidad de formar terapeutas en la nueva modalidad psicoterapéutica. (párr. 3).

En este momento es importante señalar la distinción que existe entre la psicoterapia en línea y las intervenciones basadas en Internet. La psicoterapia por internet o psicoterapia online se relaciona con las terapias que son realizadas por el profesional mediante correo electrónico, chat, audio o vídeo conferencia considerando la inclusión de reuniones presenciales. Por otra parte, las intervenciones basadas en internet son programas de terapia computarizados con o sin participación de un terapeuta haciendo uso de CD, DVD, tareas y retroalimentación en línea, siendo su propósito asistir en el tratamiento y prevención de los trastornos mentales y recaídas (Gómez & Pieta, 2014).

Por su parte Albertini (2021) en su artículo “Encuentra las diferencias. Terapia con videollamadas y terapia presencial: isomorfismos y discrepancias” nos dice que para que una terapia por videollamada funciona mejor con las personas que suelen utilizar estas herramientas en otros ámbitos de su vida, estos ven el escenario on line con naturalidad, no tienen problemas, mientras del lado contrario si no existe esta familiaridad el escenario se percibe más “frío” y aséptico, menos íntimo, menos terapéutico. Es justo este momento como resalta la autora a palabras de Baumann (1999) que la supresión tecnológica de las distancias espacio-temporales, de la que tanto alardean los defensores de igualdad social, tiende, sin embargo a polarizar las diferencias entre la población, más que a anularlas.

En cuanto a las ventajas y desventajas de las prácticas digitales en psicoterapia sistémica, Borcsa & Pomini (2021) cuestionan la calidad de las relaciones terapéuticas mediadas por la tecnología, además de los posibles problemas de confidencialidad que pudieran existir, a la otra de intercambiar con un consultante, se han dado a conocer las irrupciones en aulas virtuales de zoom, por lo que puede poner en riesgo al o la consultante, así como a la o al psicoterapeuta.

A pesar de estas limitantes técnicas y metodológicas, es de reconocer que las prácticas psicoterapéuticas en línea son útiles y en la mayoría de los casos, acortan las brechas físicas entre consultantes y psicoterapeutas. Además, ante la situación ocasionada por la pandemia por COVID- 19, las y los terapeutas sistémicos, hemos tenido que migrar a las plataformas digitales, forzándonos a pensar de formas creativas, sobre los cuidados epistemológicos, metodológicos y técnicos de ejercer la psicoterapia.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dada la diversidad de escuelas, modelos y técnicas en terapia familiar sistémica, hemos dado cuenta que, existe una ausencia con respecto a la psicoterapia mediada por la tecnología en el campo de la terapia familiar sistémica. Esta ausencia, ha motivado a este proyecto de investigación a preguntarnos *¿Cuáles son las necesidades de Atención Psicológica en línea en tiempos de pandemia?* y *¿Cuáles serían los retos y oportunidades de la Terapia Familiar Sistémica de tercer orden en línea?* dado que hoy en día y debido a la pandemia originada por el COVID 19, es urgente que las y los teóricos y clínicos de la terapia familiar sistémica, integren el pensamiento de tercer orden, con tal de dar cuenta de las desigualdades sociales y dar respuestas ante dicha situación y por el otro, que incluyan en su práctica terapéutica las tecnologías como zoom, meet, entre algunas de ellas.



## OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### OBJETIVO GENERAL.

Conocer las necesidades de Atención Psicológica en línea en tiempos pandémicos.

Conocer las características de la terapia familiar en línea desde el pensamiento de tercer orden.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar las necesidades de atención psicológica en línea

Describir las necesidades de atención psicológica en grupos vulnerables

Analizar los aportes de la terapia familiar sistémica de tercer orden en atención a grupos vulnerables



# CAPÍTULO 1: LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

En el libro *Terapia familiar en sintonía sociocultural: Directrices para una teoría y una práctica equitativas*, las autoras sostienen que la terapia familiar debe infundir la diversidad, la equidad y la inclusión respecto a la teoría y práctica clínica, donde existen variedad de teorías y modelos en dicha terapia.

Es importante destacar la terapia familiar y el contexto social, para ello Goodrich, Rampage, Ellman y Halstead (1988 citados en Bermúdez, McDowell & Knudson-Martin 2018) escribieron:

*Ya se intencionado o no, el impacto [de la terapia familiar] en las familias individuales...lleva un impacto en nuestra vida social colectiva...esta influencia sirve para apoyar o cambiar las estructuras prevalecientes de creencia y acción con respecto a la vida familiar. Lo que queremos que esta influencia vaya en la dirección de cambiar las estructuras prevalecientes debemos trabajar para reformar aspectos fundamentales de nuestro campo profesional (p.2)*

Por otra parte, la definición de sintonía sociocultural, se refiere a “un conjunto de consideraciones transteóricas que pueden integrarse en los modelos de terapia familiar existentes” (Bermúdez, McDowell & Knudson-Martin 2018, p 5) es importante señalar que el término sociocultural describe las interconexiones de los sistemas sociales, la cultura y el poder donde se consideran significados compartidos de cultura, aunado a la interacción dinámica entre los sistemas sociales los cuales dan privilegio a unos sobre los otros, originando influencia y oportunidades desiguales las cuales se basan en el género, clase social, raza, etnia, idioma, orientación social, edad, nación de origen, capacidades y el aspecto por mencionar algunas. Es importante destacar que la interconexión entre los sistemas sociales, la cultura y el poder apoya

la hegemonía, donde el grupo cultural dominante es el que va a tener el control, donde se va a seguir una línea donde no se interrumpen las prácticas rutinarias, las normas y los valores de los sistemas sociales continúan beneficiando a quienes tienen mayor influencia social.

En cuanto a una sintonía sociocultural se requiere que, entre el conocimiento básico de la cultura, los sistemas sociales, las dinámicas de poder y voluntad exista la misma, considerando que aquellos grupos que no pertenecen a los dominantes suele ser marginada.

Las autoras mencionan que existen factores los cuales son favorecidos positivamente por la sintonía sociocultural:

- Factores del cliente y extraterapéuticos: Se refiere a la ubicación social del cliente, es decir; raza, género, orientación social, clase social) ya que estos aspectos determinan los recursos sociales y económicos con los que cuenta el cliente para la resolución de sus problemas y el impacto de identidad del cliente dentro de una estructura social.

- Características del terapeuta y relación terapéutica: Se tiene la expectativa de que los terapeutas familiares se conozcan a sí mismos, que tengan identificados y atiendan sus prejuicios culturales y personales, pero los terapeutas familiares en sintonía sociocultural deben tener la habilidad de una visión multi-ocular mencionan Bermúdez, McDowell & Knudson-Martin (2018) de la mano con los siguientes aspectos:

1. Las complejidades de las estructuras y las ubicaciones sociales de los clientes dentro de esas estructuras.
2. La importancia del punto de vista y la visión del mundo en los individuos y las relaciones entre individuos.
3. La naturaleza de los problemas que se presentan como incrustados dentro de los contextos locales, nacionales y globales.
4. El impacto de los sistemas sociales en la dinámica de poder en todas las relaciones.

El contexto sociocultural es imprescindible para empatizar con cada integrante de la familia y con esta en su conjunto para lograr finalmente la alianza terapéutica, la cual se ve afectada por la dinámica de poder en el contexto social.

Por lo anterior es importante que los terapeutas familiares en sintonía sociocultural cuenten con conocimiento disciplinario (teoría, modelos y las técnicas de la terapia familiar), interdisciplinarios (sociología, economía, ciencia política y demás áreas que permitan situar a las familias en el contexto social), y no disciplinarios (conocimientos indígenas, experiencias individuales y familiares, etc.)

- Expectativas de cambio: “La comprensión de las complejidades de los sistemas sociales, la cultura y el poder permite a los terapeutas familiares en sintonía sociocultural identificar las oportunidades de cambio”. Bermúdez, McDowell & Knudson-Martin (1988)
- Aplicación de modelos: La utilización de los modelos existentes es básicamente punta de lanza para apoyar la equidad social, ya que con estos se espera ofrecer un cambio a los clientes para el terapeuta un marco coherente para entender y encontrar alivio a los problemas.

## CAPÍTULO 2: EPISTEMOLOGÍA, PENSAMIENTO DE 1 ER ORDEN, SEGUNDO Y TERCER ORDEN

La terapia familiar ante los problemas clínicos tuvo que buscar soluciones, cambios sistémicos para ello describiremos grosso modo el enfoque de los sistemas de primer, segundo orden, para finalmente profundizar en lo respectivo al tercer orden.

Considerando que ya como tal el proceso terapéutico familiar es controvertido, en primera instancia el pensamiento de primer orden deja marcada la inequidad de los sistemas sociales y cómo estos repercuten en los roles y las dinámicas de poder en la familia.

El pensamiento de primer orden no da soluciones de impacto es considerado de sentido común, a diferencia del segundo orden el cual brinda un cambio cualitativo, discontinuo logrando modificaciones en su estructura y finalmente en el sistema.

Para Gramsci (1971, citado en Bermudez, McDowell & Kundson-Martín, 2018)

*El cambio del segundo orden se produce cuando las reglas del sistema y el significado compartido cambian junto con las interacciones. En comparación con el cambio de segundo orden, solemos considerar que el cambio de primer orden es superficial porque no altera la estructura o las reglas de un sistema, manteniendo los marcos de significado o los esquemas. El cambio de segundo orden podría implicar el tratamiento de las dinámicas de poder que se han exacerbado y se han hecho más urgentes. Si analizamos un poco más de cerca el concepto de sentido común, descubriremos la naturaleza omnipresente de la relación entre el poder y el conocimiento, es decir, la dinámica entre las cosmovisiones o los discursos culturales dominantes y lo que consideramos el orden natural de las cosas (p.22)*

No obstante, los cambios de primer y segundo orden son la base para la terapia familiar. Para Bermúdez, McDowell & Knudson-Martin (2018)

El cambio de primer orden también puede ser importante cuando una familia está en crisis y necesita estabilidad. El cambio de primer orden sólo es un problema en la terapia cuando tiene prioridad o está presente sin prestar atención a las dinámicas de segundo orden. El cambio de tercer orden es un cambio en la relación con los sistemas socioculturales que amplía las posibilidades y permite la transformación de la propia vida. El cambio de tercer orden, cuando los terapeutas se comprometen con el cambio de tercer orden, ayuda a familias a conectar su experiencia vivida con sistemas de sistemas más amplios, concientizando y cuestionando el impacto de las normas culturales, los valores y las estructuras de poder de la sociedad en las dinámicas relacionales y los problemas que se presentan. (p.22)

A continuación, retomamos de una más específica el pensamiento de Tercer Orden en Terapia Familiar, este se basa en la idea de Bateson (1972, citado en Bermúdez, McDowell & Knudson-Martin, 2019) del aprendizaje de tercer orden, que permite visibilizar los sistemas de sistemas (se refiere a la interacción al interior de los sistemas sociales y entre ellos) como lo son: el económico, político, social, etcétera. Del mismo modo señalan que:

*El pensamiento de tercer orden requiere que las y los terapeutas amplíen la metaperspectiva de su participación con las familias para incluir deliberadamente el impacto de los sistemas sociales y las dinámicas de poder, como también la construcción colectiva de los significados y la cultura. Esto nos permite conceptualizar conjuntos de alternativas dentro de sistemas interconectados y responder en forma efectiva, y nos ofrece un marco conceptual que nos orienta acerca de cómo integrar una mayor consciencia sociocultural en nuestras prácticas (Bermúdez, McDowell & Knudson-Martin, 2018, p.2).*

A continuación, Bermúdez, McDowell & Knudson-Martin (2019) nos explican que se requieren de tres cosas primordiales para la transformación de un/a agente de cambio de Tercer Orden.

1. Adoptar una metaperspectiva de nosotros/as y de las familias con las que trabajamos, para darnos cuenta de que todos actuamos dentro de sistemas de sistemas.
2. Integrar nuestra comprensión de los sistemas sociales y el poder a nuestros modelos de tratamiento.
3. Invitar a las y los clientes a ver sus propias vidas desde metaperspectivas que les ayuden a resolver problemas y ampliar las posibilidades de organizar sus relaciones.

Proponemos hacer un cambio deliberado en nuestra disciplina hacia un pensamiento de tercer orden que reconoce la importancia de poder...el poder se entiende como una fuerza organizadora presente en la sociedad Knudson-Martin (2013, citado en Bermúdez, McDowell & Knudson-Martin, 2019) entonces vemos que el poder está presente de igual manera en la terapia familiar por ello es importante definirlo de la siguiente manera:

*El poder es omnipresente y se distribuye en forma desigual; es sistemático e idiosincrático. Imaginemos el poder como algo que está presente en todas partes y moldea nuestras decisiones colectivas e individuales sobre la manera de interactuar entre nosotros en diversos contextos. En términos generales, sabemos qué esperar dentro de nuestros grupos culturales y contextos familiares. Mantenemos las prácticas sociales vigilándonos unos a otros y a nosotros/as mismos/as. Ahora imaginemos que el poder se acumula o se hace más denso en algunas partes, que en*

*algunos de nosotros tenemos más recursos y una mayor influencia para moldear las interacciones singulares y colectivas. A nivel colectivo, quienes tienen mayores recursos e influencia moldean las prácticas culturales y las ideologías en forma que benefician a su propio grupo y mantienen su mayor acceso a los recursos. Ahora imaginemos todo esto en movimiento, y que quienes están siendo amenazados reaccionan ante el poder potencial y el poder concreto concediendo, retrayéndose, maniobrando y/o rechazando (...) en otras palabras, imaginemos una compleja red de influencias diseñada para mantener sistemáticamente el poder y el acceso a los recursos en manos de algunos más que otros, y al mismo tiempo está llena de dinámicas de poder idiosincráticas y altamente detalladas en contextos locales específicos. En terapia familiar lidiamos diariamente con este tipo de complejidad. McDowell (2015, citado en Bermúdez, McDowell & Knudson-Martin, 2019, p. 3)*

## CAPÍTULO 3: INTERSECCIONALIDAD EN TERAPIA FAMILIAR

La interseccionalidad es un término acuñado por la feminista estadounidense negra Kimberlé Crenshaw; lo usa para indicar que algunas variables como el género o raza tienden a interseccionar o confluir en la vida de las personas y modifican la construcción cognitiva que tienen cerca de estas categorías; de hecho la autora en el 2001 socializa el término en Sudáfrica, en la Conferencia Mundial contra el Racismo...La interseccionalidad es una herramienta de análisis tomada como referente para estudios sociológicos y culturales, tendientes a investigar la necesidad de discriminar el cruce entre categorías o variables sociales para construir formas de interactuar en diferentes niveles; sin embargo, estas pueden intervenir en el acceso a oportunidades y derechos, contribuyendo a disolver desigualdades sociales, es decir; este concepto *“hace referencia a la situación en la cual una clase concreta de discriminación interactúa con dos o más grupos de discriminación creando una situación única (intersección)”* Expósito (2012, citado en Cedeño, C., Granja, E., Yacelga, T & Yépez, P, 2017)

## GRUPOS VULNERADOS

Son grupos que por su condición particular se enfrentan a un entorno que, injustamente, restringe o impide el desarrollo de uno o varios aspectos de su vida, quedando sujetas a una situación de vulnerabilidad y a un mayor riesgo de ver sus derechos afectados. Lara (2015, p 26)

La Ley General de Desarrollo Social los define como “Aquellos núcleos de población y personas que, por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida”.

El estigma estructural construye un concepto de gran utilidad mencionan las autoras Mora-Ríos & Bautista(2014), el cual es importante para el abordaje de los grupos sociales que presentan múltiples condiciones de vulnerabilidad, por ejemplo: personas no heterosexuales, con VIH, mujeres recluidas en cárceles, personas desplazadas por la migración o conflictos bélicos, así como poblaciones rurales y urbanas que viven en pobreza, en los cuales intervienen diversos determinantes sociales que se interrelacionan y se expresan en inequidades sociales en el acceso a la salud. Mora-Ríos & Bautista (2014)

## CLASISMO

Puede ser común escuchar y/o leer “eso es clasismo, no racismo” pero como mencionan los autores Vinson & Vaughn. (2004) “suele ser esta afirmación la última y definitiva excusa que esgrimen en México los que intentan disculpar una expresión o un acto de discriminación”. (p.30)

Por otra parte, el clasismo racializado y patriarcal es una de las prácticas intencionales que ejerce el sistema social dominante, desde la cual se sostiene la forma particular de organizar la fuerza de trabajo y la distribución de la riqueza social, es decir; se refiere al lugar que ocupa una persona en una escala de acuerdo a su clase y su papel para reproducir ese orden social. Villanueva (2018)

## RACISMO

Es imprescindible separar el concepto de raza del racismo, donde la antropóloga norteamericana Ruth Benedict (citado en Wiewiorka, 1998) que en su libro *Race and Racism*, afirma que:

*La raza es una clasificación basada en rasgos hereditarios y que constituye un campo de investigación científica, mientras el racismo es un dogma contrario a toda investigación científica, un dogma según el cual un grupo étnico está condenado por naturaleza a la inferioridad congénita y otro grupo está destinado a la superioridad congénita.* (p.20)

El racismo del siglo pasado se relacionaba más a una clasificación de los pueblos considerando sus características fenotípicas, pero el racismo hoy tiende a subsumirlos argumentos biológicos, en discursos de tipo culturalista y puede confundirse con el clasismo o el sexismo. Estas formas de desvalorización del otro han llevado a la construcción de “identidades sociales excluyentes”, que fluyen desde el prejuicio y el estereotipo, promoviendo prácticas de discriminación y segregación étnica, clasista y de género (París, 1999, p.53)

## SEXISMO

El sexismo Gilbert, E (2008, citado en Gilberti, 2017) lo define como “el conjunto de actitudes y comportamientos que instala la discriminación entre las personas basándose en su sexo. Se organiza en forma de prejuicio y creencia y se pone de manifiesto mediante el lenguaje, símbolos y costumbres históricamente arraigadas” Mientras la Real Academia Española (RAE) menciona que se refiere a la discriminación de las personas por razón de sexo.

## HETEROSEXISMO

El diccionario Merriam Webster lo define como discriminación o prejuicio contra personas no heterosexuales basado en la creencia de que la heterosexualidad es la única expresión normal y natural de la sexualidad.



## PENSAMIENTO DE TERCER ORDEN

Según McDowell (2018, citada en Bermúdez, McDowell & Knudson-Martin, 2019, p. 6). El cambio de tercer orden ocurre cuando hay un cambio en nuestra forma de entender y relacionarnos con los sistemas socioculturales, cuando entendemos que el sistema en que estamos es parte de un sistema de sistemas. Darnos cuenta de esto amplía nuestras opciones más allá de lo que sería posible con el cambio de segundo orden, y nos permite visualizar y participar en una transformación significativa.

## MÉTODOLOGÍA

Se utilizó una metodología cuantitativa la cual tiene las siguientes características de acuerdo Creswell (2013a, citado en Hernández Sampieri, 2014) son:

1. Refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación: ¿cada cuánto ocurren y con qué magnitud?
2. El investigador o investigadora *plantea un problema de estudio delimitado y concreto* sobre el fenómeno, aunque en evolución. Sus preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas.
3. Una vez planteado el problema de estudio, el investigador o investigadora considera lo que se ha investigado anteriormente (*la revisión de literatura*) y construye un *marco teórico* (la teoría que habrá de guiar su estudio), del cual deriva una o varias *hipótesis* (cuestiones que va a examinar si son ciertas o no) y las somete a prueba mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados. Si los resultados corroboran las hipótesis o son congruentes con éstas, se aporta evidencia a su favor. Si se refutan, se descartan en busca de mejores explicaciones y nuevas hipótesis. Al apoyar las hipótesis se genera confianza en la teoría que las sustenta, Si *no* es así, se rechazan las hipótesis y, eventualmente, la teoría.
4. Así, las hipótesis se generan antes de recolectar y analizar los datos.
5. La *recolección de datos* se fundamenta en la medición (se miden las variables o conceptos contenidos en las hipótesis). Esta recolección se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica. Para que una

investigación sea creíble y aceptada por otros investigadores, debe demostrarse que se siguieron tales procedimientos. Como en este enfoque se pretende *medir*, los fenómenos estudiados deben poder observarse o referirse al “mundo real”.

6. Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números (cantidades) y se deben *analizar con métodos estadísticos*.
7. En el proceso se trata de tener el mayor control para lograr que otras posibles explicaciones, distintas o “rivaless” a la propuesta del estudio (hipótesis), se desechen y se excluya la incertidumbre y minimice el error. Es por esto que se confía en la experimentación o en las pruebas de causalidad.
8. Los análisis cuantitativos se interpretan a la luz de las predicciones iniciales (hipótesis) y de estudios previos (teoría). La interpretación constituye una explicación de cómo los resultados encajan en el conocimiento existente. (p.5)

## TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, transversal y descriptivo.

Esta investigación se caracteriza por ser observacional, De la Fuente, Veiga & Zimmermann (2008) hacen énfasis en que, esta investigación pretende describir un fenómeno que está caracterizando a una población de estudio, del mismo modo intenta conocer su distribución en la misma.

Lo llamamos descriptivo, porque busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, donde sólo pretendemos medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren. (Hernández, 2014, p. 92)

Finalmente clasificamos esta investigación desde el punto de vista de su dimensión espacio-temporal como transversal, ya que consideran aspectos relacionados con la población que se estudiará, los sujetos de quienes se obtendrá información y la información.

## PROCEDIMIENTO

Multietápico: 1) Se realizó una convocatoria en redes sociales, anunciando el servicio de la Clínica virtual de Terapia Familiar, 2) Los/as interesadas tenían que mandar un correo a: [cliv.fam@gmail.com](mailto:cliv.fam@gmail.com), 3) Se les respondía el correo electrónico en un máximo de 48 hrs. 4) Se les enviaban dos cuestionarios, uno elaborado con reactivos que buscan conocer las razones por las cuales las personas buscan el servicio y otro con reactivos diagnósticos que exploran diversos síntomas ocurridos los últimos 6 meses antes de la solicitud del servicio: a) Síntomas ansiosos, b) Síntomas depresivos, c) Síntomas de desorden alimenticios, d) Síntomas de desorden del sueño, e) Relaciones de pareja e interés familiar en condiciones de salud mental. 5) Por último, las y los terapeutas hacen una entrevista previa, con tal de analizar la viabilidad del caso, así como dar a conocer el consentimiento informado con todos los aspectos éticos necesarios para ingresar al servicio de la clínica virtual.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se trató de una investigación con riesgo mínimo, en el cual, se emplearon técnicas y métodos de investigación documental, observacional, descriptivo y transversal de solicitudes de terapia, cuestionario diagnóstico y consentimiento informado, en los que no se trataron aspectos que dañen la integridad de cada consultante. Tomando a consideración el apartado sugerido por el código ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, el cual manifiesta lo siguiente:

Los terapeutas deberán procurar el bienestar de las familias y de los individuos, respetar los derechos de aquellas personas que buscan su ayuda y llevar a cabo esfuerzos razonables para garantizar que sus servicios sean utilizados en forma apropiada.

1.1 Los terapeutas no discriminan ni negarán sus servicios profesionales a nadie debido a motivos étnicos, religiosos, de género, de nacionalidad, de clase o de preferencia sexual.

1.2 Los terapeutas deberán estar conscientes de la influencia que pueden ejercer con sus pacientes y evitarán abusar de la confianza y de la dependencia de tales personas. Por lo tanto, harán esfuerzos para evitar una relación mutua que pudiera afectar su juicio profesional y aumentar el riesgo de abuso. Cuando la relación no se pueda evitar, el terapeuta tomará las precauciones adecuadas para asegurar que su juicio no sea deformado y que no exista abuso

alguno. El ejemplo de una relación mutua incluye, pero no está limitado a, negocios o relaciones cercanas con el paciente. La intimidad sexual con los pacientes durante la terapia y dos años posteriores a éstas quedará prohibida.

1.3 Los terapeutas no utilizarán la relación profesional con sus pacientes para su propio beneficio.

1.4 Los terapeutas respetarán los derechos de toma de decisiones de sus pacientes y los ayudarán a entender las consecuencias de tales decisiones. Claramente advertirán que cualquier tipo de decisión sobre el matrimonio es responsabilidad del paciente.

1.5 La terapia se prolongará mientras sea razonablemente claro que el paciente se está beneficiando de esa relación.

1.6 Los terapeutas ayudarán a los pacientes en la obtención de otro servicio terapéutico, si consideran que por razones particulares no está dentro de su competencia o capacidad tal ayuda profesional.

## DESCRIPCIÓN DE LAS POSIBLES CONTRIBUCIONES Y BENEFICIOS DE ESTA INVESTIGACIÓN PARA LAS PARTICIPANTES Y LA SOCIEDAD.

Los beneficios para las/os participantes fue que se les brindó un servicio de terapia individual, de pareja o familiar mediante la clínica virtual de terapia familiar.

A nivel social, contribuye a ampliar el conocimiento en el campo de la salud de la prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión, trastornos alimenticios, que pudieran estar presentes en las personas solicitantes, durante la pandemia.

## GENERALIDADES DE LA INVESTIGACION

- **POBLACIÓN DE ESTUDIO.** Jóvenes y adultos de 18 años a 50 años de edad
- **POBLACIÓN DE TRABAJO** Población mexicana

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN. Ser población mexicana  
Tener internet  
Estar de acuerdo en compartir sus datos para la investigación
- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN. No ser población mexicana  
No haber contestado de forma completa los formularios de solicitud y diagnóstico  
No tener internet  
No estar de acuerdo en compartir sus datos
- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN. No querer participar
- MUESTREO Muestreo no probabilístico intencional por cuotas
- METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA. Población cautiva en redes sociales

## CUANTITATIVO

Es secuencial y probatorio, llevaremos un orden riguroso por etapas, por consiguiente se tendrá como objetivos: *Analizar las necesidades de atención psicológica en línea, describir las necesidades de atención psicológica en grupos vulnerables y analizar los aportes de la terapia familiar sistémica de tercer orden en atención a grupos vulnerables* y como preguntas de investigación *¿Cuáles son las necesidades de Atención Psicológica en línea en tiempos de pandemia?* y *¿Cuáles serían los retos y oportunidades de la Terapia Familiar Sistémica de tercer orden en línea?*, revisamos literatura para construir un marco o una perspectiva teórica de las preguntas anteriormente descritas se estableció la hipótesis y determinaron variables, las cuales para probarlas trazamos un diseño; donde se medirán dichas variables en un determinado

contexto, donde se analizaran las mediciones obtenidas haciendo uso de métodos estadísticos, para poder extraer una serie de diversas conclusiones.

Existen escalas de medición de variables, en esta investigación retomaremos las siguientes:

### NOMINALES

Consta de dos o más categorías mutuamente excluyentes. Si solo hay dos, se llama escala nominal dicotómica. A cada categoría se le suele asignar un número de código sin significado cuantitativo, lo que facilita su introducción en base de datos como, por ejemplo: Sexo: 1) masculino; 2) femenino. Dependiendo del programa que va a ser utilizado para el análisis, se prefiere codificar las variables nominales dicotómicas.

### ORDINALES

Las variables ordinales tienen la cualidad adicional, respecto a la escala nominal, de que sus categorías están ordenadas por rango; cada clase posee una misma relación posicional con la siguiente; es decir, la escala muestra situaciones escalonadas. Si se usan números, su única significación está en indicar la posición de las distintas categorías en la serie; sin embargo, no asumen que la distancia del primer escalón al segundo sea la misma que la del segundo al tercero. Por ejemplo: Conformidad con una afirmación: 0) completo desacuerdo, 1) acuerdo parcial, 2) acuerdo total. Finalmente podemos decir que existen escalas que serán la mezcla de nominal y ordinal, porque solo algunas categorías están ordenadas por rango; esto ocurre en las escalas en las que un valor representa a una categoría inclasificable (ejemplo: no sabe, no contesta o su resultado es indeterminado) (Ochoa & Molina, 2018)

### **Instrumentos cuantitativos**

Un formulario Google que rescata signos y síntomas de riesgo durante los últimos 6 meses.

1. Síntomas de riesgo para trastornos del sueño
2. Síntomas de riesgo para trastornos alimentarios
3. Síntomas de riesgo para trastornos del estado de ánimo
4. Síntomas de riesgo para ideación e intento suicida

### Análisis estadístico

Se analizarán los datos cuantitativamente mediante el programa spss 19, del cual se realizaron análisis descriptivos (análisis de frecuencias).

### Definición de Variables

VARIABLES Sociodemográficas	Tipo de Variable	Instrumento: Ficha de identificación
Edad	Dimensional	Ficha de identificación
Sexo	Nominal	Ficha de identificación
Estado civil	Nominal	Ficha de identificación
Ocupación	Nominal	Ficha de identificación
Años de escolaridad	Dimensional	Ficha de identificación
Religión	Nominal	Ficha de identificación

Figura 1: Tabla que muestra la definición teórica y operacional de las variables presentes en este estudio

VARIABLES CLÍNICAS	Tipo de Variable	Instrumento
Conducta Alimentaria de Riesgo	Ordinal	Formulario de ingreso clínica de terapia familiar
Severidad de la Ansiedad	Ordinal	Formulario de ingreso clínica de terapia familiar
Severidad de la Depresión	Ordinal	Formulario de ingreso clínica de terapia familiar
Riesgo Suicida	Ordinal	Formulario de ingreso clínica de terapia familiar
Cohesión y Adaptabilidad Familiar	Ordinal	Formulario de ingreso clínica de terapia familiar

Figura 2: Tabla que muestra la definición teórica y operacional de las variables presentes en este estudio

- Procesamiento y análisis estadístico.

Estadística descriptiva,

Gráficas de barra, pastel histogramas

- ASPECTOS ÉTICOS.

Consultar helsinsky

- Consentimiento informado.

En formulario

- Conflicto de intereses.

No hay

- RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

Internet, computadora, tesista, investigador principal

Docente investigador y alumna de titulación

- RECURSOS FINANCIEROS.

Internet

- APORTACIONES O BENEFICIOS GENERADOS PARA LA UNIVERSIDAD.

Perspectivas teóricas

Terapia familiar sistémica de tercer orden



# RESULTADOS

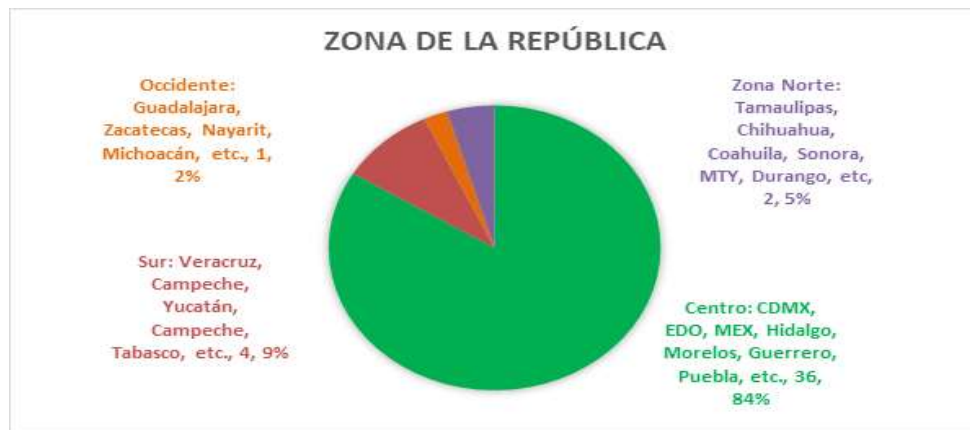
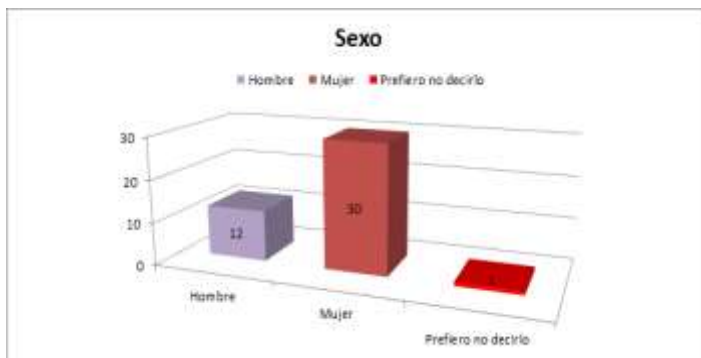


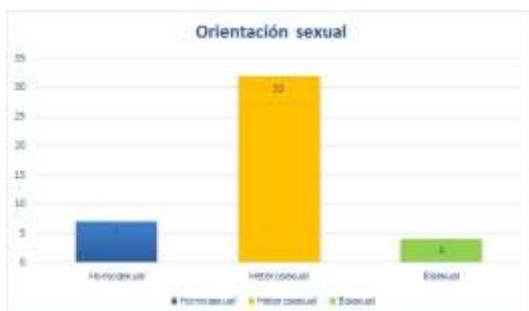
Fig. 1. Zona de la república de quienes solicitaron el servicio de la clínica

Como resultado, tuvimos 45 solicitantes. El mayor porcentaje de solicitantes a terapia se encuentran en la Zona Centro, la cual comprende. CDMX, Estado de México, Hidalgo, Morelos, Guerrero y Puebla entre otros, con un 84% de presencia, y con menor solicitud la Zona Occidente con un 2% los cuales comprende los Estados de Guadalajara, Zacatecas, Nayarit y Michoacán.



La figura 2, es una gráfica que muestra solo 1 participante que prefirió no decir su sexo, 12 que mencionaron ser del sexo masculino y finalmente con una mayoría de 30 participantes aceptaron ser de sexo mujer.

Fig. 2. Sexo de los y las encuestadas



Se puede observar en la figura 3, que 31 personas que solicitaron el servicio se identificaron del género femenino y 12 personas del masculino.

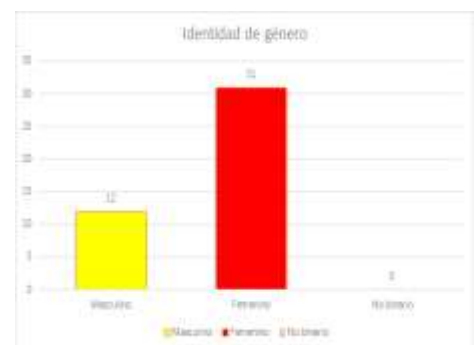


Fig. 3. Identidad de género

Figura 4. Orientación Sexual

Otro dato importante es que en la figura 4, 32 casos se definieron como personas heterosexuales, 7 fueron se definen como homosexuales y sólo 4 personas se definieron como bisexuales.

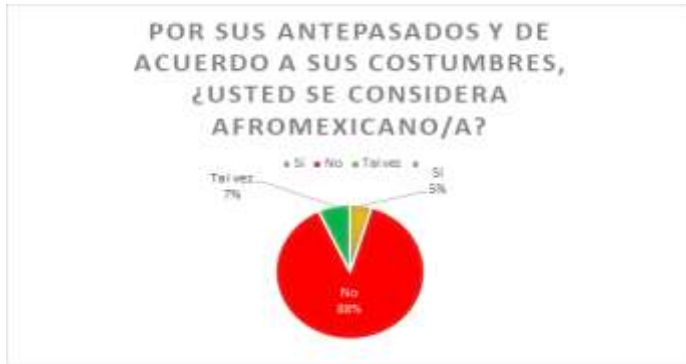


Fig. 5. Identidad Afromexicana

Es importante resaltar que, en reconocimiento de las costumbres, encontramos que sólo un 5% de la población que ha solicitado el servicio en la clínica se identifica como personas afromexicanas. Todo esto se encuentra ubicado en la figura 5.

Figura. 6. Identidad indígena.

De igual forma, en la figura 6, al incorporar la pregunta sobre la identificación indígena, 21% reconocieron que, si se consideran como tal y un 14% no lo sabe, pero no lo niega.

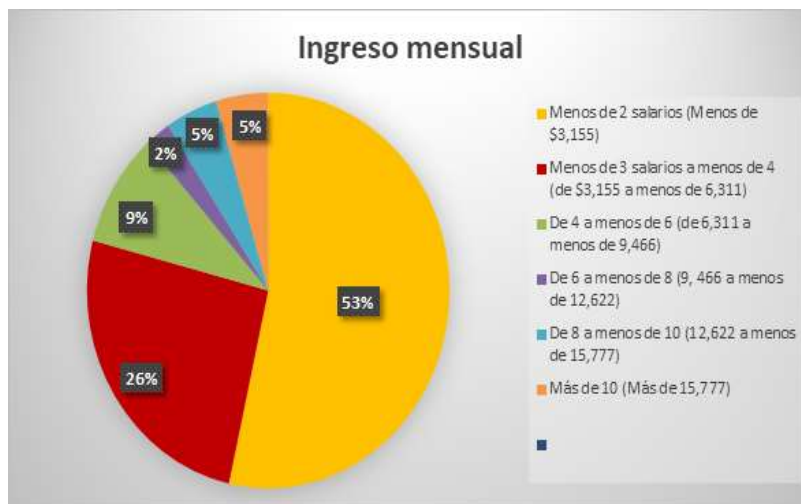


Figura. 7. Ingreso Mensual.

En éste ejercicio de revisar los diversas respuestas a través de los reactivos solicitados en los instrumentos, particularmente, como lo muestra la figura 7, que muestra el ingreso mensual, donde podemos ubicar que el 53% de los encuestados gana

menos de 2 salarios mínimos, es decir, menos de \$3,155, le sigue un 26% de los encuestados que afirman tener menos de 3 salarios mínimos, es decir de \$3,155 salarios a menos de \$6,311.



Fig. 8. Lugar de nacimiento

La figura presentada con anterioridad, profundiza aún más las localidades de las personas solicitantes, pues, la figura 1, sólo hace referencia a localidades de la república mexicana, que al revisar los datos con más profundidad, observamos elementos interesantes, en las que el 58% de los encuestados confirman vivir en la CDMX, un 9% de Oaxaca, el 5% del Estado de México, 5% Ecatepec de Morelos, 5% Ciudad Mante de Tamaulipas, 5% de San Salvador, de El Salvador, 3% Aguascalientes, 3% de Colombia, 2% Venezuela, 2% Honduras, 2% Guiovelaga Oaxaca. Esto muestra un punto importante, que los servicios en línea cierran brechas de acceso, pues, en una condición física, sería complicado poder extender el servicio a personas como de El Salvador, Colombia, Venezuela, Honduras y otras entidades dentro de la república mexicana.

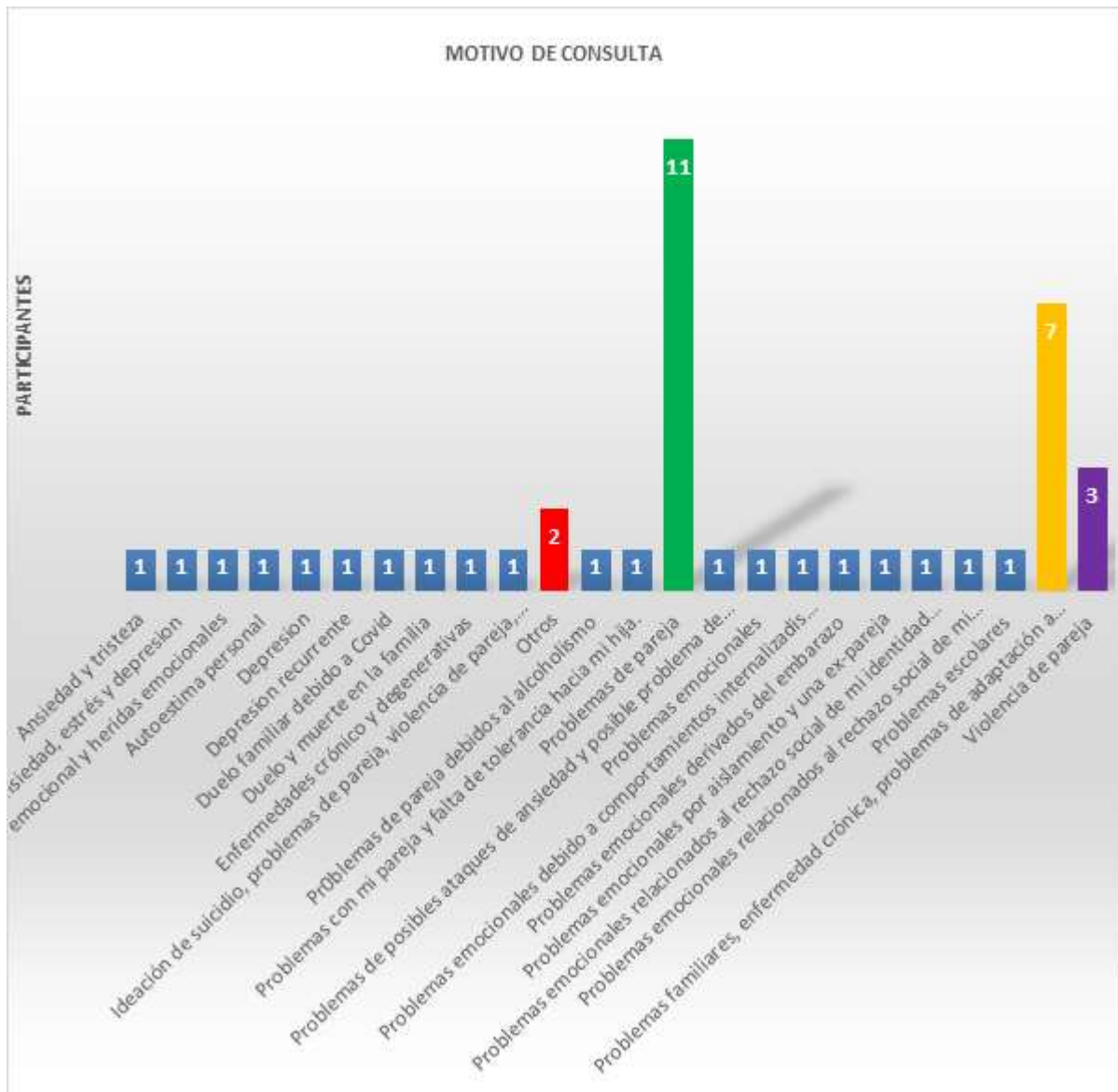


Fig. 9. Motivos de consulta

Podemos observar que, por motivo de consulta fue diverso, tan diverso que pudiéramos afirmar que, por persona solicitante hay un motivo muy preciso, sin embargo, es importante señalar que, problemas de pareja fue el que representó a 11 solicitantes, 7 por problemas familiares, enfermedad crónica y problemas de adaptación. 3 reconocen la violencia de pareja y 2 como otros no específicos.



Fig. 10. Gravedad del problema  
Como se muestra en la gráfica, 12 personas señalaron que ven una gravedad nivel 7, otras 9 personas nivelaron su malestar en 8, 4 en un nivel 9 y 2 en una magnitud de malestar 10.



En cuanto a tratamiento, 27 personas encuestadas manifestaron no haber tenido un tratamiento previo, sólo 16 manifestaron afirmativamente que habían tomado previamente una psicoterapia.

Fig. 11. Tratamiento psicológico

En cuanto a la fase 2 de la clínica, el cuestionario diagnóstico, de los 45 solicitantes, sólo 24 el (51%) de las/os solicitantes siguieron contestando los apartados de acceso a la clínica. Podemos inferir que esta desmotivación por contestar los formularios se debe quizás, a la extensión de los mismos criterios de la normativa de la clínica, así como los ritmos de vida de las personas que buscaban un servicio y respuesta rápida, sin embargo, se debe de reconocer que toda clínica debe de tener criterios de inclusión y exclusión y uno de ellos es pasar al 100% todas las fases.

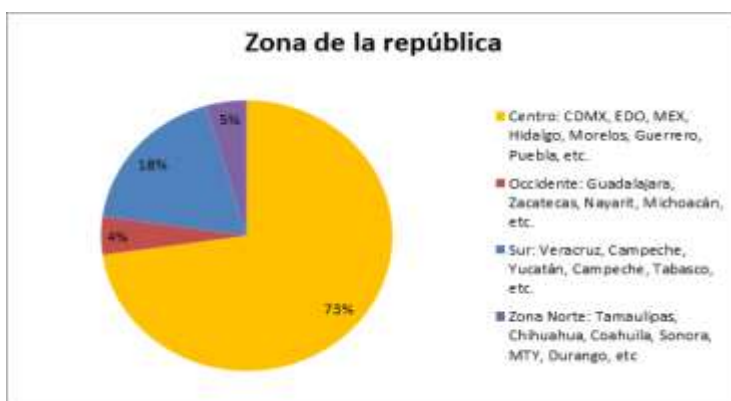


Figura. 12. Zona de la república  
Como podemos ver, el 73% de la población que sigue en el proceso, fueron encuestados/as de la zona centro. De ahí el 18% la zona sur y 5% zona norte y por último sólo el 4% zona occidente.

Figura 13. Sexo de las y los encuestados

La figura 13. Refiere al sexo de las personas que siguieron el proceso, lo cual muestra cómo las mujeres son quienes siguen interesadas en el acceso al servicio, siendo 17 de ellas (un 70%), siguen el proceso y un 29% (7 personas) son hombres que contestaron la fase diagnóstica.

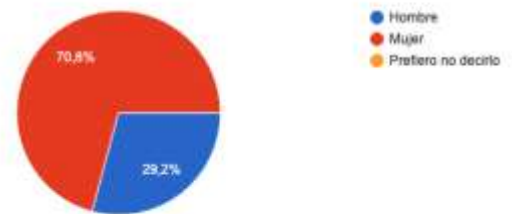
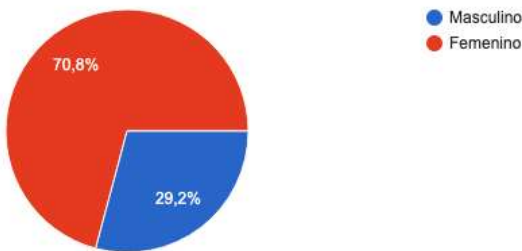


Fig. 14. Identidad de Género



La figura 14. Refiere al género de las y los encuestados y coincide con la figura anterior con respecto al sexo y la identidad de las y los encuestados, 17 mujeres y 7 hombres.

Lo que observamos en la figura 15, particularmente muestra la orientación sexual de las y los encuestados, el cual, muestra que el 66% se asume como una persona heterosexual, sin embargo, un 20% se asume como homosexual y el último 12% se asume como bisexual.

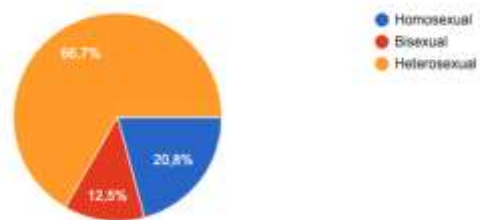
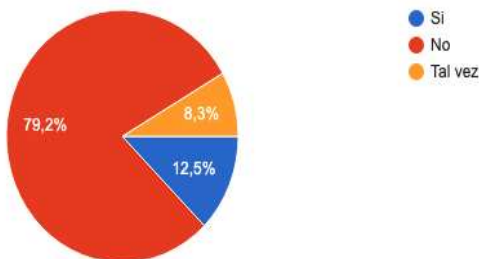


Figura 15. Orientación sexual



Se puede observar que en cuanto los encuestados/as sobre los orígenes afromexicanos/as y detectamos 79% de encuestados/as que no se asumen como personas afromexicanas (18 personas), 3 personas si se asumieron como afromexicanas/os y otro/as 3 personas que no lo saben.

Fig. 16. Origen Afromexicano

Los motivos de la psicoterapia en línea, en este formato se pudo ahondar de forma más profunda y con las palabras de las personas, su necesidad del servicio:

*"Abuso", "Recibir apoyo y orientación porque siento mucha ansiedad", "Tengo depresión y me es muy difícil lidiar con ella.", "Muchas ganas de encontrar mayor estabilidad con mi esposo, disfrutarlo y disfrutarlo plenamente." "El confinamiento actual por el que vivo con mi pareja", "Problemas de pareja", "Mi reciente diagnóstico positivo para VIH", "El motivo que me lleva a solicitar psicoterapia, es la identificación de problemas emocionales desde hace varios meses, me encuentro desmotivado, cansado mentalmente, con nula fuerza de voluntad. Dicha situación está afectando significativamente otras áreas de mi vida.", "apoyo para mejorar comunicación entre pareja y mejorar la crianza con nuestro hijo", "Problemas de pareja y violencia, y falta de tolerancia hacia mi hija.", "La situación en la que me encuentro y siento, No he podido avanzar en nada de mis logros por decepción, mi relación de pareja ha tenido muchos problemas, de confianza, comunicación, dependencia, autoestima, seguridad entre otras cosas.", "Quiero estar bien física y mentalmente", "Porque este problema me afecta en mi vida diaria y más en estos momentos de confinamiento, me ha afectado más, y me es muy difícil poder realizar mis actividades.", "Para poder superarme, saber controlar mis emociones, poder crecer como persona, el no ser tan impulsiva ante cualquier situación.", "Buscar resolver o contener algunas acciones que han hecho que mi interacción social se vea afectada", "Que ya no encuentro más opciones para salvar mi matrimonio y sentirme feliz. Que sé que necesito ayuda profesional pues quiero ser una buena madre y mis problemas matrimoniales siento han afectado a mi hijo.", "Estoy pasando por muchos cambios emocionales derivados de un embarazo no deseado", "El notar que deseo cambiar patrones de pensamiento, pero no puedo, además de notar síntomas de depresión que interfieren con mi desarrollo como persona. Hace algunos años tuve un intento de suicidio y a veces los pensamientos suicidas regresan." "Ansiedad, estrés y depresión", "Desde hace tiempo he estado pensándolo como necesario, porque me genera mucho ruido mental ciertas situaciones que me ocurren en la familia o en el trabajo, me gustaría ser escuchada y saber cómo encuentro recursos en mí para hacer frente con menos angustia y miedo.", "Problemas de pareja y falta de concentración", "Recién hace poco viví con mi mamá y mi hermana y me di cuenta de muchas cosas que viví de niña y que todavía me afectan y no me gustó y no sé cómo enfrentarlo", "Difícil encontrar motivación para hacer cosas. Falta de alegría en mi día a día." pac. cit.*

Como se puede observar en los testimonios, podemos identificar diversas emociones en cada uno de los escritos de las y los solicitantes. En las que se muestra cómo perciben y viven las y los usuarios sus experiencias relacionales en tiempos de pandemia, que llevan a situaciones de pareja, familia, diagnósticos. Recordando que cuando se leen los testimonios, estamos escuchando una experiencia de vida profunda y que es importante darle un espacio de escucha, que busca una forma de ser acompañado y que se le valide su sufrimiento, con tal de reconstruir la dignidad de la persona.

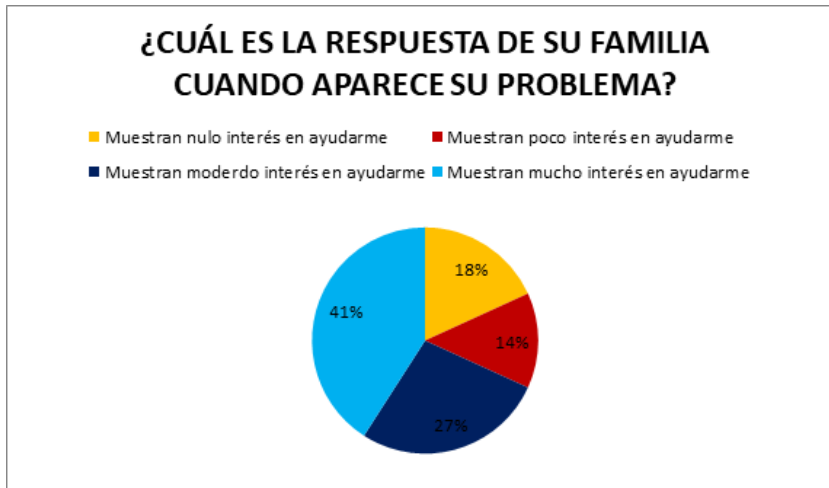


Fig. 17. Respuesta de la Familia ante el problema.

Es interesante que, ante el dolor que están viviendo, las y los consultantes reconocen que sus familiares muestran mucho interés en ayudarles (41%). Frente al 18% que reconoce que sus

familiares tienen un nulo interés en ayudarles.

Con respecto a las explicaciones que se dan sobre el origen de los malestares en los últimos meses, los testimonios son diversos y con diversas muestras de dolor y preocupación:

*"En la preparatoria", "Todo empezó porque falleció un sobrino y me sentía vulnerable, me refugie en un amigo que conocí justo en esa situación, después empecé a sospechar de su orientación que me causaba ansiedad, y le exprese mi sentir generalizado sobre mis ideas que no apruebo sobre la homosexualidad y confrontar mentiras que fui descubriendo, antes eso me hizo contacto cero e incremento mi ansiedad y ahora se mantiene esa situación Por la toma equivocada de decisiones sobre cosas importantes y tener una creencia que si ofrezco lo tengo que cumplir, porque si no me siento culpable.", "A raíz de una ruptura de pareja que no atendí, y luego la condición se volvió crónica desde 2014. Recientemente se desencadenó como secuela de COVID 19 y problemas familiares este año.", "Con acciones de desconfianza y afinidad pequeñas que de vez en cuando escalan de proporción.", "Desde el confinamiento por la pandemia hemos tenido que trabajar en casa y vernos todo el tiempo aunado a que se sumó que mi pareja perdiera su empleo y tenerlo todo el tiempo en el mismo espacio.", "Faltas de respeto, falta de confianza, violencia por ambas partes, la comunicación horrible.", "Pues empecé a tomar decisiones muy a la ligera en este último semestre y uno de ellos fue tener relaciones sin protección", "El punto de partida de la problemática se dio en 2017, a raíz de problemas familiares, específicamente un desarraigo domiciliario, tuve que irme del lugar donde viví casi toda mi vida, con ello, comencé a sentirme triste, y se produjeron problemas en mi entorno familiar.", "Me parece que desde siempre hubo el problema y nunca hemos hecho nada para arreglarlo", "Los de pareja ya llevan casi 3 años y la tolerancia hace 3 meses.", "Desde que termine la carrera no he sabido a donde ir, me doy cuenta que no me gusta y no he podido avanzar en mi vida pues ya tengo 28 años, no siento seguridad, y bueno siento que eso ha afectado mis relaciones tanto familiares como de pareja, a relaciones violentas en aspectos emocionales, psicológicos, etc.", "Comenzó un 13/18 de mayo del 2019, comencé a sentirme fuera de lugar", "Desde pequeña me he sentido con mucho miedo por parte de mis familiares, a partir de que falleció mi papá hace 6 años me sentí más desprotegida y con más miedo, fui a terapia porque tenía mucha ansiedad, además de que tuve problemas de despersonalización y me afectó bastante, me puede tranquilizar por un tiempo, pero por cuestiones económicas tuve que dejar la terapia... a partir de la pandemia me quedé sin trabajo y me tuve que quedar en casa, en abril del año pasado sufrí violencia por parte de mi prima y mi problema de ansiedad se agravó, ha ido disminuido porque trato de mantenerme ocupada pero aún está aquí el*



*problema.", "Desde que nos enteramos mi novio y yo de que estaba embarazada, los problemas empezaron a crecer y se descontroló todo, al grado de no saber dialogar sin salir peleados", "He vivido en un ambiente de violencia familiar verbal y en ocasiones física que ha hecho que mi comunicación social sea mermada y no interactúe de la mejor manera con las personas", "Mi esposo dejó de interesarse en mí. No quiere estar conmigo, pero tampoco quiere que nos divorciemos, no quiere hablar del porqué y tampoco se muestra dispuesto a tomar terapia.", "Por un mal diagnóstico médico me hicieron cirugía y no me informaron sobre un embarazo, cuando me di cuenta era demasiado tarde para poder hacer algo.", "Surgió porque en un inicio no aceptaba mi homosexualidad y en plena adolescencia eso me generó muchos conflictos, sobre todo sociales e identitarios. Coincidió con otras problemáticas como maltrato psicológico por parte de mi abuela en la infancia (ella me cuidaba) así como el abandono por parte de mi padre.", "Últimamente por temas de aislamiento y familiares (historial de depresión)", "Se relaciona con la convivencia cotidiana en mi familia. Hasta hace algunos años vivía con mi mamá y mi papá, adultos mayores autovalentes. Hace un par de años regresó a vivir a la casa de mi hermana mayor con su hija, mi sobrina que es una niña. Por la pandemia, se quedó a vivir aquí mi hermano menor, por lo que ahora somos seis personas en la casa. Nunca he tenido una relación cercana con mi hermana, pero ahora el desencuentro se ha hecho evidente, peleamos a gritos, con mucha violencia simbólica e intento de golpes por su parte hacia mí, ella ha mencionado que cuestionó su maternidad y que soy mala influencia para su hija. En el día a día no nos hablamos para nada y nos evitamos mutuamente. Eso me desgasta emocionalmente porque, aunque finjo desinterés. la realidad es que no me gusta vivir así, pero no puedo establecer ningún tipo de comunicación con ella, sus acciones hacia mí denotan un desprecio y falta de legitimidad a mi palabra.", "En el 2018 estuve de intercambio en Chile por la maestría y me dio un ataque de pánico y a partir de la pandemia mi pareja y yo no hemos encontrado empleo, empezamos a tener problemas económicos y mucha tensión en la relación", "De niña, no sabría bien decir cómo empezó.", "Ha ido progresando con el tiempo. Empeoró al mudarme y vivir en una ciudad donde no conozco a nadie. Tampoco es como que tenga ganas de conocer gente.". pac. cit.*

Como se puede leer en los testimonios, al ahondar más en su propia experiencia relacionada con su motivo de consulta, podemos encontrar, temas relacionados nuevamente con lo económico (pérdida del empleo durante la pandemia), con la violencia de género en su modalidad de pareja, con la diversidad sexual, entre la aceptación y el rechazo de esta. La búsqueda de terapia muchas veces es por motivos de buscar una reparación, el tener un espacio en el que se le reconozca en su diferencia, por eso es importante entender la responsabilidad que tenemos en la profesión como la terapia familiar. Reflexionar sobre los actos, fomentar la empatía y responsabilidad de las y los integrantes de la familia para aspirar a un proceso de diálogo y escucha y reconocimiento de sus sentires atravesados por las injusticias sociales.



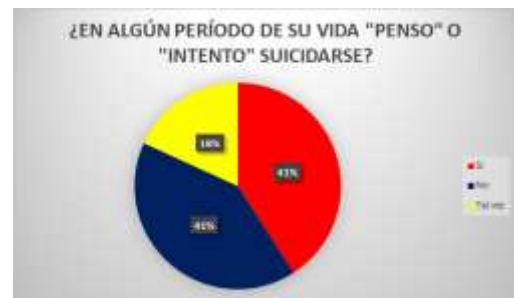
Figura 18. Comienzo del Problema

Esta gráfica, nos muestra y confirma los testimonios anteriores, donde el 55% ubica el origen de esta situación en su vida adulto joven de 26 a 35 años, seguido de su juventud de 18 a 25 años (23%) y el

14% en la adolescencia (11 a 18 años).

Fig. 19. Pensamiento e intento suicida

La figura 19 nos muestra el intento, o pensó en el suicidio, que, durante la pandemia, el 41% confirma haberlo intentado, frente al 41% de quienes niegan haberlo hecho y un 18% lo pone en duda al responder con un "tal vez".



*"Porque la vida perdió sentido por completo", "Aceptación de mi orientación e identidad de género en mi hogar.", "Pensé que mi vida no tenía sentido", "no", "Pensé que mi vida era un problema, mi mala toma de decisiones, me sentía triste, por mi situación en pareja", "Lo he pensado en varias ocasiones, cuando tuve problemas en la carrera a mitad y ahora que la termine lo he pensado, pero no he podido, no siento que tenga un camino básicamente en verdad no quiero estar en la vida o en esta vida no me gusta, no me gusta mi vida quisiera evadir mi realidad y si lo he pensado. Y pues por los problemas que he tenido, la situación en la que me encuentro.", "Porque cuando me quedé en la Universidad yo no quería estudiar esa carrera y al decírselo a mis padres no me querían ni hablar me trataban mal, entonces ese fue el motivo", "En la adolescencia no me sentía bien con mi vida y no llevaba la vida que un adolescente debe llevar", "Yo no quería otro hijo.", "Porque sentía que estaba completamente solo y que mi problema no tenía solución.", "Cuando me diagnosticaron con diabetes".*

Como se puede leer, los motivos de la ideación e intento suicida son diversas, pero que se intersectan con experiencias situadas, entre la orientación sexual, las vivencias de pareja, las condiciones de salud, las experiencias de pareja y familia fueron 12 testimonios los recabados sobre el tema.



Fig. 20. Aspecto físico

Éstas situaciones anímicas, mostradas en los testimonios, así como en las respuestas a los reactivos referentes a suicidio, alimentación y problemas emocionales, nos da información sobre

el impacto que ésta situación tiene en sus hábitos alimenticios, entre ellos podemos ver cómo en cuestión de mantener el aspecto físico, el 59% de las personas encuestadas consideran el comer cosas "saludables", un 14% confirma no comer durante más de 7 horas, es decir hacer ayunos, o comer 3 ó menos veces, así como hacer ejercicio físico de 5 a 7 horas diarias (9%), indicando posibles trastornos alimenticios.

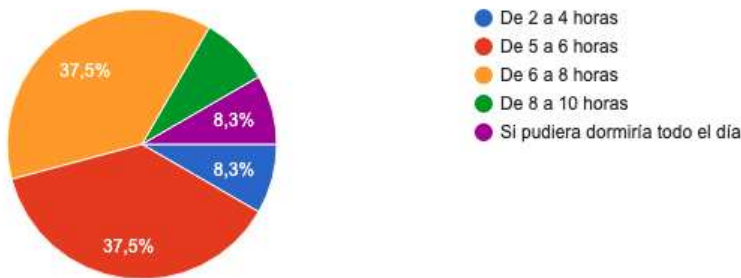
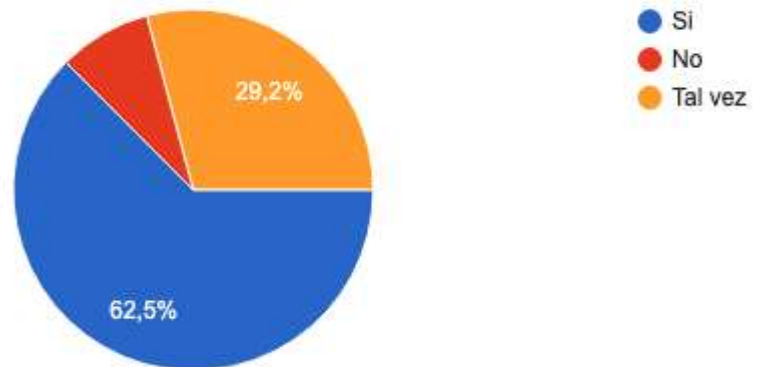


Fig. 21. Horas de sueño

Como podemos ver en la figura, nos muestra que el 37% duerme de 6 a 8 y de 5 a 6 horas durante la pandemia, sin embargo, existe un 8% que afirma que si pudiera dormir todo el día lo haría.

Fig. 22. Cansancio

Pese a que hay una confirmación de dormir el número horas aceptables en el sistema nacional de salud, el 62% confirma que despierta con cansancio, el 29% no reconoce si realmente ha descansado.



Estos datos deben de mirarse de una forma sinérgica, los pensamientos suicidas, los ayunos, las horas de sueño y el cansancio dan cuenta de las circunstancias que están viviendo las personas ante la pandemia por COVID-19 en nuestro país, pues si recordamos los datos presentados con anterioridad la pérdida del empleo, el poco ingreso económico, las faltas de acceso a los servicios de salud y sus ubicaciones geográficas, son estresores importantes que se conectan con sus experiencias de confinamiento y enmarcan las necesidades de enfocar la terapia en línea a tratar de dar acompañamiento a los individuos, parejas y familias ante éstas circunstancias.

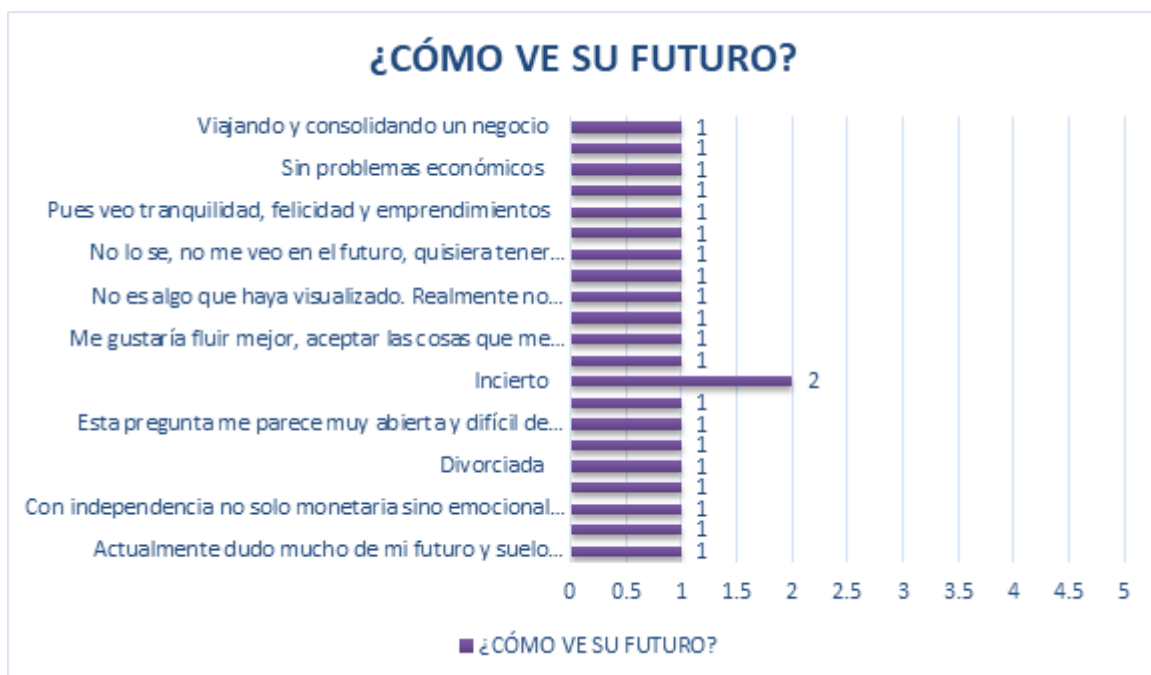


Fig. 23. Futuro.

Como se muestra en la figura 23, las personas encuestadas tienen miradas esperanzadoras, como por ejemplo *"viajando y consolidando un negocio"*, *"Sin problemas económicos"*, *"con tranquilidad"*, *"me gustaría fluir mejor, aceptar las cosas"*, *"Divorciada"*, *"Con independencia no sólo monetaria sino emocional"*, Sin embargo, también hay manifestaciones de incertidumbre como *"incierto"*, *"Actualmente dudo mucho de mi futuro"*, *"no lo sé, no me veo en el futuro, quisiera tener ..."*, *"No es algo que haya visualizado"*. Estos datos son importantes porque nos ayudan a comprender las cualidades y herramientas favorables de las personas, que, aún cuentan con recursos socio-emocionales para resolver las situaciones difíciles.

Algunas dudas se manifestaron con respecto al servicio de psicoterapia:

*"¿Cómo sería la terapia, cuando?"*

*"Mi duda es con respecto a que soy extranjero (salvadoreño), no sé si eso implica algún problema con respecto a la posibilidad de obtener la terapia"*.

*"Soy la única para mi marido?"*

*"Como hacer para poder cerrar ciclos bien con mi pareja (el padre de mi hija), sin que mi hija se vea afectada."*

*"Solo definir si puedo ser atendido y en qué horarios sería?"*.

*"Cuánto más debo intentar salvar mi matrimonio?"*

*"Nunca he estado en psicoterapia y me genera duda como podría ser el proceso"*

*"¿Qué tipo de terapia tendría y de qué duración?"*

*"¿Cómo funciona una terapia?"*

Sólo 9 dudas se presentaron de las 24 personas que contestaron los formularios, como se puede observar, son dudas más en el orden técnico administrativo, pero otras también reflejan angustias personales y particulares sobre sus propios procesos, donde se puede dar cuenta del miedo que viven con respecto a sus parejas y vida matrimonial, principalmente de las mujeres.

Ahora bien, al finalizar se les preguntó sobre sus expectativas del servicio de psicoterapia, del cual, con un total de 24 personas respondieron lo siguiente:

*No lo sé*

*Los mejores, que me ayuden a ser una mujer como cualquier otra a mi edad; tener paz y tranquilidad; resolver el duelo por mi sobrino de 12 años que falleció hace un año inesperadamente por una enfermedad; además dejar atrás viejos patrones de conducta por una expareja toxica que me provocaron inseguridad y baja autoestima e hicieron que me retrajera. Delimitar aspectos con mi familia de origen respecto a no asumir responsabilidades yo misma que son compartidas con mis hermanos y lograr retomar mi independencia y seguridad personal. Aunado a que hace tres años falleció mi padre y es un duelo que todavía no cierro totalmente.*

*Mayor orientación para actuar en momentos de episodios depresivos y cómo evitar los mismos... cómo autorregularme.*

*Mayor empatía y salud en mi relación de pareja.*

*Aprender a dialogar de manera asertiva con mi pareja y claro ver si está funcionando en la convivencia o son estragos de la pandemia*

*Que mejore la forma en como hago las cosas y me encuentre a mí misma, y a poner límites*

*Identificar las áreas. De. Oportunidad en las que debo de trabajar*

*Al buscar ayuda profesional, espero obtener estrategias que me permitan salir de la situación en la que me encuentro, además, soy estudiante de psicología, y creo que es importante que yo también inicie un proceso terapéutico.*

*mejoría*

*Conocer más de mí, y arreglar mi situación sentimental porque tengo dudas y miedo, con respecto a mi separación*

*Me siento motivado a tomar terapia, quiero mejorar, ser mejor persona. Aprender y VOLVER A ENCONTRAR MI CAMINO.*

*Aprender a controlar o eliminar la ansiedad, ser más abierta e intentar socializar más y eliminar mis pensamientos de desrealización*

*Que me ayude a quitarme la ansiedad, poder concluir con este círculo vicioso, tener paz y seguridad en mi vida, y sobre todo no seguir arrastrando todos estos problemas en mi vida.*

*El saber manejar algunos problemas de mi vida con más paciencia y diálogo*

*Poder identificar las acciones que hacen que mi problema no se pueda solucionar y así llegar a mi meta*

*Poder tomar la mejor decisión respecto a mi relación de pareja*

*Dejar de sentirme mal todo el tiempo*

*Aprender estrategias para afrontar mejor las situaciones que me están afectando actualmente y aprender a distinguir qué pensamientos son realistas y cuáles no.*

*Poder vivir plenamente*

*Que pueda afrontar con mayor fortaleza y cariño los problemas cotidianos de la vida, confiar más en mí misma y que lo que me ocurre no me genera tanta angustia. Quiero tener menos miedo y construir relaciones más sanas con las personas con las que convivo en los diferentes ámbitos de mi vida.*

*Espero que mejore mi relación de pareja y aprender a lidiar con mis emociones*

*Me gustaría poder entender por qué me siento así*

*Espero que me ayude a comprender por qué actúo de la forma en la que lo hago actualmente.*

Estas reflexiones son importantes para nosotras, porque son indicadores de, ¿cómo conducir la psicoterapia, de cómo reflexionar multiculturalmente a las necesidades que las personas tienen con respecto a sus vivencias, ¿cómo trabajaremos con las personas de Colombia?, ¿cómo trabajaremos con las personas de Venezuela?, Honduras por ejemplo? Estas solicitudes las vemos como los verdaderos retos a los que nos enfrentamos como terapeutas que utilizan las tecnologías para poder establecer un servicio digno a personas de diversos lados del país y del mundo. También hay que precisar que de éstas 24 personas solicitantes, sólo 11 llegaron al servicio y esas personas pudieron completar sus 6 sesiones de terapia con éxito. Entonces, parte de los retos que tendremos que solventar como terapeutas familiares mediadas por las tecnologías, son diversos, por un lado, la estructura de la clínica, la cual, está compuesta por 2 supervisores y 9 terapeutas voluntarios/as, que, se ha buscado siempre un servicio de calidad hacia las personas que asisten a ésta modalidad de terapia, por lo que se ha cuidado del burnout,

por lo que no hemos saturado el servicio ni a las terapeutas, enfocándonos totalmente en la relación terapéutica entre supervisores y alumnas, trayendo un tema importante, la congruencia, pues, si estamos trabajando el tema de la injusticia social, en la relación supervisor estudiante, no deberá de existir en ningún momento acciones coloniales de violencia y opresión, debido a que estos actos, se verán reflejados en la relación terapeuta consultante. Otro punto importante a reconocer, es que, no nos enfocamos en éste texto sólo al uso de las tecnologías, sino a la visibilización de las necesidades actuales de las personas, parejas y familias que ante el confinamiento, se han visto en situaciones difíciles de solventar ellas solas y que nuestra forma de pensar la realidad desde el tercer orden, contribuye a reflexionar sobre los sistemas de sistemas, desde sus estructuras coloniales hasta re pensar las relaciones, pues, atender a una población multicultural hace una gran diferencia. Creemos que esos son los retos para resolver en la clínica virtual de terapia familiar de la UNAM FES Iztacala.

## CONCLUSIONES

Un proyecto de fundación de una clínica es un arduo trabajo, más si se trabaja con recursos humanos en salud mental en plena formación, donde las y los estudiantes aportan de forma desinteresada, su trabajo y sus conocimientos. En el caso de la clínica virtual de terapia familiar de la UNAM, las y los estudiantes son los pilares del servicio, donde, en este caso se atendieron a 11 familias, de las cuales, debemos de afirmar, son fluctuantes, entre los ingresos, egresos al servicio, se convierten en un reto. En el caso de la población atendida, el trabajo mostró grandes avances, ante todas las complejidades del mismo seguro social, se pudo atender a esas familias de forma digna y con gran profesionalismo.

Si bien, no se cumplen los objetivos de atención a un número mayor de familias, consideramos que estos resultados son un pilotaje que mejorará para próximos ciclos, además, será necesario tener a más estudiantes y contar con otros espacios para el desarrollo profesional de los mismos.



Sin apartar el objetivo de lograr un cambio de Pensamiento de Tercer Orden, dentro de lo que es la atención en Terapia Familiar, visualizando que el día de mañana la tecnología siga llegando a lugares más apartados y los grupos que hoy en día se encuentran en vulnerabilidad, tengan igualdad de oportunidad a tener acceso a terapia on line y tratamientos mediados por plataformas que nos brinda el alcance del internet.



## REFERENCIAS

Albertini, V., Eisenberg, E & Manfrida, G. (2021). Encuentra las diferencias. Terapia con videollamadas y terapia presencial: isomorfismos y discrepancias. *Psicoterapia on line*. Morata

Bautista, N & Mora-Ríos, J. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la Salud Mental. *Salud Mental*, 37(4), 303-312. URL [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252014000400004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000400004)

Baptista, M Fernández, C & Hernández, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill. URL <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Bermudez, J. M., McDowell, T & Kundson-Martín, C. (2018). Socioculturally Attuned Family Therapy. (pp. 1-25) Routledge

Bermudez, J. M., McDowell, T & Kundson-Martín, C. (2019). *Pensamiento de Tercer Orden en Terapia Familiar: integrar la Justicia Social al Trabajo Terapéutico*. Vol 0 (febrero), pp 1-16 URL <https://onlinelibrary.wiley.com/action/downloadSupplement?doi=10.1111%2Famp.12383&file=famp12383-sup-0001-Spanish.pdf>

Borcsa, M & Pomini, V. (2021). Las practicas digitales en psicoterapia sistémica: Tendencias, ventajas y dificultades. *Psicoterapia on line*. Morata

Cedeño Carolina., Granja Eduardo., Yacelga Tarquino & Yépez-Tito Paula. (2017). Aprendizajes significativos en la interacción de estudiantes universitarios con una comunidad indígena del Ecuador. *Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 6(1), DOI: <https://doi.org/10.37467/gka-revsocial.v6.1408>

Cerino, J. (2021). *Brecha digital al acceso a Internet aún persiste en México para 2021*. NOTIPRESS. URL <https://notipress.mx/actualidad/brecha-digital-acceso-a-internet-aun-persiste-mexico-2021-6523>

De la Fuente, E., Veiga, J & Zimmermann, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Revista Medicina y Seguridad del Trabajo*. 54(210). 81-88 URL [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2008000100011](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011)

Diccionario Merriam-Webster. Heterosexismo. URL <http://meaning88.com/dictionary/heterosexism>



Gilberti, E. (03 de 2017). Sexismo. DELS URL <https://salud.gob.ar/dels/entradas/sexismo>

Gomes, W & Pieta, M. (2014). Psicoterapia por Internet: ¿viable o inviable?. *Psicología: Ciencia y profesión* ,34(1), 18-31. URL <http://doi.org.org/10.1590/S1414-98932014000100003>

Hernández Sampieri, R. (2014). Metodología de la Investigación. McGrawHill. URL <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Lara, D. (2015). Grupos en situación de vulnerabilidad. [http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas\\_CTDH\\_GruposVulnerabilidad1aReimpr.pdf](http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas_CTDH_GruposVulnerabilidad1aReimpr.pdf)

Ochoa Sangrador, C & Molina, Arias, M. (septiembre-2018). Estadística. Tipos de variables. Escalas de medida. Fundamentos de medicina basada en la evidencia.14(2), p3-4. URL [https://evidenciasenpediatria.es/files/41-13363-RUTA/Fundamentos\\_29.pdf](https://evidenciasenpediatria.es/files/41-13363-RUTA/Fundamentos_29.pdf)

París Pombo, M.(1999). Racismo y nacionalismo: la construcción de identidades excluyentes. *Política y Cultura*, (12), 53-76. [Consultado 5 de junio de 2021] ISSN:0188-7742. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26701204>

Real Academia Española, Edición del Tricentenario. URL <http://dle.rae.es/?id=XI6VetE>

Vinson, B & Vaughn, B. (2004). *Afroméxico: El pulso de la población negra en México: Una historia recordada, olvidada y vuelta a recordar*. Fondo de Cultura Económica. México

Villanueva, V. (2018). Clasismo racializado y patriarcal en la Ciudad de México. *Plural. Antropologías desde América Latina y el Caribe*. 1(enero-junio) ISSN: 2393-7483 URL <http://www.asociacionlatinoamericanadeantropologia.net/images/revista-plural/pdf/articulo-6.pdf>

Wieviorka, M. (1998). *Le racisme, une introduction*. Plural URL <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=iWg3wxZ9POQC&oi=fnd&pg=PA7&dq=racismo&ots=K4Zu9C5FjQ&sig=OBAYzpAlOl047DGeZLV15JtCjp8#v=onepage&q=racismo&f=false>

# ANEXOS.

## ANEXO 1: CUESTIONARIO SOLICITUD DE TERAPIA

### CLÍNICA VIRTUAL DE TERAPIA FAMILIAR

La Clínica Virtual de Terapia Familiar de México te ofrece asesoría psicológica a distancia desde el modelo de terapia breve; a corto o a mediano plazo, de acuerdo a tu situación.

Recibirás apoyo y orientación para cualquier problema psicológico y emocional que se te presente ya sea nivel individual, de pareja y/o familiar.

#### **ZONA DE LA REPÚBLICA**

- Zona Norte: Tamaulipas, Chihuahua, Coahuila, Sonora, MTY, Durango, etc.
- Occidente: Guadalajara, Zacatecas, Nayarit, Michoacán, etc.
- Centro: CDMX, EDO, MEX, Hidalgo, Morelos, Guerrero, Puebla, etc.
- Sur: Veracruz, Campeche, Yucatán, Campeche, Tabasco, etc.

#### SECCIÓN 2 DE 3

#### **Datos personales**

En esta sección encontrarás una serie de afirmaciones, las cuales necesitaremos que nos brindes información para estar en contacto contigo.

#### **Nombre Completo**

#### **Sexo**

- Hombre
- Mujer
- Prefiero no decirlo.

#### **Orientación sexual.**

- Homosexual.
- Heterosexual.
- Bisexual.

**Por sus antepasados y de acuerdo con sus costumbres ¿Usted se considera afromexicano/a?**

- Si
- No
- Tal vez

**Por sus antepasados y de acuerdo con sus costumbres ¿Usted se considera indígena?**

- Si
- No
- Tal vez

**Ingreso mensual**

- Menos de 2 salarios (Menos de \$3,155)
- Menos de 3 salarios a menos de 4 (de \$3,155 a menos de 6,311)
- De 4 a menos de 6 (de 6,311 a menos de 9,466)
- De 6 a menos de 8 (9,466 a menos de 12,622)
- De 8 a menos de 10 (12,622 a menos de 15,777)
- Más de 10 (Más de 15,777)

**Correo electrónico**

**Cuenta Skype, o Google o Zoom**

**Lugar de nacimiento**

**Edad**

**3 teléfonos de personas de confianza**

Tel:	Parentesco:	Nombre:
Tel:	Parentesco:	Nombre:
Tel:	Parentesco:	Nombre:

**Confirmando que mis datos son verídicos**

- Son verídicos

**Acuerdo de conformidad**

Estoy de acuerdo en que mis datos puedan ser guardados en este formulario y sean usados para fines de investigación.

No estoy de acuerdo en que mis datos puedan ser guardados en este formulario y sean usados para fines de investigación.

**Motivo de consulta**

- Problemas emocionales relacionados al rechazo social de mi identidad de género.
- Problemas emocionales relacionados al rechazo social de mi orientación sexual.
- Problemas emocionales relacionados al rechazo social de mi raza.
- Problemas con el alcohol y otras sustancias.
- Problemas de alimentación.
- Problemas escolares.
- Problemas familiares.
- Problemas de pareja.
- Ideación e intento suicida.
- Duelo y muerte en la familia.
- Enfermedades crónico y degenerativas.
- Violencia familiar.
- Violencia de pareja.

**En la siguiente escala del 1 al 10, ¿dónde situaría la gravedad de su problema? Dónde: 0= Poco y 10= Muy grave.**

1 a 10

**¿Ha tenido algún tratamiento psicológico?**

- Si
- No

**¿Por qué motivos?**

## ANEXO 2: CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO CLÍNICA DE TERAPIA FAMILIAR

A continuación, se te presentan una serie de afirmaciones de las cuales será necesario que nos describas cómo te has sentido durante los últimos 6 meses.

### **ZONA DE LA REPÚBLICA**

- Zona Norte: Tamaulipas, Chihuahua, Coahuila, Sonora, MTY, Durango, etc.
- Occidente: Guadalajara, Zacatecas, Nayarit, Michoacán, etc.
- Centro: CDMX, EDO, MEX, Hidalgo, Morelos, Guerrero, Puebla, etc.
- Sur: Veracruz, Campeche, Yucatán, Campeche, Tabasco, etc.

### **Nombre Completo**

#### **Sexo**

- Hombre
- Mujer
- Prefiero no decirlo.

#### **Identidad de Género**

- Masculino
- Femenino

#### **Orientación sexual.**

- Homosexual.
- Heterosexual.
- Bisexual.

#### **Por sus antepasados y de acuerdo con sus costumbres ¿Usted se considera afromexicano/a?**

- Si
- No
- Tal vez

#### **Por sus antepasados y de acuerdo con sus costumbres ¿Usted se considera indígena?**

- Si

- No
- Tal vez

**1. De forma breve describenos ¿Qué es lo que te ha motivado a solicitar psicoterapia?**

**2. En la siguiente escala del 1 al 10, ¿dónde situaría la gravedad de su problema? Dónde: 0= Poco y 10= Muy grave.**

1 a 10

**3. De forma breve, describe ¿Cómo empezó el problema en su vida?**

**4. En la escala del 1 al 10, donde 1 es muy poco y 10 es demasiado ¿Con qué frecuencia surge el problema en la actualidad?**

1 a 10

**5. ¿Cómo afecta el problema en su vida? (en el trabajo, en su casa, en su relación con otras personas). Dónde: 0= Poco y 10= Muy grave**

0 a 10

**6. ¿Cuál es la respuesta de su familia cuando aparece su problema?**

- Muestran mucho interés en ayudarme.
- Muestran moderado interés en ayudarme.
- Muestran poco interés en ayudarme.
- Muestran nulo interés en ayudarme.

**7. ¿Cuándo empezó a ser un problema para usted?**

- En mi infancia (0 a 10 años).
- En mi adolescencia (11 a 18 años)
- En mi juventud (18 a 25 años).
- En mi vida adulto joven (26 a 35 años).
- En mi vida de adulto (36 a 45 años).
- En mi vida de adulto mayor (46-64 años).
- En mi vida de adulto, en la tercera edad (65 años en adelante)

**8. ¿Durante ese periodo, recuerda si hubo algún cambio o acontecimiento en su vida?**

- Sí
- No
- Tal vez

**9 ¿Cuál fue ese cambio?**

**10. ¿Tuvo o tiene algún diagnóstico físico o mental en el transcurso de su vida?**

- Sí
- No
- Tal vez

**11. ¿Cuál?**

**12. ¿Cuándo se lo diagnosticaron?**

- En mi infancia (0 a 10 años).
- En mi adolescencia (11 a 18 años)
- En mi juventud (18 a 25 años).
- En mi vida adulta joven (26 a 35 años).
- En mi vida de adulto (36 a 45 años).
- En mi vida de adulto mayor (46-64 años).
- En mi vida de adulto, en la tercera edad (65 años en adelante)

**13. ¿En algún periodo de su vida “pensó” o “intento” suicidarse?**

- Sí
- No
- Tal vez

**14. ¿Por qué motivo lo hizo o lo quiso hacer?**

**15. ¿Cuántas horas duerme en la noche?**

- De 2 a 4 horas
- De 5 a 6 horas



- De 6 a 8 horas
- De 8 a 10 horas
- Si pudiera dormiría todo el día

**16. ¿Cuándo despierta se siente cansado(a), adolorido(a), agotado(a)?**

- Sí
- No
- Tal vez

**17. En una escala del 1 al 5, donde 1 es mal y 5 es muy bien mencione ¿Cómo terminó su última relación de pareja?**

1 a 5

**18. En una escala del 1 al 5, donde 1 es mal y 5 es muy bien mencione ¿Cómo terminó su penúltima relación de pareja?**

1 a 5

**19. En una escala del 1 al 5, donde 1 es mal y 5 es muy bien mencione ¿Cómo terminó su antepenúltima relación de pareja?**

1 a 5

**20. ¿Qué son los celos para ti?**

- Una forma de mostrar cariño
- Una forma de mostrar aprecio
- Una forma de confirmar el compromiso
- Una forma de comprometer al otro/a
- Una forma de violencia
- Una forma de control

**21. ¿Eres Celoso/a?**

- Sí
- No
- Tal vez

**22. ¿Le gusta su apariencia física?**

- Sí
- No
- Tal vez

**23. ¿Ha realizado alguna actividad de las siguientes con tal de mantener su aspecto físico?**

- No comer durante más de 7 horas
- Comer cosas “saludables” en el desayuno, comida o cena
- Comer 3 o menos veces
- Consumir diuréticos o laxantes
- Hacer ejercicio de 5 a 7 horas diarias
- Recurrir al vómito dos o tres veces al día

**24. ¿Cómo se considera?**

- Introverso(a)
- Extroverso(a)
- Reservado(a)

**25. ¿Cómo ve su futuro?**

**26. ¿Tienes alguna duda?**

- Sí
- No
- Tal vez

**27. ¿Cuál?**

**28. ¿Qué resultados espera de la terapia?**

## ANEXO 3: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre:

*Estimado usuario*

*Atendiendo a tu solicitud, a continuación, te pedimos leas cuidadosamente el presente consentimiento informado.*

*Antes de decidir si asistes o no, debes conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntete con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que te ayude a aclarar tus dudas al respecto.*

*Una vez que hayas comprendido el procedimiento de atención, si deseas asistir, entonces se te solicitará que firmes esta carta de consentimiento.*

*Por este motivo solicitamos tu autorización para que la información que proporciones de tu caso a través del expediente, audio o por sesiones en vivo, pueda ser analizada por un grupo de terapeutas de la clínica virtual de Terapia Familiar.*

*Este análisis consiste en la exposición de la información proporcionada por ti en cualquiera de los medios antes mencionados, para que posteriormente el grupo de especialistas valoren el diagnóstico, determinen y apliquen las técnicas de intervención, así como den su opinión sobre la sintomatología que presentes, para tomar las decisiones más adecuadas en beneficio de tu salud mental.*

*No se omite comentar que tu asistencia es voluntaria y no influirá en los tratamientos que actualmente estés recibiendo.*

*Es importante hacer de tu conocimiento que la información que proporciones para el tratamiento será utilizada con estricta confidencialidad, es decir, nunca se hará mención de tu identidad o datos personales, ni de la de tus familiares, pues en todo momento se manejarán datos y cifras anónimas, incluso de las videograbaciones que se llevarán a cabo en algunas sesiones.*

*Si aceptas participar, agradecemos de antemano la colaboración y te pedimos completar los siguientes datos:*

YO:

Con domicilio en:

Teléfono fijo:

Teléfono Celular:

Teléfono de algún familiar

Declaro libremente:

*1. Que estoy de acuerdo en participar en esta intervención psicológica cuyo objetivo, procedimientos y beneficios me fueron especificados, así mismo autorizo al grupo de profesionistas que participan en mi evaluación y diagnóstico, a aplicar las técnicas de intervención pertinentes a la sintomatología que presente y mi caso sea supervisado por un grupo de terapeutas.*

2. *Con mi pleno conocimiento, se me informó que me podrán aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que, al momento de firmar la presente, no hubiese expresado o surja durante el proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento.*
3. *Se me ha manifestado que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que ello signifique que la intervención psicológica que se me proporciona se vea afectada por este hecho.*
4. *Se me ha informado que el dar mi consentimiento toda información que se obtenga sobre mi identidad y participación será estrictamente confidencial.*
5. *Se hizo de mi conocimiento que previa mi autorización pudieran ser utilizadas las video u audio grabaciones en actividades académicas de formación que se lleven a cabo dentro de las instalaciones en las que recibo atención clínica.*
6. *He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria.*
7. *He sido informado/a y entiendo que los datos obtenidos durante el proceso de atención pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, por lo que otorgo mi plena autorización para ello.*
8. *Convengo asistir a la atención psicológica de la clínica virtual de terapia familiar y estoy al tanto de los siguientes lineamientos:*
  - A) *Tengo derecho a faltar una vez a la sesión psicológica.*
  - B) *Me comprometo a avisar con 24 horas de anticipación si no asistiré a la sesión psicológica.*
  - C) *Si no asisto a la sesión mi servicio podría ser reagendado o posponerse.*
  - D) *Con base a la demanda el tratamiento consiste en 6 sesiones consecutivas, si el servicio lo permite y yo estoy interesado/a podré recibir sesiones adicionales fuera de la clínica, con la terapeuta o con otro/a afiliado a la clínica, sabiendo que el tratamiento adicional tendrá un costo que dependerá del terapeuta tratante*
  - E) *En caso de que el o la terapeuta que me atienda así lo considere puedo ser canalizado a Psiquiatría para una evaluación adicional.*
  - F) *En caso de que el o la Supervisor/a de la Clínica Virtual de Terapia Familiar, el Mtro. Mario Fausto Gómez Lamont considere importante que reciba otro servicio, se podrá canalizar a otras instituciones.*
  - G) *Las sesiones sólo serán vía Skype, Google meet, Zoom si es posible, de forma presencial de acuerdo con disponibilidad de horarios y cercanía del centro. Así mismo no podrá haber sesiones por medio del celular, solo orientación.*

H) Si tuviera una crisis los fines de semana se le proporcionará datos de con quién podría acudir:

*h.1) Sólo podrá tener acceso a su terapeuta asignado en un horario de lunes a sábado de 9am a 9pm.*

*h.2) En caso de atención Urgente se canalizará a alguna unidad de Psiquiatría*

*h.3) También se podrá canalizar con la Psiquiatra en un horario de 7:00 am a 3:00 pm.*

*h.4) Dado el caso podrá también ser canalizado a un Servicio de Salud Mental Público.*

*Entiendo que la asistencia regular producirá los máximos beneficios posibles, pero que soy libre de suspender el tratamiento en cualquier momento.*

*Mientras espero beneficios de este tratamiento entiendo perfectamente y acepto que, debido a factores que están más allá de nuestro control, tales beneficios y resultados deseados no se pueden garantizar.*

*He tenido la oportunidad de discutir los aspectos del tratamiento completamente, así como he tenido respuestas a mis preguntas, y entiendo el tratamiento planeado. Por lo tanto, estoy de acuerdo en cumplir con dicho tratamiento y autorizar al terapeuta o quien es designado para administrarlo.*

Nombre del paciente:

Fecha:

Nombre del o la terapeuta asignado/a:

Acepto:

- SI
- NO

Declaro que toda la información proporcionada es verídica y puede ser comprobada

- SI
- NO