



Ciencia y Tecnología

Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Psicología

**Abordaje Sistémico del Secreto Familiar de la Homosexualidad de un miembro:
Un Estudio de Caso**

TESIS

Que para obtener el grado de
Maestra en Psicología Clínica Especializada

P R E S E N T A

Daniela Gómez Barrón

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Marisol Morales Rodríguez

COMITÉ

Dra. Damaris Díaz Barajas

Dra. Nydia Obregón Velasco

Dra. Miriam Anahí Salazar García

Mtra. Giovanna Marín Silva

Morelia, Michoacán; Mayo de 2026.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A mi esposo, Ricardo.

Por acompañarme en todo momento, por animarme a seguir adelante cuando la motivación faltaba y por creer en mí de una manera inimaginable.

A mi mamá, Isabel.

Escribir esta tesis mientras ejercía mi maternidad habría sido mucho más difícil sin ti. Gracias por tu gran apoyo.

A mi papá, Jaime.

Por siempre hacerme sentir capaz de lograr todo lo que me propongo; eso me dio la confianza necesaria para concluir esta etapa de mi vida.

A mis hermanos, Jaime y Diego; a mis sobrinos y a mis cuñadas.

Su apoyo y cariño incondicional fueron esenciales para transitar este camino.

A mi directora de tesis, la Dra. Marisol Morales.

Estoy muy agradecida por su orientación y dedicación a lo largo de todo este proceso.

A la Mtra. Gabriela Kanán.

Por guiar mi labor como terapeuta en este estudio, aprendí mucho de usted.

A la familia que formó parte de este estudio.

Agradezco profundamente que me permitieran conocer su historia y acompañarlos en su proceso.

A mi hija, Elena.

Si algún día me preguntan si abandoné mis sueños por ti, responderé que no, que los perseguí a tu lado. Gracias por ser mi más grande motivación, te amo.

ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	13
Teoría Sistémico Familiar	13
La Familia	13
Antecedentes de la Terapia Sistémico Familiar	14
Terapia Sistémico Familiar	20
Conceptualización de Terapia Sistémico Familiar	20
La Familia desde la Terapia Sistémico Familiar	21
El Síntoma	22
Constructos clave en Terapia Sistémica	22
Modelos de Terapia Familiar Sistémica	30
Aplicación del Enfoque Sistémico al caso	37
Secretos Familiares	37
Identidad Sexual y de Género	42
La Homosexualidad desde la perspectiva Sistémico Familiar	48
La Homosexualidad como Secreto Familiar	52
CAPÍTULO II. MÉTODO	56
Pregunta de Investigación	56
Objetivos.....	56
General	56
Específicos.....	57

Objetivo general de la Intervención Terapéutica	57
Método	57
Supuestos.....	60
Supuesto Teórico.....	60
Supuesto de Intervención Terapéutica.....	60
Ejes temáticos y Categorías de Análisis	60
Participantes	63
Elección del caso.....	65
Terapeuta	66
Supervisión clínica	67
Contexto	67
Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	68
Consideraciones Éticas	71
Retribución social.....	73
Financiamiento	74
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO.....	76
Presentación del caso.....	76
Evaluación	78
Ficha de Identificación.....	78
Encuadre.....	78
Historia Clínica.....	79
Genograma	85
Evaluación Integrada	86

Descripción del Tratamiento	88
Plan Terapéutico	88
Intervención Terapéutica	89
Alianza Terapéutica	93
Conciencia de la enfermedad	95
Motivación al Tratamiento	96
Otros aspectos técnicos	97
Análisis del caso clínico	98
Eje de análisis: Identidad Sexual	98
Eje de análisis: Secretos Familiares	107
Eje de análisis: Dinámica Familiar	115
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN	125
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES	131
REFERENCIAS	137
APÉNDICES	160
Apéndice A. Inventario de evaluación del TAG (GADI)	160
Apéndice B. Cuestionario para el diagnóstico de los cuadros depresivos del Dr. Guillermo Calderón Narváez.	161
Apéndice C. Instrumento FF.	162
Apéndice D. Formato de consentimiento informado.	163
Apéndice E. Consentimiento informado firmado por el paciente.	165
Apéndice F. Consentimiento informado firmado por la madre.	166
Apéndice G. Consentimiento informado firmado por el padre.	167

Apéndice H. Proceso Terapéutico.....	168
--------------------------------------	-----

RESUMEN

La revelación de la homosexualidad de un integrante puede desencadenar crisis familiares y actitudes de rechazo que conducen al ocultamiento de su orientación, transformándola en un secreto familiar. El trabajo se estructuró como un caso clínico centrado en comprender el malestar emocional de un joven de 20 años que enfrenta dificultades para asumir y expresar abiertamente su orientación homosexual, a partir de que fue mantenida en secreto dentro del entorno familiar ante al rechazo de sus padres. Tal dinámica derivó en la presencia de sintomatología ansiosa-depresiva y episodios de ideación suicida. El objetivo del estudio fue analizar el impacto del secreto familiar relacionado con la homosexualidad del consultante sobre su desarrollo personal y la dinámica familiar, así como valorar la utilidad de la intervención terapéutica sistémico-familiar en la apertura del secreto para favorecer la integración de una sexualidad más libre. Se utilizó un enfoque metodológico cualitativo, enmarcado en un estudio de caso clínico abordado desde la Terapia Sistémico-Familiar, retomando los modelos Transgeneracional, Estructural y Narrativo. Los resultados evidenciaron el impacto negativo del secreto a nivel individual y familiar. Las intervenciones sistémicas promovieron la apertura del secreto, el reajuste del funcionamiento familiar, mayor aceptación y apoyo parental hacia el consultante, así como una vivencia sexual más libre, menor sintomatología, mayor diferenciación familiar y una mejora en la dinámica familiar. Se concluye que la Terapia Sistémico-Familiar y la integración de los enfoques Transgeneracional, Estructural y Narrativo fue de utilidad para favorecer la aceptación familiar de la homosexualidad y una sexualidad sin ocultamientos.

Palabras clave: Homosexualidad, secreto familiar, Terapia Sistémico-Familiar.

ABSTRACT

The revelation of a family member's homosexuality can trigger family crises and attitudes of rejection that lead to the concealment of their sexual orientation, turning it into a family secret. The study was structured as a clinical case focused on understanding the emotional distress of a 20-year-old young man who faces difficulties in accepting and openly expressing his homosexual orientation, since it was kept secret within the family environment due to his parents' rejection. This dynamic led to the presence of anxious–depressive symptoms and episodes of suicidal ideation. The aim of the study was to analyze the impact of the family secret related to the client's homosexuality on his personal development and family dynamics, as well as to assess the usefulness of systemic family therapeutic intervention in opening the secret in order to promote the integration of a freer sexuality. A qualitative methodological approach was used, framed as a clinical case study addressed from a Systemic Family Therapy perspective, drawing on the Transgenerational, Structural, and Narrative models. The results showed the negative impact of the secret at both the individual and family levels. Systemic interventions promoted the opening of the secret, the readjustment of family functioning, greater parental acceptance and support toward the client, as well as a freer sexual experience, reduced symptomatology, greater family differentiation, and an improvement in family dynamics. It is concluded that Systemic-Family Therapy and the integration of Transgenerational, Structural, and Narrative approaches were useful in promoting family acceptance of homosexuality and a sexuality without concealment.

Keywords: Homosexuality, family secret, systemic-family therapy.

INTRODUCCIÓN

El enfoque de la Terapia Sistémico-Familiar concibe al individuo como parte de un sistema más amplio -la familia-, sustentándose en la premisa de que el todo es más que la suma de sus partes (Pubill, 2018). Esto implica comprender los fenómenos individuales a partir de las dinámicas relacionales que se desarrollan en el seno familiar. Desde esta perspectiva, se analizan las pautas de interacción, roles, alianzas y los patrones de comunicación que configuran la vida familiar; en consecuencia, el objeto de intervención no es el individuo de forma aislada, sino el sistema en su conjunto (Ackerman, 1970; Pereira, 2023).

El presente trabajo corresponde a un estudio de caso clínico abordado desde el enfoque sistémico, el cual es un método utilizado en la investigación cualitativa. Así, el estudio de caso permite examinar de manera profunda y contextualizada situaciones que representan problemas reales, con el propósito de comprender su funcionamiento dentro de circunstancias particulares (Sánchez et al., 2024; Stake, 1999).

El motivo de consulta en este caso fue el malestar emocional del hijo menor, identificado como el consultante. Dicho malestar se relaciona con la imposibilidad de vivir abiertamente su homosexualidad debido a que esta se mantenía como un secreto familiar, producto del rechazo explícito de sus padres. Esta dinámica generó una tensión persistente en el sistema familiar y derivó en sintomatología depresiva y ansiosa, así como en episodios de ideación e intentos de suicidio en el consultante.

Desde la mirada sistémica, se identificaron pautas relacionales que favorecieron la formación de secretos familiares nocivos. Uno de los más relevantes es el ocultamiento de la homosexualidad del hijo menor, lo cual favoreció dinámicas de triangulación entre él y sus progenitores, dificultando su proceso de diferenciación. Asimismo, se detectaron deficiencias en la comunicación y en la expresión afectiva, así como alteraciones en la estructura y funcionamiento del sistema familiar.

En México, el 26.5% de la población LGBTIQ+ se identifica como hombres homosexuales, y el 37.3% de ellos ha experimentado discriminación (INEGI, 2023). Estas experiencias pueden afectar su desarrollo personal y limitar el acceso a apoyos psicosociales. La literatura señala que, ante escenarios de exclusión social, las personas no heterosexuales presentan mayores afectaciones en su salud mental, evidenciadas en el incremento de ansiedad y depresión (Campos, 2021; Ruiz-Palomino et al., 2020).

Dichos procesos no se restringen al ámbito social, sino que se reproducen también en el familiar: la revelación de la orientación sexual suele activar actitudes de rechazo asociadas a estereotipos y prejuicios socialmente arraigados (Ceballos et al., 2021; Ceballos-Fernández, 2014; Granados & Aguilar, 2022). Como resultado, muchas personas son rechazadas por su núcleo más cercano, experimentando un deterioro significativo en su bienestar emocional. La evidencia indica que las relaciones familiares conflictivas influyen negativamente en el estado emocional y en la aparición de conductas de riesgo entre personas homosexuales (Javier, 2022; Ortiz & Sánchez, 2020).

El objetivo de este estudio de caso fue analizar el impacto del secreto familiar relacionado con la identidad homosexual del consultante en su desarrollo personal y en la dinámica de su sistema familiar, así como identificar en qué medida las intervenciones sistémicas y narrativas facilitan su apertura, promoviendo una vivencia de la sexualidad más libre e integrada. La hipótesis planteada sostiene que dicho secreto interfiere con su proceso de diferenciación e individuación, promoviendo una sintomatología depresiva y ansiosa y contribuyendo a la disfuncionalidad familiar.

Para la intervención se integraron tres modelos del enfoque sistémico: el Transgeneracional, el Estructural y el Narrativo. Este abordaje resulta relevante para comprender el impacto que un secreto familiar asociado a la orientación sexual puede

tener en la dinámica relacional y en el desarrollo individual, así como para analizar los beneficios de su revelación en el nivel personal y colectivo.

Es importante señalar que existen pocos estudios que analicen las disidencias sexuales desde los enfoques Transgeneracional y Estructural en el contexto mexicano, y la literatura sobre intervenciones que integren estos tres modelos dentro del trabajo familiar también es limitada. Además, las intervenciones en diversidad sexual suelen centrarse en el individuo, dejando en segundo plano al sistema familiar. Por ello, este estudio ofrece aportes valiosos para la práctica clínica y para la investigación en casos familiares con características similares.

Este trabajo se estructura en torno a tres capítulos principales. En el primero, se desarrolla el marco teórico que sustenta el estudio de caso, profundizando en los fundamentos de la Teoría y Terapia Sistémico-Familiar y en temáticas específicas como homosexualidad y secretos familiares. Estos elementos conceptuales proporcionan una base sólida para comprender e interpretar la intervención realizada, dotándola de coherencia teórica y pertinencia clínica.

El segundo capítulo expone el marco metodológico que orientó el desarrollo del trabajo delimitando la pregunta de investigación, los objetivos y el método del estudio, así como la formulación de la hipótesis sistémica y el establecimiento de los ejes temáticos, los cuales se dividieron en tres: el eje “identidad sexual”, compuesto de las categorías “homosexualidad” y “actitudes familiares hacia la homosexualidad”; el eje “secreto familiar” conformado por las categorías “mitos y lealtades familiares” y “ansiedad y depresión” y finalmente, el eje “dinámica familiar”, integrado por las categorías “estructura familiar” y “funcionamiento familiar”. Asimismo, se identifican el participante y el contexto clínico, y se detallan las técnicas e instrumentos de recolección de datos, junto con las consideraciones éticas que guiaron el abordaje terapéutico.

En el tercer capítulo se presenta el análisis del caso clínico, el cual incluye la descripción y evaluación del caso, el proceso de tratamiento y el análisis del caso clínico desarrollado a partir de los ejes temáticos y categorías de análisis, dentro del cual se detallan los resultados, entre los que se destaca la apertura del secreto familiar de la homosexualidad del consultante, la vivencia de una sexualidad más libre en este y la disminución de sus síntomas, así como la mejora de su dinámica familiar.

Posteriormente, se aborda la discusión del caso en la que se contrastan teóricamente los resultados y una conclusión en la cual se retoman brevemente estos, al igual que la experiencia de la terapeuta y las limitaciones del trabajo, sugiriendo además líneas de investigación futuras. Finalmente, se presenta el apartado de apéndices. Este documento representa el desarrollo de un trabajo terminal de grado, integrando elementos conceptuales y prácticos que permitieron la consolidación de la investigación.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

Teoría Sistémico Familiar

La Familia

Con la evolución del hombre y su desarrollo en la sociedad, surgió también la familia como una forma de preservar la especie y cuidar su supervivencia, la cual de igual manera ha evolucionado a lo largo de la historia. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS & OMS, 2003), la familia es “la institución social fundamental que une a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica” (p.3), señalando que, además, es en ella en donde se desarrolla y adquiere la cultura, valores, reglas y normas que guían al individuo en sociedad.

Citando a algunos autores clásicos, destaca Durkheim (2012), quien concibe a la familia como un “hecho social”, que existe en función del medio social en el que se desenvuelve, resaltando la importancia de la influencia que tienen en ella los factores externos o sociales.

Posteriormente, Morgan afirmó que la familia es un componente que se encuentra en constante actividad, por lo que no permanece estática, sino que se transforma desde una estructura inferior hasta una superior conforme avanza la sociedad, señalando así, que la familia naturalmente está en movimiento, de acuerdo con las necesidades y transformaciones que le supone evolucionar (Engels, 1884). En tanto, Beauvoir (2016), define a la familia como una construcción social caracterizada por los roles de género, en la que se encuentran bien establecidas las funciones del sexo masculino y femenino.

Teóricos más recientes como Gómez-Lamont y Bermúdez (2023) apuestan por un concepto de familia en el cual dejan de categorizarse los roles socialmente asignados tanto hombres como a mujeres, puntualizando que la familia forma parte y

es altamente influenciada por las ideologías sociales, políticas y culturales, lo que la deja expuesta ante muchos fenómenos que la colocan en situaciones vulnerables que ponen en riesgo la continuidad de la familia.

La familia se define como un sistema en el que sus miembros se relacionan unos con otros, cuyo principal objetivo es protegerse y priorizar su supervivencia y, por lo tanto, su equilibrio, a través del cumplimiento de las distintas funciones que realiza, las cuales se transformarán y ajustarán de acuerdo con sus necesidades de crecimiento (Pereira, 2023; Pubill, 2018). Sin embargo, a la par que evoluciona, la familia se enfrenta a diversos conflictos que a veces no es capaz de superar por sí sola, para lo cual la Terapia Sistémico Familiar es de gran utilidad.

Antecedentes de la Terapia Sistémico Familiar

De acuerdo con Ortiz (2008), tras la Segunda Guerra Mundial surgieron nuevas formas de hacer terapia que cuestionaron los alcances de los enfoques psicoanalítico y conductista, debido a su carácter reduccionista y despersonalizante. A partir de ello, comenzó a otorgarse mayor relevancia al estudio integral del individuo, reconociéndose el papel central que desempeña la familia en el proceso de recuperación del paciente.

Con ello, surgió la Terapia Familiar en los años 50, siendo John Bell quien acuñó el término de “Terapia familiar” para explicar una nueva modalidad de terapia en la que se concebía a la familia como una unidad de tratamiento, realizando así una intervención con una familia de un adolescente agresivo y continuando su tratamiento con otras 9 familias (Ochoa de Alda, 1995; Ortiz, 2008).

Son principalmente tres teorías las que fungieron como base para estudiar a la familia desde el Enfoque Sistémico Familiar, siendo estas la Teoría General de Sistemas, la Teoría de la Comunicación y la Cibernética, conformando antecedentes relevantes para la construcción del Modelo Sistémico Familiar.

Teoría General de Sistemas. La Teoría General de Sistemas fue propuesta por Ludwing von Bertalanffy para explicar que todo ser vivo debe ser entendido como un sistema abierto que intercambia energía con su medio exterior (Bertalanffy, 1976), describiendo al sistema como "un todo que se comporta de forma diferente a la de la simple suma de sus partes" (Bertrando & Toffanetti, 2004, p.50). Garibay (2013) afirma que la forma en que se relacionan los elementos de un sistema al interior y exterior de este es relevante para comprender la manera en que funcionan, siendo importante analizarlo desde su totalidad, tomando en cuenta las interacciones que mantiene.

En este sentido, Bertalanffy (1976) refiere que existen principios aplicables a cualquier sistema que permiten comprender su comportamiento, aun cuando cada uno tenga sus particularidades. Estos principios básicos permiten entender la interacción y funcionamiento de los sistemas, incluyendo en este caso, a las familias. Así, el principio de sinergia explica cómo un sistema funciona de manera conjunta, es decir, cómo actúa cada parte para desempeñarse tal cual lo hace (Garibay, 2013), habiendo una recursividad o circularidad en este, que ocurre cuando dentro de los sistemas se desarrollan pautas de interacción que son repetitivas (Pote et al., 2008).

En la familia, cada acción de un miembro tiene un efecto sobre los demás, y las respuestas de estos, a su vez, retroalimentan al primero. Desde esta perspectiva, ningún miembro de la familia es causante de un problema, sino que todos participan en un patrón que se han ido co-construyendo. Con base en ello, existe una interdependencia entre todos sus miembros, debido a la cual el comportamiento de uno repercute en el resto, afectándose mutuamente (Moreno, 2014).

Asimismo, ocurren isomorfismos, generados cuando una estructura se asemeja a otra dentro de un sistema, haciendo que ambas cumplan funciones parecidas y estableciéndose una repetición de los mismos patrones de comportamiento (Garibay, 2013). Aplicado al sistema familiar se observan cuando la dinámica de un subsistema se replica en otro.

Otro de los principios fundamentales y que se concibe como una propiedad de los sistemas es la equifinalidad, la cual explica cómo diferentes comportamientos o problemas pueden generar resultados similares en los miembros de un sistema (Valdés, 2007), es decir, que distintos puntos de partida conducen al mismo desenlace. Al contrario, según la equicausalidad, comportamientos o dificultades similares en la familia, pueden producir efectos diferentes en sus integrantes, ya sean positivos o negativos (Moreno, 2014), en otras palabras, es probable que una misma causa resulte en caminos muy distintos.

Otro de los principios clave aplicables a la comprensión de la Teoría General de Sistemas es el de entropía, que hace referencia a una situación de caos en el sistema y que sienta las bases para posteriormente alcanzar la neguentropía, que se entiende como un elemento organizador que mantiene el orden en la familia (Garibay, 2013). De esta manera, los sistemas familiares intentan alcanzar la homeostasis, que se refiere la tendencia de los sistemas a mantener un estado de equilibrio (Ruiz, 1981), obedeciendo a la morfogénesis, es decir, la tendencia al crecimiento y evolución como familia (Garibay, 2013).

Estos principios explican el modo en que opera un sistema. Así la teoría permite identificar cómo las interacciones entre los miembros de la familia implicada en este estudio de caso refuerzan diversas pautas disfuncionales -como la existencia de secretos- y cómo dichas dinámicas influyen en la persistencia de los síntomas manifestados por el paciente identificado, entendido como el portador del síntoma (Bermúdez, 2019).

Cibernética. Otra de las teorías precursoras del enfoque sistémico familiar es la cibernética, la cual está dividida a su vez en primera y segunda cibernética. La primera fue propuesta en 1948 por Norbert Wiener, la cual forma parte de la teoría de la comunicación y pone su interés en mantener la organización del sistema, introduciendo el concepto de retroalimentación, que implica que el sistema recibe

información de su comportamiento pasado, que le permita regular su comportamiento actual para mejorar su funcionamiento y sobrevivir (Moreno, 2014).

Así, la primera cibernética propone un modelo de sistema input-output que recibe información del exterior (input), la procesa, genera nueva información y la expulsa al medio que lo rodea (output) (Garibay, 2013). Esta cibernética se centró en los procesos de información, organización, homeostasis, autorregulación y retroalimentación negativa (Moreno, 2014).

Por otro lado, la denominada “segunda cibernética” fue propuesta por Magoroh Maruyama, quien se interesó en los procesos de desviación, introduciendo los conceptos de morfostasis y morfogénesis (Garibay, 2013). Hoffman (1992) explica que la morfostasis se refiere a la tendencia del sistema a mantener cierta continuidad y equilibrio ante los cambios que vive. La morfogénesis, por el contrario, es la capacidad de transformación, de generación de nuevas formas y de crecimiento frente a estos cambios.

Posteriormente surge una “cibernética de segundo orden”, propuesta por Von Foster en 1991, quien resaltó el impacto que tiene el observador en la realidad de quien es observado (Pubill, 2018). En la “cibernética de los sistemas observantes” se destacó la importancia del observador, así como la relación entre el observador y el observado (Moreno, 2014), señalando la diferencia entre realidad de primer y segundo orden, basado en la premisa de que esta última tiene que ver con la interpretación de los hechos de la primera, siendo el componente subjetivo un elemento que influye en dicha percepción, de tal manera que es difícil tener una visión objetiva de la realidad.

La teoría de la cibernética permite comprender cómo la familia analizada en este estudio autorregula su comportamiento para mantener el equilibrio del sistema, a través de la preservación del secreto sobre la homosexualidad de uno de sus integrantes. Este proceso revela una marcada resistencia al cambio y muestra la

manera en que los miembros interpretan y construyen su propia realidad. De este modo, es posible entender los procesos de interacción característicos de este sistema familiar.

Teoría de la Comunicación. Finalmente, se encuentra la Teoría de la Comunicación, siendo una contribución importante para la teoría sistémico familiar. En 1952, Gregory Bateson comenzó a estudiar la comunicación humana, investigando sobre la comunicación de pacientes esquizofrénicos (Ochoa de Alda, 1995), la cual se centró en estudiar a profundidad el fenómeno de doble vínculo, buscando distinciones entre las formas de comunicar disfuncionales en familias sintomáticas y las que no lo eran, señalando que esta comunicación paradójica surgía en el contexto de la esquizofrenia.

Dicha investigación, lo llevó a establecer su Teoría del Doble Vínculo. Este término hace referencia a la existencia de “los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico” (Ochoa de Alda, 1995, p. 17), al proporcionar información contradictoria a una persona, generándole confusión y una sensación de ambivalencia por no saber a qué mensaje obedecer, sintiendo así, que “no puede ganar” haga lo que haga (Ruiz, 1981), así, la comunicación doblevincular se convirtió en el patrón característico de familias con un miembro esquizofrénico.

Este aporte fue importante para el desarrollo de la Teoría de la Comunicación surgida años más tarde, en 1976, por Watzlawick y sus colaboradores. Esta teoría se centra en comprender la comunicación entre las personas en contextos relacionales y en los efectos que tiene toda forma de comunicar, resaltando que cualquier tipo de comunicación, funcional o patológica, tiene una explicación (Garibay, 2013), de modo que la patológica se reconoce comúnmente en las familias como la causa de los problemas y enfermedades. Watzlawick et al. (1991) propusieron 5 axiomas de la comunicación para entender los procesos comunicativos familiares:

1. **Es imposible no comunicar.** Las familias aún sin palabras siempre comunican algo, ya sea a través de los roles, funciones, límites, etc.
2. **Existen dos niveles de comunicación, uno de relación y otro de contenido.** El de contenido hace referencia a los mensajes que se transmiten, mientras que el de relación, a la interacción y contexto existente entre los miembros de la familia.
3. Es importante **la secuencia de hechos de la comunicación entre quienes comunican.** Habla de la concordancia entre la forma en que los comunicantes estructuran y organizan la información transmitida.
4. **La comunicación puede ser analógica o digital.** La digital es aquella que se transmite verbalmente, mientras la analógica lo hace de forma no verbal. En ocasiones en las familias existe contradicción entre los mensajes verbales y no verbales, generando confusión o conflicto.
5. **Las interacciones comunicacionales pueden ser simétricos o complementarios.** En las relaciones simétricas, ambas personas tienen una posición jerárquica. En las complementarias, hay una marcada diferencia entre las posiciones de poder.

Cabe destacar que la forma en que las personas se comunican constituye la base sobre la cual se establecen las relaciones interpersonales. Dichas relaciones, sin embargo, pueden llegar a generar disfunciones o alteraciones en los patrones de interacción, dando lugar a lo que se ha denominado patologías de la comunicación. Cuando los axiomas de la comunicación se tornan disfuncionales, rígidos o inadecuados, estos se reflejan en tales patologías, las cuales pueden producir malestar psicológico y manifestaciones sintomáticas en uno o varios miembros del sistema relacional.

La Teoría de la Comunicación Humana es fundamental para comprender las interacciones comunicacionales que se establecen entre los integrantes de la familia

analizada en el presente trabajo, ya que a partir de estas se han generado dinámicas disfuncionales, como los secretos familiares, que han contribuido al mantenimiento de pautas relacionales inadecuadas dentro de la familia, así como a la persistencia de los síntomas en el consultante. Así, resulta relevante identificar los efectos pragmáticos sobre la conducta. Esta teoría junto con la Teoría General de Sistemas y la Cibernética, sentaron las bases teóricas para crear la Terapia Sistémico Familiar.

Terapia Sistémico Familiar

Conceptualización de Terapia Sistémico Familiar

La Terapia Sistémico Familiar de acuerdo con Ochoa de Alda (1995) "postula que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que ambos están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia" (p.9). Ackerman (1970) afirmó que esta terapia es un método de tratamiento que se centra en intervenir con la familia percibiéndola como un todo y no con el individuo de manera aislada, preocupándose por el tipo de relaciones que se dan entre cada miembro.

Pereira (2023) señala que la Terapia Familiar centra su objeto de estudio en los sistemas humanos, situando y percibiendo al individuo como una parte integrante de este sistema y poniendo énfasis en el tipo de comunicación e interrelación que conserva con su entorno. Pubill (2018) por su parte, refiere que la Terapia Sistémica se basa en el supuesto de que el todo es más que la suma de sus partes y que para trabajar con una familia desde este enfoque, es necesario conocerla a profundidad, comprendiendo la función del síntoma desarrollado en el núcleo familiar y la de cada miembro. Un síntoma es una manifestación de un conflicto psíquico (Díaz, 1994).

En este sentido, se resalta la importancia de entender el "juego familiar" -que se produce en el sistema y que marca la pauta de sus interacciones- que mantiene al síntoma, para llevar a cabo intervenciones adecuadas (Pubill, 2018). Así, bajo este

modelo, se estudia al síntoma familiar de este estudio de caso desde una mirada más amplia, concibiéndolo como una forma de conocer a la familia y prestando especial atención en las relaciones y características familiares que lo generan y mantienen.

La Familia desde la Terapia Sistémico Familiar

Desde la perspectiva sistémica, diversos teóricos han definido a la familia dando mayor peso a algunos elementos, y otros a otras propiedades, pero en esencia parten de concebirla como un sistema. “La familia se considera como un sistema regido por ciertas reglas, resistente al cambio y con un programa operacional que ha evolucionado a través de varias generaciones” (Ruíz, 1981, p. 31). Bowen (2010) considera a la familia como una unidad emocional y señala que el funcionamiento de esta se encuentra guiado por las generaciones anteriores.

En tanto, Selvini-Palazzoli et al. (1991), la conceptualizan como un sistema complejo de interacciones en el cual cada integrante tiene un impacto a su vez que es impactado por los demás, dando como resultado distintos juegos familiares conformados por reglas y pautas de comportamiento que delimitan la forma en que se producen las relaciones.

Por su parte, Andolfi (1991) señala que la familia es un sistema orgánico capaz de relacionarse teniendo la habilidad para superar y unir los componentes individuales en un sistema más amplio. Minuchin (2003) la define como una unidad social que tiene que hacer frente a las distintas dificultades y obstáculos que se le van presentando en su desarrollo.

Estos conceptos permiten una comprensión más profunda de cómo las dinámicas y pautas poco adaptativas establecidas en la familia del consultante inciden en la manera en que este ha vivido su orientación sexual, particularmente a través del secreto. Este elemento, junto con otros que la Terapia Sistémico-Familiar ha incorporado y desarrollado, contribuye a comprender los fundamentos de dicho

enfoque terapéutico y a orientar intervenciones más adecuadas en el trabajo con las familias.

El Síntoma

Se define al síntoma como la expresión de un conflicto psíquico (Díaz, 1994). Desde una perspectiva relacional, el síntoma puede interpretarse como un fenómeno comunicativo que considera el conjunto de las conductas del individuo. Dichas conductas surgen en el entramado de vínculos y relaciones propias del sistema familiar (Arbeláez, 2017).

Siguiendo la misma línea, el síntoma se entiende como una manifestación de las dinámicas familiares y una proyección de lo que ocurre en el sistema familiar. Representa, por tanto, los cambios o tensiones que han provocado alteraciones en uno o varios de sus miembros (Ortiz, 2008). Su resolución dependerá de la flexibilidad de la familia para adaptarse al síntoma y realizar las transformaciones necesarias que permitan su desaparición (Pubill, 2018). Por su parte, Minuchin (2003) expresa que el síntoma es "un recurso para mantener el sistema" (p. 165).

Por ello, el síntoma constituye para el terapeuta un indicador de las dificultades que el sistema familiar está experimentando. En este estudio, dicho síntoma es la manifestación de ansiedad, depresión e ideación suicida identificados en el consultante, producido como resultado del ocultamiento de su homosexualidad y la manera en que su dinámica familiar influye en ello. En este sentido, para comprender el síntoma y su función desde la perspectiva sistémica, resulta indispensable analizar los constructos fundamentales que caracterizan este enfoque.

Constructos clave en Terapia Sistémica

Existen diversos constructos que son fundamentales en la Terapia Sistémica, los cuales han surgido a partir del trabajo terapéutico que se ha hecho con las familias, descubriendo la relevancia que tienen en su funcionamiento. Además, permiten contar

con bases teóricas para la comprensión del caso clínico que se aborda en este estudio y, de esta manera, planear y realizar una adecuada intervención terapéutica entendiendo su funcionamiento a través de la forma en que se compone e interactúa este sistema familiar.

Sistema y Subsistemas. Una característica principal de la familia es que es vista como un sistema constituido por los miembros de los diversos subsistemas, las relaciones que se establecen entre ellos, funciones, roles, expectativas y objetivos en común que se generan al interior de la familia y que se delimitan con respecto al medio exterior (Garibay, 2013). De acuerdo con Minuchin (2003), la familia mantiene una cierta estructura que le permite cubrir sus necesidades, conformándose así, por varios holones o subsistemas que en conjunto y por separado cumplen distintas funciones para lograrlo.

Así, existen diversos subsistemas u holones, mismos que Minuchin y Fishman (2004) describen de la siguiente forma:

- **Holón individual:** constituido por el miembro individual. Incluye la forma en que el contexto ha influido en su personalidad y a su vez, la manera en que el individuo influye en su contexto, siendo este parte de un sistema más amplio.
- **Holón conyugal:** conformado por la pareja. Su función es proporcionarse apoyo mutuo para alcanzar objetivos en común y un sentido de pertenencia a un nuevo sistema.
- **Holón parental:** compuesto por los padres. Cumple con las funciones de crianza y socialización y sirve para proteger y apoyar a los hijos.
- **Holón fraternal:** formado por los hermanos. Sirve para ayudarse entre sí a desarrollar habilidades sociales simétricas y aprender a negociar, competir y cooperar con otros.

El análisis de los subsistemas familiares en el contexto de este trabajo permite comprender con mayor profundidad las dinámicas relacionales que se establecen en el seno de la familia. Se identifican deficiencias en la función del subsistema parental, así como una escasa diferenciación entre los distintos subsistemas, lo que genera un desequilibrio en el sistema en su conjunto y favorece el surgimiento y mantenimiento del secreto relacionado con la homosexualidad del consultante.

Tipología Familiar. Otra característica de las familias es la forma en que están constituidas, ya que de la forma en que se componen dependerá la manera en que se relacionan unos miembros con otros, así como los roles y funciones que desempeñen. Por ello, es relevante retomar las tipologías familiares tomando como elemento base la composición de las familias. De acuerdo con Valdés (2007), se ubican cinco distintas: familias nucleares, monoparentales, reconstituidas, en unión libre y con padres divorciados. La familia de este estudio de caso constituye una familia nuclear.

No obstante, es importante mencionar que actualmente se reconocen otras configuraciones familiares. Diversos teóricos señalan la presencia de familias sin hijos, homoparentales, con padres adoptivos, co-residentes, unipersonales, interespecie y por medio de técnicas de reproducción asistida (Carmona et al., 2019; Chacón & Chacón, 2015; Gómez-Lamont & Bermúdez, 2023; Iruete et al., 2020; Pinillos, 2020), las cuales dan visibilidad a las diversas configuraciones familiares que han surgido a partir de los cambios sociales, culturales, económicos y políticos.

Estructura Familiar. Esta se encuentra íntimamente relacionada con la organización y dinámica de una familia y determina también su funcionamiento. De acuerdo con Minuchin (2003), es "el conjunto de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (p.86), es la organización que mantiene la familia con base en las funciones e interacciones que sus miembros tienen. Esta tiene a su vez distintos componentes que brindan información importante para comprender el tipo de interacciones en una familia:

- **Las pautas:** que son las transacciones repetidas que regulan la conducta de los miembros (Minuchin, 2003).
- **Las demandas funcionales:** que Garibay (2013) entiende como las expectativas implícitas y explícitas que mantienen los integrantes de la familia. Es decir, lo que cada miembro espera del otro.
- **Las reglas:** son acuerdos de relación que establece la familia y que regulan su comportamiento e interacciones (Garibay, 2013).
- **Los límites:** son aquellos que reflejan el tipo de relaciones que existen entre los subsistemas que conforman al sistema familiar total (Ruíz, 1981). Definen el rol de cada miembro, son reglas invisibles que determinan quién hace qué y de qué forma, con la finalidad de proteger y diferenciar al sistema; definen el nivel de separación o conexión emocional (Garibay, 2013).
- **Roles:** Hacen referencia a la manera en que cada miembro realiza sus funciones dentro de la familia de acuerdo con las expectativas de los demás integrantes y con el lugar que ocupa en la estructura familiar (Minuchin, 2003; Pubill, 2018). Los roles que tomen los miembros de la familia determinarán las funciones de cada uno, según Minuchin (2003), la familia debe cumplir con dos funciones principales, por un lado, el apoyo y protección a sus miembros y por el otro, la acomodación de estos en la sociedad. Garibay (2013) por su parte, menciona que debe promover un sentido de pertenencia en sus integrantes y a su vez, facilitar la individuación y separación del sistema.
- **Las alianzas y coaliciones:** las primeras hacen referencia a la unión de dos o más miembros. Las segundas se definen como la unión de dos integrantes en contra de un tercero con quien tienen conflicto, generalmente formada entre uno de los padres y uno de los hijos (Garibay, 2013; Minuchin, 2003).
- **Las triangulaciones:** interacción en la que dos miembros en conflicto evitan sus problemas involucrando a un tercero, a quien utilizan como "chivo

expiatorio". Suele darse entre padres e hijos, de modo que cada progenitor intenta poner al hijo en contra del otro padre (Minuchin, 2003; Ochoa de Alda, 1995). El incluir a un tercero permite aliviar la tensión que ha surgido entre los padres.

- **Jerarquía:** Indica los distintos niveles de poder y responsabilidad que tiene cada miembro de la familia (Garibay, 2013).
- **Centralidad:** Se sitúa en el espacio emocional de la familia, refiriéndose al miembro alrededor del cual se producen las interacciones familiares ya sea por situaciones negativas o positivas, ocupando un lugar central en el sistema familiar (Montalvo et al., 2013).
- **Periferia:** Por el contrario de la centralidad, este término hace referencia al integrante de la familia menos involucrado en las interacciones familiares, pasando desapercibido o incluso teniendo un lugar de exclusión en ella (Montalvo et al., 2013).

El tipo de estructura que configura una familia influye directamente en la manera en que sus miembros interactúan entre sí. Su forma de organización no sólo orienta las conductas individuales, sino que también impacta de manera significativa en la dinámica global del grupo familiar. Una estructura flexible y coherente puede favorecer el desarrollo de sus integrantes, facilitando procesos de adaptación ante los cambios. Por el contrario, estructuras rígidas, difusas o caóticas pueden generar desorganización, conflictos persistentes y dificultades en la resolución de crisis.

La estructura familiar es la base para comprender los esquemas relacionales que sostienen el funcionamiento de la familia analizada en este trabajo, ya que, a través del análisis de su estructura, es posible identificar las deficiencias presentes en sus patrones de comunicación, jerarquías, límites y roles, elementos que mantienen al secreto familiar y favorecen la aparición del síntoma y de las problemáticas dentro de la familia, contribuyendo a la dinámica disfuncional.

Dinámica Familiar. La dinámica familiar hace referencia a las pautas repetitivas en la que se enmarcan los modos de relacionarse entre los miembros de una familia y el tipo de interacciones que mantienen, identificando el tipo de vínculo emocional existente (Moreno, 2014; Ortiz & Sánchez, 2020), es una cadena de relaciones que se genera en la familia en donde se ponen en práctica aspectos como la colaboración y el poder de acuerdo con las responsabilidades que implica pertenecer a esa familia en particular (Caumba & Zazueta, 2021).

Así, la dinámica se conforma de las formas de convivencia, la toma de decisiones, la resolución de conflictos y las normas que ocurren dentro de ella (Sozoranga, 2024). Además, comprende los límites, los cuales se vinculan con el rol que tiene cada miembro y con el tipo de ambiente en que se desempeñan, de manera que cuando estos roles son adecuados, impactarán de manera positiva en la dinámica familiar (Delfín et al., 2020, como se cita en Araujo-Robles et al., 2021).

No obstante, las distintas dinámicas familiares se ven afectadas por los cambios que van surgiendo en el contexto social, provocando desintegración familiar, una inadecuada comunicación, deficientes métodos de afrontamiento, dificultades de adaptabilidad y unión entre sus miembros, colocándolos en una posición de vulnerabilidad que los lleva a tener un mayor riesgo de presentar problemas de salud mental (Caumba & Zazueta, 2021).

La dinámica familiar influye directamente en el bienestar subjetivo de sus miembros, dado que las decisiones adoptadas dentro del grupo familiar repercuten en sus procesos de desarrollo y crecimiento, y, por ende, en su salud física, mental y emocional (Montoya-Gaxiola & Corona-Figueroa, 2021). Este contexto subraya la relevancia de analizar la dinámica y funcionamiento de la familia del participante en esta investigación, ya que dicho análisis permite comprender cómo las interacciones suscitadas en la familia contribuyen al mantenimiento del secreto sobre su homosexualidad, afectando su desarrollo personal.

Funcionamiento Familiar. Hace referencia a la forma en que se organiza un sistema para crear un ambiente de socialización que les permita a sus miembros desarrollarse e interactuar de forma exitosa (Garibay 2013; Roa et al., 2023), respondiendo a las necesidades de cada integrante y del entorno (Rodríguez-Bustamante et al., 2022). A esto, Minuchin (2003) agrega que para que exista un adecuado funcionamiento familiar es importante que haya claridad y flexibilidad en los límites que hay entre los subsistemas.

Ramírez y Mercado (2020) refieren que el funcionamiento familiar se compone de la habilidad de la familia para modificar su organización y generar vínculos afectivos entre sus miembros, desarrollados mediante la cohesión y adaptabilidad, las cuales se expresan a través de la comunicación familiar. La cohesión, es definida como el lazo emocional que une a la familia, propiciando la unión y a su vez la independencia de sus integrantes; la adaptabilidad es entendida como la disposición al cambio, que facilita la flexibilidad de respuesta de sus miembros ante situaciones complicadas (Olson, 2000).

Esto dotará a la familia de capacidad para afrontar las crisis que se les presenten (Roa et al., 2023), así como de una mayor vinculación y apoyo emocional entre sus integrantes (Araujo-Robles et al., 2021). No obstante, en familias en las que prevalece una cohesión amalgamada y una adaptabilidad rígida se producen relaciones familiares de dependencia emocional que truncan la autonomía de sus miembros, así como límites autoritarios que impiden a los padres satisfacer las necesidades de sus hijos (Rodríguez, 2023; Sucasaire; 2021).

Por su parte, la comunicación cobra importancia, ya que mediante ella tiene lugar el entendimiento entre los miembros de una familia, siendo esencial para el desarrollo armonioso de la dinámica y funcionamiento familiar (Villalba, 2012, como se cita en Caumba & Zazueta, 2021). En este sentido, la comunicación familiar es definida como la forma en que los integrantes de un sistema se relacionan entre sí

(Ortiz, 2008). Es un proceso que enmarca la convivencia familiar, que permite que la relación entre padres e hijos sea recíproca, así como darle un significado a los valores, creencias, concepciones y comportamientos familiares (Rueda-Toro et al., 2024).

Por su parte, Barnés y Olson (1982) determinaron tres estilos de comunicación: comunicación abierta, caracterizándose por la asertividad; comunicación ofensiva, por la agresividad y comunicación evitativa, por la resistencia a compartir información y por la falta de comprensión y apoyo emocional entre los miembros. Esta clasificación resulta relevante en este trabajo ya que expone dos de los tipos de comunicación presentados con mayor frecuencia en la familia de interés de este estudio de caso: la comunicación ofensiva y evitativa, siendo clave en la comprensión de su dinámica y funcionamiento familiar.

Una comunicación abierta y positiva en la familia fomenta el bienestar y la felicidad auténtica de quienes participan en ella, al permitir expresar ideas, emociones y deseos de manera asertiva, teniendo en cuenta los sentimientos y necesidades de los demás, buscando generar empatía y apoyo hacia el otro, por lo que se considera esencial para el desarrollo integral de los individuos (Font-Domínguez, 2025; Muñiz-Velázquez, 2016) y para que la familia logre superar de manera más reconfortante las situaciones de crisis (Rueda-Toro et al., 2024).

Al contrario, cuando prevalece una comunicación evitativa se genera una distorsión en la información, creando dificultades de entendimiento, de conformación de vínculos estrechos y de toma de decisiones (Rueda-Toro et al., 2024), afectando su dinámica ante los conflictos y la dificultad para expresar emociones y llegar a acuerdos (Ortiz, 2008). De este modo, la comunicación determina las conductas particulares de cada miembro y la manera de interactuar con otros (Valdés, 2007), incidiendo en su funcionamiento de manera positiva o negativa.

En este sentido, Flores et al. (2024), refiere que una funcionalidad familiar negativa tiene un mayor impacto en el deterioro de la salud, confirmando la relación existente entre el funcionamiento familiar y la salud mental de los jóvenes. Así, un nivel alto de disfuncionalidad se convierte en un factor de riesgo para la salud, provocando enfermedades físicas y emocionales a causa de la insuficiente capacidad de la familia para atender las demandas de sus integrantes; mientras que un nivel adecuado de funcionalidad propicia el desarrollo de sus miembros como consecuencia del cumplimiento de sus necesidades (Rodríguez-Bustamante et al., 2022).

Comprender el tipo de cohesión, adaptabilidad y comunicación presentes en la familia objeto de este trabajo permite analizar cómo han respondido ante la homosexualidad del consultante, particularmente mediante la instauración del secreto. Desde el enfoque sistémico familiar, resulta fundamental conocer el funcionamiento del sistema familiar para poder intervenir de manera efectiva. En este sentido, diversas escuelas o corrientes de la terapia familiar, aunque difieren en métodos y técnicas, comparten los principios fundamentales del modelo sistémico, los cuales constituyen el eje común de la intervención.

Modelos de Terapia Familiar Sistémica

Los diversos modelos de la terapia familiar sistémica ofrecen técnicas y estrategias a partir de las cuales se evalúa e interviene en las familias. Así, la evaluación sistémica “es un proceso continuo que se inicia desde la primera entrevista” (Bermúdez & Brik, 2010, p. 276), refiriendo que va de la mano con el diagnóstico e intervención a medida que el terapeuta trabaja con la familia.

En el campo de la Terapia Sistémica se han desarrollado diversos modelos sustentados en distintas bases epistemológicas. En una primera etapa predominaron enfoques estructuralistas y modernistas, caracterizados por asumir la existencia de una realidad objetiva y externa al observador. Desde el estructuralismo, los conflictos individuales se comprenden como expresiones de la organización familiar, y los

síntomas manifiestan a necesidad de un reajuste en la estructura del sistema. Dentro de estas perspectivas se ubican los modelos Estructural, Transgeneracional y de Milán, así como el enfoque Estratégico, el modelo de Palo Alto y el Psicodrama Clásico (Celis, 2019; Limón, 2005; Moreno, 2014).

Posteriormente, la Psicoterapia Sistémica evolucionó hacia perspectivas postestructuralistas y posmodernas. Desde el postestructuralismo, la realidad se entiende como una construcción lingüística, y los problemas se consideran productos de narrativas que pueden transformarse. El terapeuta actúa como observador participante, co-construyendo significados con las personas (Celis, 2019; Moreno, 2014).

El posmodernismo amplía esta postura al afirmar que existen múltiples realidades socialmente construidas, rechazando la noción de una verdad única (Celis, 2019; Limón, 2005; Moreno, 2014; Pereira, 2023). Entre los modelos representativos de esta etapa se encuentran la Terapia Narrativa, la Terapia Breve Centrada en Soluciones, el Psicodrama Narrativo y el modelo evolucionado de Milán.

La integración de nuevos paradigmas también permitió la incorporación del constructivismo y el construccionismo social. Desde el constructivismo y la segunda cibernética, la realidad se concibe como una elaboración activa del individuo organizada mediante mapas cognitivos (Celis, 2019; Bertrando & Toffanetti, 2004; Limón, 2005; Pereira, 2023). En este enfoque sobresalen el modelo de Palo Alto, el modelo evolucionado de Milán y las versiones clásica y moderna del Psicodrama.

Por su parte, el construccionismo social sostiene que la realidad se configura a través de las interacciones y narrativas compartidas, enfatizando la dimensión relacional de la identidad. Desde esta perspectiva se desarrollan la Terapia Breve Centrada en Soluciones, la Terapia Narrativa y el Psicodrama relacional, modelos

centrados en la co-construcción dialógica del significado (Bertrando & Toffanetti, 2004; Celis, 2019; Moreno, 2014).

No obstante, en este trabajo sólo se explicarán con mayor profundidad los modelos Estructural, Transgeneracional y Narrativo, siendo los que se utilizaron en la intervención terapéutica del presente estudio de caso.

El enfoque Transgeneracional, desarrollado por Murray Bowen en 1966, plantea que el síntoma individual está determinado por las pautas de comportamiento familiares heredadas a través de un proceso de transmisión intergeneracional, las cuales pueden generar disfuncionalidad en el sistema familiar (Bowen, 2010; Garibay, 2013).

Desde esta perspectiva, se propone que el estudio de una familia debe abarcar al menos tres generaciones, con el propósito de identificar el origen del síntoma y promover su extinción. Bowen (2010) concibe a la familia como una “masa indiferenciada del yo”, es decir, una identidad emocional fusionada en la que los miembros carecen de diferenciación individual.

El concepto de diferenciación del sí mismo alude al grado de independencia o fusión que mantiene un individuo entre sus funciones intelectuales y emocionales. Se espera que los hijos logren diferenciarse emocionalmente de sus padres (Bowen, 2010; Ruíz, 1981), con el fin de desarrollar un sentido integrado del yo o individuación. Este proceso da lugar a un sentimiento de identidad autónoma que posibilita el crecimiento y desarrollo personal de cada miembro de la familia (Garibay, 2013).

La diferenciación se adquiere, en gran medida, a partir de las experiencias con la familia de origen. En algunos casos, los padres presentan un bajo nivel de diferenciación, lo que genera la necesidad de que sus hijos contribuyan a completar su propio sentido del yo. Esto, a su vez, propicia que los hijos desarrollen la tendencia a buscar en los demás, la percepción de estar completos. En tales circunstancias, se

manifiesta una débil integración del yo, caracterizada por dependencia emocional, falta de autonomía e incapacidad para la toma de decisiones (Ortiz, 2008).

Este modelo propone diversas técnicas y estrategias terapéuticas, entre las que destacan: el genograma, que representa gráficamente las relaciones familiares a lo largo de tres o cuatro generaciones; la ampliación de la exploración, que busca indagar más allá del motivo de consulta para identificar causas transgeneracionales del síntoma; la diferenciación de la familia de origen, que implica reconocer las dinámicas indiferenciadas entre sus miembros y la disminución de la ansiedad, que se logra conforme la familia alcanza mayores niveles de diferenciación (Bermúdez & Brik, 2010; Bowen, 1991; Sherman & Fredman, 1996).

Asimismo, se incorporan técnicas como la destriangulación, que consiste en hacer conscientes los triángulos relacionales presentes en el sistema familiar; el perdón, orientada a que los hijos comprendan los comportamientos de padres y abuelos que les generan afectos negativos; la convocatoria familiar, que reúne a los miembros de la familia de origen para abordar problemas intergeneracionales y mejorar la comunicación, y la reconexión, cuyo propósito es restablecer el vínculo entre integrantes cuya relación se ha visto afectada (Bermúdez & Brik, 2010; Bowen, 1991; Sherman & Fredman, 1996).

De acuerdo con Bowen (1991) y Garibay (2013), la finalidad de este enfoque es lograr una reestructuración psicológica del consultante mediante la exploración de su historia personal y familiar, con el objetivo de alcanzar un mayor nivel de diferenciación del self.

El segundo modelo corresponde al enfoque Estructural, desarrollado por Salvador Minuchin entre 1965 y 1970. Este concibe la terapia familiar como un proceso centrado en la estructura del sistema familiar, bajo la premisa de que “los procesos del sistema se reflejan temporalmente en sus estructuras” (Ochoa de Alda,

1995, p. 127), y que la organización de la familia delimita la experiencia subjetiva de sus miembros (Minuchin & Fishman, 2004).

Dicho enfoque otorga un papel central a la estructura familiar, la cual está constituida por ciertos límites que organizan las relaciones entre sus miembros. Afirmar que cualquier modificación en esta estructura repercute en la dinámica familiar, generando cambios en al menos uno de sus integrantes y provocando un desequilibrio en las pautas de interacción que dan origen y mantienen el síntoma (Minuchin, 2003; Ochoa de Alda, 1995).

En consecuencia, el terapeuta interviene para reestructurar la organización familiar y transformar las experiencias internas de sus miembros (Minuchin & Fishman, 2004). Esto dotará a la familia de la flexibilidad necesaria para adaptarse a las transformaciones a las que se van enfrentando (Minuchin, 2003).

Algunas técnicas del enfoque Estructural son: el cuestionamiento del síntoma, la estructura y la realidad familiar; el reencuadre, que modifica el marco de referencia del sistema; la escenificación, que promueve la aparición de interacciones disfuncionales para reorganizarlas; el enfoque e intensificación, que resaltan información o emociones relevantes; la reestructuración, dirigida a reorganizar los subsistemas; la fijación de fronteras, que regula la permeabilidad entre ellos; el cuestionamiento del problema, que introduce incertidumbre sobre la forma en que la familia vive su conflicto; las tareas directas, que orientan cambios conductuales concretos, y la connotación positiva o facetas fuertes, que resaltan los recursos del sistema familiar (Minuchin & Fishman, 2004; Ochoa de Alda, 1995).

Además, Minuchin (2003) establece su propia tipología familiar basada en el manejo de los límites, diferenciando entre familias aglutinadas y desligadas. Las familias "aglutinadas", mantienen límites difusos y una fuerte resonancia y grado de intimidad entre sus miembros, respondiendo ante las necesidades de manera

excesivamente rápida e intensa, teniendo como consecuencia una baja autonomía, diferenciación y capacidad para adaptarse a las crisis.

Las familias "desligadas", se caracterizan por tener límites muy rígidos y funciones poco claras o nulas, suelen no responder en momentos que es necesario hacerlo y funcionan con una ausencia de vínculos estrechos. Ambos tipos de familias pueden ser muy perjudiciales para el desarrollo emocional, psicológico y social de sus integrantes.

El enfoque desde el modelo Estructural ha demostrado ser altamente eficaz para modificar aquellos elementos de la estructura familiar que presentan disfunciones, logrando la redefinición de la organización de la familia a través de aspectos como la mejora de la jerarquía, la clarificación de roles, el establecimiento de límites funcionales, la comunicación asertiva y el fortalecimiento de los vínculos afectivos (García, 2021).

Finalmente, el modelo Narrativo, propuesto por Michael White y David Epston en 1999, se fundamenta en el construccionismo social, desde el cual se concibe que la realidad familiar adquiere sentido según los significados que las personas atribuyen a sus experiencias dentro de un marco de referencia particular (Valdés, 2007). Tales teóricos plantean una separación entre el síntoma y la persona o la familia y sostiene que, al transformar la percepción de la realidad, es posible disociarse del problema, entendiendo que este se encuentra fuera del individuo (Castillo et al., 2012; White, 2002).

Las narrativas ocupan un lugar central, pues "los relatos proporcionan el marco que nos hace posible interpretar nuestra experiencia" (White, 2002, p. 19). A través de la externalización, los pacientes son alentados a relatar cómo el problema ha afectado sus vidas y relaciones, promoviendo la deconstrucción de las "verdades" limitantes y la

re-narración de su historia personal (White, 2002), considerando la emoción como parte activa del relato de vida (White, 2016).

Más que un experto, el terapeuta actúa como colaborador en la reconstrucción de significados, reconociendo que los consultantes son los verdaderos expertos en sus vidas, por lo que debe evitar emitir juicios o interpretaciones (González & Campillo, 2011), siendo consciente de su posición de poder.

Entre las principales técnicas de este modelo se encuentran la externalización: separar el problema de la persona y eliminar la culpa; las conversaciones de re-autoría: centradas en experiencias significativas; las conversaciones de re-membranza: reconstrucción de vínculos y reconocimiento de fortalezas; las conversaciones que iluminan desenlaces extraordinarios: generar relatos alternativos a partir de experiencias poco comunes; el uso de metáforas: para resignificar los problemas y las técnicas de imaginación: para fomentar la creación de nuevos constructos personales (Bermúdez & Brik, 2010; Ortiz, 2008; White, 2016).

En síntesis, estos tres modelos -Transgeneracional, Estructural y Narrativo- resultan especialmente pertinentes para el estudio de caso. El modelo Transgeneracional permite identificar las pautas disfuncionales transmitidas entre generaciones, como los secretos familiares; el modelo Estructural proporciona herramientas para modificar la organización familiar y eliminar el síntoma; mientras que el modelo Narrativo favorece la reconstrucción de los relatos familiares, promoviendo una resignificación del problema, en este caso, la homosexualidad del consultante. La articulación de estos tres enfoques ofrece, por tanto, una visión comprensiva e integral del abordaje terapéutico.

Aplicación del Enfoque Sistémico al caso

Secretos Familiares

Al ser los secretos son uno de los principales temas de análisis de este estudio, es necesario definirlos, constituyen un aspecto que se oculta de manera intencional y consciente, que guardan informaciones importantes, dolorosas o vergonzosas para quien los oculta o para quien es ocultado de ellos (Imber-Black, 1999; Selvini, 1996).

No obstante, para identificar un secreto, resulta importante distinguir entre lo que es un secreto y lo que conforma la privacidad de una persona. En los secretos se hacen esfuerzos por ocultar una información importante para otra persona, se limita el bienestar y la capacidad de uno o más individuos que forman parte o están excluidos de este secreto de tomar decisiones y existe la preocupación constante de que se siga manteniendo oculto. En la privacidad no ocurre así, ya que sólo se mantiene al margen información que forma parte y fortalece la propia identidad, misma que no es relevante para el otro y que, por lo tanto, no le afecta desconocerla (Imber-Black, 1999).

Por su parte, Alarcón de Soler (2007) entiende al secreto como un “funcionamiento vincular”, refiriéndose a que lo secreto se oculta comúnmente en el marco de las relaciones interpersonales, de modo que no se da de manera aislada, sino que está enraizado en una trama de inclusión de los que lo conocen y exclusión de los que lo ignoran (Sánchez & Escobar, 2018).

Por ello, es de entenderse que estos se generen en los entornos en los que se desarrolla el individuo, siendo uno de los más importantes, la familia. Para Andolfi (2007, como se cita en Rodríguez, 2015), los secretos se producen como resultado de las crisis del ciclo vital familiar, siendo común que se encuentren relacionados a momentos críticos por los que pasa una familia. Karpel (1980), ofrece tres categorías con las que se distinguen los secretos familiares:

1. **Secretos individuales:** que ocurren cuando un solo miembro de la familia tiene consciencia del secreto.
2. **Secretos internos:** que suceden cuando al menos dos miembros de la familia conocen el secreto.
3. **Secretos compartidos:** siendo aquellos que toda la familia conoce a nivel interno, pero que mantienen a nivel externo del sistema familiar.

Independientemente del tipo de secreto del que se trate, el impacto de este se desprenderá del propósito con el que se mantiene oculto. Es importante destacar que los secretos no siempre están relacionados con situaciones dolorosas o vergonzosas; sin embargo, suelen ser lo suficientemente significativos como para motivar su ocultamiento. Por lo tanto, un secreto no es necesariamente perjudicial en sí mismo. Tomando en cuenta lo anterior, Imber Black (1999), ofrece su propia clasificación de secretos con base en su propósito, duración y resultado:

1. **Secretos placenteros:** duran poco tiempo y se ocultan por razones de sorpresa o diversión, tal como ocurre cuando se planea una fiesta o un regalo sorpresa. Este tipo de secretos puede producir un distanciamiento temporal de las relaciones y crear vínculos nuevos, además de proteger el sentido del yo de las personas involucradas.
2. **Secretos esenciales:** son duraderos y permiten establecer los límites que acompañan una relación, posibilitando el bienestar y desarrollo de los individuos que la conforman. Este tipo de secretos suele darse entre cónyuges que desarrollan un lenguaje que sólo ellos entienden. Así, estos secretos fortalecen los lazos y la cercanía entre quienes lo conocen.
3. **Secretos nocivos:** son duraderos y suelen deteriorar las relaciones en las que se enmarcan, haciendo, por ejemplo, que historias familiares importantes sean silenciadas. Estos secretos desorientan el desarrollo e identidad de una o más de las personas involucradas y obstaculizan su

capacidad para tomar decisiones, resolver conflictos y utilizar recursos psicológicos que les permitan salir adelante, teniendo una repercusión negativa en la salud física y emocional. Esto ocurre, por ejemplo, cuando uno de los padres obliga al hijo a ocultar que le es infiel al otro padre.

4. **Secretos peligrosos:** son aquellos que ponen en riesgo a una o más de las personas implicadas, de modo que sus capacidades e integridad se ven amenazadas, tal como sucede en casos de abuso sexual que se mantienen ocultos. Estos secretos llegan a ser duraderos, aunque lo ideal es evitarlo para poner a salvo a la persona en peligro.

De este modo, los secretos placenteros y esenciales pueden mantenerse sin generar consecuencias negativas en las personas ni en sus vínculos afectivos e incluso promover la autoestima de la familia. En contraste, los secretos nocivos y peligrosos resultan profundamente perjudiciales para el desarrollo personal de los individuos, al alterar sus relaciones y, en algunos casos, poner en riesgo su integridad o su vida (Imber-Black, 1999).

Generalmente los secretos nocivos o peligrosos funcionan como la “piedra angular” de los mitos familiares (Pincus & Dare, 1982), los cuales son un conjunto de creencias establecidas y adoptadas por todos los miembros, respecto a los roles y las relaciones en la familia (Pubill, 2018), originados con base en la historia de esta misma. Estos mitos, delimitan ciertas reglas implícitas y explícitas que regulan el funcionamiento de la familia (Schutzenberger, 2023) de los cuales sus miembros pueden no ser conscientes, pero seguirlos perpetuando.

Así, los mitos familiares se conservan dentro de una especie de memoria familiar, la cual es descrita como un proceso de transmisión intergeneracional que implica la preservación de informaciones significativas y el olvido intencional de otras que resulta conveniente no recordar, para asegurar la continuidad del sistema familiar. Esto permite mantener mitos sobre lo que se considera “bueno” o “malo” dentro del

grupo familiar, de modo que todo aquello que se percibe como “malo” tiende a ser conservado en secreto (Sánchez & Escobar, 2018).

Por tanto, se subraya el papel que tiene el secreto en las dinámicas familiares, ya que puede funcionar como un mecanismo de defensa que preserve la homeostasis ante la amenaza de una ruptura del sistema familiar (Mansilla, 2019), considerándose una forma de protección frente al sufrimiento generado por experiencias vergonzosas o desagradables (Velarde & Ruano, 2021), para resguardar el equilibrio del sistema. Sin embargo, esto puede convertir al secreto en una estrategia que inhiba el diálogo, afecte la confianza y distorsione la realidad familiar (Andolfi, 2007, como se cita en Rodríguez, 2015; Sterlin & Wynne, 1998, como se cita en Velarde & Ruano, 2021).

Estos secretos generan dinámicas de visibilidad y ocultamiento que operan como estrategias de encubrimiento utilizadas por la familia para preservar aquello que desea mantener oculto. Tales dinámicas se integran a la estructura y funcionamiento familiar al definir roles, reglas, límites, pautas de interacción y comunicación, prohibiciones, creencias y códigos de significado que inciden en los procesos de autonomía y pertenencia de sus miembros (Sánchez & Escobar, 2018).

Cuando los secretos se resisten a ser revelados, pueden perpetuarse a lo largo de generaciones, convirtiéndose en secretos transgeneracionales, cuya transmisión ocurre de forma consciente o inconsciente (Schützenberger, 2023). Esta herencia no implica, además, la instauración de una cultura del silenciamiento y de un modo de funcionamiento familiar basado en la ocultación de aquello considerado perturbador o disfuncional (Rodríguez, 2015). Así, el secreto no se desvanece con el paso del tiempo, sino que se integra al entramado relacional familiar, configurando una narrativa marcada por el silencio, la ambigüedad y la obligación implícita de conservarlo.

Asimismo, estos secretos adquieren una notable resistencia debido a lo que Boszormenyi-Nagy y Spark (1994) denominan lealtades invisibles, es decir, las

expectativas mutuas entre los miembros de la familia que generan compromisos no verbalizados y refuerzan su permanencia. Dichas lealtades establecen normas, tanto explícitas como implícitas, que aseguran la continuidad del secreto, convirtiéndolo en un “fantasma psíquico”: una presencia metafórica que acompaña a los integrantes de la familia condiciona sus vínculos y perpetúa la consigna del silencio (Schützenberger, 2023).

La lealtad familiar más profunda suele establecerse entre padres e hijos, sustentada en el cuidado, la protección y los vínculos afectivos construidos. Romper esta lealtad puede generar intensos sentimientos de culpa cuando se percibe una transgresión al compromiso implícito de preservar secretos o actuar en contra de las normas familiares (Schützenberger, 2023). En este contexto, el secreto puede convertirse en un contenedor transgeneracional de traumas y conflictos no resueltos que afectan a generaciones posteriores (Mansilla, 2019).

Desde la perspectiva de Bowen (1991), el pacto de guardar un secreto constituye un vínculo emocional que cohesiona a los miembros de la familia en torno a él, generando una obligación tácita de silencio sustentada en las lealtades familiares internalizadas. Imber-Black (1999) advierte que esta dinámica puede distorsionar las relaciones, reduciéndolas a vínculos aparentes donde la comunicación significativa se ve sustituida por interacciones superficiales. En consecuencia, la ocultación prolongada de secretos familiares puede alterar el funcionamiento del sistema y obstaculizar su desarrollo.

Esta dinámica fomenta la confusión en los vínculos interpersonales, la repetición de patrones relacionales basados en el encubrimiento y el incremento de la ansiedad familiar, lo que conduce al aislamiento emocional y a estilos comunicacionales disfuncionales (Bowen, 1991; Sánchez & Escobar, 2018). Tales condiciones pueden manifestarse en síntomas individuales o familiares.

A nivel individual, los secretos familiares afectan la confianza interpersonal, la adaptación al cambio y la integración del yo, dificultando su diferenciación emocional (Bowen, 1991; Vukusic, 2016). Así, el proceso de individuación de los hijos puede percibirse como una amenaza para la preservación del secreto, generando ansiedad y resistencia en los padres ante la autonomía de sus hijos (Vukusic, 2016), favoreciendo la formación de triangulaciones familiares que perpetúan el secreto como mecanismo de regulación de la ansiedad (Sánchez & Escobar, 2018), inmovilizando las relaciones e inhibiendo el desarrollo emocional de sus miembros (Imber-Black, 1999).

Desde la perspectiva transgeneracional, la apertura de los secretos en un contexto terapéutico cuidadosamente guiado puede facilitar la reparación de los vínculos afectivos y promover la diferenciación de los miembros del sistema familiar, concibiéndolo como un proceso terapéutico transformador que incide positivamente en la dinámica familiar (Sánchez & Escobar, 2008).

Identidad Sexual y de Género

En el presente estudio de caso, la homosexualidad constituye el secreto principal dentro del sistema familiar, lo que hace indispensable una comprensión profunda y diferenciada de los conceptos de identidad sexual e identidad de género.

La identidad sexual se entiende como una construcción integral del ser humano que abarca diversos componentes relacionados con la sexualidad, entre ellos el sexo biológico, el género, la orientación sexual y la identidad de género (Alcántara, 2013; Mateos, 2024; Rocha, 2009).

Esta identidad funciona como un marco de referencia interno que se configura a lo largo del desarrollo individual, permitiendo a la persona construir un sentido de sí misma a partir de las características con las que se identifica. Tal construcción influye directamente en su manera de interactuar en contextos sociales y en su expresión de la sexualidad (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud [OPS & OMS], 2000, como se cita en Alcántara, 2013).

Lo anterior hace pertinente detallar brevemente los componentes que conforman la identidad sexual. En primer lugar, el sexo biológico alude a las características genéticas, fisiológicas, anatómicas y endocrinas del sistema reproductivo con el que nace una persona (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED], 2016; Seguel-Arriaga & Vera-Sagredo, 2023). Este componente es, en muchos contextos sociales, la base para clasificar a los individuos como hombres o mujeres, aunque dicha clasificación no necesariamente refleja la vivencia subjetiva de género de cada persona.

Otro componente de la identidad sexual es el género, el cual se entiende como una construcción social que abarca un conjunto de atributos culturales, políticos, jurídicos, psicológicos y económicos que las sociedades asignan a los individuos con el fin de diferenciarlos, principalmente, entre lo masculino y lo femenino (Abiuso & López, 2024). Esta categorización da origen a los denominados roles de género, los cuales delimitan los comportamientos, actitudes y funciones que se consideran socialmente apropiados para hombres y mujeres dentro de un determinado contexto histórico y cultural.

Si bien el sexo influye en la asignación del género, este último no está determinado de manera unívoca por la biología. Por el contrario, el género es una construcción que se configura y perpetúa socialmente, lo cual implica que no se limita exclusivamente a las categorías de femenino y masculino, sino que incluye una diversidad de identidades de género que trascienden esta dicotomía (Hines, 2019).

Un tercer elemento de la identidad sexual es la orientación sexual, que alude a la atracción emocional, afectiva, romántica y/o sexual que una persona experimenta hacia individuos de su mismo género, de un género distinto o de más de un género. También contempla la capacidad de establecer relaciones íntimas y sexuales con aquellas personas hacia quienes se siente dicha atracción (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2018; Córdova, 2020; Naciones Unidas, 2013).

Entre las orientaciones sexuales más reconocidas se encuentran la heterosexualidad, la homosexualidad y la bisexualidad. No obstante, es importante señalar que, históricamente, la heterosexualidad ha sido socialmente privilegiada y normativizada como la única forma legítima de orientación sexual, lo cual ha contribuido a la invisibilización y estigmatización de otras identidades y formas de vinculación afectiva (Instituto Navarro para la Igualdad, 2020).

El cuarto componente es la identidad de género, la cual se refiere a la vivencia interna y profunda que una persona tiene respecto a su pertenencia a un determinado género. Este sentimiento de identificación influye en su manera de pensar, actuar, sentir y percibir el mundo, así como en sus experiencias cotidianas (Instituto Navarro para la Igualdad, 2020; Mateos, 2024; Rocha, 2009). Esta construcción subjetiva abarca aspectos como la relación con el propio cuerpo, las formas de vestir, hablar y expresarse, y constituye un elemento esencial en la conformación del autoconcepto, la personalidad y el comportamiento (Gómez et al., 2020).

Es esencial distinguir la identidad de género de otros conceptos afines, como la identidad y la orientación sexuales. La identidad sexual abarca el conjunto de características biológicas, psicológicas y sociales que conforman la sexualidad de una persona, siendo la identidad de género solo uno de sus componentes. En cambio, la orientación sexual se refiere a la atracción afectiva, emocional o erótica hacia otras personas, diferenciándose de la manera en que cada individuo se identifica internamente en términos de género. Esta diferenciación conceptual resulta clave para evitar confusiones frecuentes en torno a la diversidad sexual y de género.

En el caso clínico analizado, el paciente se identifica como homosexual, orientación que implica la atracción afectiva y sexual hacia personas del mismo género (Ardila, 2008; CNDH, 2018; Pichardo, 2009). Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2023), en México el 5.1% de la población mayor de 15 años se

reconoce como parte de la comunidad LGBTI+, y dentro de este grupo el 26.5% se identifica como hombres homosexuales.

Diversos estudios señalan que la conciencia de la orientación sexual suele emerger desde la niñez, aunque en esa etapa los referentes culturales y sociales para comprender dichas vivencias suelen ser escasos (Ardila, 2008). Durante la adolescencia, esta conciencia se intensifica debido a los cambios biológicos, hormonales y psicosociales propios del desarrollo, convirtiéndose en un periodo crucial para la exploración del deseo, la autonomía y la consolidación de la identidad personal y sexual (Soriano, 2002).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia abarca de los 10 a los 19 años (Secretaría de Salud, 2015). Es una etapa marcada por transformaciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales que implican desafíos adaptativos. En el ámbito fisiológico surge el deseo sexual como parte del desarrollo puberal, mientras que en los planos cognitivo y afectivo emergen experiencias de enamoramiento y atracción (Soriano, 2002).

En este contexto, los adolescentes con orientación homosexual comienzan a expresar su identidad y preferencias sexuales mediante conductas afectivas o experiencias interpersonales, comúnmente con pares del entorno escolar o social (Ardila, 2008). De acuerdo con el mismo Ardila (2008), la persona homosexual atraviesa por distintas etapas de desarrollo que conforman el ciclo vital homosexual, las cuales son las siguientes:

1. **Etapas de surgimiento:** que ocurre durante la infancia, experimentando una sensación de “ser diferente”, lo cual produce sentimientos de tristeza y soledad.
2. **Etapas de identificación:** sucede durante la adolescencia, cuando comienza a aceptar su homosexualidad ante sí mismo, asumiéndola como

parte de su propia identidad, aunque siga causando sentimientos de tristeza o vergüenza.

3. **Etapas de asumir una identidad:** suele ocurrir en la adultez temprana al momento en que empieza a relacionarse con otras personas homosexuales, pero continúa ocultándolo ante la sociedad en general, por el temor al rechazo o sentimientos de culpa y vergüenza.
4. **Etapas de aceptación de la identidad:** cuando la persona revela su orientación sexual a personas importantes (familia, amigos, compañeros de trabajo, etc.). Comienza a tener relaciones afectivas formales y estables, lo que podría implicar vivir en pareja.
5. **Etapas de consolidación:** en la que la persona se siente orgulloso de sí y de su orientación sexual, sin sentir inseguridad o vergüenza.
6. **Etapas de autoevaluación y de brindar apoyo:** cuando la persona reflexiona sobre su propia vida y reconoce sus triunfos y fracasos. Además, empieza a ser un apoyo emocional para otras personas homosexuales.

Es importante señalar que lo anterior constituye únicamente una aproximación a las etapas del desarrollo de la identidad en personas homosexuales. Cada individuo experimenta este proceso de manera singular, influido por su historia personal y su contexto sociocultural, lo que determina distintas formas de vivenciarlo.

La adolescencia representa un periodo especialmente complejo para quienes se reconocen como homosexuales, pues a las crisis propias de esta etapa se suma la búsqueda y comprensión de su orientación sexual, proceso que con frecuencia genera confusión y malestar (López, 2017). Además, deben enfrentar las consecuencias de pertenecer a una minoría que continúa siendo objeto de violencia y discriminación (Ceballos-Fernández, 2014; Zambrano et al., 2019).

Durante esta etapa, muchos adolescentes no sólo descubren su orientación sexual, sino también aspectos relacionados con su identidad de género. Según datos

del INEGI (2023), el 18.2 % de la población LGBTIQ+ en México se identifica con una identidad de género no normativa, entre las que se incluyen las identidades no binarias y queer.

La identidad queer hace referencia a orientaciones sexuales o identidades de género que se encuentran socialmente fuera de la heteronormatividad y binarismo, oponiéndose a la categorización de su identidad sexual y apostando por una forma más abierta y flexible de identificarse, verse y comportarse (Ben & Zurbriggen, 2022; Córdova, 2020; Fonseca & Quintero, 2009). Desde este enfoque, tanto la orientación sexual como la identidad de género son entendidas como dimensiones dinámicas, fluidas y susceptibles de transformación a lo largo del desarrollo humano (Butler, 2007).

Así, la identidad de género no binaria, inscrita dentro del marco de las identidades queer, alude a aquellas personas que no se identifican con las categorías tradicionales del binarismo de género (masculino/femenino). Se sostiene que el género no constituye una realidad biológicamente determinada, sino una construcción social, cultural e individual, sujeta a variaciones según el contexto y la experiencia subjetiva (Abiuso & López, 2024; Hines, 2019).

Desde esta perspectiva relacional y contextual, Hines (2019) propone comprender el género como el resultado de la interacción entre tres componentes fundamentales: la materialidad corporal de cada individuo, la vivencia subjetiva de dicha corporeidad y las formas en que esta es leída e interpretada socialmente. De acuerdo con esta visión, una persona puede identificarse con múltiples géneros de manera simultánea o experimentar cambios identitarios a lo largo del tiempo (Mateos, 2024), lo que implica un reconocimiento de la identidad de género como no estática.

A manera de conclusión, dada la diversidad inherente a la identidad sexual, se vuelve imprescindible comprender las distintas orientaciones sexuales e identidades

de género, con el fin de promover su reconocimiento social y garantizar el respeto hacia las personas que se identifican con ellas.

En este sentido, las personas homosexuales forman parte de sistemas relacionales más amplios, como lo es la familia, en donde la revelación o reconocimiento de la homosexualidad de uno de sus miembros puede generar transformaciones significativas en la dinámica familiar. Desde el enfoque sistémico-familiar, es posible aproximarse a una comprensión profunda de los procesos que se activan en las familias ante este tipo de situaciones, considerando los patrones de interacción, las narrativas familiares y las funciones atribuidas a los roles de género y sexualidad dentro del sistema.

La Homosexualidad desde la perspectiva Sistémico Familiar

En México, la población LGBTIQ+ enfrenta discriminación, exclusión y crímenes de odio derivados de la homofobia, entendida como un mecanismo social de control que margina a las personas por su orientación sexual o identidad de género (Gómez-Gamero, 2020; Granados & Aguilar, 2022). Según el INEGI (2023), el 37.3 % de las personas LGBTIQ+ mayores de 18 años reportó haber vivido situaciones de discriminación en 2023, manifestadas en comentarios despectivos, burlas o ataques a su identidad sexual (Secretaría de Salud, 2024).

Estas experiencias generan una negación e invisibilización de la diversidad sexual en la esfera pública (Romero, 2016). En consecuencia, las personas homosexuales son estigmatizadas y excluidas de los espacios sociales, lo cual puede derivar en conflictos internos y en dificultades para aceptar su propia identidad (Gómez-Gamero, 2020). Esta dinámica contribuye a la consolidación de estigmas y estereotipos sociales (Pedrazzoli & Samanes, 2011), los cuales son reproducidos por la sociedad e interiorizados en el seno familiar.

De este modo, el individuo homosexual se enfrenta a diversas respuestas en su entorno inmediato, particularmente en el ámbito familiar, donde sus miembros expresan actitudes que pueden ser favorables o desfavorables hacia su orientación sexual. Tales actitudes son reacciones internas o externas basadas en la pertenencia a determinados grupos o categorías, se manifiestan a través de creencias, emociones o conductas (Coppari et al., 2014) e incluyen desde el apoyo hasta el rechazo familiar.

La revelación de la homosexualidad dentro del ámbito familiar suele desencadenar crisis significativas, así como falta de apoyo y aceptación hacia la persona homosexual (Rodríguez-Bsutamante et al., 2022), en tanto confronta las creencias heteronormativas adquiridas desde el entorno sociocultural, lo que puede alterar el equilibrio familiar al generar conflictos y tensiones en las dinámicas relacionales, además de obstaculizar el desarrollo saludable del miembro homosexual (Ceballos-Fernández, 2014; García et al., 2018; Granados & Aguilar, 2022; Mejía et al., 2020; Orcasita et al., 2020).

Como subrayan Granados y Aguilar (2022), “las familias son producto del ordenamiento social” (p. 16), lo que explica que, en numerosos casos, madres y padres conserven representaciones sociales sobre la homosexualidad influenciadas por estereotipos negativos y prejuicios culturalmente contruidos, integrados en sus valores, normas y creencias.

En consecuencia, cuando se enfrentan a la homosexualidad de un hijo o hija, puede producirse una ruptura respecto de los modelos internalizados sobre lo que consideran “correcto” o “esperado”. Este quiebre suele generar angustia, derivada tanto de los prejuicios internalizados como del temor a la reacción de terceros hacia la persona homosexual (Lozano-Verduzco & Padilla-Gámez, 2023; Pedrazzoli & Samanes, 2011).

Este proceso puede asemejarse a un duelo, en tanto suelen aparecer etapas de negación, ira, negociación, depresión y aceptación (Rodríguez-Bustamante et al., 2019), aunque no siempre de manera lineal o uniforme (Solís, 2014). Tras la revelación, es frecuente que los padres experimenten dolor y tristeza asociados a la pérdida de expectativas, al temor de que su hijo sufra violencia por su orientación sexual, a la posible desaprobación de la familia extensa y a la incertidumbre sobre su futuro laboral. Esta situación puede comprometer la incondicionalidad del afecto parental (Arévalo et al., 2011; Ceballos et al., 2021).

Un estudio en Colombia mostró que la calidad de las relaciones familiares influye de forma significativa en los estados emocionales de las personas homosexuales, generando respuestas de aceptación o rechazo. Se observó, en particular, que vínculos familiares saludables se relacionan con mayores niveles de aceptación hacia el miembro homosexual (Ortiz & Sánchez, 2020).

En consecuencia, promover la aceptación en el contexto familiar requiere una transformación en la dinámica relacional. La relación entre padres e hijos atraviesa un proceso de reconstrucción de los roles de género culturalmente establecidos, y las expectativas parentales deben ajustarse a la nueva realidad que trae consigo la identidad sexual del hijo (Silva et al., 2019). Durante este proceso son habituales las tensiones, rupturas y continuidades, hasta que la familia integra una comprensión renovada de la homosexualidad en sus representaciones sociales previas (Pedrazzoli & Samanes, 2011).

En este marco, la familia desempeña un papel central en la gestión de la homosexualidad y la identidad de género, al constituirse como la principal red de apoyo y un factor protector. Su presencia incide en la construcción identitaria, en la capacidad de afrontamiento personal y social, y en el desarrollo de narrativas identitarias más positivas (Ceballos-Fernández, 2014; García et al., 2018; Gómez-Gamero, 2020; Solís, 2014; Romero et al., 2013).

En contraste, la ausencia de apoyo incrementa la vulnerabilidad de la persona y la expone a dificultades que pueden obstaculizar su autonomía, su diferenciación familiar y su bienestar integral. Entre estas consecuencias se incluyen el aislamiento social, la disminución de la autoestima, el consumo de sustancias y diversos problemas de salud mental, como ansiedad, depresión e ideación suicida (Ceballos et al., 2021; García et al., 2018; Granados & Aguilar, 2022; Lozano-Verduzco, 2017; Ministerio de Igualdad, 2022; Orcasita et al., 2020; Ospina et al., 2020; Rodríguez-Bustamante et al., 2019; Uribe, 2018).

En México, el 64.9 % de la población LGBTI+ reporta problemas de ansiedad y el 50.9 % depresión, mientras que un 28.7 % ha tenido ideación o intentos suicidas, de los cuales un 14 % se relaciona con la orientación sexual (INEGI, 2024).

La ansiedad incrementa la tensión, el miedo y la preocupación, intensificándose en contextos de homofobia. En estas circunstancias, las personas homosexuales suelen vivir con un temor constante a ser agredidas, lo que favorece el aislamiento y en general, su participación en el ámbito social. La depresión, por su parte, afecta de manera significativa el desarrollo social y puede constituir un antecedente del comportamiento suicida, ya que experiencias de culpa y sentimientos que deterioran la autoestima y pueden derivar en ideación o intentos suicidas (Granados-Cosme & Delgado-Sánchez, 2008).

En esta línea, Campos (2021) destaca que cuanto mayor es la exclusión social asociada a una orientación sexual diversa, más graves son las repercusiones en la salud mental de las personas LGBTIQ+, evidenciándose en elevados niveles de sintomatología depresiva y ansiosa. De forma complementaria, Ruiz-Palomino et al. (2020) reportan que las personas no heterosexuales presentan un mayor deterioro en su salud mental, reflejado en una mayor prevalencia de problemas psicológicos.

Ante este panorama, la prevención de los trastornos de salud mental en esta población es fundamental. Ello implica desmontar estigmas y estereotipos sociales, así como promover recursos que favorezcan el bienestar emocional (Granados-Cosme & Delgado-Sánchez, 2008). La aceptación familiar de la homosexualidad funciona como un importante factor protector ante riesgos como el suicidio, pues fortalece la autoaceptación, facilita vivir la sexualidad sin ocultamientos y contribuye al afrontamiento efectivo del prejuicio y la homofobia (Ceballos et al., 2021).

En consecuencia, una actitud familiar positiva favorece relaciones saludables, mayor confianza y una disminución de conductas de riesgo. Por el contrario, actitudes de rechazo se relacionan con dinámicas familiares conflictivas, episodios de agresión y una mayor incidencia de conductas de riesgo en las personas homosexuales (Javier, 2022), situación que suele acompañarse de déficits en la comunicación y la expresión emocional dentro del entorno familiar (Ceballos et al., 2021; Ceballos-Fernández et al., 2014; Ortiz & Sánchez, 2020). Por lo tanto, en contextos donde la familia no está dispuesta a aceptar la orientación sexual del individuo, es frecuente que se intente ocultar la homosexualidad, transformándola en un secreto que agrava el malestar.

La Homosexualidad como Secreto Familiar

La homosexualidad suele mantenerse inicialmente en secreto, y solo se revela cuando la persona decide compartir su orientación con los demás (Pérez, 2005). Pincus y Dare (1982) señalan que el desarrollo de la identidad homosexual frente a las figuras parentales generalmente comienza con la ocultación, hasta que la persona opta por revelar su orientación a la familia y, eventualmente, en otros espacios. Según Pérez (2005), esta revelación es una necesidad para socializar, generar vínculos y mantener relaciones de pareja abiertas, favoreciendo el desarrollo físico, psicológico y social del individuo.

La familia suele ser el primer entorno en el que se revela la orientación sexual. No obstante, cuando surgen actitudes de rechazo, la persona puede experimentar

miedo, aislamiento social, problemas psicológicos y conductas de ocultamiento hacia su orientación (Ceballos et al., 2021; Granados-Cosme & Delgado-Sánchez, 2008).

Esta situación también afecta a los familiares, generando sentimientos de vergüenza, culpa y resentimiento, así como la experiencia del duelo ante la pérdida de las expectativas proyectadas sobre el hijo (García et al., 2018; Herdt & Koff, 2002; Mejía et al., 2020; Ministerio de Igualdad, 2022; Ospina et al., 2020). Además, la gestión de este secreto resulta especialmente compleja, ya que confronta creencias y mitos familiares negativos profundamente arraigados (Pérez, 2005), lo que complica aún más el proceso.

Mientras los hijos pueden experimentar culpa por no cumplir las expectativas familiares, muchos padres llegan a sentirse responsables de la orientación sexual de sus hijos, interpretándola como un castigo o una situación negativa (Pedrazzoli & Samanes, 2011). Esta percepción favorece que soliciten a sus hijos mantener en absoluto sigilo cualquier expresión de homosexualidad (Romero, 2016), generando dinámicas de silenciamiento, ocultamiento y establecimiento de secretos familiares.

Aunque el secreto puede generar inicialmente una sensación de seguridad, a largo plazo limita la autonomía del miembro homosexual y obstaculiza su desarrollo personal (Pérez, 2005), convirtiéndose en un factor que incrementa la vulnerabilidad del individuo, favoreciendo contextos familiares caracterizados por el desconocimiento y la ocultación de información (Arévalo et al., 2011).

También, es frecuente que el miembro homosexual se perciba como “diferente” o rechazado por su familia y experimente una sensación de distanciamiento emocional y social (Gómez-Gamero, 2020) lo que dificulta la percepción de apoyo y aceptación familiar. En algunos casos, la ocultación se interioriza como parte de la identidad, incluso cuando no existe una amenaza real de rechazo (Encinales, 2019) afectando su

salud mental y obstaculizando la diferenciación familiar, al limitar su autonomía por medio del mantenimiento del secreto.

No obstante, el mantenimiento del secreto depende en gran medida del estilo de comunicación y funcionamiento familiar, mismos que influyen significativamente en la gestión del secreto y en la aceptación de la orientación sexual del miembro homosexual. A mayor nivel de desequilibrio familiar, habrá más conflictos, mitos y reglas rígidas, comunicación ineficaz y probabilidad de reacciones inadecuadas, dando lugar a la conformación de secretos (Encinales, 2019; Pérez, 2005)

A mayor funcionalidad familiar, mayor cercanía emocional entre padres e hijos, una comunicación efectiva, adecuada resolución de conflictos, reglas claras, cohesión, límites flexibles, menor presencia de secretos y, en consecuencia, un mejor pronóstico en la aceptación de la homosexualidad dentro del contexto familiar (Encinales, 2019; Pérez, 2005).

En este marco, para los jóvenes LGBTIQ+ resulta fundamental expresar su identidad sexual libremente, ya que ello constituye un eje central en la construcción de su autonomía, su identidad personal y su autoaceptación. Este proceso favorece la integración del sí mismo, la diferenciación familiar y la resignificación de su historia de vida, elementos que, en conjunto, potencian la calidad de vida y promueven un ajuste psicológico positivo. Cuando esta expresión ocurre en un ambiente que brinda reconocimiento y validación por parte de figuras significativas, sus beneficios sobre el bienestar emocional se vuelven aún más sólidos (Ceballos et al., 2021; Herrera, 2016; Ministerio de Igualdad, 2022; Orcasita et al., 2020; Ospina et al., 2020).

Estudios como el de Araya (2017) muestran, desde la terapia narrativa, que la deconstrucción de creencias negativas asociadas a la homosexualidad puede permitir la emergencia de explicaciones alternativas que faciliten la aceptación de la

orientación sexual y el abandono del ocultamiento. Este proceso contribuye a un desarrollo psicosexual más saludable y adaptativo (Guzmán-González et al., 2025).

En consecuencia, para que la homosexualidad deje de ser un secreto en la familia, se requieren reajustes en la estructura y dinámica familiar que conduzcan a la restauración de la homeostasis del sistema, mejorando la comunicación, deconstruyendo mitos homofóbicos, reestructurando la organización familiar y potenciando sus fortalezas con el fin de facilitar un adecuado afrontamiento de la situación, permitiendo así la expresión abierta de la sexualidad y un desarrollo personal óptimo (Encinales, 2019; Pérez, 2005). Rueda-Toro et al. (2024), refiere que la comunicación asertiva es fundamental para resolver crisis familiares ocasionadas ante la revelación de la homosexualidad de un miembro.

Este marco teórico sustenta la comprensión de la familia analizada en el presente estudio de caso, evidenciando cómo la instauración del secreto sobre la orientación sexual ha influido en la aparición del síntoma en el paciente y permitiendo identificar áreas de intervención familiar para favorecer respuestas más adaptativas y la vivencia de una sexualidad abierta y socialmente integrada. A continuación, se presentará la metodología desarrollada en la investigación e intervención terapéutica.

CAPÍTULO II

MÉTODO

Este capítulo describe el enfoque metodológico adoptado para el presente trabajo. En consonancia con la naturaleza del fenómeno investigado y los propósitos de comprensión profunda, se optó por el diseño de estudio de caso, el cual permite un análisis intensivo y contextualizado de una unidad particular de análisis.

Diversos estudios han mostrado que los problemas de un individuo se encuentran vinculados al contexto familiar, particularmente a dinámicas familiares caracterizadas por la rigidez, comunicación ineficiente, la presencia de alianzas disfuncionales o coaliciones, triangulaciones o patrones que perpetúan el conflicto de generación en generación (McGoldrick et al., 2008; Nichols & Davis, 2020).

Así, la intervención sistémica no solo permite trabajar con el síntoma, sino también con los patrones de relación que lo mantienen; de esta manera, la Terapia Sistémica constituye una herramienta eficaz para promover el cambio, al posibilitar nuevas formas de relación, a partir de la resignificación del síntoma (Carr, 2019).

Este apartado describe la metodología del estudio de caso clínico, fundamentando la validez del análisis y explicando el proceso de obtención y tratamiento de la información que respalda los resultados.

Pregunta de Investigación

¿Cómo ha impactado el secreto familiar sobre la homosexualidad del consultante en su desarrollo personal y en la dinámica familiar, así como la revelación de este en la forma en que vive su sexualidad?

Objetivos

General

Analizar el impacto del secreto familiar relacionado con la identidad homosexual del consultante en su desarrollo personal y en la dinámica de su sistema

familiar, así como identificar si las intervenciones terapéuticas sistémicas y narrativas facilitan su apertura con el propósito de favorecer una vivencia de la sexualidad más libre e integrada en el consultante.

Específicos

1. Identificar el impacto que tienen los secretos familiares en la dinámica familiar.
2. Conocer si la apertura del secreto familiar permite la destriangulación, individuación y diferenciación del hijo.
3. Determinar si la apertura del secreto contribuye a mejorar la dinámica familiar.
4. Identificar si la apertura del secreto familiar disminuye los síntomas de depresión y ansiedad del consultante.
5. Detectar si el desarrollo de dinámicas relacionales funcionales sustituye patrones disfuncionales previamente establecidos en la familia.

Objetivo general de la Intervención Terapéutica

Favorecer la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva del consultante mediante una intervención sistémica transgeneracional, estructural y narrativa orientada a facilitar la apertura del secreto familiar relacionado con su orientación sexual, promoviendo su autoaceptación, la expresión auténtica de su identidad y la mejora de la dinámica familiar.

Dicho objetivo se estableció en conjunto con el consultante al inicio del proceso terapéutico, con base en su motivo de consulta y en las implicaciones que esto traía tanto para él como para su dinámica familiar.

Método

El estudio de caso se enmarca en la investigación cualitativa, entendida como aquella que utiliza datos no numéricos para responder, comprender e interpretar fenómenos (Hernández et al., 2014). Por ello, el estudio de caso se centra en hacer un planteamiento interpretativo del mundo desde la perspectiva de los participantes en su

contexto natural (Durán, 2012). Es una herramienta para analizar casos específicos y complejos que representan problemas de la vida real, brindando un panorama desde el cual se tiene la intención de extrapolar hallazgos a casos similares (Sánchez et al., 2024; Stake, 1999).

Este enfoque se sustenta en el paradigma interpretativo, en el que el investigador emplea prácticas interconectadas para comprender a las personas y construir conocimiento en conjunto con los participantes (Conejero, 2020; Schenkel & Pérez, 2019, como se citan en Rueda et al., 2023), considerando el contexto, la historia y las concepciones propias del investigador, pero destacando la interpretación de los participantes (Guereca et al., 2016).

Desde un paradigma interpretativo, Stake (1999) refiere que el estudio de caso permite un análisis profundo del fenómeno en su entorno natural, generando aportaciones teóricas a partir de una visión global e integral. Implica estudiar un fenómeno único (Yin, como se cita en López, 2013), por lo que requieren una tarea de indagación detallada del objeto de interés, que puede estar constituido por una persona, familia o grupo de personas (García-Jiménez et al., 1991, como se cita en Álvarez, 2006). Aunque es principalmente cualitativo, puede incluir datos cuantitativos obtenidos mediante instrumentos diagnósticos (Bernal, 2010).

Los estudios de caso persiguen describir, registrar, interpretar y evaluar fenómenos, así como desarrollar y probar hipótesis y generar teorías, contribuyendo al conocimiento sobre el objeto de análisis (Álvarez, 2006; Hernández et al., 2014; Simons, 2011). Simons (2011) señala que deben ser particularistas (centrados en casos únicos), descriptivos (detallados) y heurísticos (capaces de inducir descubrimientos y conclusiones relevantes).

Esta metodología es común en ciencias sociales, especialmente en psicología (Bernal, 2010). Como método clínico su origen data del siglo XVIII-XIX, a partir de la

interacción entre la práctica clínica y la práctica investigativa, siendo utilizado para abordar problemas significativos en individuos o grupos pequeños, con el fin de comprender fenómenos más amplios (Guereca et al., 2016; Roussos, 2007).

Los estudios de caso clínico en el campo de la psicoterapia son un método de investigación a través del cual el terapeuta realiza un informe narrativo en torno a un caso abordado en su práctica clínica, junto con sus interpretaciones al respecto (Desmet et al., 2017). En este sentido, se centran en describir el caso o evaluar la eficacia de un tratamiento determinado, haciendo énfasis en las características del caso o los hallazgos conseguidos (Roussos, 2007).

Buscan vincular la investigación científica con la práctica clínica, permitiendo que la experiencia del terapeuta se sistematice y difunda para generar conocimiento entre colegas (Roussos, 2007; Sánchez & Zohn, 2019).

En el enfoque sistémico familiar, los estudios de caso se centran en situaciones complejas, donde las interacciones múltiples entre los participantes son clave para comprender cómo emergen y se transforman las subjetividades a través del proceso terapéutico (Estupiñán et al., 2016). Este enfoque considera al caso como un sistema integrado, permitiendo identificar pautas de comportamiento que mantienen al sistema y generar hipótesis terapéuticas e investigativas, que se validan durante la intervención. Así, son herramientas valiosas para analizar dinámicas familiares y su influencia en el desarrollo humano.

El presente trabajo corresponde a un estudio de caso clínico abordado desde la Terapia Sistémico-Familiar, combinando los modelos Transgeneracional, Estructural y Narrativo. En el plano teórico, la conceptualización del caso se llevó a cabo mediante la articulación entre los modelos Transgeneracional y Estructural, mientras que, en el plano técnico o de intervención, tuvo lugar una integración técnica de orientación de estos dos modelos en conjunto con el Narrativo. Este tipo de integración es aquella en

la que se emplean diversas herramientas terapéuticas pertenecientes una sola orientación conceptual predominante (Feixas, 1993; García & Fantin, 2012; López, 2021), en este caso, la sistémica-familiar, permitiendo así, una intervención coherente.

Supuestos

Supuesto Teórico

H₁: La presencia del secreto familiar relacionado con la homosexualidad del consultante interfiere en su proceso de diferenciación e individuación respecto al sistema familiar, lo cual contribuye tanto a la intensificación de sus síntomas depresivos y ansiosos, como a la disfuncionalidad en la dinámica familiar.

Supuesto de Intervención Terapéutica

H₂: La intervención terapéutica sistémica favorecerá la apertura del secreto familiar relacionado con la orientación sexual del consultante, produciendo una disminución significativa de su sintomatología ansiosa y depresiva, lo que promoverá una mayor autoaceptación y una expresión más auténtica de su identidad, así como una mejora en la dinámica familiar.

Ejes temáticos y Categorías de Análisis

Presentar los ejes temáticos y categorías en un estudio de caso es fundamental tanto desde el punto de vista metodológico como analítico. Los ejes temáticos constituyen líneas orientadoras que guían al investigador cuando no hay suficientes antecedentes de investigaciones previas (Herrera et al., 2015).

Por su parte, las categorías son conceptos que abarcan aspectos con características comunes o que se relacionan entre sí; implica agrupar elementos en torno a un concepto capaz de abarcar un todo; son empleadas para establecer clasificaciones y reflejan un significado que puede referirse a diversos constructos

(Gomes, 2023; Osses et al., 2006). A continuación, se describen los ejes temáticos considerados en este estudio de caso y sus correspondientes categorías (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Ejes temáticos y categorías de análisis

Eje temático	Concepto	Categoría	Vinculación con el caso
Identidad sexual	La identidad sexual es una propiedad del ser humano que unifica y envuelve determinadas características concernientes a la sexualidad, tales como el sexo, el género, la orientación sexual y la identidad de género (Alcántara, 2013; Mateos, 2024; Rocha, 2009).	Homosexualidad	En este estudio de caso, el consultante se identifica con una orientación sexual homosexual.
		Actitudes familiares hacia la homosexualidad	El paciente identificado percibe rechazo por parte de su familia, principalmente de sus padres, hacia su orientación sexual, expresado a través de comentarios despectivos, falta de apoyo y aceptación y comportamientos de evitación y ocultamiento respecto a su homosexualidad.
		Mitos y lealtades familiares	En la familia se identifican mitos conservadores sobre diversos temas, los cuales favorecen la formación de secretos familiares relacionados con pérdidas, enfermedades físicas y mentales, sexualidad y abuso sexual, siendo la homosexualidad del consultante el secreto familiar en torno al cual se desarrolla este trabajo.
	Constituyen aspectos que se ocultan de manera intencional y		Tanto este como los demás secretos son sostenidos por lealtades familiares, principalmente entre miembros de distintas generaciones. Por

Secretos familiares	consciente, que guardan informaciones importantes, dolorosas o vergonzosas para quien los oculta o para quien es ocultado de ellos y que pueden ser transmitidos trans-generacionalmente en la familia (Imber-Black, 1999; Selvini, 1996; Schutzenberger, 2023).	Ansiedad y depresión	ejemplo, entre el paciente identificado y sus padres y a su vez entre estos últimos y sus respectivos progenitores. Dichas lealtades impiden que los secretos sean revelados ante el compromiso no explícito con otros de mantenerlos ocultos. El secreto familiar en torno a la homosexualidad ha generado como consecuencia sintomatología ansiosa y depresiva en el consultante, ante la dificultad para vivir su orientación sexual libremente y la obligación de ocultarla.
Dinámica familiar	Hace referencia a las pautas repetitivas en las que se enmarcan los modos en que se relacionan los miembros de una familia y el tipo de interacciones que mantienen, identificando el tipo de vínculo emocional existente (Moreno, 2014; Ortiz & Sánchez, 2020).	Estructura familiar Funcionamiento familiar	En la estructura de la familia se identifica una triangulación entre el paciente y sus padres, roles inapropiados y límites difusos entre sus miembros, funciones parentales deficientes y una jerarquía desequilibrada, dando como resultado relaciones y dinámicas familiares conflictivas. El funcionamiento en la familia se caracteriza por mantener una cohesión amalgamada y una adaptabilidad rígida, mantenidas a través de una comunicación evitativa y ofensiva, lo que favorece la disfuncionalidad familiar.

Nota. Fuente: Elaboración propia.

El análisis del caso clínico se organiza a partir de los ejes temáticos y las categorías previamente definidas, lo que permite obtener los resultados de la investigación y guiar el proceso terapéutico. Este proceso requiere un registro sistemático mediante los reportes de las sesiones, los cuales cumplen la función de conservar información relevante, favorecer el análisis clínico, diseñar tratamientos de manera reflexiva, facilitar la coordinación con otros profesionales de la salud y evaluar la evolución del paciente (Benítez, 2010; Tudor & Gledhill, 2022).

Este estudio de caso se desarrolló a través de siete sesiones de evaluación inicial y diecinueve sesiones correspondientes al proceso terapéutico. Durante estas últimas, la intervención clínica integró los enfoques Transgeneracional, Estructural y Narrativo de la Terapia Sistémico-Familiar, seleccionando y aplicando técnicas según las necesidades del paciente y su familia, con el objetivo de alcanzar los resultados terapéuticos previstos.

Participantes

El paciente identificado, al cual se le asignó el pseudónimo "F" para preservar su confidencialidad, es un hombre de 20 años que se define como homosexual, originario y residente de Morelia, Michoacán, México; estudiante de universidad y mesero los fines de semana, es el hijo menor en una familia nuclear de nivel socioeconómico medio, conformada por 6 miembros, teniendo un gemelo idéntico, quien nació primero. Acudió a consulta inicialmente por síntomas de ansiedad, manifestando una intensa angustia y preocupación, sin que encontrara una causa aparente.

Posteriormente identificó como motivo de consulta el malestar emocional ante la dificultad para expresar abiertamente su orientación homosexual, la cual ha sido mantenida como un secreto familiar al interior y exterior de su familia, ante el rechazo explícito de sus padres hacia esta. Desde que el paciente tenía 16 años su orientación

sexual ha sido ocultada a petición de sus progenitores, viviendo a partir de ello su sexualidad de forma reprimida, lo que ha afectado su desarrollo personal en todos los ámbitos. Esta situación provocó un deterioro significativo en su bienestar emocional, propiciándole sintomatología ansiosa, depresiva, ideación e intentos suicidas.

Se consideró pertinente incluir a los padres en el proceso terapéutico debido a que el motivo de consulta estaba estrechamente relacionado con la dinámica familiar en torno a la orientación sexual del consultante. Los progenitores mostraban actitudes de rechazo y establecían la orientación sexual del hijo como un tema secreto dentro del núcleo familiar, lo que generaba conflictos y afectaba el bienestar emocional del consultante.

La inclusión de los padres permitió abordar estas dificultades de manera sistémica, favoreciendo la comunicación, la comprensión mutua y la reducción de actitudes de rechazo. Desde el inicio, se discutió con el consultante la posibilidad de integrar a sus progenitores, respetando su ritmo y decisiones; él manifestó que aún no se sentía listo, aunque no descartó la posibilidad de hacerlo en el futuro, lo que evidencia un enfoque terapéutico centrado en su seguridad emocional y autonomía.

Con el transcurrir de las sesiones individuales, se analizaron en el espacio terapéutico aspectos referentes a su estructura, funcionamiento y dinámica familiar, que le permitieron tomar consciencia de la forma en que su homosexualidad se mantenía como un secreto familiar, de las creencias y lealtades familiares que lo sostenían y de las implicaciones que esto traía para él, afectando no sólo la relación con sus padres, sino también el ejercicio libre de su sexualidad y su desarrollo.

Dicha acción permitió abordar terapéuticamente la deconstrucción de creencias familiares y la ruptura de las lealtades con los padres que mantenían el secreto. La intervención también facilitó la exploración de la sexualidad del consultante, promoviendo su empoderamiento, autonomía y diferenciación personal. Estos

procesos fueron clave para que el paciente decidiera involucrar a sus padres en las sesiones, considerando que su participación favorecería un cambio más significativo en la problemática, con el acompañamiento de una profesional de la salud mental.

De este modo, ambos progenitores comenzaron a participar en el proceso, incorporándose primero la madre y, tres sesiones después, el padre. No se incluyeron los demás miembros de la familia debido a dificultades para coordinar los horarios; en función del motivo de consulta, se consideró apropiado focalizar la intervención en este subsistema familiar.

Se contó con la participación del padre “A”, hombre de 55 años quien es proveniente de una familia nuclear de nivel socioeconómico medio conformada por ambos padres y 7 hijos, siendo él el penúltimo hijo. Por su parte, la madre “B”, mujer de 53 años, es procedente de un sistema familiar monoparental compuesto por su madre y su hermano menor, ya que, en palabras de la madre, “el padre los abandonó”.

Ambos padres son originarios y residentes de Morelia, Michoacán, México; se encuentran casados desde hace 29 años; tienen 4 hijos y antecedentes de un aborto espontáneo previo al nacimiento de su primera hija. El padre es enfermero y la madre, secretaria; ambos trabajan únicamente los fines de semana, lo que limita la coincidencia con los tiempos libres de sus hijos y, por tanto, la convivencia familiar.

Elección del caso

Para este estudio de caso se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, la cual consiste en seleccionar a los sujetos a los cuales el investigador tiene acceso (Hernández et al., 2014). Así, el caso fue seleccionado de entre cuatro casos disponibles en los que la investigadora se desempeñaba como terapeuta.

La elección se basó en la disponibilidad de los participantes, en el acceso a su información clínica y, especialmente, en que el motivo de consulta del caso presentaba características que se consideraron relevantes por su posible contribución al campo

clínico y científico, al tratarse de un tema poco explorado en la Terapia Sistémico Familiar, como lo es el secreto familiar de la homosexualidad de un miembro. Este caso, además, favorecía la oportunidad de realizar una intervención familiar y no sólo individual, lo cual se pensó que podría enriquecer su aportación clínica y científica.

Terapeuta

Es importante mencionar que en el presente trabajo la autora asumió una doble función, por un lado, como responsable de la investigación y, por el otro, como psicoterapeuta del caso clínico analizado. Esto ha permitido un abordaje más profundo y detallado tanto del caso, como de la intervención terapéutica realizada, al contar con acceso directo a la información clínica de los consultantes, al mantener un vínculo terapéutico con estos y al tener la posibilidad de observar de manera cercana la evolución del caso, lo cual enriqueció la comprensión y análisis de este desde una mirada integral.

El nombre de la autora es Daniela Gómez Barrón, licenciada en Psicología, egresada y titulada de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH) y actualmente estudiante de la Maestría en Psicología Clínica Especializada en el área Sistémico Familiar de esta universidad, la cual ha sido un elemento clave en su formación académica y profesional para desarrollar conocimientos y habilidades esenciales que le permitan desempeñarse como terapeuta, fomentando un especial interés en el trabajo clínico desde este enfoque.

Asimismo, las prácticas clínicas han sido una oportunidad para atender distintos casos bajo supervisión, entre ellos el que se presenta en este trabajo, mismo que representa una oportunidad significativa para obtener el grado de maestría en psicoterapia, al integrar tanto los conocimientos como la experiencia clínica adquirida.

Supervisión clínica

El abordaje de la terapeuta en este caso clínico fue siempre desarrollada bajo la supervisión de distintos terapeutas expertos en el área de Psicoterapia Sistémico Familiar, principalmente de la Mtra. Esther Gabriela Kanán Cedeño, quien inicialmente fungía como directora de tesis en este trabajo, misma que es profesora investigadora en la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), licenciada en Psicología y Maestra en Psicoterapia Sistémico Familiar. Aunque actualmente la dirección de esta investigación está a cargo de otra profesora, es importante mencionar su participación dentro de la misma.

Algunas de las supervisiones tuvieron lugar in situ durante las sesiones terapéuticas a través de una Cámara de Gesell, mientras que otras ocurrieron de manera posterior estas. En dichas supervisiones, la terapeuta exponía la evolución del caso, las intervenciones realizadas y las inquietudes al respecto. Los profesores en cuestión brindaban una orientación y retroalimentación sobre ello.

Asimismo, en algunas de estas supervisiones se contó con la participación de otras estudiantes de maestría de la misma área, quienes realizaban retroalimentaciones sobre el caso. Todo ello, permitió que la terapeuta enriqueciera su formación profesional, fortaleciera sus habilidades y ofreciera una intervención terapéutica de calidad a los pacientes, lo que permitió un adecuado abordaje del caso.

Contexto

El paciente fue canalizado y atendido en el Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP) de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo ubicada en la ciudad de Morelia, Michoacán, México. Este lugar es un centro de intervención creado en la Facultad de Psicología para brindar distintos tipos de atención psicológica a la comunidad estudiantil y a la población en general a muy bajos costos; este tiene un horario de lunes a viernes de 8 am a 8 pm.

Entre los servicios que ofrece se encuentra la atención en crisis, la canalización con terapeutas externos, la evaluación psicodiagnóstica, el acompañamiento psicológico y la psicoterapia a niños, adolescentes, adultos y familias. En cuanto a las instalaciones, cuentan con nueve consultorios en los que se atienden a las personas que solicitan algún servicio de los anteriormente mencionados, así como una pequeña recepción y una oficina de coordinación del centro.

Referente a los consultorios, dos de ellos son destinados para la atención a niños, por lo cual contienen juguetes, juegos y materiales propios para trabajar con ellos. Mientras que los otros siete cuentan con el mobiliario necesario, tales como una mesa pequeña, dos o más sillas según se necesiten, una caja de pañuelos desechables, un reloj de pared, un bote de basura, un gel antibacterial para manos, un ventilador y una o dos ventanas en su mayoría.

Los consultorios se encuentran adjuntos unos con otros, por lo que suele haber ruido durante las sesiones, proveniente de otros espacios. De igual forma, el tiempo para cada sesión suele estar limitado a 50 minutos o una hora, debido a la gran afluencia de pacientes que usualmente asisten al centro. Así también, cuenta con una Cámara de Gesell en donde ocasionalmente se atienden pacientes cuando las condiciones o el caso lo amerita, al igual que baños disponibles en todo momento tanto para las personas que brindan sus servicios ahí, como para los pacientes que acuden.

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Para realizar la evaluación inicial se utilizaron distintas pruebas psicométricas que permitieron sustentar lo observado tanto en el consultante, como en su familia, de modo que orientaran el tratamiento psicoterapéutico. Asimismo, se utilizaron otras técnicas con las que se pudo evaluar al paciente como parte de un sistema familiar para comprender de manera más integral el síntoma identificado.

Fue empleado el Inventario para la Evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) (GADI) (Apéndice A) desarrollado en 2007 por Argyropoulos et al. y estandarizado y validado por Padrós et al. (2019), para evaluar presencia e intensidad del TAG, el cual definen como “un nivel de ansiedad y preocupación excesiva, en donde el individuo parece no tener control sobre este estado de constante preocupación” (Padrós et al., 2019, p. 86). El uso de este instrumento encuentra su justificación en los síntomas manifestados explícitamente por el paciente identificado, con la finalidad de corroborar la presencia y el grado de ansiedad, así como comprender de manera más detallada su malestar.

Se seleccionó este instrumento ya que fue estandarizado y validado en estudiantes universitarios mexicanos, lo cual coincide con la edad y ocupación del paciente identificado, siendo adecuado al tener congruencia cultural y contextual. Apoyando esto, mantiene una consistencia interna alta de 0.928. Este inventario se compone de 22 reactivos que miden 3 dimensiones: síntomas somáticos, cognitivos y alteración del sueño. La puntuación global se interpreta en cuatro niveles; del 0 al 12 se considera un nivel de ansiedad mínimo, del 13 al 20 leve, del 21 al 30 moderado y del 31 al 72 elevado.

El Cuestionario para el Diagnóstico de los Cuadros Depresivos del Dr. Guillermo Calderón Narváez (Apéndice B), creado por Calderón (1997), permite valorar la presencia y nivel del trastorno depresivo, comprendido como un estado de salud mental en el que prevalecen síntomas depresivos que afectan el funcionamiento del individuo (Calderón, 1997). Este instrumento permite medir la presencia y grado de la sintomatología depresiva expresada por el paciente, aspecto en el que se justifica el empleo del cuestionario al permitir una mayor comprensión de sus síntomas.

Este instrumento fue aplicado y evaluado en población adulta mexicana, debido a lo cual fue pertinente su selección al ser el paciente identificado un adulto nacido en México. Aunado a ello, presenta una consistencia interna adecuada de 0.86 y su

aplicación e interpretación es sencilla. Consta de 20 ítems que valoran tres dimensiones: síntomas cognitivos, somáticos y emocionales, manteniendo una consistencia interna de 0.86. El puntaje global se interpreta en 4 niveles; una puntuación de 20 a 35 corresponde a un nivel poco significativo de depresión, de 36 a 45 a una reacción ansiosa, de 46 a 65 a un nivel medio y de 66 a 80 a un nivel severo.

Asimismo, se empleó al inicio de la evaluación el Instrumento FF, desarrollado por Barreras-Miranda et al. (2022) (Apéndice C), para evaluar el funcionamiento familiar, entendido como “el conjunto de atributos que caracterizan a la familia y que explican las regularidades encontradas en la forma en que el sistema familiar opera” (Barreras-Miranda et al., 2022, p. 73). Se justifica su uso debido a la relación entre los síntomas y la dinámica familiar del paciente, expresados por este mismo. Esto posibilita comprender de manera detallada el funcionamiento de su sistema familiar, lo que permite atender a las necesidades de la familia en el espacio terapéutico.

Este instrumento fue creado para ser aplicado en familias mexicanas, lo que hace congruente su elección al permitir una aplicación acorde al contexto de la familia de interés. Además, al mantener una consistencia interna de 0.962 se vuelve un instrumento sumamente confiable.

Está basado en el Modelo de Evaluación Familiar de McMaster. Se compone de 35 reactivos y evalúa 6 dimensiones: resolución de problemas, comunicación, roles, involucramiento afectivo, respuestas afectivas y control de conductas en la familia. La puntuación global se interpreta en cuatro categorías; considerando del 141 al 175 un funcionamiento funcional, del 106 al 140 uno disfuncional leve, del 71 al 105 uno disfuncional moderado y del 35 al 70 uno disfuncional severo. Esta escala se aplicó en un segundo momento con el paciente y sus padres al inicio de la intervención familiar, con el fin de identificar la perspectiva de estos sobre el funcionamiento en su familia.

Por otra parte, se empleó la entrevista clínica, la cual es una técnica utilizada en el contexto clínico que se lleva a cabo mediante la interacción entre dos o más personas, el terapeuta y los pacientes, con la finalidad de recoger información y hacer una evaluación de estos últimos, permitiendo explorar sus síntomas y realizar posibles diagnósticos e intervenciones psicológicas (Borrell i Carrió, 2004; Perpiñá, 2012).

Finalmente, se utilizó el genograma, que es una herramienta utilizada en terapia familiar para reunir información sobre una familia y establecer hipótesis o supuestos que guíen la intervención clínica; es una representación gráfica que captura datos sobre los integrantes de un sistema familiar y sus relaciones durante al menos tres generaciones, con el fin de realizar un análisis amplio de los conflictos con los que el individuo o la familia asisten a terapia (Pereira, 2023). Fue propuesto por McGoldrick y Gerson en 1985, para comprender la estructura y patrones relacionales que tienden a perpetuarse de una generación a otra (McGoldrick et al., 2008).

Consideraciones Éticas

La psicoética estudia los dilemas éticos que surgen dentro de la psicoterapia en la relación entre paciente y terapeuta, los cuales se regulan a través de un código ético que guía la conducta de estos últimos, con el objetivo de que mantengan una conducta ética y profesional, ofreciendo un servicio de calidad a los pacientes (Pereira, 2023).

El presente estudio de caso atiende a las normas de conducta mencionadas en el Código Ético del Psicólogo, las cuales refieren que el psicólogo debe documentar su trabajo científico y profesional cumpliendo con los requisitos legales y usando seudónimos para cuidar la confidencialidad y anonimato de los individuos; debe basar sus intervenciones y conclusiones de estas en la investigación y la eficacia de los procedimientos y técnicas utilizadas (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

También, este trabajo se apega a las normas establecidas en el Código Ético de Psicoanalistas y Psicoterapeutas, en donde se puntualiza que en su práctica clínica

los profesionales deben detallar su formación como especialistas; explicar con honestidad los posibles resultados del tratamiento y resguardar la confidencialidad y la integridad de los pacientes (Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia, 2011).

Además, refiere que, en sus prácticas clínicas y de investigación, tendrán solicitar el consentimiento informado por escrito de los pacientes para divulgar su material clínico y para la grabación electrónica de las sesiones (Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia, 2011). Este se encuentra anexado en los apéndices (Apéndice D).

En este estudio de caso se brindó en su primera asistencia el consentimiento informado al paciente identificado (Apéndice E.), a su madre (Apéndice F.) y a su padre (Apéndice G.), solicitando su autorización para recibir el tratamiento, mismo que fue firmado por los tres y se anexa en los apéndices de este trabajo. Dicho consentimiento especifica que la atención recibida sería brindada por un psicoterapeuta en formación.

También, puntualiza que las sesiones podrían ser videograbadas y utilizadas para fines de investigación, manteniendo en todo momento la confidencialidad de la información compartida y protegiendo su privacidad. Resalta el derecho de los pacientes a interrumpir el tratamiento en el momento en que lo desearan y declara su condición de personas conscientes y con plena capacidad para entender y firmar dicho consentimiento. Finalmente, refiere que la información y evolución de proceso será integrada en un expediente clínico con base en las NOM-004 y NOM-024.

En este sentido, las Normas Oficiales Mexicanas 004 y 024 (NOM-004-SSA3_2012 y NOM-024-SSA3-2012) a las que se adhiere este estudio de caso, establecen lineamientos específicos para el manejo del expediente clínico tanto físico como electrónico, enfatizando la obligación de realizarse un expediente clínico de todos los pacientes atendidos, el cual será propiedad de la institución o prestador que

lo realice, resguardándolo de manera confiable por al menos 5 años a partir de la última atención brindada y teniendo un respaldo electrónico en caso de ser archivado digitalmente (Secretaría de Salud, 2012a; Secretaría de Salud, 2012b).

También, que las notas clínicas que se agreguen al expediente tendrán que estar firmadas física o electrónicamente por el profesional de la salud tratante y que los datos personales serán confidenciales y sólo podrán divulgarse bajo la autorización del paciente (Secretaría de Salud, 2012a; Secretaría de Salud, 2012b). Así, este trabajo se orienta con base en las normas y principios antes mencionados, que garantizan un actuar ético del profesional en la investigación e intervención terapéutica, así como en sus resultados y en la divulgación de estos.

Retribución social

Durante la elaboración del presente trabajo y como estudiante de maestría, se procuró realizar acciones orientadas a la retribución social, sustentada en un compromiso ético y en el servicio a la comunidad. Esto, reconociendo la importancia de aportar al bienestar colectivo y de retornar a la sociedad parte de los beneficios adquiridos durante mi formación como psicoterapeuta.

Con esta convicción, se diseñó e impartió un taller psicoeducativo dirigido a padres y madres de familia de estudiantes de 4º a 6º grado en una escuela primaria rural ubicada en una comunidad del municipio de Puruándiro, Michoacán, México. El propósito fundamental de este taller fue fortalecer las habilidades de comunicación de los padres, con el fin de promover dinámicas familiares más saludables que favorecieran el desarrollo integral y el bienestar emocional de los alumnos.

La intervención se llevó a cabo en las instalaciones de la institución educativa y contó con la participación de 22 padres de familia. Tuvo una duración total de 20 horas, distribuidas en cuatro sesiones de trabajo. La estructura del taller se definió a partir de las necesidades detectadas en los propios estudiantes, al observarse que

muchos de ellos provenían de contextos familiares caracterizados por ambientes hostiles y patrones de comunicación inadecuados, los cuales incidían de manera negativa en su funcionamiento emocional, social y escolar.

Los resultados obtenidos fueron altamente satisfactorios. Se registró una asistencia constante y una participación activa por parte de los padres, lo que facilitó la reflexión, la expresión abierta de inquietudes y el intercambio de experiencias relacionadas con los temas abordados. Este proceso permitió que desarrollaran y fortalecieran habilidades comunicativas más asertivas en su interacción con sus hijos, contribuyendo a la construcción de un entorno familiar más favorable y al bienestar emocional de los estudiantes. Dichos avances fueron observados a lo largo de las sesiones y verbalizados por los propios participantes al concluir el taller.

La realización de esta intervención representó una oportunidad valiosa para aplicar de manera integrada los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos en la formación profesional. Asimismo, permitió el acercamiento con los participantes desde un marco de sensibilidad, respeto y empatía, favoreciendo la creación de un espacio seguro y facilitando la construcción de diálogos significativos. Esta experiencia fortaleció el compromiso con el ejercicio profesional en contextos vulnerables, especialmente en comunidades rurales, donde la práctica clínica exige un profundo sentido de humanidad ante las diversas problemáticas que enfrentan las familias.

Financiamiento

El desarrollo de este trabajo fue posible gracias al financiamiento proporcionado por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI), a través de una beca de estudios otorgada del año 2023 al año 2025, para cursar el posgrado de Maestría en Psicología Clínica Especializada en la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH). Dicho

apoyo financiero permitió la realización de las actividades académicas y profesionales necesarias para el desarrollo de este trabajo terminal de grado.

A continuación, se presenta el análisis del caso clínico que conforma este trabajo terminal de grado tomando como base los ejes temáticos y categorías de análisis previamente establecidas, lo que permite la explicación y comprensión amplia y profunda del caso.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO

Presentación del caso

El paciente identificado con el seudónimo “F” es un joven de 20 años, originario de Morelia, Michoacán, México. Se reconoce como persona homosexual y de género no binario, y actualmente cursa estudios de nivel licenciatura. Proviene de una familia nuclear de nivel socioeconómico medio, integrada por seis miembros: padre, madre y cuatro hijos, siendo él el menor.

Durante la evaluación inicial, refirió presentar síntomas consistentes de un cuadro ansioso, caracterizado por una sensación constante de angustia y preocupación ante diversas situaciones de su vida cotidiana. En ese momento, manifestó no poder vincular dichas manifestaciones con una causa clara o específica.

Posteriormente, fue capaz de identificar que el motivo principal de su malestar emocional estaba relacionado con la dificultad para vivir abiertamente su orientación sexual dentro del núcleo familiar, debido al rechazo explícito por parte de sus padres. Esta situación lo llevó a ocultar su identidad sexual no solo en el ámbito familiar, sino también en otras esferas de su vida personal y social.

Durante el tratamiento, se identificó que el paciente ha mantenido en secreto su orientación sexual desde los 16 años. En ese entonces, sus padres intentaron someterlo a una terapia de conversión, la cual no tuvo éxito, por lo que posteriormente le solicitaron que ocultara su homosexualidad. Coincidentemente, fue a partir de ese momento que comenzaron a manifestarse los síntomas que lo llevaron a consulta. Desde entonces, ha vivido su sexualidad en la clandestinidad, reprimiendo una parte fundamental de su identidad.

Esta situación le ha generado un profundo malestar emocional, interfiriendo significativamente con su desarrollo personal, su autonomía, su capacidad para la toma de decisiones y la resolución de conflictos, manifestados a través de síntomas claramente diferenciados como la ansiedad y depresión. Así mismo ha propiciado una

relación disfuncional con sus progenitores, quienes han tendido a centrar excesivamente su atención en él, en un intento de manejar el conflicto interno que les genera su orientación sexual.

Esta dinámica ha derivado en un proceso de triangulación entre el paciente y sus padres, así como en una baja diferenciación del sí mismo, factores que han contribuido al agravamiento de su sintomatología depresiva y ansiosa. Además, el paciente ha referido ideación suicida y ha incurrido en dos intentos previos de suicidio como resultado de esta problemática. El primero tuvo lugar mediante la ingesta de medicamentos y el segundo a través de autolesiones por corte de muñecas.

Con el propósito de favorecer la reducción de los síntomas del paciente, se diseñó un abordaje psicoterapéutico orientado a propiciar la apertura del secreto relacionado con su orientación homosexual en el contexto familiar. Para ello, se implementó una intervención de corte sistémico familiar que integró recursos teóricos y técnicos provenientes de los modelos Transgeneracional, Estructural y Narrativo. Dicha intervención se sustentó en una integración teórica, centrada en los principios de la terapia familiar sistémica y posmoderna, así como en una integración técnica por orientación, mediante la cual se seleccionaron y articularon las estrategias más pertinentes de los tres modelos mencionados.

El trabajo terapéutico se realizó únicamente con el paciente y sus padres, ya que los demás miembros de la familia —también hijos— son estudiantes universitarios y fue inviable coordinar los horarios de los seis integrantes. En función de los objetivos del presente estudio de caso, se consideró adecuado focalizar la intervención en el subsistema parental. El proceso terapéutico constó de 19 sesiones: 9 de ellas se llevaron a cabo de manera individual con el paciente, y los 10 restantes, con la participación del paciente y ambos padres.

Evaluación

La evaluación desde la perspectiva sistémica se concibe como parte del proceso de intervención, se centra en la identificación de patrones de interacción entre los integrantes del sistema, y no en un solo individuo (Bermúdez & Brik, 2010).

A fin de profundizar en la experiencia subjetiva del consultante y de vincular el síntoma con la dinámica del sistema, se llevó a cabo una evaluación que permitió obtener una aproximación diagnóstica y conocer el significado de dicho síntoma.

Ficha de Identificación

Edad: 20 años.

Sexo: Hombre.

Género: No binario.

Escolaridad: Cuarto semestre de licenciatura.

Religión: No practica ninguna.

Encuadre

El tratamiento comenzó con un proceso de evaluación inicial, cuyo propósito fue obtener una aproximación diagnóstica que orientara la intervención subsecuente.

A partir de los resultados de dicha evaluación se dio paso a la intervención psicoterapéutica, la cual inició de manera individual, con el objetivo de atender las necesidades detectadas durante la etapa diagnóstica. No obstante, conforme avanzó el proceso, se identificó la importancia de involucrar a la familia del consultante, por lo que se incorporó una intervención familiar con la participación de sus padres, quienes fueron informados sobre los objetivos y alcances de su inclusión en el tratamiento.

Tanto al consultante como a los padres, se les explicó sobre la modalidad de trabajo y los lineamientos generales del tratamiento. Se establecieron los días y horarios de las sesiones, el costo por consulta, las normas sobre asistencia y cancelaciones, así como los derechos que les correspondían en su calidad de pacientes. Las sesiones individuales se llevaron a cabo semanalmente, mientras que

las familiares se programaron de manera quincenal, conforme a la solicitud de la familia.

Historia Clínica

El paciente fue canalizado al CIIP por una persona en ese momento cercana a él, al darse cuenta de que presentaba conductas suicidas. No obstante, ese no fue el motivo de consulta que el manifestó al tener su entrevista inicial.

Motivo de consulta. Inicialmente el paciente refirió que, desde los 16 años, experimenta un malestar persistente caracterizado por una sensación continua de angustia y una preocupación difícil de controlar. Señaló que estos síntomas tendían a intensificarse ante situaciones de presión derivadas de los desafíos de la vida cotidiana, llegando, en ocasiones, a desencadenar episodios de crisis.

Sin embargo, posteriormente el consultante reconoció que su motivo de su consulta estaba más específicamente relacionado con el malestar emocional que le genera no poder vivir abiertamente su orientación homosexual en el entorno familiar, debido al rechazo explícito por parte de sus padres.

Descripción de los síntomas. El paciente manifestó diversos síntomas entre los que destacan: angustia, preocupación constante, sensación de opresión en la garganta, tristeza persistente, llanto frecuente, insomnio, pérdida del apetito, fatiga generalizada, temblores, tensión muscular en la espalda y en la nuca, dificultad respiratoria, problemas de concentración, desinterés generalizado por las actividades cotidianas, irritabilidad, apatía, sentimientos de vacío e inutilidad, baja autoestima, ideación suicida e historial de intentos previos de suicidio. Asimismo, se identificaron dificultades en el desarrollo de habilidades sociales.

Consecuencias del padecimiento. El paciente reportó que su malestar afecta de manera negativa todas las áreas de su vida, impidiéndole alcanzar un funcionamiento óptimo. En el ámbito familiar, indicó que los síntomas han provocado

discusiones frecuentes y un distanciamiento con sus padres. En el ámbito académico, señaló dificultades para cumplir con tareas y responsabilidades escolares en tiempo y forma. A nivel social, refirió problemas para establecer y mantener vínculos afectivos significativos. Finalmente, en el plano personal y emocional, reportó síntomas ansiosos persistentes y una disminución de la autoestima e inseguridad.

Inicio y evolución de los síntomas. El paciente identificó el inicio de su sintomatología a los 16 años, durante el periodo de confinamiento por la pandemia de COVID-19. Relató que la elevada exigencia académica, junto con el aislamiento social, superaban sus capacidades de afrontamiento, generándole un importante malestar emocional que se fue intensificando con el tiempo.

Factores estresantes y precipitantes. Entre los factores estresores asociados al inicio y mantenimiento de su padecimiento, el paciente refirió su ambiente familiar, describiéndolo como un entorno “tóxico”, caracterizado por conflictos frecuentes entre sus padres, ante los cuales él asume un rol de mediador, situación que le genera una carga emocional considerable y sentimientos de sobrecarga y desamparo.

Historia Familiar.

Relaciones y clima familiar. La dinámica familiar se caracteriza por una relación fusionada y hostil en el subsistema conyugal, sostenida por una fuerte dependencia emocional mutua y frecuentes conflictos entre los progenitores. En cuanto al sistema parental, la madre ejerce un control psicológico sobre los hijos mediante comunicación doble vincular, actitudes agresivas y manipulación emocional, teniendo también, mayor autoridad en el hogar e involucramiento afectivo con los hijos.

Por su parte, el padre suele ser emocionalmente distante y mantener una posición periférica en torno a las decisiones y organización de la familia, pero rígida en cuanto a su estilo de crianza, limitando su función parental a interacciones basadas en la supervisión y el cumplimiento de reglas, más que en el apoyo afectivo, lo que

genera un desequilibrio jerárquico en el sistema familiar y una distribución difusa de los roles parentales.

Asimismo, el consultante presenta una relación fusionada y hostil con ambos padres, caracterizada por la ausencia de límites saludables, desconfianza, sentimiento de rechazo, dependencia emocional y necesidad de aprobación hacia sus progenitores, así como un sobre involucramiento y control excesivo de estos últimos en la vida del consultante. Esto ha deteriorado su autoestima, dificultado su diferenciación familiar y limitado el desarrollo de recursos psicológicos adaptativos.

En la familia se identifican dinámicas de triangulación, en las cuales los padres desplazan sus conflictos conyugales hacia la hija mayor percibida como “rebelde” y especialmente hacia el paciente, involucrándolo como mediador y desviador de sus problemas. El consultante mantiene una alianza con esta hermana, mientras que su relación con la hermana D. es distante. Con su hermano gemelo, en cambio, la relación es fusionada y conflictiva: pese a las discusiones, existe una fuerte cohesión. El vínculo con la abuela paterna fue lejano debido al rechazo de ésta hacia su orientación sexual.

El sistema familiar se configura como aglutinado, de modo que los conflictos individuales tienden a convertirse en problemas colectivos, lo que acentúa la dependencia emocional y la pérdida de autonomía. Predominan creencias rígidas y conservadoras, así como una escasa disposición al cambio.

La comunicación familiar se basa en un estilo agresivo y evitativo, donde se suscitan frecuentes discusiones y se evita hablar de temas que generan malestar, manteniéndolos silenciados. Esto produce represión emocional, rigidez normativa y distanciamiento afectivo, además de una organización interna difusa, que contribuye al mantenimiento de disfunciones relacionales significativas.

Antecedentes familiares. La hermana mayor fue diagnosticada con trastornos de ansiedad y depresión a los 19 años. La madre presenta lo que el paciente ha referido como un “desajuste hormonal”, manifestado en episodios de ira y cambios de humor. Ninguna se encuentra bajo atención médica especializada.

Creencias y mitos familiares. La familia mantiene un sistema de creencias rígido y conservador, basado en ideologías religiosas, dando lugar a que diversos temas sean considerados tabú, tales como la homosexualidad, la sexualidad en general, el aborto, el abuso sexual, las enfermedades físicas y mentales y la muerte. Aunque los padres se identifican como católicos, su práctica es esporádica. Por su parte, la familia paterna es practicante de esta religión, situación que propició el rechazo hacia el paciente tras conocerse su orientación homosexual, manteniéndose desde entonces distanciados de él.

Situación económica y vivienda actual. El paciente reporta que su familia mantiene un nivel socioeconómico medio, permitiéndoles cubrir sus necesidades básicas, aunque sin margen para gastos lujosos o prescindibles. Desde hace más de un año, F. decidió mudarse a la casa de su abuela materna, quien reside en otro país. En esta vivienda ya habitaba previamente su hermana mayor. De modo que F. comparte el espacio con ella y dos amigos de su universidad de lunes a viernes durante el ciclo escolar. Los fines de semana y en periodos vacacionales regresa a la casa de sus padres, ya que aún depende económicamente de ellos en gran medida.

Según refiere, su decisión de abandonar el hogar familiar estuvo motivada por la falta de límites claros en la relación con sus padres, lo cual derivaba en un control excesivo que afectaba su autonomía, su libertad para vivir abiertamente su orientación sexual y su desarrollo personal. No obstante, F. no comunicó a sus padres las verdaderas razones de su mudanza. Si bien sus progenitores no están de acuerdo con que viva fuera de casa, han accedido a permitirle mantener su residencia actual.

Historia del desarrollo.

Sexualidad. El paciente tomó conciencia de su homosexualidad a los 15 años, manteniéndola en secreto durante un año por temor a la reacción de su familia. A los 16 años, decidió revelarla. Sus hermanos lo aceptaron y brindaron apoyo; sin embargo, sus padres le manifestaron rechazo y negación. Intentaron someterlo a una “terapia de conversión”, la cual resultó infructuosa y emocionalmente dañina. Posteriormente, le solicitaron mantener su orientación sexual en secreto e incluso retractarse ante aquellas personas a quienes ya se lo había compartido. Esta situación constituyó para él un evento traumático, generándole sentimientos de inseguridad, tristeza, angustia y un distanciamiento emocional con sus padres.

Desde entonces, la homosexualidad del paciente ha sido silenciada tanto dentro como fuera del núcleo familiar. Esta dinámica se ha traducido en una política de evasión dentro del hogar y en una estrategia de invisibilización hacia el exterior, a pesar de que gran parte de la familia extendida reconoce su orientación. Además, sus padres han adoptado un estilo de control excesivo sobre su vida, procurando supervisar constantemente sus actividades y relaciones interpersonales, particularmente aquellas de carácter afectivo o amoroso. En este sentido, tienden a desaprobador cualquier vínculo romántico que el paciente establezca.

Es importante señalar que a partir de los 16 años también se presentaron en él síntomas de ansiedad y depresión, así como sus intentos suicidas, los cuales no pudieron ser abordados sino hasta su ingreso al proceso psicoterapéutico. El primer intento ocurrió a los 16 años mediante la ingesta de medicamentos, y el segundo a los 17 años, a través de lesiones autoinfligidas en las venas. Ambos eventos estuvieron vinculados a conflictos con sus padres derivados de su orientación sexual.

Cabe destacar que, además de identificarse como homosexual, el paciente se reconoce como persona no binaria y se adscribe a la identidad queer. No obstante, fue

hasta el proceso de psicoterapia que pudo explorar y nombrar estos aspectos de su identidad, los cuales, al igual que su orientación sexual, decidió ocultar de su familia.

El ocultamiento de su identidad sexual y de género ha generado un malestar emocional en el paciente, afectando su proceso de individuación familiar, así como su desarrollo emocional, psicológico, sexual y social. Esta situación ha limitado su capacidad para construir un sentido de identidad sexual y de género sólido y auténtico, ya que no cuenta con las condiciones necesarias para expresarse abiertamente.

Área social. Desde la infancia, el paciente ha manifestado dificultades para establecer amistades y formar vínculos estrechos con los demás. Refiere nunca haber tenido muchos amigos y ser una persona introvertida. Aunque no fue víctima de acoso escolar, recuerda haber sido ocasionalmente rechazado en el entorno escolar debido a su orientación sexual; sin embargo, aclara que estas situaciones no fueron frecuentes.

Asimismo, ha experimentado episodios de discriminación en espacios públicos y familiares, también en relación con su orientación sexual. Aunque señala que estos episodios no han sido constantes, cuando ocurrían le generaban sentimientos de tristeza y malestar. La vivencia de rechazo y discriminación tanto en el ámbito familiar como social ha contribuido al desarrollo de una inseguridad personal que lo ha llevado a aislarse y a ser muy selectivo en la elección de su círculo social. Esta actitud, a su vez, ha limitado el desarrollo de sus habilidades sociales.

En la actualidad, menciona contar únicamente con dos amistades cercanas, aunque reconoce que con ninguna ha logrado establecer un vínculo profundo. En cuanto a su vida amorosa, ha enfrentado dificultades para establecer relaciones de pareja, debido a la falta de aceptación por parte de sus padres, lo que le ha obligado a mantener sus relaciones en secreto. No obstante, en los últimos cuatro años ha tenido seis relaciones sentimentales y actualmente mantiene una desde hace más de un año con una persona 17 años mayor, con quien expresa sentirse muy cómodo.

Evaluación Integrada

Como parte de la evaluación, se decidió medir los niveles de ansiedad y depresión, así como la percepción del funcionamiento familiar. Para la evaluación de la ansiedad se empleó el Inventario para la Evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada de Padrós et al. (2019), dado que el paciente manifestó sintomatología ansiosa. Obtuvo una puntuación de 53, lo cual indica un nivel elevado de ansiedad.

Asimismo, se aplicó el Cuestionario para la Detección de Trastornos Depresivos de la autoría de Calderón (1997), con el fin de confirmar la posible presencia de sintomatología depresiva observada durante la entrevista clínica. El resultado fue una puntuación de 40, correspondiente a un nivel moderado de depresión. Además, este instrumento permitió identificar la ideación suicida.

En cuanto al funcionamiento familiar, se aplicó la Escala de Evaluación del Funcionamiento Familiar, desarrollada por Barreras-Miranda et al. (2022), al consultante. Este obtuvo una puntuación de 87, lo que corresponde a un nivel moderado de disfuncionalidad familiar. Los dominios con mayor afectación fueron comunicación y respuestas afectivas. El dominio de comunicación hace referencia al intercambio de información entre los miembros del sistema familiar, mientras que el de respuestas afectivas alude a la capacidad de los integrantes para expresar emociones adecuadas frente a diversos estímulos (Barreras-Miranda et al., 2022).

Posteriormente, al inicio del proceso de intervención familiar, se aplicó el mismo instrumento al paciente y a sus padres. El padre obtuvo una puntuación de 110, la madre de 119 y el hijo de 95, puntajes correspondientes a un nivel de disfuncionalidad familiar leve. En los tres casos, los dominios más afectados coincidieron con los detectados previamente en el consultante: comunicación y respuestas afectivas, lo que otorga consistencia a los hallazgos.

Con base en los datos obtenidos, se concluye que el paciente presenta sintomatología depresiva acompañada de ideación suicida, así como un Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) con presencia de episodios de pánico.

Aunado a la aplicación de instrumentos, se empleó el genograma y una entrevista a través de las cuales se obtuvo información del consultante y su familia, lo que permitió realizar una evaluación sistémica, identificando un sistema de creencias familiar rígido y conservador respecto a la homosexualidad, sustentado en ideologías religiosas, homofóbicas y machistas profundamente arraigadas, especialmente en los padres.

También, se observó un patrón comunicacional predominantemente ofensivo y evitativo, debido al cual tienen lugar constantes conflictos y se evita hablar de temas que generan incomodidad, identificando, además, una expresión emocional disfuncional. Estas características han favorecido la instauración de pautas de ocultamiento hacia diversos temas, entre ellos el de la orientación sexual del hijo, tanto dentro como fuera del contexto familiar.

Como consecuencia se generaron secretos familiares, destacando el de la homosexualidad, el cual se evita sistemáticamente por todos los miembros, lo que ha producido un impacto negativo en la estabilidad emocional del consultante. Esta dinámica ha sido un factor relevante en la aparición de sintomatología depresiva y ansiosa, al verse imposibilitado de vivir su identidad de manera libre y auténtica.

Además, se evidenció una relación fusionada y hostil entre los padres, así como una distribución desigual en la jerarquía parental, en la que la madre asume mayor autoridad y responsabilidad en el hogar, mientras el padre se mantiene distanciado emocionalmente y ocupa un papel periférico en torno a la organización familiar.

Se identificó también, una triangulación entre los padres y el paciente, quien ha sido desplazado al centro del conflicto conyugal. Esta situación lo ha llevado a

desempeñar el rol de mediador entre sus progenitores, reforzando su implicación en las tensiones familiares, lo que enfatiza la relación fusionada y hostil que sostiene con ambos. A través del ocultamiento de su orientación sexual y su participación en la dinámica conflictiva, el paciente contribuye inconscientemente al mantenimiento del equilibrio y la cohesión del sistema, a costa de su desarrollo personal, su proceso de individuación y su diferenciación respecto a la familia.

Esta dinámica ha propiciado límites difusos entre padres e hijos y reglas ambiguas. De forma paralela, las dinámicas caracterizadas por la dificultad para la expresión abierta y la tendencia al ocultamiento han derivado en límites rígidos y normas inflexibles que obstaculizan el desarrollo personal. Tal estructura ha obstaculizado la formación de vínculos afectivos sólidos entre padres e hijos y ha generado confusión en los roles familiares y funciones parentales, fomentando pautas relacionales disfuncionales.

En conjunto, estas condiciones han favorecido un aglutinamiento familiar caracterizado por baja diferenciación entre los miembros, escasa adaptabilidad, cohesión amalgamada y una estructura relacional que posiciona al paciente en un lugar de exclusión dentro del sistema. A nivel familiar, se identificó un patrón de disfuncionalidad familiar, con énfasis en las áreas de comunicación y expresión afectiva. En síntesis, el conjunto de estos factores configura una dinámica familiar disfuncional que compromete el funcionamiento del sistema y se manifiesta a través del síntoma del consultante, siendo un factor relevante en el abordaje terapéutico.

Descripción del Tratamiento

Plan Terapéutico

Objetivo general. Promover la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva en el consultante mediante el abordaje sistémico del secreto relacionado

con su orientación sexual, favoreciendo un proceso de autoaceptación y expresión auténtica de su identidad, así como la mejora de la dinámica familiar.

Objetivos específicos.

1. Reestructurar de manera clara y flexible los límites y normas que regulan la dinámica familiar, con el propósito de promover un funcionamiento más saludable y adaptativo del sistema familiar.
2. Fomentar procesos de destriangulación, individuación y diferenciación en el hijo, favoreciendo el reconocimiento y la validación de su identidad personal, así como el fortalecimiento de su autonomía dentro del contexto familiar.
3. Reajustar las funciones y roles dentro del sistema familiar, con el objetivo de establecer una jerarquía funcional coherente que contribuya al equilibrio relacional y al adecuado ejercicio de la autoridad parental.
4. Optimizar la expresión emocional en el ámbito familiar mediante la promoción de interacciones basadas en la comunicación asertiva, la escucha activa y la honestidad, a fin de fortalecer la calidad de las relaciones familiares.
5. Debilitar las dinámicas de ocultamiento, evasión y silenciamiento, y propiciar una mayor transparencia emocional y comunicacional dentro del sistema.

Intervención Terapéutica

La intervención terapéutica estuvo conformada por una evaluación inicial efectuada a lo largo de 7 sesiones (Ver Tabla H2, Apéndice H), con la finalidad de identificar el malestar del consultante. En esta evaluación, se indagó en aspectos tales como el motivo de consulta del paciente, su historia de desarrollo y crianza, su sexualidad y su estructura y dinámica familiar. En la tabla H2, se describe de manera detallada cada sesión, señalando el objetivo, las técnicas utilizadas y las observaciones de la terapeuta, destacando elementos que permiten comprender la dinámica familiar del consultante y su posible relación con los síntomas presentados.

De esta forma, se identificó en el paciente sintomatología ansiosa-depresiva e ideación suicida, así como una disfuncionalidad familiar y dinámica conflictiva que exacerbaban dichos síntomas. Estos resultados posibilitaron la planeación y el desarrollo del subsecuente proceso terapéutico, en el cual continuó evaluándose a la familia.

El proceso terapéutico se configuró en 19 sesiones (Ver Tabla H3, Apéndice H), de las cuales las primeras 9 fueron llevadas a cabo de manera individual con el paciente y las últimas 10 de manera familiar, con este y sus padres. Este proceso permitió asociar los síntomas del consultante con su dificultad para vivir abiertamente su homosexualidad ante el rechazo explícito de sus padres, convirtiéndola en un secreto familiar.

Ante ello, se exploraron y trabajaron diversos temas con el consultante y sus padres, relacionados con la identidad sexual del paciente; las actitudes familiares hacia su orientación sexual; sus síntomas depresivos y ansiosos; las creencias, lealtades y secretos en la familia; y la estructura y funcionamiento familiar.

Así, en la tabla H3, se detallan las sesiones terapéuticas, distinguiendo el objetivo de cada una, las técnicas utilizadas y los patrones relacionales observados, resaltando los cambios alcanzados en el consultante y su familia, con el propósito de evidenciar de forma clara los avances y la utilidad del tratamiento, así como las observaciones de la terapeuta y la postura adoptada por esta, proporcionando una visión más amplia y sensible de los procesos por los que transcurrió la familia y la forma en que se le acompañó a lo largo del tratamiento.

Mediante este proceso se logró una mejora en la dinámica familiar, a través de la cual fue posible abrir el secreto familiar asociado a la homosexualidad del consultante, promoviendo en él la vivencia de una sexualidad sin ocultamientos y la disminución de sus síntomas.

A continuación, en la Tabla 4 se presenta la integración de los modelos terapéuticos Transgeneracional, Estructural y Narrativo en la intervención clínica, indicando las técnicas empleadas y su relación con cada eje temático y categoría de análisis. Su propósito es ofrecer al lector una visión resumida de la integración de los tres modelos y orientar sobre las técnicas terapéuticas pertinentes en el abordaje de casos similares. No obstante, la descripción detallada de esta integración se encuentra posteriormente en el análisis de los ejes y categorías establecidos en este estudio.

Tabla 4.

Síntesis de la Integración de los Modelos Terapéuticos en la Intervención Clínica, dentro de cada Eje y Categoría de Análisis.

Eje de análisis	Categoría de análisis	Modelo terapéutico	Técnica empleada
Identidad sexual	Homosexualidad	Transgeneracional	Reconexión
		Estructural	Enfoque Intensificación Cuestionamiento de la realidad familiar Reencuadre
		Narrativo	Externalización Conversaciones de re-autoría Conversaciones de re-membranza Metáforas Imaginación
	Actitudes familiares hacia la homosexualidad	Transgeneracional	Ampliación de la exploración del motivo de consulta
		Estructural	Enfoque Intensificación Cuestionamiento de la realidad familiar Facetas fuertes
		Narrativo	Externalización Conversaciones de re-autoría Conversaciones de re-membranza
		Transgeneracional	Ampliación de la exploración del motivo de consulta Genograma Convocar a los miembros de la familia Lograr la diferenciación de la familia de origen

Secretos familiares	Mitos y lealtades familiares		Perdón
		Estructural	Enfoque Intensificación Cuestionamiento de la realidad familiar Reencuadre
		Narrativo	Externalización Conversaciones de re-autoría Conversaciones de re-membranza Metáforas
	Ansiedad y depresión	Transgeneracional	Ampliación de la exploración del motivo de consulta Disminución de la ansiedad
		Estructural	Enfoque Intensificación Cuestionamiento del síntoma Facetas fuertes
		Narrativo	Externalización Conversaciones de re-autoría Conversaciones de re-membranza Conversaciones que iluminan desenlaces extraordinarios Metáforas
	Estructura familiar	Transgeneracional	Genograma Destriangulación
		Estructural	Enfoque Intensificación Cuestionamiento de la estructura familiar Fijación de fronteras Reestructuración Facetas fuertes
		Narrativo	Externalización Conversaciones de re-autoría Conversaciones de re-membranza Conversaciones que iluminan desenlaces extraordinarios Metáforas
	Dinámica familiar	Transgeneracional	Reconexión
Funcionamiento familiar		Estructural	Enfoque Intensificación Cuestionamiento de la realidad familiar Escenificación Tareas directas Reestructuración Facetas fuertes
		Narrativo	Conversaciones de re-autoría Conversaciones de re-membranza

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Aunado a ello, en la Tabla H5 del Apéndice H, se especifican y sintetizan las técnicas utilizadas en cada sesión del proceso terapéutico, señalando el modelo sistémico al que pertenecen y la fase del proceso en que se emplearon, con la finalidad de que el lector identifique las técnicas empleadas con mayor frecuencia de cada enfoque, así como la fase del proceso en que fueron utilizadas.

Alianza Terapéutica

Al inicio del proceso, el paciente presentó una marcada resistencia a abordar diversos temas, lo que se traducía en una comunicación evitativa y en una tendencia a ocultar o distorsionar información sobre su vida. Esta actitud se comprendió como parte de un patrón transgeneracional de secretos aprendido en su familia que funcionó como un mecanismo de defensa ante la posibilidad de sentirse expuesto y vulnerable. Por ello, el establecimiento de la alianza terapéutica fue complejo, orientando las primeras sesiones a generar un vínculo de confianza, lográndolo en la quinta sesión.

En dicho encuentro, se evidenció una consolidación significativa del vínculo terapéutico: el paciente mostró disposición espontánea para hablar de su relación de pareja, un tema previamente evitado, lo que reflejó un mayor nivel de confianza y sinceridad. Mostró apertura al diálogo, iniciativa para profundizar en el tema y colaboración activa durante la sesión, sin presentar resistencia.

A partir de ese momento, su compromiso con el proceso terapéutico se intensificó. Comenzó a involucrarse con mayor empeño en las actividades asignadas y a implementar cambios significativos en su vida, en consonancia con el objetivo terapéutico principal: dejar de ocultar su orientación sexual ante su familia. Su comunicación se volvió más abierta y asertiva, y adoptó una mayor disposición

emocional, lo cual favoreció el desarrollo de diálogos constructivos. Su participación en la planeación de estrategias para enfrentar sus dificultades evidenció la solidez del vínculo terapéutico como un elemento esencial en el avance del tratamiento.

En relación con su entorno familiar, la alianza terapéutica con la madre fue más fácil de establecer. Desde las primeras sesiones se mostró abierta al diálogo, participativa y comprometida con el proceso, lo cual se reflejaba tanto en su asistencia puntual como en su disposición. No obstante, también se identificaron en ella patrones de evitación y ocultamiento similares a los del hijo.

Con el padre el proceso fue más desafiante. Desde el inicio se mostró escéptico respecto a la efectividad de la terapia y renuente al diálogo, además de cuestionar con frecuencia las intervenciones de la terapeuta. Ante ello, se trabajó en brindarle un lugar legítimo dentro del espacio terapéutico, validando su perspectiva y evitando juicios, con el fin de disminuir su resistencia. A partir de la tercera sesión, comenzaron a observarse en él mayor apertura, reducción de sus mecanismos defensivos y compromiso de forma creciente con el tratamiento.

Este caso pone de manifiesto que la alianza terapéutica es un factor crucial para la adherencia al tratamiento y el progreso del paciente. Es responsabilidad del terapeuta cultivar un vínculo sólido basado en la confianza, el respeto mutuo y la comprensión empática, que brinde a las personas un espacio seguro en el que puedan mostrarse sin temor a ser juzgadas (de Toro & Sharim, 2023). En este contexto, el paciente logró sentirse validado y apoyado para expresarse libremente respecto a su orientación sexual, mientras que la implicación de sus padres, especialmente la posterior apertura del padre resultó clave para el logro de los objetivos terapéuticos.

Asimismo, este proceso tuvo un impacto significativo en la experiencia profesional de la terapeuta, reafirmando la importancia de la formación continua no solo en aspectos clínicos, sino también en temas relacionados con las disidencias sexuales y su abordaje desde la perspectiva sistémico-familiar. Igualmente, resaltó la

necesidad de ejercer la profesión con sensibilidad y empatía, adoptando un involucramiento honesto y respetuoso y evitando el uso indebido del poder terapéutico.

Considerando que las personas LGBTIQ+ constituyen una población históricamente vulnerada y expuesta a la violencia, es fundamental que el terapeuta reconozca que los únicos expertos en la historia de vida son los propios pacientes. En este sentido, el rol del terapeuta debe ser el de un acompañante que facilita procesos de reconstrucción del poder personal y de afirmación de la identidad, mostrándose como ser un ser humano ético, empático y libre de prejuicios.

Conciencia de la enfermedad

Al inicio del tratamiento, el paciente mostraba una conciencia limitada sobre la magnitud de sus síntomas depresivos y se resistía a reconocerla, al igual que su ideación e intentos suicidas, motivo principal de su canalización a terapia. En contraste, respecto a la ansiedad, presentaba una conciencia más clara sobre su intensidad y efectos, aunque sin identificar causas específicas.

En el ámbito familiar predominaban dinámicas de ocultamiento y evitación, especialmente hacia los temas relacionados con la salud mental. Como resultado, el paciente tendía a ocultar sus síntomas, al no disponer de un entorno que validara su malestar o facilitara la expresión emocional. Este patrón familiar, caracterizado por la negación y la minimización, obstaculizaba el desarrollo de una conciencia plena sobre su enfermedad. Los padres, por su parte, solían invalidar las experiencias emocionales de su hijo, atribuyéndole exageración o distorsión en sus recuerdos, lo que contribuía a invisibilizar su sufrimiento y dificultaba la validación de sus síntomas.

Durante el proceso terapéutico se exploraron las manifestaciones cotidianas de la depresión, la ansiedad y la ideación suicida, así como las dinámicas familiares que favorecían la negación del malestar. A partir de este trabajo, el paciente logró reconocer y aceptar sus síntomas, comprendiendo que se relacionaban directamente con la necesidad de ocultar su orientación sexual ante las expectativas familiares.

De manera paralela, se intervino con los padres para promover el reconocimiento de la sintomatología del hijo y su vínculo con la imposibilidad de expresar abiertamente su identidad. Al conocer la existencia de ideación e intentos suicidas, los padres desarrollaron una comprensión más profunda del problema y comenzaron a mostrar actitudes de aceptación y apoyo.

El incremento de la conciencia tanto en el paciente como en sus padres favoreció la movilización del sistema familiar hacia el cambio, promoviendo una mayor apertura, empatía y cooperación en el proceso de transformación y resignificación compartido.

Motivación al Tratamiento

El paciente solicitó atención terapéutica de manera voluntaria, aunque motivado por la sugerencia de una persona externa a su núcleo familiar. Desde el inicio manifestó disposición para iniciar su proceso, evidenciando un buen nivel de motivación intrínseca, dado que su familia y personas cercanas desconocían que acudía a terapia. No obstante, presentaba una resistencia para abordar temas sensibles, como la sexualidad, la salud mental, la relación de pareja o la muerte.

El contexto familiar, caracterizado por la evitación y el silenciamiento de asuntos vinculados con el malestar psicológico, influyó en su percepción de la efectividad del tratamiento. El paciente dudaba de su capacidad para lograr cambios personales significativos y consideraba improbable modificar dinámicas profundamente arraigadas en su entorno. En un inicio, rechazó tajantemente la posibilidad de involucrar a sus padres en el proceso terapéutico, argumentando que eran personas inflexibles y cerradas.

Durante el proceso, se trabajó en fortalecer sus capacidades personales y dotarlo de recursos psicológicos que le permitieran afrontar sus dificultades. A medida que el paciente fue reconociendo su potencial para transformar su realidad, comenzó a mostrarse más motivado, no solo hacia el cambio individual, sino también hacia una

posible transformación familiar. Eventualmente, se mostró receptivo a la idea de incluir a su familia, al comprender cómo las pautas de secreto y evitación presentes en su sistema familiar influían directamente en su malestar emocional.

Por parte de la madre, desde el inicio se observó una actitud favorable hacia el tratamiento. El padre, en cambio, asistía bajo el argumento de “apoyar al hijo”, evitando asumir su propia implicación en la dinámica familiar disfuncional. Por ello, el trabajo terapéutico también se orientó a favorecer la toma de conciencia en los padres sobre la forma en que sus actitudes y comportamientos influían en el bienestar del hijo y en el funcionamiento familiar.

Con el avance del proceso, ambos padres comenzaron a mostrar mayor motivación, expresando disposición para apoyar activamente a su hijo y colaborar en la transformación del sistema familiar. A partir de la primera sesión conjunta con la madre, el paciente reportó un incremento en su motivación y compromiso, al notar cambios positivos en la relación con ella. Del mismo modo, los padres, al sentirse contenidos en un espacio terapéutico seguro y observar la evolución favorable de su hijo, adoptaron una actitud más abierta, reflexiva y comprometida.

La motivación al tratamiento está estrechamente vinculada con el contexto relacional del paciente. En este caso, a medida que los padres reconocieron el malestar de su hijo, identificaron áreas de oportunidad como familia y comenzaron a mejorar la comunicación y la expresión emocional, se generó un ambiente más propicio para el cambio. Esta evolución se reflejó en una mayor apertura emocional, adhesión al tratamiento y aplicación cotidiana de las herramientas adquiridas.

Otros aspectos técnicos

La intervención se realizó en el Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP) de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), una institución pública que opera bajo lineamientos institucionales específicos. Esto implicó ciertas limitaciones en la modalidad de atención, tales como la disponibilidad

restringida de horarios, la duración acotada de las sesiones y la posibilidad de no contar siempre con un espacio físico para llevar a cabo el tratamiento, debido a la alta demanda de servicios.

Estas condiciones generaron algunas dificultades para que la familia se adaptara a los horarios establecidos y en ocasiones fue necesario realizar ajustes en la duración de las sesiones del proceso para abordar los objetivos terapéuticos. No obstante, se procuró manejar estas eventualidades con la mayor flexibilidad posible para minimizar su impacto en el proceso.

Una ventaja significativa de recibir atención en esta institución fue el bajo costo del servicio, lo cual representó un beneficio económico importante para la familia y contribuyó positivamente a su adherencia al tratamiento.

Análisis del caso clínico

Eje de análisis: Identidad Sexual

Categoría: Homosexualidad

Fase inicial. El paciente enfrentaba su homosexualidad de manera reservada, experimentando culpa, miedo y vergüenza vinculados al rechazo percibido de sus padres, lo que generó falta de autoaceptación y una narrativa identitaria negativa. Evitaba expresar su orientación sexual y su identidad de género, ocultándolas ante los demás. A través de la **imaginación** y **externalización**, pudo explorar y deconstruir estos sentimientos negativos, separando la experiencia de culpa de su identidad personal. Mediante **conversaciones de re-autoría**, fortaleció el reconocimiento de su identidad sexual y de género a través del relato de experiencias significativas, lo que le permitió identificarse finalmente con la identidad queer y el género no binario.

Viñetas clínicas.

La terapeuta explora con F, el proceso vivido en torno al descubrimiento y la aceptación de su orientación homosexual.

F: “Ha sido un proceso bastante duro, al principio yo me confundía mucho...me dio bastante miedo, decía algo anda mal conmigo...a veces aún pienso eso...Con la reacción de mis papás me empezó a entrar mucha inseguridad, porque me empecé a cuestionar si era lo correcto, si iba a estar bien visto. Esto me generó mucha culpa y vergüenza hacia quien soy” (*Viñeta 1, sesión 1*).

Al trabajar en la deconstrucción de estas emociones el consultante construyó una perspectiva más positiva frente a su identidad sexual:

F: “Antes sentía culpa por mi orientación sexual y por lo que esta causaba en mis papás...pero ahora entiendo que lo que sientan ellos es problema de ellos, no es mi responsabilidad y no tiene por qué avergonzarme...Me identifico mucho con este género no binario y con lo queer...quisiera aprender a maquillarme...usar ropa más femenina...y bueno, también salir con total libertad con mi pareja” (*Viñeta 2, sesión 4*).

Las personas homosexuales suelen ser estigmatizadas, observadas con recelo y excluidas de sus entornos sociales, lo que puede generar conflictos internos, dificultades para aceptar su identidad, sentimientos de miedo y vergüenza, y aislamiento social (Ceballos et al., 2021; Gómez-Gamero, 2020). Esta estigmatización, frecuente en muchas familias, impacta directamente en la construcción de la identidad sexual, generando vulnerabilidad y conflictos emocionales que se intensifican ante el rechazo familiar (Ceballos-Fernández, 2014; Granados & Aguilar, 2022) dificultando así una vivencia integrada de la sexualidad.

Fase intermedia. Intervención individual. A través del **enfoque e intensificación**, se promovió la conciencia sobre cómo la vivencia de su sexualidad impactaba su desarrollo personal y su identidad. Mediante **conversaciones de re-autoría**, se le incentivó a experimentar su sexualidad de manera más libre a través del reconocimiento de vivencias significativas; con lo que comenzó a maquillarse, usar prendas consideradas “femeninas” y a expresar abiertamente su relación de pareja.

Estos cambios favorecieron su empoderamiento personal, permitiendo que, a través de la técnica de **reconexión** convocara a sus padres al proceso terapéutico, a pesar de su rechazo inicial hacia su homosexualidad.

Intervención familiar. Mediante el **cuestionamiento de la realidad familiar** se fomentó el diálogo y la reflexión en los padres sobre la orientación sexual del hijo. Inicialmente, los padres adoptaron una postura negativa, limitando la aceptación; la madre experimentaba un duelo por la pérdida de expectativas. No obstante, a través del uso de **metáforas** y el **reencuadre** de su perspectiva, los padres pudieron abrirse a nuevas formas de comprender la situación y disminuir la resistencia, promoviendo en ellos la escucha activa y respetuosa, lo que permitió que el hijo defendiera su sexualidad, fortaleciendo su identidad y aumentando su seguridad personal.

Viñetas clínicas.

Respecto a la perspectiva de la madre sobre la homosexualidad del hijo, esta refirió:

M: “Este tema a mí si me resulta difícil porque nos educaron de una manera y bajo un modelo...cuando nos lo dijo a mi si me resultó sorpresivo, pues si te mueve porque tú te imaginas cuando tienes un hijo hombre, pues tú lo imaginas grande con sus hijos, con una esposa y todo eso, te cambian el panorama” (*Viñeta 3, sesión 10*).

Ante ello, el hijo defendió su orientación sexual mostrando mayor seguridad en sí mismo:

F: “Siempre me he sentido rechazado por ustedes en este aspecto...siento que no puedo recurrir a ustedes para hablar, tengo que ir con alguien más para sentir esa confianza y ser quien soy porque con ustedes no puedo y eso es muy doloroso...pero yo estoy seguro de lo que soy...por eso apenas empiezo a usar ropa diferente que me hace sentir cómodo y a maquillarme un poco” (*Viñeta 4, sesión 13*).

La revelación de la homosexualidad de un miembro produce en los padres sentimientos de vergüenza, culpa y resentimiento, así como la experiencia de un duelo ante la pérdida de expectativas proyectadas sobre el hijo (García et al., 2018; Herdt & Koff, 2002; Mejía, et al. 2020; Ministerio de Igualdad, 2022; Ospina et al., 2020), coincidiendo así, con el duelo identificado en la madre. Esto puede generar un distanciamiento hacia el miembro homosexual, al ser percibido como “diferente” o rechazado por la familia (Gómez-Gamero, 2020), lo que se hace evidente en la narrativa del consultante.

Fase final. Mediante el **reencuadre** y **conversaciones de re-membranza** se modificó el marco de referencia de los padres, transformando la perspectiva que mantenían respecto a la homosexualidad de su hijo al analizar la historia de relaciones significativas para ellos. Este proceso favoreció la construcción de una narrativa distinta, en la que la orientación sexual fue comprendida como una dimensión natural de su identidad. A partir de ello, el paciente encontró un espacio seguro para expresar su identidad sexual y de género frente a sus padres, consolidando un relato identitario más positivo y de autoaceptación. En el ámbito familiar, esta transformación facilitó la apertura de diálogos en torno a un tema que previamente había sido evitado.

Viñetas clínicas.

Ante la intervención con los padres se observó un cambio en su perspectiva sobre la homosexualidad del hijo. El padre expresó:

P: “Respecto al tema de su orientación sexual...no encontraba yo a lo mejor una forma de acercarme, me costaba mucho...pero ahora yo creo que ya he podido tener una mayor apertura hacia esto...porque pues no tiene nada de malo...que bueno que ya se sienta con más confianza, más libre” (*Viñeta 5, sesión 19*).

El trabajo terapéutico permitió fortalecer el relato identitario del hijo respecto a su orientación sexual:

F: “Ahora pienso ¿qué más da si soy así...al único que debe importarle es a mí...no tiene nada de malo que me gusten los hombres, es algo completamente normal...me acepto completamente como soy, porque pues eso es lo que hace a mi persona...y estoy orgulloso de eso” (*Viñeta 6, sesión 19*).

La familia influye en la consolidación de la identidad de los miembros homosexuales, por lo que, al incorporar una perspectiva renovada respecto a la homosexualidad, se fortalece su capacidad de afrontamiento personal y social (Ceballos-Fernández, 2014; García et al., 2018; Gómez-Gamero, 2020; Pedrazzoli & Samanes, 2011; Solís, 2014). Esto favorece un relato identitario más positivo, la resignificación de su historia de vida y un mayor bienestar emocional, especialmente cuando recibe reconocimiento y validación de personas significativas de su entorno (Ceballos et al., 2021; Herrera, 2016; Ministerio de Igualdad, 2022; Ospina et al., 2020; Romero et al., 2013), tal como reflejó el consultante en su relato.

Categoría: Actitudes Familiares hacia la Homosexualidad

Fase inicial. Se identificó que el paciente sufrió rechazo familiar tras revelar su orientación sexual. Sus padres respondieron con desaprobación y le exigieron mantenerla oculta, generando carencia de apoyo emocional. En contraste, sus hermanos mostraron aceptación, mientras que la familia extensa interrumpió el vínculo debido a creencias homofóbicas, reduciendo su red de apoyo social. Con la **ampliación de la exploración del motivo de consulta**, se reveló que los padres desarrollaron temor a que su hijo fuera víctima de homofobia, instaurando un silencio familiar sobre el tema.

Mediante el **cuestionamiento sobre la realidad familiar**, se facilitó la conciencia sobre las implicaciones de ocultar la orientación sexual, promoviendo, a través de **conversaciones de re-autoría**, que el paciente se enfocara en experiencias

significativas que permitieron la construcción de narrativas positivas ante la inclusión de la familia en el proceso y la exploración de sus beneficios.

Viñetas clínicas.

La terapeuta exploró las implicaciones de mantener oculta su orientación sexual:

F: “Es muy duro porque pues por parte de mis papás no recibo apoyo...es muy doloroso...se volvió una normalidad para mí ya no contarles absolutamente nada...mis padres no saben absolutamente nada ni de las relaciones que he tenido, incluso actualmente no saben que estoy en una relación ahorita” (*Viñeta 7, sesión 1*).

Ante la intervención de la terapeuta para identificar las expectativas de los padres acerca de su identidad sexual, F. comentó:

F: “Mis papás me dijeron “no le digas a nadie”, me preguntaron a quiénes ya se los había dicho y que les dijera que era broma, que estaba confundido... porque si no sería muy juzgado en la sociedad o tratado mal, incluso podría recibir agresión física... evitan totalmente el tema, siempre lo evaden y es difícil estar en un lugar donde no puedes ser tú y donde intentan controlar una parte tuya” (*Viñeta 8, sesión 1*).

La revelación de la homosexualidad de un miembro suele generar actitudes de rechazo en la familia, dado que los padres reflejan representaciones sociales influenciadas por estereotipos y prejuicios negativos (Ceballos et al., 2021; Granados & Aguilar, 2022). Esto puede provocar una crisis frente a la ruptura de los modelos internalizados, dificultando que la persona viva abiertamente su orientación sexual (Lozano-Verduzco & Padilla-Gámez, 2023; Pedrazzoli & Samanes, 2011), situación que coincide con el testimonio del consultante.

Fase intermedia. Intervención individual. Se promovió la ampliación de las redes de apoyo del paciente. Mediante la **externalización** y las **conversaciones de re-autoría**, habló por primera vez de sus intentos suicidas con la terapeuta, su pareja y su hermana mayor, recibiendo apoyo emocional y desprendiéndose de la vergüenza que le generaba dicha situación. Las **conversaciones de re-membranza** favorecieron

la conciencia sobre las consecuencias de ocultar su relación de pareja, incentivándolo a compartirla con sus padres (omitió la edad real de su pareja).

Aunque inicialmente mostraron desacuerdo, los padres finalmente aceptaron la relación, lo que fortaleció su sensación de autonomía e integración personal. Sin embargo, la actitud evasiva de los padres respecto a su homosexualidad continuaba generando malestar, situación que fue abordada a través de **conversaciones de re-autoría**, permitiéndole desarrollar una historia alternativa y asumir un rol más activo invitando a sus padres al proceso.

Intervención familiar. Los padres expresaron rechazo hacia la homosexualidad de su hijo, provocando distanciamiento emocional. Sin embargo, a través de la **externalización**, reconocieron su dificultad para aceptar la situación, vinculada al miedo de que su hijo sufriera actos homofóbicos, lo que permitió separar el temor de su identidad personal. Paralelamente, el paciente mostró con mayor claridad su necesidad de autonomía respecto a su sexualidad.

Viñetas clínicas.

La terapeuta aborda la reacción de los padres sobre el conocimiento acerca de relación de pareja del consultante.

F: “Al principio si los noté con cara de preocupación, no les pareció, me dijeron que la diferencia de edad sí era muy grande, aunque no les dije la diferencia real... mi mamá lo tomó un poco más relajado...mi papá se notó un poco más nerviosillo y empezó a decir que relaciones así luego terminaban en manipulación...les dije que sé los riesgos pero que tomo mis precauciones y me cuido...que me gustaría que me tuvieran esa confianza en mí. Y ahí se relajaron los dos y me dijeron que estaba bien” (*Viñeta 9, sesión 6*).

La intervención permitió identificar la necesidad de recibir apoyo:

F: “Aunque ha habido cambios en mi familia, por ejemplo, mis papás empiezan a apoyarme un poco más...sigue habiendo cuestiones...no puedo hablar de mi homosexualidad...sé que las cosas deben cambiar...una solución sería pues poder hablar con ellos directamente, de frente...poder traer a mi familia ahora sí...dejar de darle largas al asunto” (*Viñeta 10, sesión 10*).

Resulta común que, tras la revelación de la homosexualidad del hijo, los padres experimenten temor a que este sea víctima de violencia debido a su orientación sexual (Arévalo et al., 2011), situación que se identifica en la reacción de los padres de F.

Se observa en el hijo la necesidad de recibir apoyo emocional de sus padres. En este sentido, se destaca la importancia que tiene para los jóvenes LGBTIQ+ la posibilidad de declarar libremente su identidad sexual, ya que ello constituye un factor clave para el desarrollo de su autonomía e identidad personal y autoaceptación (Herrera, 2016; Ministerio de Igualdad, 2022; Ospina et al., 2020).

Fase final. Mediante el **enfoque e intensificación**, se hizo énfasis en el impacto del rechazo inicial de la madre, quien logró reconocer su reacción inapropiada y manifestó arrepentimiento, permitiendo la validación afectiva y una mayor cercanía familiar. Las **conversaciones de re-autoría** permitieron resignificar el temor del padre, brindando mayor apoyo emocional, lo que permitió al hijo hablar sobre la edad de su pareja, su identidad de género y su ideación e intentos suicidas, liberándose de la vergüenza asociada, haciendo uso de la **externalización**. Aunque los padres reaccionaron inicialmente con rechazo, **las conversaciones de re-autoría** fomentaron la empatía y el apoyo parental, generando interés en conocer a la pareja del hijo.

La **externalización** junto con **las conversaciones de re-autoría** facilitaron que el consultante reconociera los cambios familiares al permitirle observar la situación desde una perspectiva externa y separar su identidad del problema. A través de **conversaciones de re-membranza y facetas fuertes**, se resaltaron las fortalezas de los padres, de modo que reflexionaron sobre la aceptación de la orientación sexual del

hijo y la confianza construida, resignificando la experiencia familiar y consolidando una narrativa más empoderada y resiliente, percibiendo el hijo un mayor respaldo familiar.

Viñetas clínicas.

En esta fase se identifican cambios en la reacción de los padres hacia la identidad sexual del hijo, su vida en pareja y la necesidad de contar con su apoyo.

P: “Bueno, ahora que ya nos platicas de cómo es tu pareja...yo veo que estás muy a gusto y estás estable...pensé que era diferente, pero tú ya lo aclaraste...si algo pasa y yo puedo darte un consejo aquí estoy...respeto tus decisiones y confío en ti” (*Viñeta 11, sesión 15*).

M: “Yo creo que ahora él sabe que cuenta con nosotros...creo que hemos podido cambiar mucho nuestras ideas respecto a todo este tema de la homosexualidad...incluso ahora entender que eso es parte de él y está bien, que, aunque haya cosas que nos preocupen pues que él ya es un adulto que se sabe cuidar y que todo va a estar bien, siempre y cuando él este feliz” (*Viñeta 12, sesión 19*).

El hijo reconoció dichos cambios, percibiendo mayor apoyo de sus padres:

F: “He sentido un gran cambio en mi familia...antes no confiaba nada en ellos porque estaba todo el tiempo esa inseguridad de lo que fueran a decir...siento una mucho mayor aceptación hacia mi sexualidad...el que decidieran confiar en mí y respetar mi orientación sexual me ha demostrado que puedo confiar en ustedes y que tengo su apoyo, me hace sentir más seguro” (*Viñeta 13, sesión 19*).

Los padres mostraron una mayor aceptación hacia la homosexualidad de su hijo, lo que requirió modificar la dinámica relacional familiar. Este proceso implicó la reconstrucción del vínculo entre padres e hijo y un reajuste orientado a integrar la nueva realidad derivada de la identidad sexual del hijo (Encinales, 2019; Silva et al., 2019).

Lo anterior permitió que F. alcanzara una mayor integración personal al vivir su sexualidad de manera más abierta, poniendo de relieve el papel fundamental de la familia en la gestión de la homosexualidad, como la principal red de apoyo y factor protector para el joven (Ceballos-Fernández, 2014; García et al., 2018; Gómez-Gamero, 2020; Solís, 2014).

Eje de análisis: Secretos Familiares

Categoría: Mitos y Lealtades Familiares

Fase inicial. En esta fase se identificaron mitos y creencias homofóbicas transmitidas por los padres, que generaban en el paciente culpa y vergüenza por su orientación sexual. A través de la **ampliación de la exploración del motivo de consulta**, el consultante reconoció que mantenía dichas creencias debido a la lealtad familiar sostenida hacia sus progenitores, tomando consciencia de este patrón.

Mediante el **reencuadre**, se transformó el marco de referencia del consultante, al trabajar en la deconstrucción de estas creencias considerando su origen transgeneracional y sus efectos, como la limitación en su diferenciación familiar y en el ejercicio de su sexualidad. La **externalización** permitió que el paciente liberara progresivamente la culpa y la vergüenza, debilitando simultáneamente con ello las lealtades hacia sus padres.

Viñetas clínicas.

La terapeuta aborda el impacto de las creencias y lealtades transmitidas al paciente:

F: “Creo han limitado conversaciones importantes con mi familia...han hecho que no se hable sobre mi homosexualidad y que se mantenga en secreto...que no pueda tener este apoyo de ellos...Por mucho tiempo ni siquiera puse en duda estas creencias...ahora lo hago, pero no digo nada porque sé que les molestaría a mis padres...creo que esto hace que sigan existiendo” (*Viñeta 14, sesión 2*).

Ante la intervención respecto a la deconstrucción de las creencias, el paciente refirió:

F: “Analizando todo esto, ahora puedo darme cuenta de que son absurdas, que no puedo vivir con miedo, que sólo me queda ser yo, o sea, simplemente mostrarme como soy...también me di cuenta de que mis papás no lo saben todo... que la mejor forma de que dejen de ser tabúes es dejar de tratarlos como tabúes, aunque eso no les guste a mis papás” (*Viñeta 15, sesión 2*).

La revelación de la homosexualidad de un miembro familiar suele generar crisis debido al conflicto con las creencias heteronormativas internalizadas de su contexto sociocultural (Ceballos-Fernández, 2014; García et al., 2018; Granados & Aguilar, 2022; Mejía et al., 2020), lo que con frecuencia conduce al ocultamiento de la orientación sexual. Actuar en contra de estas creencias puede provocar culpa por transgredir lealtades familiares (Schützenberger, 2023); sin embargo, su deconstrucción permite la construcción de explicaciones alternativas que favorecen la aceptación de la propia orientación sexual (Araya, 2017; Guzmán-González et al., 2025), como se observa en el caso del consultante.

Fase intermedia. El uso del **genograma** permitió que el consultante tomara conciencia de la presencia de creencias conservadoras basadas en ideologías religiosas en su familia de origen, dando lugar a la configuración de otros secretos familiares relacionados con pérdidas, enfermedades físicas y mentales, sexualidad y abuso sexual.

A través del **cuestionamiento de la realidad familiar**, reconoció que este patrón se sostenía mediante lealtades familiares transgeneracionales y se perpetuaba a partir de la culpa y la vergüenza generadas para mantener el equilibrio del sistema, ocultando historias relevantes, la instauración de reglas y límites rígidos, una comunicación evitativa y un distanciamiento emocional entre los miembros. Esta toma de conciencia le permitió comprender la necesidad de trabajar dichas dinámicas con

su familia e invitar a sus padres al proceso terapéutico, empleando la técnica **de convocar a los miembros de la familia**.

Viñetas clínicas.

La terapeuta abordó el funcionamiento e implicaciones de los secretos en la familia:

F: “Puedo ver que en mi familia hay muchas cosas que desconozco o que se hablan poco...muchos secretos familiares. Siento que ya es una normalidad que se oculten cosas, desde mi familia paterna y materna...ya sea por vergüenza o por culpa...muchos temas pues se evitan, hay una falta de comunicación, de confianza emocional, incluso nosotros ya sabemos que hay temas que no se tocan porque mis papás se molestan o se sienten mal y pues se siguen ocultando” (*Viñeta 16, sesión 5*).

Los secretos familiares emergen como respuesta a las crisis del ciclo vital del sistema familiar, asociándose a momentos críticos que enfrenta la familia (Andolfi, 2007, citado en Rodríguez, 2015). Al mantenerse ocultos, estos secretos se transmiten de manera transgeneracional mediante mitos y lealtades familiares, apoyándose en reglas implícitas y explícitas que regulan la dinámica interna (Sánchez & Escobar, 2018; Schutzenberger, 2023). Si bien estas estrategias buscan mantener la homeostasis familiar (Mansilla, 2019; Velarde & Ruano, 2021), generan silenciamiento y aislamiento emocional, promueven estilos de comunicación disfuncionales y dificultan los procesos de diferenciación individual (Bowen, 1991; Rodríguez, 2015; Sánchez & Escobar, 2018).

Fase final. El uso del **genograma** permitió trabajar con ambos padres en el análisis de las creencias familiares sobre la homosexualidad, identificando su origen en las familias de procedencia y su perpetuación mediante lealtades familiares, principalmente hacia sus progenitores, es decir, los abuelos del consultante. A través del **reencuadre**, se modificó la perspectiva de los padres, promoviendo la deconstrucción de estas creencias, mientras que las **conversaciones de re-autoría** y

re-membranza facilitaron su resignificación, favoreciendo una visión más abierta hacia la homosexualidad del hijo y debilitando las lealtades hacia sus familias de origen.

La estrategia de **lograr la diferenciación de la familia de origen** permitió que los padres comprendieran la forma indiferenciada en que actuaban respecto a la homosexualidad del hijo y reconocieran cómo las creencias familiares contribuían a su ocultamiento, reduciendo el secreto familiar y promoviendo su apertura. Esto posibilitó que el hijo desarrollara mayor diferenciación respecto a sus padres y, mediante el **perdón**, adoptara una actitud más comprensiva hacia ellos.

Como consecuencia de lograr la apertura de este secreto y trabajar en mejorar distintos aspectos de la estructura y funcionamiento familiar-tales como la comunicación-, a través del **genograma**, el **enfoque** y la **intensificación** se generaron conversaciones centradas en los secretos familiares, como el abandono del abuelo materno, la muerte de la abuela paterna y del tío materno, un aborto espontáneo en la madre, experiencias de abuso sexual y padecimientos físicos y mentales de algunos miembros; logrando así, reconocer y romper el patrón de secretos familiares, debilitando con ello pautas de silencio y fomentando una comunicación más abierta dentro del sistema familiar a través de **metáforas** que les permitieron desarrollar una perspectiva más positiva.

Viñetas clínicas

Con la deconstrucción de las creencias y lealtades familiares, se observó un cambio en la perspectiva del padre sobre la homosexualidad del hijo:

P: “A veces me preocupa...pero entiendo que F. es como es y no tiene nada de malo, no hay nada de que avergonzarse...es mi hijo y siempre lo voy a querer y a defender de todos, incluso de mi propia familia” (*Viñeta 17, sesión 14*).

El conocimiento de las creencias de la familia de origen del padre sobre la homosexualidad, llevaron al hijo a cambiar la percepción con respecto a sus padres.

F: “Ya entiendo más esa perspectiva del por qué tanta preocupación...pienso que eso ha sido muy difícil para mi papá y le agradezco mucho...y les pido perdón a ambos porque creo que también los juzgué muy duro” (*Viñeta 18, sesión 14*).

La intervención encaminada a lograr la apertura y rompimiento del patrón de secretos familiares permitió generar un cambio en la perspectiva de la madre:

M: “Ha habido muchas situaciones en la familia que no se habían hablado por una mala comunicación y eso ha hecho que nos distanciemos entre nosotros, que no haya esa oportunidad de decirnos las situaciones en el momento...pero me gustó poder hablar esas cosas aquí, porque creo que nos ayudan a comunicarnos mejor y ver que podemos pasar las peores cosas de la vida, pero tenemos que salir adelante...son cosas que nos fortalecen como familia lejos de avergonzarnos” (*Viñeta 19, sesión 17*).

Desde la perspectiva transgeneracional, la revelación de secretos contribuye a reparar los vínculos afectivos, mejorar la comunicación y favorecer la diferenciación de los miembros familiares, impactando positivamente en la dinámica relacional (Bowen, 1991; Sánchez & Escobar, 2008). Para que la homosexualidad deje de ser un secreto, es necesario reajustar las relaciones familiares mediante la deconstrucción de creencias, la optimización de la comunicación y el fortalecimiento de recursos familiares, facilitando un mejor pronóstico de la aceptación de la homosexualidad (Encinales, 2019; Pérez, 2005) y permitiendo la integración y autonomía del miembro homosexual (Ospina et al., 2020).

Categoría: Ansiedad y Depresión

Fase inicial. En esta fase se identificaron síntomas de ansiedad y depresión en el paciente, junto con ideación e intentos suicidas previos. Inicialmente mostró resistencia a reconocer su sintomatología depresiva y rechazo a abordar su ideación suicida. Mediante el **cuestionamiento del síntoma**, se logró generar consciencia sobre su depresión, favoreciendo una mayor aceptación de sus síntomas. Aunque no

pudo inicialmente vincular su ansiedad y depresión a causas específicas, a través del empleo de **la ampliación de la exploración del motivo de consulta**, el **enfoque e intensificación** la intervención se centró en explorar el origen y las consecuencias de dichos síntomas, lo que permitió relacionarlos finalmente con el ocultamiento de la homosexualidad en la familia.

Viñetas clínicas.

Al indagar en el origen de sus síntomas, el consultante no relacionaba estos con una causa específica:

F: “Si he llegado a sentir que mis emociones me afectan, pero nunca he encontrado el punto de partida o el origen del porqué de mis síntomas. El sentirme mal de la nada... es raro, se siente muy raro” (Viñeta 20, sesión 1).

Con la intervención de la terapeuta el paciente logró aceptar sus síntomas y relacionarlos con el ocultamiento de su homosexualidad:

F: “En mi familia no puedo hablar mucho de mi homosexualidad, de mi sexualidad en general...esto ha causado mucha represión en mí...mucho conflicto...tristeza, ira, frustración...Me da mucha ansiedad y me deprime sentir que tengo que ocultar quien soy...llega a ser muy duro a veces incluso levantarse de la cama” (Viñeta 21, sesión 2).

La falta de apoyo familiar fomenta el ocultamiento de la homosexualidad, aumentando la vulnerabilidad del individuo y su exposición a aislamiento social, baja autoestima y trastornos como ansiedad, depresión e intentos suicidas (Ceballos et al., 2021; García et al., 2018; Granados & Aguilar, 2022; Lozano-Verduzco, 2017; Ministerio de Igualdad, 2022), evidentes en el relato del consultante. De este modo, el secreto deja de ser protector y se convierte en un factor de riesgo, promoviendo contextos familiares caracterizados por el desconocimiento y la ocultación de información (Arévalo et al., 2011).

Fase intermedia. A pesar de los avances, el paciente no había logrado expresar su ideación ni sus intentos suicidas. Mediante el **cuestionamiento del síntoma** se exploraron las implicaciones de mantener en secreto su orientación sexual sobre su salud mental. A través de la **externalización**, habló por primera vez de estos aspectos, separando su identidad de la vergüenza asociada al reconocer sus dos intentos de suicidio y la ideación aún presente. Con ello tomó mayor conciencia de sus síntomas y de las consecuencias de ocultar su orientación sexual. Con **conversaciones que iluminan desenlaces extraordinarios**, se desarrollaron tramas alternativas para canalizar y disminuir sus síntomas, incluyendo la participación de sus padres, a quienes previamente había ocultado esta información.

Viñetas clínicas.

La intervención de la terapeuta permitió al paciente reconocer su ideación suicida:

F: “Nunca me ha gustado hablar de ese tema porque me pone muy mal...todo empezó por este aspecto de que cuando salí del clóset con mi madre fue como que decepcioné a todos, no quería ser una carga para nadie...cuando mi madre me llevó a ese intento de terapia, esa misma noche intenté tomar pastillas...esperando ya no despertar, pero desperté...hoy en día sigo teniendo estas sensaciones y sé que seguirán hasta que pueda vivir libremente” (*Viñeta 22, sesión 8*).

La depresión puede afectar significativamente el desarrollo social de las personas homosexuales y constituye un factor de riesgo para conductas suicidas. La percepción de rechazo familiar genera sentimientos de anormalidad y culpa por la orientación sexual, lo que incrementa la devaluación personal, llevando al individuo a presentar ideación o intentos suicidas (Granados-Cosme & Delgado-Sánchez, 2008). Además, el rechazo familiar se asocia con relaciones familiares conflictivas y una mayor incidencia de conductas de riesgo en personas con orientación sexual diversa, tales como el suicidio (Ceballos et al., 2021; Javier, 2022).

Fase final. Los padres desconocían la causa y magnitud de los síntomas del hijo, por lo que tendían a minimizarlos. Mediante **conversaciones de re-membranza** y **las facetas fuertes** se resaltaron las fortalezas de la familia, lo que promovió una escucha activa y respetuosa, permitiendo que el hijo expresara su malestar y la relación de sus síntomas con el ocultamiento de su homosexualidad. A través de **conversaciones de re-autoría**, el consultante logró reconstruir su historia frente al problema, revelando su ideación e intentos previos de suicidio, hasta entonces desconocidos por sus padres.

Empleando **conversaciones de re-membranza** y el uso de **metáforas**, los padres comprendieron las consecuencias de mantener el secreto y alentaron al hijo a compartirlo. Esto permitió la apertura del secreto familiar, el desarrollo de una sexualidad más abierta, su diferenciación familiar, que el paciente dejara de ocultar sus síntomas a otros miembros de la familia y una disminución considerable de estos, utilizando técnicas como la **disminución de la ansiedad**.

Víñetas clínicas.

El trabajo terapéutico posibilitó al hijo expresar a sus padres sus síntomas y la relación de estos con el ocultamiento de su homosexualidad:

F: “Muchas veces yo me he sentido muy mal...antes me sentía muy sólo...y esto hizo que hiciera cosas que no estuvieron bien y que he guardado en secreto...a lo largo de mi vida he tenido muchas ideas de muerte...he intentado quitarme la vida dos veces y nunca se los dije porque sentí que me iban a regañar... Me sentía muy atormentado con esto de mi sexualidad...sentía que era una vergüenza para ustedes...me empecé a sumir en una depresión y ansiedad horrible” (*Víñeta 23, sesión 16*).

El conocimiento de los síntomas del hijo permitió a los padres modificar su perspectiva respecto a su orientación sexual:

P: “Como papá uno se siente mal de escuchar esto...uno trata de hacer lo mejor pero siempre cometemos errores y te ofrezco una disculpa si te orillamos a ocultar esto, pero también te pedimos que si aún sientes que tienes que hacerlo ya no lo hagas, queremos que seas libre y feliz, no que te estés ocultando” (*Viñeta 24, sesión 16*).

Con la intervención, se observó una disminución en los síntomas del consultante:

F: “Mis papás ya han digerido mejor este tema y ya no se siente como si mi orientación sexual fuera un secreto...me he sentido con un mejor ánimo y con una mejor actitud desde que lo platiqué con ellos...últimamente la depresión ha disminuido mucho más...me siento ahora mucho más fuerte para dejar atrás mi depresión y ansiedad, porque me gusta la vida que vivo ahora” (*Viñeta 25, sesión 17*).

El reconocimiento y aceptación familiar de la homosexualidad constituyen un factor protector frente a múltiples riesgos, como el suicidio (Ceballos et al., 2021); el apoyo familiar es un recurso que contribuye al bienestar emocional del individuo en relación con su orientación sexual (Granados-Cosme & Delgado-Sánchez, 2008). Así, una actitud familiar favorable promueve relaciones menos conflictivas, mayor confianza entre los miembros del núcleo familiar y una reducción en la prevalencia de conductas de riesgo en personas homosexuales, facilitando un ajuste psicológico positivo y la integración de sí mismos (Javier, 2022; Ospina et al., 2020).

Eje de análisis: Dinámica Familiar

Categoría: Estructura Familiar

Fase inicial. Se utilizó el **genograma** y el **cuestionamiento de la estructura familiar** para explorar con el paciente su estructura familiar, encontrando la existencia de una relación fusionada y hostil entre los padres, así como una triangulación entre estos y el consultante, en la que los progenitores utilizaban al hijo para desviar sus conflictos.

Se identificó una relación conflictiva y fusionada entre el paciente y su hermano gemelo, un distanciamiento emocional con su hermana D. y un vínculo cercano con su hermana C. Estas dinámicas se sostenían en una estructura familiar aglutinada, con roles inapropiados del hijo y los padres, ya que el consultante fungía un rol de mediador de conflictos y los progenitores desempeñaban sus funciones de manera deficiente, manteniendo, además, una jerarquía desequilibrada, en la que la madre ejercía mayor autoridad mientras el padre asumía un rol periférico y emocionalmente distante.

A través del **enfoque e intensificación** se enfatizó la triangulación con sus padres, generando consciencia en él sobre esta situación y sus consecuencias. Con la **externalización y conversaciones de re-autoría** pudo separar el problema de su identidad, reflexionando que su homosexualidad exacerbaba la triangulación, al ser un tema que generaba preocupación en los padres, haciendo que ambos intentaran sobreprotegerlo para mantenerlo en secreto, lo que obstaculizaba su autonomía, diferenciación familiar y desarrollo personal, generando una relación fusionada y hostil con ambos progenitores. Reconoció la falta de límites existente con sus padres, principalmente con el padre, al igual que con su hermano, logrando establecerlos con este último, más no con su padre.

Viñetas clínicas.

La terapeuta exploró la estructura familiar del consultante:

F: “La mayoría de las relaciones con mi familia son así, cercanas pero muy problemáticas...principalmente la de mis papás, mi mamá siempre me cuenta los problemas entre ellos, soy su almohada para desahogarse por así decirlo y yo no sé qué hacer...pero intento mediar la situación...mi papá se limita a preguntarme cómo estoy y ya, no se involucra mucho, ahí quien manda es mi mamá” (*Viñeta 26, sesión 1*).

La intervención permitió al consultante tomar consciencia de la dinámica de triangulación mantenida con sus padres y sus consecuencias:

F: “Cuando estoy con mis papás siento la necesidad de decirles que sí a todo lo que me pidan y sé que eso está mal...ellos quisieron como tener total control de mí desde que salí del clóset...desde ahí me cuesta mucho alejarme porque me siento inseguro...pero a la vez estar cerca de ellos me causa angustia y siento que no puedo ser libre, que no puedo tomar mis propias decisiones, ser yo...no hay como estos límites entre nosotros que me gustaría tener” (*Viñeta 27, sesión 3*).

El secreto familiar sobre la homosexualidad del consultante favoreció la triangulación con sus padres. Este tipo de secretos generan confusión en los vínculos y dificulta la integración del yo, limitando la diferenciación emocional respecto a las figuras parentales (Bowen, 1991; Sánchez & Escobar, 2018), ya que esto puede representar una amenaza para la preservación del secreto. Esto provoca ansiedad en los padres, quienes pueden obstaculizar la autonomía del hijo, manteniendo triangulaciones que regulan la tensión familiar, pero restringen su individuación y desarrollo (Imber-Black, 1999; Pérez, 2005; Sánchez & Escobar, 2018; Vukusic, 2016).

Fase intermedia. Intervención individual. Las **conversaciones de re-membranza** lo empoderaron sobre su capacidad para ejercer su autonomía al analizar la historia de las relaciones significativas en su vida, entendiendo la importancia de establecer límites saludables con sus padres, tomar su rol de hijo y destriangularse de ellos, siendo una razón más para invitar a los progenitores al proceso.

Intervención familiar. Se generó consciencia en ambos padres sobre la falta de límites del paciente hacia ellos mediante el **cuestionamiento de la estructura familiar**. La intervención facilitó que, mediante las **metáforas y fijación de fronteras**, el hijo comenzó a reclamar su individuación y a establecer límites claros con sus padres, al defender su homosexualidad y su relación de pareja.

Viñetas clínicas

Con el trabajo terapéutico los padres reconocieron la falta de límites existente entre ellos y el hijo:

P: “Ahora que él se fue de la casa siento que buscaba ese espacio porque sentía que se ahogaba en la casa, sentía que no tenía esa libertad para hacer muchas cosas porque nosotros no estábamos de acuerdo, pero no es así...sólo que uno como papá se preocupa por él y a lo mejor no he sabido cómo manejarlo...pero no quiero que se sienta como prisionero” (*Viñeta 28, sesión 13*).

Los límites familiares determinan los roles de cada miembro. Estos roles estructuran la dinámica del sistema; cuando son claros y adecuados, favorecen la convivencia y el desarrollo familiar (Araujo-Robles et al., 2021; Garibay, 2013). En cambio, la falta de claridad dificulta la diferenciación de sus miembros y el funcionamiento del sistema (Minuchin, 2003; Mora & Párraga, 2022), como evidenció el testimonio del padre. Así, relaciones familiares saludables y límites flexibles se asocian con una mayor aceptación del miembro homosexual (Encinales, 2019; Ortiz & Sánchez, 2020), por lo que fue esencial sensibilizar a la familia sobre la presencia de límites difusos.

Fase final. Con la estrategia de **destriangulación**, se fomentó en los padres la consciencia sobre la triangulación existente con el hijo, comprendiendo la forma en que lo sobreprotegían e involucraban en su relación. Con la **fijación de fronteras** y las **conversaciones que iluminan desenlaces extraordinarios**, se consolidaron reglas y límites saludables y se flexibilizaron los que aún permanecían rígidos, reestructurando la permeabilidad entre subsistemas.

Con la reestructuración se reorganizó la estructura familiar, lo que posibilitó que el hijo se destriangulara, así como que este y sus padres desempeñaran roles más adecuados. Con ello, los padres comenzaron a ejercer sus funciones de

manera más eficiente y una jerarquía más equilibrada, favoreciendo la autonomía y diferenciación del hijo. A través del **cuestionamiento de la realidad familiar** se observó también una mejoría en las relaciones familiares al implementar los cambios logrados a nivel familiar, ante el establecimiento de reglas y límites claros, favorecidos también por la técnica de **las facetas fuertes** que permitió realzar sus fortalezas.

Viñetas clínicas.

La intervención de la terapeuta permitió establecer límites adecuados y favoreció la destriangulación del consultante:

M: “Yo siempre he sido de las que platica mucho y a veces creo que le platico cosas a F. que él ni siquiera tendría que saber, porque son cosas de su papá y mías y pues sí, esa parte si ha estado mal...yo por mi parte me comprometo a dejarlo de hacer, a no meterte a ti ni a tus hermanos en nuestros problemas” (*Viñeta 29, sesión 18*).

P: “Creo que ya escuchando a F. puedo decir que tendremos más cuidado en dónde discutimos...respecto a la sobreprotección, lo hacía porque estaba preocupado por él, por todo esto de su orientación, pero ahora viendo todo lo que hemos hablado me parece que ya hay más confianza entre los dos y que no es necesario estar encima de él, porque sé que es inteligente y confío en sus decisiones” (*Viñeta 30, sesión 18*).

La revelación de secretos familiares, como la homosexualidad, constituye un proceso transformador que reestructura la organización familiar (Pérez, 2005; Sánchez & Escobar, 2008). Para su aceptación, se requiere un cambio tanto en la estructura como en la dinámica relacional, lo que implica la reconstrucción de límites y roles entre padres e hijo (Encinales, 2019; Silva et al., 2019), lo que promueve el desarrollo de este último, la integración de sí mismo y su diferenciación respecto al núcleo familiar (Ospina et al., 2020; Pérez, 2005), favoreciendo así su destriangulación, aspecto reflejado en la narrativa de los padres.

Categoría: Funcionamiento Familiar

Fase inicial. A través del **cuestionamiento de la realidad familiar**, el paciente tomó conciencia de la dinámica de su núcleo familiar. Se identificó una cohesión amalgamada, con fusión y escasa diferenciación entre los miembros, caracterizada por la sobreprotección y el control parental, lo que generaba conflictos, baja confianza y distanciamiento emocional. Además, los progenitores mostraban una adaptabilidad rígida que dificultaba el ajuste a cambios familiares y obstaculizaba el desarrollo del paciente. Estas disfunciones se mantenían mediante patrones de comunicación evitativos y ofensivos, donde predominaban la violencia verbal, la evitación de temas incómodos y limitaciones en la expresión emocional

Viñetas clínicas.

Al explorar el funcionamiento en su familia, el consultante refirió:

F: “Mis padres si son como medio sobreprotectores, es como una unión muy rara, a veces se siente mucha unión y luego mucha distancia...quieren tener el control de mí y de mis hermanos siempre...se siente mucha presión de no tener este derecho a elegir lo que quiero y cuándo quiero hacer las cosas...les cuesta entender que ya no soy un niño y necesito mi espacio...eso ha causado muchas discusiones entre nosotros porque cuando se los digo evitan hablar del tema o simplemente se enojan y comienzan a gritar y ofenderme...se vuelve muy desgastante” (*Viñeta 31, sesión 3*).

En familias como la del consultante, donde predomina una cohesión amalgamada y una adaptabilidad rígida, se generan vínculos de dependencia emocional que limitan la autonomía individual, acompañados de límites autoritarios que dificultan a los padres responder adecuadamente a las necesidades de los hijos (Rodríguez, 2023; Sucasaire, 2021).

La comunicación evitativa obstaculiza la comprensión mutua, la construcción de lazos cercanos y la toma de decisiones (Rueda-Toro et al., 2024), favoreciendo la disfuncionalidad familiar. En este contexto, un mayor desequilibrio se asocia con

incremento de conflictos, reglas inflexibles, comunicación ineficaz y respuestas inadecuadas, dando lugar a la conformación de secretos familiares (Encinales, 2019; Pérez, 2005), como ocurre en la familia de F.

Fase intermedia. Intervención individual. En esta fase se emplearon las **conversaciones de re-autoría y metáforas** con el objetivo de ampliar la percepción del consultante y fortalecer sus habilidades para la toma de decisiones y la resolución de conflictos. A través del **enfoque** se enfatizó la importancia de satisfacer su sentido de pertenencia hacia los padres, así como su necesidad de autonomía y diferenciación familiar. Mediante **conversaciones de re-membranza**, tomó consciencia de las relaciones significativas en su vida, entendiendo la relevancia de mejorar el funcionamiento familiar para alcanzar su autonomía, lo que justificó que, mediante la técnica de **reconexión**, se invitara a sus padres al proceso terapéutico.

Intervención familiar. Se aplicaron la **escenificación** y el **cuestionamiento de la realidad familiar** para promover en los padres la toma de consciencia sobre la comunicación inadecuada, la cohesión amalgamada y la limitada adaptabilidad presentes en sus interacciones tanto con el consultante como en el sistema familiar en general. Con **conversaciones de re-autoría** los padres reconstruyeron la historia de la relación con su hijo, reconociendo dificultades en la comunicación con su hijo, caracterizadas por una expresión inapropiada de afectos y un marcado distanciamiento emocional. A través del **enfoque e intensificación**, identificaron patrones de sobreprotección e inflexibilidad que obstaculizaban el desarrollo del hijo y la adaptación a sus nuevas necesidades.

Víñetas clínicas.

La intervención de la terapeuta permitió fortalecer la capacidad de autonomía del paciente:

F: “Yo entiendo que mis papás se preocupan por mí, pero también deben entender que pues estoy creciendo y tengo mi propia vida, que yo soy fuerte, me sé cuidar y puedo tomar mis propias decisiones...quisiera que entendieran eso y dejar de sentirme en una presa...los amo, pero también quiero ser libre” (*Viñeta 32, sesión 9*).

El trabajo terapéutico posibilitó a los padres tomar consciencia de la inadecuada comunicación, cohesión y adaptabilidad:

M: “La comunicación es muy escasa...me gustaría que nuestra relación con F. fuera más estrecha, con más comunicación...siento que hay mucha distancia entre nosotros...a veces es difícil aceptar que él está creciendo y necesita su espacio...por eso creo que a veces siente que lo sobreprotegemos, principalmente su papá que es muy paranoico, aunque entiendo que está mal ¿verdad?” (*Viñeta 33, sesión 10*).

La falta de habilidades familiares para mantener una comunicación adecuada, fomentar vínculos afectivos saludables y establecer límites claros y flexibles compromete el funcionamiento de la familia (Minuchin, 2003; Ramírez & Mercado, 2020; Rueda-Toro et al., 2024). Esta disfunción constituye un factor de riesgo que genera malestares físicos y emocionales en sus miembros y dificulta su desarrollo ante la insuficiente capacidad de la familia para atender a sus demandas (Rodríguez-Bustamante et al., 2022), asociándose además con dificultades para gestionar el secreto sobre la homosexualidad y aceptar la orientación sexual del miembro homosexual (Encinales, 2019; Pérez, 2005), como se observa en la familia de F.

Fase final. La implementación de **escenificaciones, tareas directas y conversaciones de re-autoría y que iluminan desenlaces extraordinarios** permitió a la familia identificar excepciones al problema y desarrollar estrategias que permitieran una comunicación acorde a las necesidades tanto de los padres como del hijo. Este proceso favoreció una mayor flexibilidad parental frente a las demandas del hijo. Como resultado, se fortalecieron la cercanía emocional, la cohesión y la

adaptabilidad en la relación filial. Además, los padres extendieron estas estrategias al resto de los hijos, lo que contribuyó a una mejora generalizada en la comunicación y el funcionamiento familiar mediante la **reestructuración y facetas fuertes**.

Viñetas clínicas.

Ante la intervención terapéutica, los padres mejoraron los canales de comunicación con su hijo, así como los niveles de cohesión y adaptabilidad:

P: “Creo que he tenido más acercamiento con F., noto que ya hay más confianza, más comunicación que no creí poder tener con él...me ha dado una lección de vida, hoy aprendí que paso a paso podemos llevar esto juntos y mejorar” (*Viñeta 34, sesión 19*).

F: “Yo siento que aparte de que mejoré la comunicación con ellos, sentí como un gran cambio en nuestra relación...antes no sentía nada de confianza de decirles cómo me sentía y ahora tengo esa sensación de apoyo de su parte” (*Viñeta 35, sesión 19*).

Esto permitió mejorar la comunicación con el resto de los miembros de la familia:

M: “Yo creo que efectivamente hemos tenido más comunicación como familia, ahorita estamos llevándonos muy bien, hay buena comunicación...mucho apoyo entre todos...incluso mi otro hijo comentó que las pláticas se sentían más amenas, más amables...las cosas más tranquilas” (*Viñeta 36, sesión 19*).

Una adecuada cohesión familiar favorece la unión e independencia de sus miembros, mientras que la adaptabilidad permite respuestas flexibles ante situaciones complejas y la comunicación efectiva fortalece la reciprocidad emocional (Font-Domínguez, 2025; Olson, 2000).

Estas condiciones incrementan la capacidad de la familia para enfrentar crisis, promoviendo el apoyo emocional (Araujo-Robles et al., 2021; Roa et al., 2023; Rueda-Toro et al., 2024) y un funcionamiento más saludable que garantiza el desarrollo integral de sus miembros al satisfacer sus necesidades (Font-Domínguez, 2025;

Rodríguez-Bustamante et al., 2022), lo que facilita la aceptación familiar de la homosexualidad (Encinales, 2019). Estos aspectos se evidenciaron en los testimonios de la familia.

El análisis del caso permite contestar a la pregunta de investigación establecida previamente: ¿Cómo ha impactado el secreto familiar sobre la homosexualidad del consultante en su desarrollo personal y en la dinámica familiar, así como la revelación de este en la forma en que vive su sexualidad?, evidenciando que dicho secreto limitaba la vivencia de una sexualidad abierta en el consultante, afectando su desarrollo, autonomía, individuación y diferenciación familiar, y exacerbando sus síntomas de ansiedad y depresión.

A nivel familiar dicho secreto generaba una triangulación entre el paciente identificado y sus padres, así como una comunicación evitativa y ofensiva, una expresión emocional deficiente y una estructura y funcionamiento relacional inadecuados, dando como resultado una dinámica familiar conflictiva.

No obstante, la apertura del secreto, lograda a través de la intervención sistémica, permitió que el consultante comenzara a vivir su sexualidad de una forma más integrada y abierta, fortaleciendo su identidad personal, su autoaceptación, su autonomía y su individuación familiar, así como la disminución de su sintomatología; avances favorecidos también por la mejora lograda en la dinámica familiar respecto a los aspectos disfuncionales identificados.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación corroboran el cumplimiento de los objetivos de investigación e intervención planteados. El objetivo de investigación se centró en analizar el impacto del secreto familiar relacionado con la identidad homosexual del consultante en su desarrollo personal y en la dinámica de su sistema familiar, así como identificar si las intervenciones terapéuticas sistémicas y narrativas facilitan su apertura con el propósito de favorecer una vivencia de la sexualidad más libre e integrada en el consultante.

Los hallazgos evidenciaron que el mantenimiento del secreto interfería de manera significativa en el desarrollo emocional, psicológico, sexual y social del consultante. Esta situación, además, generaba una constante triangulación entre él y sus padres, lo que obstaculizaba la expresión abierta de su sexualidad, intensificaba sus síntomas ansioso-depresivos y dificultaba su proceso de diferenciación familiar. Tales situaciones suelen observarse con frecuencia en personas homosexuales que carecen de apoyo familiar frente a su orientación sexual (Ceballos et al., 2021; García et al., 2018; Orcasita et al., 2020; Ospina et al., 2020; Pérez, 2005; Ruiz-Palomino et al., 2020).

Asimismo, que este secreto formaba parte de un patrón transgeneracional de secretos familiares nocivos relacionados con temas referentes a pérdidas, enfermedades físicas y mentales, sexualidad y abuso sexual, los cuales eran sostenidos por mitos conservadores y lealtades arraigadas tanto en los padres como en el hijo hacia sus respectivos progenitores. Esto propiciaba que aquello considerado “malo” – desde la narrativa de la familia- fuera ocultado con el propósito de preservar la homeostasis familiar (Mansilla, 2019; Sánchez & Escobar, 2018; Schutzenberger, 2023; Velarde & Ruano, 2021).

Todos estos secretos, principalmente el de la homosexualidad, favorecían una comunicación evitativa y agresiva, una expresión emocional limitada, una baja diferenciación y una estructura y dinámica disfuncional en la familia, lo que derivaba en un funcionamiento familiar inadecuado, situación frecuente en familias en las que se oculta o rechaza la homosexualidad de uno de sus miembros (Bowen, 1991; Ceballos et al., 2021; Encinales, 2019; Javier, 2022; Ospina et al., 2020; Pérez, 2005).

Con el propósito de identificar en qué medida las intervenciones terapéuticas contribuían a facilitar la apertura del secreto familiar relacionado con la homosexualidad del consultante para favorecer en este una vivencia de la sexualidad más libre e integrada, se establecieron tanto el objetivo general de intervención como los objetivos específicos de investigación e intervención, los cuales fueron articulados de manera complementaria para alcanzar dicho propósito.

Con base en estos, respecto al eje temático “dinámica familiar” la intervención favoreció logros significativos en torno a la categoría de análisis “estructura familiar”, posibilitando la modificación de las dinámicas familiares disfuncionales que sostenían al secreto, promoviendo una reestructuración clara y flexible de los límites y normas familiares, así como un reajuste en las funciones y roles de sus miembros. Este proceso favoreció que los padres asumieran su jerarquía de manera más equilibrada, facilitando la destriangulación del hijo y consolidando una estructura familiar más funcional. Los avances alcanzados evidencian el cumplimiento de los tres primeros objetivos específicos de la intervención y reafirman la importancia de reajustar las dinámicas familiares para reconstruir los vínculos entre padres e hijo tras la revelación del secreto (Encinales, 2019; Silva et al., 2019).

Asimismo, en cuanto a la categoría “funcionamiento familiar” se fortaleció la comunicación y la expresión emocional dentro de la familia, fomentando una cohesión y adaptabilidad más saludables en ella, lo que promovió interacciones basadas en la asertividad, honestidad y la escucha activa, en concordancia con el cuarto objetivo de

intervención. Este avance favorece un funcionamiento familiar más positivo y contribuye al fortalecimiento de los vínculos y del apoyo emocional entre sus integrantes (Araujo-Robles et al., 2021; Roa et al., 2023), lo cual incide positivamente en la aceptación familiar de la homosexualidad (Encinales, 2019; Pérez, 2005).

Por otra parte, en torno al eje “secretos familiares”, el abordaje terapéutico permitió el alcance de resultados importantes referentes a la categoría “mitos y lealtades familiares”, al fomentar en la familia el reconocimiento y la transformación de las creencias heteronormativas sustentadas en ideologías religiosas y las lealtades transgeneracionales que sostenían el secreto sobre la orientación sexual del consultante, ya que estas constituyen un factor determinante en el ocultamiento de la homosexualidad (Ceballos-Fernández, 2014; García et al., 2018; Granados & Aguilar, 2022; Mejía et al., 2020).

Como resultado, la homosexualidad del consultante dejó de mantenerse en secreto. No obstante, el fortalecimiento de la comunicación y expresión emocional en la familia no sólo permitió la apertura de este secreto, sino también facilitó la comunicación de otros secretos familiares, siendo un efecto colateral de la intervención realizada, aun cuando el secreto de interés para los fines de esta investigación fuese el primero. Esto resulta relevante, ya que contribuyó al debilitamiento de dinámicas de ocultamiento, evasión y silenciamiento en la familia, lo que promueve la reparación de vínculos, la comunicación, el apoyo emocional y la interrupción de patrones familiares nocivos (Sánchez & Escobar, 2008; Schützenberger, 2023; Velarde & Ruano, 2021). Con ello se verifica el cumplimiento del quinto objetivo de investigación.

La revelación de dicho secreto también propició avances importantes en torno a la categoría “ansiedad y depresión”, favoreciendo una disminución significativa de sus síntomas, produciendo como resultado un mayor bienestar emocional para el consultante, ya que la libre expresión de la identidad sexual constituye para los

jóvenes LGBTIQ+ un proceso que potencia la calidad de vida y promueve un ajuste psicológico positivo (Ceballos et al., 2021; Orcasita et al., 2020; Ospina et al., 2020).

Finalmente, referente al eje “identidad sexual”, la intervención evidenció el progreso alcanzado en la categoría “homosexualidad”, logrando en el consultante una mayor autoaceptación y expresión de su identidad, lo que favoreció su desarrollo personal, su individuación y diferenciación dentro del sistema familiar, reforzando su autonomía e identidad personal.

Paralelamente, respecto a la categoría “actitudes familiares hacia la homosexualidad”, se observó una mejora en las relaciones familiares, los padres mostraron una actitud de mayor aceptación y apoyo emocional hacia su hijo, fortaleciendo el vínculo familiar y posibilitando que este expresara abiertamente su identidad sexual y de género. Todos estos avances respaldan el cumplimiento del objetivo general de la intervención clínica. En este sentido, el reconocimiento y la validación familiar actúan como factores protectores que promueven la autoaceptación, una vivencia de la sexualidad sin ocultamientos y vínculos familiares menos conflictivos (Ceballos et al., 2021; Javier, 2022).

De esta manera, se constata que la intervención terapéutica facilitó la apertura del secreto familiar y que dicha revelación favoreció los procesos de destriangulación, individuación y diferenciación del consultante, la disminución de sus síntomas, la mejora en la dinámica familiar y el establecimiento de interacciones más funcionales. Estos resultados confirman el cumplimiento tanto del objetivo general, como de los específicos de investigación planteados. Con ello se resalta la relevancia del apoyo familiar como elemento fundamental para el bienestar emocional (Ceballos et al., 2021; Ceballos-Fernández, 2014; Ospina et al., 2020), corroborando que una mayor funcionalidad familiar contribuye a la aceptación de la homosexualidad (Encinales, 2019; Javier, 2022).

Los resultados permiten confirmar la hipótesis de investigación al evidenciar que el secreto familiar interfería en el desarrollo personal del consultante, contribuyendo a la intensificación de sus síntomas y a la disfuncionalidad dentro de la dinámica familiar. Asimismo, se valida la hipótesis terapéutica al demostrarse que la intervención sistémica favoreció la apertura del secreto, lo que a su vez redujo la sintomatología del paciente y promovió su autoaceptación y la expresión genuina de su identidad, junto con una mejora notable en las relaciones familiares.

Para obtener estos resultados, resultó valiosa la integración de los enfoques Transgeneracional, Estructural y Narrativo. El abordaje Transgeneracional permitió al consultante reconocer su malestar asociado al secreto familiar, así como a la familia identificar y deconstruir los mitos familiares que dieron origen a dicho secreto, tomando consciencia de las lealtades transgeneracionales a través de las cuales era sostenido.

Así, este enfoque enriqueció tanto la investigación como la intervención, al incorporar los fundamentos teóricos que explican la forma en que el síntoma del consultante es determinado por ciertos patrones de comportamiento-como los secretos familiares- que son transmitidos de generación en generación y que alteran el funcionamiento familiar (Bowen, 2010; Garibay, 2013). En consecuencia, se promovió en la familia una comunicación más asertiva y honesta, favoreciendo la apertura del secreto relacionado con la homosexualidad y la revelación de otros secretos familiares. Siguiendo lo planteado por Bowen (1991), se buscó fomentar la comunicación abierta como medio para reducir la presencia de secretos dañinos dentro del sistema familiar.

El modelo Estructural permitió la reestructuración de los elementos familiares afectados por la presencia del secreto, favoreciendo interacciones más funcionales que propiciaron la apertura de este, el fortalecimiento de la autonomía del paciente y la reducción de sus síntomas. Estos resultados coinciden con la teoría que plantea que la modificación de la estructura familiar puede transformar las experiencias compartidas y

conducir a la desaparición del síntoma (García, 2021; Minuchin, 2003; Minuchin & Fishman, 2004). Este enfoque fue beneficioso para la investigación e intervención, al posibilitar una comprensión profunda de las dinámicas familiares y proporcionar recursos técnicos que promovieron la mejoría del sistema y la remisión sintomática, reflejando la consolidación de una estructura familiar más flexible y adaptativa frente al cambio (Minuchin, 2003).

Finalmente, la integración técnica del modelo Narrativo permitió que el paciente resignificara su experiencia como persona homosexual e incorporara esta dimensión a su identidad personal, construyendo un relato identitario más favorable (Romero et al., 2013) y re-narrando su historia desde la separación del problema respecto de sí mismo (White, 2002). Asimismo, posibilitó que los padres resignificaran y aceptaran la orientación sexual de su hijo, transformando sus creencias conservadoras y promoviendo un mayor apoyo parental, lo cual evidencia un proceso de deconstrucción de verdades limitantes (White, 2002).

Además, la aplicación del modelo favoreció la expresión emocional y la intimidad familiar, al integrar la emoción como un componente activo y legítimo de la historia personal, sin recurrir a su represión (White, 2016). De este modo, este enfoque resultó valioso al permitir la externalización de los problemas, el reconocimiento de historias alternativas y la construcción de relatos que fortalecen la identidad personal, promoviendo la emergencia de nuevas narrativas capaces de transformar la percepción de la realidad (Araya, 2017; Castillo et al., 2012; White, 2002).

En conjunto, la integración de estos modelos posibilitó una comprensión más amplia y profunda del caso, lo que favoreció avances significativos, tales como la apertura del secreto familiar, la expresión de una sexualidad más abierta y una identidad más auténtica en el hijo y la disminución de sus síntomas, así como una comunicación y expresión emocional más asertivas dentro del sistema familiar, contribuyendo a una estructura, funcionamiento y dinámica familiar más saludables.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

Se analizó el impacto del secreto familiar relacionado con la homosexualidad de uno de sus integrantes sobre su desarrollo personal y sobre la dinámica del sistema familiar. Los resultados evidenciaron afectaciones significativas en ambas dimensiones: en el plano individual, el consultante presentaba dificultades para integrar su identidad sexual de manera abierta, acompañadas de síntomas de ansiedad y depresión; mientras que, en el plano familiar, se observaban patrones comunicacionales y emocionales deficientes, evitación de temas sensibles, una estructura familiar inadecuada y un funcionamiento centrado en la ocultación como mecanismo de preservación del equilibrio familiar.

A partir de esto, se diseñó una intervención clínica de enfoque sistémico-familiar, orientada a favorecer la apertura del secreto para promover un cambio positivo en el ámbito individual y familiar. La intervención facilitó en el consultante la posibilidad de asumir su orientación sexual sin ocultamientos, fortaleciendo su identidad, diferenciación familiar y desarrollo, así como la disminución significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva.

En el nivel relacional, se promovieron procesos de reestructuración del sistema familiar, el desarrollo de pautas comunicativas y emocionales más asertivas y la consolidación de un funcionamiento más flexible y adaptativo. Esto favoreció la aceptación familiar de la homosexualidad del consultante y la mejora de la dinámica familiar, provocando además como efecto adverso la apertura de otros secretos familiares previamente silenciados.

El abordaje terapéutico, desde una perspectiva sistémica, permitió intervenir en la complejidad relacional del caso al incluir a diversos miembros de la familia, lo que amplió la comprensión del síntoma y sus funciones dentro del sistema. El tratamiento de la homosexualidad del hijo como un secreto familiar adquirió una alta carga

emocional que, sin embargo, se convirtió en un punto de inflexión hacia la apertura, la validación y la transformación del sistema.

El caso confirma la utilidad de la Psicoterapia Sistémico-Familiar en el abordaje de problemáticas complejas vinculadas a la sexualidad y la identidad y abona a la evidencia científica respecto a intervenciones sistémicas aplicadas a contextos de disidencias sexuales, así como a investigaciones que consideren la diversidad sexual dentro de los modelos Transgeneracional y Estructural en el contexto mexicano, destacando además, la relevancia de integrar distintos modelos terapéuticos que favorezcan tanto el bienestar individual como la reconfiguración funcional de la familia.

Este estudio de caso constituye una aportación significativa para la práctica clínica e investigativa, al visibilizar las experiencias de las personas homosexuales, permitir una mayor comprensión del impacto que puede tener este tipo de secretos familiares y evidenciar cómo la intervención relacional posibilita la resignificación del secreto, la aceptación de la orientación sexual y la promoción del bienestar psicológico y familiar.

Como terapeuta, este caso representó un desafío significativo, pues al inicio me enfrenté a las limitaciones derivadas de una formación y experiencia clínica aún incipientes. Esto generaba en mí temor a cometer errores, temor que se intensificaba ante el reto de trabajar con una familia en su conjunto y no con un solo integrante. En consecuencia, adopté una postura directiva y rígida que, en un principio, pudo restringir la espontaneidad y la fluidez del proceso terapéutico. Con el paso del tiempo, la formación continua y la experiencia clínica fortalecieron mi seguridad profesional.

Asimismo, el profundizar en el conocimiento sobre la diversidad sexual y en la comprensión de las necesidades específicas de la familia me permitió reconocer la importancia de mantener una actitud flexible, empática y abierta. Esto facilitó la construcción de un vínculo terapéutico más sólido y la creación de un espacio seguro

e incluyente, aspectos que orientaron tanto mis intervenciones como la selección de técnicas dirigidas a promover cambios positivos en los consultantes.

De igual manera, la supervisión del caso por parte de terapeutas expertos y colegas resultó invaluable, ya que brindó orientación sobre el abordaje clínico y fortaleció en mí el sentido de autonomía y la responsabilidad ética. Todo este proceso contribuyó a mi propia deconstrucción como terapeuta, permitiéndome conectar emocionalmente conmigo misma y con la familia, sensibilizarme ante su historia y comprender que los verdaderos expertos en su vida son ellos. Mi papel, entonces, consiste en acompañarlos en la construcción conjunta de nuevas realidades. Los cambios alcanzados por la familia me llenan de orgullo y me reafirman el crecimiento personal y profesional que este proceso me ha permitido experimentar.

No obstante, se identificaron algunas limitaciones relevantes. En primer lugar, la falta de disponibilidad de tiempo por parte de algunos integrantes de la familia restringió la intervención a los padres y al hijo. La participación del resto de los miembros habría podido potenciar los cambios alcanzados y favorecer un abordaje más integral de la dinámica familiar. Esta limitación impidió el tratamiento de ciertos secretos vinculados con la privacidad de los miembros ausentes, los cuales no podían abordarse de manera ética sin su consentimiento explícito. Asimismo, no fue posible realizar sesiones de seguimiento debido a la disponibilidad del padre, lo que dificultó evaluar la utilidad del proceso terapéutico a largo plazo.

En cuanto a la integración del modelo Transgeneracional, a pesar de que resultó útil para comprender el impacto del secreto familiar al concebirlo como un patrón transmitido transgeneracionalmente en la familia, la escasez de técnicas terapéuticas que propone limitó la intervención desde este enfoque. Además, la postura neutral y no reactiva que promueve en el terapeuta puede dificultar la cercanía emocional con la familia.

De manera similar, la aplicación del modelo Estructural permitió un reajuste en la estructura familiar que favoreció interacciones más funcionales entre sus miembros y con ello, la apertura del secreto familiar. No obstante, presentó restricciones, ya que, aunque dicho modelo hace énfasis en el apoyo parental como parte de las funciones básicas de la familia, mantiene una orientación marcadamente directiva y centrada en la reorganización jerárquica, que puede hacer que la intervención se enfoque más en conductas y roles que en experiencias internas, limitando la exploración profunda de las emociones y significados personales, así como la capacidad de agencia. Dichas características pueden conducir a una intervención que podría considerarse superficial en contextos donde la elaboración emocional resulta esencial, como en este caso.

Otra limitación importante radica en la escases de investigaciones realizadas en México que aborden la homosexualidad desde los modelos Transgeneracional y Estructural, lo que complicó la intervención desde ambos enfoques y evidenció una brecha importante en la literatura científica al respecto, lo cual obstaculiza la apertura necesaria para trabajar con estas problemáticas de manera inclusiva.

Ante tales limitaciones, se optó por incorporar el enfoque Narrativo, el cual permitió adoptar una postura terapéutica colaborativa y empática que facilitó la expresión emocional dentro de la familia. Este modelo, ampliamente desarrollado en el trabajo con diversidad sexual, resultó especialmente valioso al ofrecer una perspectiva despatologizante que posibilita visibilizar y resignificar las experiencias de las personas con identidades sexuales diversas. Así, la intervención integró técnicas provenientes de los modelos Transgeneracional, Estructural y Narrativo.

Sin embargo, la conceptualización teórica del caso se sustentó principalmente en los modelos Transgeneracional y Estructural, debido a que el análisis en este estudio se centró en el secreto abordado como un patrón dañino transmitido transgeneracionalmente en la familia, así como en las dinámicas y estructuras internas familiares afectadas por dicho patrón, estableciendo objetivos de investigación acordes

con los planteamientos conceptuales de dichos modelos, en los que se retomaron elementos tales como los secretos familiares, la individuación y diferenciación, la destriangulación, la dinámica familiar, etc. Además, a lo largo de este trabajo se abordan las creencias y lealtades familiares, así como el funcionamiento familiar, los cuales son aspectos en los que ponen énfasis dichos modelos.

Esta conceptualización implicó que el enfoque Narrativo se incorporara de manera más técnica que teórica, dejando en segundo plano los supuestos epistemológicos que lo sustentan, ya que el modelo Narrativo no hace hincapié en analizar los patrones familiares transmitidos generacionalmente, ni en comprender o modificar las dinámicas y estructuras de la familia, sino en la exploración de la construcción identitaria de sus miembros a través de sus relatos. Aunado a ello, la intervención no se enfocó en la influencia del poder y los discursos sociales alrededor del paciente, se centró en la familia más que en los distintos grupos a los que pertenece el individuo y no se contó con la participación de un equipo reflexivo durante las sesiones, los cuales constituyen elementos centrales en la práctica narrativa.

Otro aspecto por considerar fue la estructura metodológica requerida en este trabajo, así como los cambios continuos a los que fue sometido, incluyendo la aplicación de instrumentos psicométricos y la elaboración de psicodiagnósticos. Estos requerimientos contrastan con los principios de la terapia familiar, especialmente con los postulados de la intervención narrativa. Aunque este enfoque no se reflejó plenamente en la construcción teórica del caso, tuvo una presencia significativa en la práctica clínica, evidenciada en la definición de algunos de los objetivos terapéuticos, convirtiéndose en el eje articulador del proceso terapéutico, al ofrecer estrategias acordes con las necesidades de la familia.

De este modo, la integración teórica de los enfoques Transgeneracional y Estructural permitió la comprensión y formulación del caso, mientras que la combinación técnica de estos con el modelo Narrativo posibilitó un abordaje integral

que promovió en la familia una narrativa más resiliente y favoreció los avances previamente descritos.

Finalmente, se proponen diversas líneas de investigación futura. Entre ellas, la inclusión de todos los miembros del sistema familiar con el propósito de abordar los secretos familiares desde una perspectiva más holística, como el de la homosexualidad de un integrante; la aplicación de intervenciones similares en poblaciones más amplias que permitan establecer generalizaciones empíricas; así como continuar desarrollando intervenciones terapéuticas en México basadas en los modelos Transgeneracional y Estructural que integren de manera explícita la perspectiva de la diversidad sexual.

Asimismo, se recomienda fortalecer la integración teórica del modelo Narrativo para favorecer transformaciones más profundas y sostenibles en las familias, así como promover la formación de terapeutas en temáticas de diversidad sexual y derechos humanos. Este tipo de capacitaciones contribuiría a consolidar una práctica clínica más empática, ética e inclusiva, orientada a garantizar espacios terapéuticos de respeto, contención y reconocimiento para las personas LGBTIQ+ y sus familias, históricamente vulneradas e incluso marginadas en los contextos de atención psicológica.

REFERENCIAS

- Abiuso, M. & López, J. (2024). *Perspectiva de género*.
<https://share.google/hKgJ2e4mKfLxB1vCt>
- Ackerman, N. W. (Ed.). (1970). *Family process: Selected papers from Family Process, 1962–1970*. Basic Books.
- Alarcón de Soler, M. (2007). Secretos familiares y sus marcas en la subjetividad. *Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, (1), 139-154,
<https://share.google/P2LGcDrX5D1pzuada>
- Alcántara, E. (2013). Identidad sexual/rol de género. *Debate feminista*, 47, 172-201,
[https://doi.org/10.1016/S0188-9478\(16\)30073-1](https://doi.org/10.1016/S0188-9478(16)30073-1)
- Álvarez, A. A. (2006). *Estudio de casos. Selección de lecturas*. Editorial Félix Varela.
<https://es.scribd.com/document/411935080/ESTUDIO-DE-CASO-SELECCION-DE-LECTURA>
- Andolfi, M. (1991). *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. (Trad. Prieto, E.). Editorial Paidós. (Obra original publicada en 1977).
<https://share.google/FtLBP8UQ85tbSLr9I>
- Araya, P. (2017). *Desde un proceso terapéutico hacia una mirada onto-política en psicoterapia: estudio de caso de la validación de la homosexualidad desde la intervención del modelo sistémico centrado en narrativas* [Tesis de Maestría, Universidad de Valparaíso].
<https://repositoriobibliotecas.uv.cl/items/b706b6c8-0412-48e7-9a9a-020b1de83b2d>
- Araujo-Robles, E. D., Díaz, M. & Díaz, J. Y. (2021). Dinámica familiar en tiempos de pandemia (COVID-19): comunicación entre padres e hijos adolescentes

- universitarios. *Revista Venezolana de Gerencia*, 26(95), 610-624,
<https://www.redalyc.org/journal/290/29069613009/html/>
- Arbeláez, L. P. (2017). *El síntoma como metáfora co-creada en el sistema familiar*.
Revista Poiésis, (32), 158-168,
<https://doi.org/10.21501/16920945.2308>
- Ardila, R. (2008). *Homosexualidad y psicología* (2ª ed.). Manual Moderno.
<https://share.google/y7JvfnD0EZFOCFUuc>
- Arévalo, M., Lizama, C. & Sanhueza, L. (2011). Revelación de homosexualidad de un hijo y reconstrucción del vínculo parento-filial. *Revista Perspectivas*, (22), 105-117,
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8229423>
- Barnés, H. L., & Olson, D. H. (1982). *Parent-adolescent communication scale*. En D. H. Olson, H. I. McCubbin, H. L. Barnes, A. S. Larsen, M. J. Muxen, & M. A. Wilson (Eds.), *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle* (pp. 33–48). University of Minnesota.
- Barreras-Miranda, M. I., Muñoz-Cortés, G., Pérez-Flores, L. M., Gómez-Alonso, C., Fulgencio-Juárez, M. & Estrada-Andrade, M.E. (2022). Desarrollo y validación del Instrumento FF para evaluar el funcionamiento familiar. *Atención Familiar*, 29(2), 72-78,
<http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.2.82028>
- Beauvoir, S. (2016). *El segundo sexo* (Trad. Martorell, A.). Epublibre. (Trabajo original publicado en 1949).
- Ben, E. & Zurbriggen, E.L. (2022). *Queer theory and psychology* [Teoría queer y psicología]. Springer.

- Benítez, J. L. (2010). Protocolo de registro escrito de sesiones de psicoterapia individual. *Apuntes de Psicología*, 28(1), 65-82,
<https://doi.org/10.55414/3ttz1105>
- Bermúdez, C. & Brik, E. (2010). *Terapia familiar sistémica. Aspectos teóricos y aplicación práctica*. Editorial Síntesis.
<https://share.google/WYd4qRAaDI7adYtB8>
- Bermúdez, P. (2019). *Función del paciente identificado en los sistemas familiares*. Editorial Académica Española.
<https://share.google/bmz4mpC8Jh3LyC7oX>
- Bernal, C. A. (2010). *Metodología de la investigación* (3ª ed.). Pearson.
<https://share.google/bEPmC2Ks917u9Czcr>
- Bertalanffy, L. V. (1976). *Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones* (Trad. Almela, J.). Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1968).
<https://share.google/Gxbrfvh7cwLSWOXiT>
- Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Editorial Paidós.
- Borrell i Carrió, F. (2004). *Entrevista clínica: Manual de estrategias prácticas*. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
https://books.google.com/books/about/Entrevista_cl%C3%ADnica.html?id=GQFGPwAACAAJ
- Boszormenyi-Nagy, I. & Spark, G. (1994). *Lealtades invisibles. Reciprocidad en terapia intergeneracional* (Trad. Pardal, I.). Editorial Ammorortu. (Trabajo original publicado en 1973).
<https://share.google/7PFIsG0uWbbCAFnFF>

- Bowen, M. (2010). *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar* (Trad. Anastasi, B.). Paidós. (Trabajo original publicado en 1979).
<https://share.google/kK3H4eBUrAbbTqHW>
- Bowen, M. (1991). *La terapia familiar en la práctica clínica* (Vol. 2). *Fundamentos teóricos* (Trad. Corral, F.). Desclee de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1978).
<https://pdfcoffee.com/download/la-terapia-familiar-en-la-practica-clinica-volumen-ii-bowen-murray-3-pdf-free.html>
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Calderón, G. (1997). Un cuestionario para simplificar el diagnóstico del síndrome depresivo. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 60, 127-135,
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/download/1406/1435>
- Campos, G. (2021). *Exclusión social, ansiedad y depresión en personas lesbianas, gays y bisexuales* [Tesis de Licenciatura, Universidad de Sonora].
<http://www.repositorioinstitucional.unison.mx/handle/20.500.12984/8397>
- Carr, A. (2019). *Family therapy and systemic practice: Research and clinical perspectives*. University Press of America.
- Carmona, E., Zapata, M. & López, S. E. (2019). Familia multiespecie, significados e influencia de la mascota en la familia. *Palobra*, 19(1), 77-90,
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7461158>
- Castillo, I., Ledo, H. I. & Del Pino, Y. (2012). Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico. *Norte de Salud Mental*, 10(42), 59-66,
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3910979>

- Caumba, N. & Zazueta, N. S. (2021). Relaciones familiares y salud mental en estudiantes de psicología. *Revista Dilemas Contemporáneos. Educación, Política y Valores*, 8(18), 1-16,
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78902021000300018
- Ceballos, A. K, Zambrano, C. A., Villalobos, F. H. & Guerrero, S. N. (2021). Reconocimiento de la homosexualidad, apoyo social, depresión e ideación suicida en personas homosexuales. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 13(1), 1-19,
<https://doi.org/10.17533/udea.rp.e342120>
- Ceballos-Fernández, M. (2014). Identidad homosexual y contexto familiar heteroparental: implicaciones educativas para la subversión social. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(2), 643-658,
<https://ru.dgb.unam.mx/items/9f330274-978d-4c4b-8ceb-3fc6acf81380>
- Celis, R. (2019). *Constructivismo y construccionismo en psicoterapia: una tensión necesaria para el desarrollo de la terapia sistémica* [Tesis de Doctorado, Universidad de Flores].
<https://repositorio.uflo.edu.ar/bitstreams/535affd8-a7ad-4389-9a34-6ebf67484cd9/download>
- Chacón, F. & Chacón, A. (2015). Hogar y familia: corrientes interpretativas y realidades sociales. *Revista de Demografía Histórica*, 33(2), 29-63,
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5367775>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2018). *Diversidad sexual y derechos humanos*.
<https://share.google/mEYcN3iTLimtGO0hu>

- Consejo Mexicano de Psicoanálisis y Psicoterapia. (2011). Código ético de psicoanalistas y psicoterapeutas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(2), 221-226,
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6540921>
- Consejo Nacional Para Prevenir La Discriminación. (2016). *Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales*.
<https://share.google/mcqLmMqQ6tGhcMKla>
- Coppari, N., Arcondo, G., Bagnoli, L., Cháves, M., Corvalán, M., Enciso, A., Melgarejo, K. & Rodríguez, X. (2014). Prejuicio y distancia social hacia la homosexualidad en universitarios de psicología de Paraguay. *Salud y Sociedad*, 5(3), 240-252,
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6755283>
- Córdova, H. (2020). Hacia un breve glosario queer: algunas nociones acerca del género, la sexualidad y la teoría queer. *Revista Colombiana de Humanidades*, 52(96), 95-111,
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7387676>
- Desmet, M., Meganck, R., Seybert, C., Willemsen, J., Van Camp, I. & Inslegers, R. (2017). Clinical case studies in psychoanalytic and psychodynamic treatment. *Frontiers in Psychology*, 8, 108,
<https://doi.org/10.3389/FPSYG.2017.00108>
- Díaz, I. (1994). *Técnica de la entrevista psicodinámica*. Pax México.
<https://share.google/Xfij3rwqL7Yx7Saf1>
- Durán, M. M. (2012). El estudio de caso en la investigación cualitativa. *Revista Nacional de Administración*, 3(1), 121-134,
<https://doi.org/10.22458/rna.v3i1.477>

- Durkheim, É. (2012). *La división del trabajo social* (Trad. Posada, C.). Minerva Ediciones. (Trabajo original publicado en 1893).
<https://archive.org/details/emile-durkheim-la-division-del-trabajo-social-siglo-xxi-2012>
- Encinales, K. M. (2019). *Ajuste, crisis y adaptación del sistema familiar ante la homosexualidad de uno de sus miembros* [Tesis de Maestría, Universidad Pontificia Bolivariana].
<http://hdl.handle.net/20.500.11912/8417>
- Engels, F. (1884). *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. Editorial Progreso.
<https://share.google/34raVkbVVOHzIUgt8>
- Estupiñán, J., Hernández, A. & Serna, A. (2016). *Transformación de la subjetividad en la terapia sistémica*. Ediciones UTSA.
<https://es.scribd.com/document/534003225/Hernandez-y-Estupinana-Transformacion-subjetividad-psicoterapia>
- Feixas, G. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Paidós.
<https://share.google/wIDvGNDke9FPy8dD3>
- Flores, M. R., Navarrete, C. A. & Araiza, C. T. (2024). Relación de la variable de funcionalidad familiar y salud mental de los estudiantes de la Unidad Académica de Bahía de Banderas, Universidad Autónoma de Nayarit, México. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 11(3), 1-23,
<https://dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/4156>

- Fonseca, C. & Quintero, M. L. (2009). La teoría queer: la de-construcción de las sexualidades periféricas. *Sociológica*, 24(69), 43-60,
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305024672003>
- Font-Domínguez, M., Anido-Borjas, E. & Caballero-Velázquez, E. (2025). La comunicación positiva como valor social en el trabajo del enfermero con el adulto mayor. *Revista Episteme & Praxis*, 3(1), 76-84,
<https://epistemeypraxis.org/index.php/revista/article/view/77/220>
- Garibay, S. (2013). *Enfoque sistémico. Una introducción a la psicoterapia familiar* (2ª ed.). Manual Moderno.
- García, A. L. (2021). *Caso clínico: abordaje sistémico estructural en una familia disfuncional* [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional Federico Villareal].
https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/9348/garcia_ral.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- García, G., Correa, R., Forno, L., Díaz, V. & Téllez, M. (2018). Diversidad sexual, adolescencia y familia. *Revista de Familias y Terapias*, 27(45), 39-51,
<https://doi.org/10.29260/DFYT.2018.45>
- García, H. D. & Fantin, M. B. (2012). Integración en psicoterapia, consideraciones para el desarrollo de un modelo metateórico. *Interamerican Journal of Psychology*, 46(3), 447-457,
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28425871013>
- Gomes, P. C. (2023). La geografía de la visibilidad: consideraciones teórico-metodológicas para observar los espacios públicos. *Estudios Geográficos*, 70(1), 1-2,
<https://doi.org/10.5565/rev/dag.885>

- Gómez-Gamero, M. E. (2020). Problemas psicosociales que viven los estudiantes con orientación homosexual y bisexual de la ESAc. *DIVULGARE, Boletín Científico De La Escuela Superior De Actopan*, 7(13), 36-47,
<https://doi.org/10.29057/esa.v7i13.5252>
- Gómez-Lamont, M. F. & Bermúdez, J. (2023). *La terapia familiar sistémica y el pensamiento de tercer orden*. Editorial LEED.
<https://share.google/eVdaEC60S9qqUZitN>
- Gómez, M., Hurtado-Murillo, F., Modrego, I. & Morillas, C. (2020). Identidad de género e identidad sexual: a veces coincidentes, pero no siempre lo mismo. *Revista desexología*, 9(2), 5-7,
<https://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb378a8e080017a136f94b1061a>
- González, S. & Campillo, M. (2011). Análisis de las intervenciones en la terapia narrativa: a través de los mapas de las conversaciones. *Revista de Psicología*, 1-54,
<https://share.google/u8L8plibr0hwvt5LZ>
- Granados-Cosme, J. A. & Delgado-Sánchez, G. (2008). Identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gays en México: recreando la experiencia homosexual. *Cuadernos de Salud Pública*, 24(5), 1042-1050,
<https://www.scielosp.org/article/csp/2008.v24n5/1042-1050/>
- Granados, J. A. & Aguilar, L. R. (2022). Cultura, emociones y salud mental en varones gays en México. *Género y salud en cifras*, 20(3), 6-19,
<https://share.google/juZ3WPHzRKT4lvjEI>
- Guereca, R., Blásquez, L. y López, I. (2016). *Guía para la investigación cualitativa: etnografía, estudio de caso e historia de vida*. Universidad Autónoma Metropolitana.

- Guzmán-González, J. I., Núñez-Iñiguez, L. Y. & Bonilla-Teoyot, C. I. (2025). La homofobia interiorizada como posible recurso de compensación cultural en una sociedad machista. *Boletín Científico De La Escuela Superior Atotonilco De Tula*, 12(23), 7-15,
<https://doi.org/10.29057/esat.v12i23.12774>
- Herd, G. & Koff, B. (2002). *Gestión familiar de la homosexualidad*. Ediciones Ballaterra.
- Herrera, C. (2016). Sexualidad queer: gente “rara” y amores diversos. *Revista del Instituto de la Juventud Mexicana*, 4(111), 57-74,
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5745599>
- Herrera, J.I., Guevara, G. M. & Harold, M. (2015). Los diseños y estrategias para los estudios cualitativos. Un acercamiento teórico-metodológico. *Gaceta Médica Espirituana*, 17(2), 1-15,
https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1015/html_49
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). Mc Graw Hill. Education.
<https://share.google/RQVxFxu8eHw6hIF1Y>
- Hines, S. (2019). *¿Es fluido el género?* (Trad. Anton, A.). Blume. (Trabajo original publicado en 2018).
<https://es.scribd.com/document/516500158/Sally-Hines-Es-Fluido-El-Genero>
- Hoffman, L. (1992). *Fundamentos de la terapia familiar* (2ª ed.). Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Imber-Black, E. (1999). *La vida secreta de las familias. Verdad, privacidad y reconciliación en una sociedad del “decirlo todo”* (Trad. Tirrota, V.). Gedisa. (Trabajo original publicado en 1998).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). *Estadísticas a propósito del día internacional del orgullo LGBTI+*.

<https://share.google/kG8iDTqvHdLa6eRLW>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). *Estadísticas a propósito del día internacional del orgullo LGBTI+*.

<https://share.google/ePaJ5G7ZIH0bLzYjM>

Instituto Navarro para la Igualdad. (2020). *Guía básica sobre diversidad sexual y de género*.

<https://educagenero.org/guia-basica-sobre-diversidad-sexual-y-de-genero>

Iruete, P., Guatrochi, M., Pacheco, S. & Delfederico, F. (2020). Nuevas configuraciones familiares: tipos de familia, funciones y estructura familiar. *Redes*, (41), 9-18,

<https://www.redesdigital.com/index.php/redes/article/view/44>

Javier, V. W. (2022). *Actitudes, familia y homosexualidad: un análisis cualitativo desde la psicología* [Tesis de Licenciatura, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla].

<https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstreams/7e57c414-1afa-44ac-9eaa-b525e155c6b9/download>

Karpel, M. A. (1980). Family secrets: I. Conceptual and ethical issues in the relational context. II. Ethical and practical considerations in therapeutic management. *Family Process*, 19(3), 295–306,

<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1980.00295.x>

Limón, G. (2005). *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas*. Editorial Pax México.

<https://es.scribd.com/document/326202166/Terapias-Posmodernas-Limon>

- López, A. M. (2021). *Psicoterapia integrativa en edad preescolar para la atención de sintomatología externalizada* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de México].
<https://ru.dgb.unam.mx/items/d216dc69-4eac-41b2-b6e8-8679b9cb2eda>
- López, F. (2017). Homosexualidad. *Pediatría Integral*, 21(5), 350-356,
<https://share.google/McB1usFqN1De8ttCs>
- López, W. O. (2013). El estudio de casos: una vertiente para la investigación educativa. *Educare. La Revista Venezolana de Educación*, 17(56), 139-144,
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6417998>
- Lozano-Verduzco, I. (2017). *Efectos de la homofobia internalizada en la salud mental y sexual de hombres gay en la Ciudad de México*. Gobierno de México.
<https://share.google/VBuS9HmkkNV0qfsMu>
- Lozano-Verduzco, I. & Padilla-Gámez, N. (2023). Salir del clóset desde la perspectiva sistémica: un estudio de caso. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 34(1), 76-90,
<https://doi.org/10.55611/rep.3401.06>
- Mansilla, F. (2019, 1 al 12 de abril). *Aproximación a los secretos familiares* [Discurso principal presentado en el XX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental]. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/aproximacion-a-los-secretos-familiares>
- Mateos, J. (2024). Lenguaje y género no binarios. *Revista de Estudios Interdisciplinarios LGBTIA+ y Queer*, 1(1), 317-348,
<https://doi.org/10.24197/mcreilq.1.2024.317-348>
- McGoldrick, M., Gerson, R., & Petry, S. (2008). *Genograms: Assessment and Intervention*. W. W. Norton & Company.

- Mejía, P., Matías, I. & Moreira, N. (2020). Construcciones sociales juveniles frente a la diversidad sexual. *Ehquidad: La Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social*, (14), 255-292,
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=672174479010>
- Ministerio de Igualdad. (2022). *Estudios sobre las necesidades y demandas de las personas no binarias en España*.
<https://www.igualdad.gob.es/estudio-sobre-las-necesidades-y-demandas-de-las-personas-no-binarias-en-espana/>
- Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar* (8ª ed.) (Trad. Fichman, V.). Editorial Gedisa. (Trabajo original publicado en 1974).
- Minuchin, S. & Fishman, C. (2004). *Técnicas de terapia familiar* (Trad. Eicheverry, J.). Editorial Paidós. (Trabajo original publicado en 1981)
- Montalvo, J., Espinosa, M. R. & Pérez, A. (2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Alternativas en Psicología*, 17(28), 73-91,
<http://alternativas.me/attachments/article/37/7.%20An%C3%A1lisis%20del%20ciclo%20vital,%20de%20la%20estructura%20familiar%20y%20principales%20proble%7E.pdf>
- Montoya-Gaxiola, L. D. & Corona-Figueroa, B. A. (2021). Dinámica familiar y bienestar subjetivo en adolescentes: su asociación y factores protectores. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3(1), 59-77,
<https://revistacneipne.org/index.php/cneip/article/view/109>
- Mora, R. J. & Párraga, B. A. (2022). *Orientación sexual y aceptación familiar en los adolescentes de la ciudadela Los Sauces del Cantón Urdaneta*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo].
<http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/13649>

Moreno, A. (ED.). (2014). *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención* (2ª ed.). Desclée de Brouwer.

<https://share.google/jji65EkqOvc9VRgFN>

Muñiz-Velázquez, J. A. (2016). *Comunicación positiva: comunicar para ser y hacernos felices*. Ediciones Universidad de San Jorge.

<https://repositorio.ulozola.es/bitstream/handle/20.500.12412/474/Comunicaci%C3%B3n%20positiva.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Naciones Unidas. (2013). *Orientación sexual e identidad de género en el derecho internacional de los derechos humanos*.

<https://acnudh.org/orientacion-sexual-e-identidad-de-genero-en-el-derecho-internacional-de-los-derechos-humanos/>

Nichols, M. P., & Davis, S. D. (2020). *Family Therapy: Concepts and Methods*. Pearson.

Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Editorial Herder.

<https://share.google/MJzK4ZohKDnAVOYoH>

Orcasita, L. T., Sevilla, T. M., Acevedo-Velasco, V. E., Montenegro, J. L., Tamayo, M. C. & Rueda-Toro, J. S. (2020). Apoyo social familiar para el bienestar de hijos gays e hijas lesbianas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 18(2), 1-23,

<http://dx.doi.org/10.11600/1692715x.18205>

Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144–167,

<https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (2003).

La familia y la salud.

<https://share.google/nSFjF87inIjiTC0Er>

Ortiz, D. (2008). *La terapia familiar sistémica*. Ediciones Abya-Yala.

<https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/6096>

Ortiz, L. K. & Sánchez, A. S. (2020). *Dinámica familiar, estado emocional y psicológico de un hijo homosexual desde la salud mental: un estudio de caso* [Tesis de Licenciatura, Universidad de Pamplona].

<http://repositoriodspace.unipamplona.edu.co/jspui/handle/20.500.12744/3867>

Osses, S., Sánchez, I. & Ibáñez, F. M. (2006). Investigación cualitativa en educación: hacia la generación de teoría a través del proceso analítico. *Estudios Pedagógicos*, 32(1), 119-133,

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=173514132007>

Ospina, M., Carmona, C. & Mogollón, M. P. (2020). *Familia y diversidades sexuales: caminos para seguir construyendo*. Universidad Católica de Pereira.

<https://editorial.ucp.edu.co/omp/index.php/e-books/catalog/book/22>

Padrós, F., Hurtado, D. & Martínez, M.P. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala Generalized Anxiety Disorder Inventory (GADI) para la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada en México. *Ansiedad y Estrés*, 25, 85-90,

<https://www.elsevier.es/es-revista-ansiedad-estres-242-articulo-propiedades-psicometricas-escala-generalized-anxiety-S1134793719300491>

Pedrazzoli, M. I. & Samanes, G. C. (2011). *Homosexualidad: un asunto de familia.*

Transformaciones en las representaciones y vínculos al interior del núcleo familiar [Discurso principal]. VI Jornadas de Jóvenes Investigadores. Buenos Aires. <https://share.google/3wS3PBvcplAOVnGwD>

- Pereira, R. (2023). *Manual de terapia familiar sistémica. Las bases de la terapia familiar*. Morata.
- Pérez, B. (2005). *Homosexualidad, Secreto y Familia*. Egales Editorial.
<https://es.scribd.com/document/397538249/Homosexualidad-Secreto-y-Familia>
- Perpiñá, C., Montoya-Castilla, I., & Valero-Moreno, S. (2022). *Manual de la entrevista psicológica: Saber escuchar, saber preguntar* (2.ª ed.). Ediciones Pirámide.
<https://www.axon.es/ficha/libros/9788436846539/manual-de-la-entrevista-psicologica-saber-escuchar-saber-preguntar>
- Pichardo, J. I. (2009). *Entender la diversidad familiar. Relaciones homosexuales y nuevos modelos de familia*. Ediciones Bellaterra.
- Pincus, L., & Dare, C. (1982). *Secretos en la familia: Terapia familiar* (Trad. Huneus, F.). Cuatro Vientos Editorial. (Trabajo original publicado en 1978).
<https://es.scribd.com/document/376977834/Secretos-en-La-Familia-Terapia-Familiar>
- Pinillos, M. A. (2020). Configuración de la familia en su diversidad. *El Ágora USB*, 20(1), 275-288,
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7367537>
- Pote, H., Stratton, P., Cottrell, D., Boston, P., Shapiro, D. & Hanks, H. (2008). *Manual de Terapia Familiar Sistémica* (Trad. Otero, I.). Hospital Militar de Santiago. (Trabajo original publicado en 2004).
<https://share.google/yCS1MbnEok20jifWg>
- Pubill, M. J. (2018). *Herramientas de terapia familiar*. Editorial Paidós.
- Ramírez, E. & Mercado, R. (2020). Relación entre funcionamiento familiar e identidad sexual en estudiantes adolescentes de instituciones educativas de Lima.

Revista Científica de Ciencias de la Salud, 13(1), 24-31,

<https://doi.org/10.17162/rccs.v13i1.1342>

Roa, K., Rodríguez, J. I. & Aponte, S. M. (2023). Instrumentos de evaluación de la funcionalidad familiar: una revisión integrativa. *Revista Cultura del Cuidado Enfermería*, 20(1), 30-46,

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9127356>

Rocha, T. E. (2009). Desarrollo de la identidad de género desde una perspectiva psico-socio-cultural: un recorrido conceptual. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 250-259,

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28412891006>

Rodríguez-Bustamante, P., Báez-Hernández, F. J., Nava-Navarro, V., Morales-Nieto, A., Zenteno-López, M. Á., & Rodríguez-Bustamante, K. A. (2022).

Funcionalidad familiar: hombres que tienen sexo con hombres y sexo solo con mujeres. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 20(1), 1-16,

<https://dx.doi.org/10.11600/rlcsnj.20.1.4353>

Rodríguez-Bustamante, P., Mayorquin-Muñoz, C. J., Báez-Hernández, F.J., Nava-Navarro, V. & Rico-Pérez, E. (2019). Respuesta familiar ante la revelación de la orientación sexual, desde el discurso de hombres homosexuales. *Enfermería Universitaria*, 16(3), 240-248,

<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.690>

Rodríguez, A. (2023). *Homosexualidad y familia: estrategias de adaptabilidad y dinámicas familiares* [Tesis de Licenciatura, Universidad Externado de Colombia].

<https://bdigital.uexternado.edu.co/entities/publication/bc531f73-efbe-416c-afd5-30269a01ee26>

- Rodríguez, C. (2015). Secreto transgeneracional, trauma y paradoja. *Vincularte. Revista Clínica y Psicosocial*, 1(1), 85-98,
<https://revistavincularte.cl/index.php/ojs/article/view/72/59>
- Romero, J. A., Rey, A. M. & Fonseca, J. C. (2013). Construcción narrativa de relatos identitarios que favorecen la resiliencia en jóvenes con orientación homosexual. *Hallazgos*, 10(19), 133-148,
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835217008>
- Romero, S. I. (2016). *Discurso de rechazo o resistencia hacia la homosexualidad* [Tesis de Maestría, Universidad de Chile].
<https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/145763/Discurso%20de%20rechazo%20o%20resistencia%20hacia%20la%20homosexualidad.pdf?sequence=1>
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270,
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>
- Rueda-Toro, J., Muñoz-Guerrero, L., Soto-Vergara, A. & Orcasita-Pineda, L. (2024). Comunicación familiar en el proceso de revelación de la orientación sexual de hijos gays e hijas lesbianas. *Revista de Psicología*, 42(2), 844-869,
<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/29111>
- Rueda, M., Sigala-Paparella, L. & Armas, W. (2023). Análisis cualitativo por categorías a priori: reducción de datos para estudios gerenciales. *Ciencia y Sociedad*, 48(2),
<https://doi.org/10.22206/cys.2023.v48i2.pp83-96>
- Ruiz-Palomino, E., Ballester-Arnal, F., Gil-Llario, M. D., Giménez-García, C. & Nebot-García, J. E. (2020). Orientación sexual y salud mental en jóvenes

- universitarios españoles. *INFAD Revista de Psicología*, 1(1), 199-206,
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349863388020>
- Ruiz, Z. A. (1981). *Terapia familiar. Teorías y técnicas*. Universidad Nacional de Pedro Henríquez Ureña.
- Sánchez, A. & Zohn, T. C. (2019). El caso Emmy von N. Entre la mirada clínica y los juegos del lenguaje. *Clínica e Investigación Relacional*, 13(2), 477-499,
<https://rei.iteso.mx/items/923d4a12-9ae2-404c-b32c-72e179193c2b>
- Sánchez, J., Tapia, E., & Méndez, J. A. (2024). *Métodos y técnicas de investigación en contextos de alta vulnerabilidad político-social*. Clacso.
<https://share.google/pGHOyQFmFpG7NdbHC>
- Sánchez, L. M. & Escobar, M. C. (2018). *Mitos y secretos familiares*. Universidad del Valle.
<https://share.google/l3S1RpiJgYcOKyn9x>
- Sánchez, L. M. & Escobar, M. C. (2008). Secreto nocivo y diferenciación. *Revista de Trabajo Social e Intervención*, (13), 69-88,
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5857423>
- Schutzenberger, A. (2023). *¡Ay, mis ancestros!* (Trad. Martínez, M.). Taurus. (Trabajo original publicado en 1988).
- Secretaría de Salud (2015, 20 de agosto). *¿Qué es la adolescencia?* Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/salud/articulos/que-es-la-adolescencia>
- Secretaría de Salud (2024, 17 de mayo). *Día Nacional contra homofobia, lesbofobia, transfobia y bifobia, oportunidad para impulsar derechos humanos de la comunidad LGTBTTIQ+*. Gobierno de México.
<https://www.gob.mx/salud/prensa/185-dia-nacional-contra-homofobia->

[lesbofobia-transfobia-y-bifobia-oportunidad-para-impulsar-derechos-humanos-de-la-comunidad-lgbt](#)

Secretaría de Salud (2012a). *NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico*. Diario Oficial de la Federación.

https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787

Secretaría de Salud (2012b). *NOM-024-SSA3-2010, Sistemas de información de registro electrónico para la salud*. Diario Oficial de la Federación.

https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280847&fecha=30/11/2012

Seguel-Arriaga, A. & Vera-Sagredo, A. (2023). Identidad sexual: configuraciones de significado desde discursos activos y prescriptivos del cuerpo académico. *Relieve*, 29(1), 1-18,

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9004166>

Selvini, M. (1996). Secretos familiares: cuando el paciente no sabe. *Vincularte. Revista Clínica y Psicosocial*, 7(7), 3-18,

<https://revistavincularte.cl/index.php/ojs/article/view/23>

Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A.M. (1991). *Los juegos psicóticos en la familia*. Paidós.

https://www.academia.edu/26811961/LOS_JUEGOS_PSICOTICOS_EN_LA_FAMILIA

Sherman, R. & Fredman, N. (1996). *Manual de técnicas estructurales en terapia matrimonial y familiar*. Universidad de Queens.

Silva, B. E., Díaz, E. G. & Sandoval, K. I. (2019). Efectos en las emociones y sucesos vitales ante la revelación de homosexuales a la familia. *Alternativas psicología*, (43), 32-46,

<https://alternativas.me/efectos-en-las-emociones-y-sucesos-vitales-ante-la-revelacion-de-homosexuales-a-la-familia/>

Simons, H. (2011). *El estudio de caso: teoría y práctica*. Ediciones Morata.

<https://books.google.com.pe/books?id=WZxyAgAAQBAJ&printsec=frontcover>

Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo* (4ª ed.). Trillas.

Solís, F. (2014). Proceso de aceptación que experimentan padres y madres de hijos homosexuales ante el conocimiento de la orientación sexual. *Revista Científica de FAREM-Esteli. Medio ambiente, tecnología y desarrollo humano*, 3(12), 28-41,

<https://camjol.info/index.php/FAREM/article/download/2459/2225/>

Soriano, S. (2002). Origen y causa de la homosexualidad. *Repositorio UNAM*, 71-82,

<https://share.google/FGkGDhFzpQ2hyKhaW>

Sozoranga, M. N. (2024). *Dinámica familiar y autoestima en hijos de diversidad sexual* [Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Ambato].

<https://repositorio.uta.edu.ec/items/d314cb82-f269-45ff-b387-b3e09078cde6>

Stake, R. E. (1999). *Investigación con estudios de caso* (segunda edición). Editoriales Morata.

<https://share.google/ugK1YYKa3CBMwUj8T>

Sucasaire, B. (2021). *Funcionamiento familiar en estudiantes de psicología de una universidad privada de Lima, 2021*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Los Ángeles Chimbote].

<https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/30368>

de Toro, X., & Sharim, D. (2023). La alianza terapéutica en tensión: una aproximación a partir de la práctica clínica del trabajo social. *European Journal of Education*

and *Psychology*, 16(1), 1-21,

<https://doi.org/10.32457/ejep.v16i1.2133>

Tudor, K. & Gledhill, K. (2022). Notes on notes: Note-taking and record-keeping in psychotherapy. *Ata: Journal of Psychotherapy Aotearoa New Zealand*, 26(2), 123–144,

<https://doi.org/10.9791/ajpanz.2022.12>

Uribe, M., Javier, E. S. & Arotoma, R. M. (2018). Actitudes de los padres hacia la homosexualidad de sus hijos. *Horizonte de la Ciencia*, 8(15), 71-81,

<https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2018.15.452>

Valdés, A. A. (2007). *Familia y desarrollo. Intervenciones en terapia familiar*. Manual Moderno.

<https://share.google/7Re5tXNBYSck7PBUg>

Velarde, V. E. & Ruano, M. (2021). El secreto familiar en mujeres adultas sobrevivientes al abuso sexual infantil. *Repositorio PUCE*, 1-20,

<https://repositorio.puce.edu.ec/bitstreams/ef22aff5-51d7-4fc8-9600-36aaebcdc34d/download>

Vukusic, V. (2016). Secreto familiar traumático y estilo vincular inseguro en la adolescencia. *Vincularte. Revista Clínica y Psicosocial*, 2(2), 89-104,

<https://revistavincularte.cl/index.php/ojs/article/view/64>

Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Editorial Herder.

<https://share.google/qJUPPo2oqUfmrUPGL>

White, M. (2016). *Mapas de la práctica narrativa* (Trad. Estrada, E., Latorre-Gentoso, I. y Letelier, A). Pranas Ediciones. (Trabajo original publicado en 2007).

<https://share.google/cATdKyNRbzJdwnkhY>

White, M. (2002). *Reescribir la vida* (Trad. Verónica Tirota). Gedisa. (Trabajo original publicado en 1995).

<https://share.google/pEKhKcFBvxtQmt6Pp>

Zambrano, C., Hernández, P. & Guerrero, A. (2019). Proceso de reconocimiento de la orientación sexual homosexual en estudiantes de una universidad pública.

Psicogente, 22(41), 1-27,

<https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3310>

APÉNDICES

Apéndice A. Inventario de evaluación del TAG (GADI)

7.23. Inventario de evaluación del TAG (GADI)

- Por favor, asegúrese de responder a **todas** las preguntas, poniendo una marca (✓) en la casilla que mejor describa cómo se ha sentido en las últimas dos semanas.
- No se detenga demasiado tiempo en cada pregunta, ya que no hay respuestas correctas ni incorrectas.
- Por favor, marque sólo **una** casilla por cada pregunta.

	(0) <i>En absoluto</i>	(1) <i>Un poco</i>	(2) <i>Algo</i>	(3) <i>Mucho</i>	(4) <i>Extremadamente</i>
1. Estoy ansioso/a la mayoría de los días	☐	☐	☐	☐	☐
2. Me canso fácilmente	☐	☐	☐	☐	☐
3. Me preocupo por los acontecimientos cotidianos	☐	☐	☐	☐	☐
4. Encuentro dificultad para relajarme	☐	☐	☐	☐	☐
5. Me siento «al límite»	☐	☐	☐	☐	☐
6. Me despierto por la noche	☐	☐	☐	☐	☐
7. Experimento sofocos o escalofríos	☐	☐	☐	☐	☐
8. Tengo malestar por mi ansiedad	☐	☐	☐	☐	☐
9. Tengo la boca seca	☐	☐	☐	☐	☐
10. Temo perder el control, desmayarme o volverme loco/a	☐	☐	☐	☐	☐
11. Estoy molesto/a por la inquietud	☐	☐	☐	☐	☐
12. Sufro mareos	☐	☐	☐	☐	☐
13. Estoy molesto/a por tener temblores y sacudidas	☐	☐	☐	☐	☐
14. Tengo dificultad para coger el sueño	☐	☐	☐	☐	☐
15. Sufro por la tensión o dolor de los músculos	☐	☐	☐	☐	☐
16. Estoy molesto/a por la dificultad con la respiración	☐	☐	☐	☐	☐
17. Me asusto fácilmente	☐	☐	☐	☐	☐
18. Tengo dificultad para concentrarme	☐	☐	☐	☐	☐
19. Tengo dificultad para controlar mi ansiedad	☐	☐	☐	☐	☐
20. Estoy molesto/a por hormigueos o insensibilidad en las manos	☐	☐	☐	☐	☐
21. Me preocupo excesivamente	☐	☐	☐	☐	☐
22. Estoy irritable	☐	☐	☐	☐	☐

S.V. Argyropoulos, T.S. Wright, S.W. Forshall, D.J. Nutt, 2000.

© 2000 Psychopharmacology Unit, University of Bristol.

Traducción: J. Bobes, M.T. Bascarán, M. Bousoño, M.P. García-Portilla, P.A. Sáiz, D.H. Wallace (12-12-2001).

Apéndice B. Cuestionario para el diagnóstico de los cuadros depresivos del Dr. Guillermo Calderón Narváez.

132

G. CALDERON NARVAEZ

CUADRO 1

**CUESTIONARIO PARA EL DIAGNOSTICO DE LOS CUADROS DEPRESIVOS
DEL DR. GUILLERMO CALDERON**

Nombre:	Sexo:	Edad:
Estado civil:	Escolaridad:	Fecha:

	NO	SI		
		POCO	REGULAR	MUCHO
1.- ¿Se siente triste o afligido?				
2.- ¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3.- ¿Duerme mal de noche?				
4.- ¿En la mañana se siente peor?				
5.- ¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6.- ¿Le ha disminuido el apetito?				
7.- ¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8.- ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9.- ¿Considera que su rendimiento en el trabajo es menor?				
10.- ¿Siente presión en el pecho?				
11.- ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso?				
12.- ¿Se siente cansado o decaído?				
13.- ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14.- ¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15.- ¿Está más irritable o enojón que antes?				
16.- ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17.- ¿Siente que le es menos útil a su familia?				
18.- ¿Siente miedo de algunas cosas?				
19.- ¿Siente deseos de morir?				
20.- ¿Se siente apático, sin interés en las cosas?				

* Calificar igual si hay aumento de sueño o apetito

CALIFICACION	
Preguntas contestadas en la primera columna (NO) _____	X1=
Preguntas contestadas en la 2a. columna (POCO) _____	X2=
Preguntas contestadas en la 3a. columna (REGULAR) _____	X3=
Preguntas contestadas en la 4a. columna (MUCHO) _____	X4=
TOTAL _____	
EQUIVALENTE A: PUNTAJE: 20 a 35 NORMAL 36-45 REACCION DE ANSIEDAD 46 a 65: DEPRESION MEDIA 66-80: DEPRESION SEVERA	
Elaboró el estudio:	FIRMA

Apéndice C. Instrumento FF.

F.F.

Instrucciones: A continuación encontraras una serie de preguntas en relación a tu familia. Por favor marca con una X la respuesta que indique la frecuencia con la que se presenta cada situación. Intenta responder a todas las cuestiones y no dejar ninguna sin responder, recuerda que no existen respuestas buenas o malas.

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. ¿Te sientes con el apoyo necesario de tu familia para enfrentar tus problemas?					
2. ¿Estás satisfecho con el apoyo de tu familia ante tus problemas?					
3. ¿Te sientes satisfecho como se hablan los problemas en casa?					
4. En tu familia, ¿se reúnen para hablar sobre los problemas que están pasando?					
5. ¿Se plantea siempre cómo resolver los problemas entre familia?					
6. ¿Crees recibir el apoyo necesario de los miembros de tu familia para enfrentar algún problema?					
7. En tu familia, ¿todos participan en la toma de decisiones para enfrentar los problemas?					
8. ¿Estás satisfecho en la toma de decisiones en casa ante los problemas?					
9. Ante un problema, ¿se cumple lo que han propuesto para solucionarlo?					
10. ¿Ante la resolución de un problema familiar, se reúnen para ver la satisfacción del mismo?					
11. ¿Sientes que los miembros de tu familia están al pendiente de que tus problemas se resuelvan?					
12. ¿Las acciones ante los problemas de tu familia están verificadas por ustedes?					
13. ¿Consideras que tu familia resuelve sus problemas?					
14. ¿Tienes la confianza para hablar de tus problemas con tu familia?					
15. ¿Los miembros de tu familia pueden decirse lo que sienten entre ellos?					
16. ¿Te sientes con la seguridad de hablar con tu familia de tus necesidades?					
17. ¿Te sientes satisfecho sobre cómo se comunican los problemas en tu familia?					
18. ¿Eres capaz de decirle a tu familia lo que sientes?					
19. ¿Tu familia se compromete con tus actividades de vida?					
20. ¿Cuando logras algo, a los demás miembros de tu familia les gusta comentárselo a la demás gente?					
21. ¿Los miembros de tu familia quieren ser los primeros en saber todo lo que has logrado ya que posiblemente podrán ser involucrados en ello?					
22. ¿Tu familia se compromete en todas tus actividades sin esperar nada a cambio?					
23. ¿Cuando estás en casa existen límites sobre el respeto y la obediencia entre los integrantes de la familia?					
24. ¿Sientes que los miembros de tu familia pueden expresar lo que sienten?					
25. ¿Eres libre de decirle a los miembros de tu casa cuánto los quieres?					
26. Si evaluaras a tu familia, ¿crees que todos cumplen con sus actividades?					
27. Cuando existe un problema, ¿se resuelve con base en la decisión del jefe de la casa?					
28. ¿Para enfrentar las necesidades de los miembros de la casa, la decisión es tomada por un solo miembro?					
29. ¿Cuando hay problemas en la familia todos pueden opinar para resolverlo?					
30. ¿Para llevar a cabo algo en la familia se consideran las opiniones de todos los integrantes?					
31. ¿Cuando existe una situación en el que algún miembro corre algún riesgo todos los demás buscan apoyar?					
32. ¿Sientes que en tu casa cuentas con toda la comodidad para estar estable?					
33. ¿Te sientes satisfecho con el amor a tus padres?					
34. ¿Crees que tu familia se interesa porque tengas una buena salud?					
35. ¿Sientes que eres considerado en tu familia para realizar las actividades del hogar?					

*Autores: Barreras, M., Muñoz, G., Pérez, L., Gómez, C., Fulgencio, M. y Estrada, M. (2021). Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y Centro de Investigación Biomédica de Michoacán.

Apéndice D. Formato de consentimiento informado.



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA ESPECIALIZADA *Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP)*

Consentimiento informado para recibir atención psicológica
(atención adultos)

Yo _____
(nombre del paciente)

estoy solicitando atención psicológica al *Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP)* de la Facultad de Psicología y doy mi consentimiento para recibirla de forma presencial o en línea. A partir de este momento, acepto y autorizo al personal de la institución comenzar con las entrevistas y evaluaciones convenientes para mi atención.

Así mismo, declaro que es de mi conocimiento que el *CIIP* está adscrito a una institución educativa, y sirve como un centro de práctica y entrenamiento para los estudiantes del programa de la Maestría en Psicología Clínica Especializada, cuyo objetivo es la formación de psicoterapeutas profesionales.

Por ser un centro de enseñanza, soy consciente de que las sesiones podrán ser observadas, videograbadas o audiograbadas y doy mi autorización para que puedan ser utilizadas con fines didácticos o de investigación, guardando en todo momento absoluta confidencialidad de la información que yo comparta y protegiendo mi privacidad.

Acepto que seré atendido por alguno de los estudiantes que cursan el programa de maestría mencionado en el párrafo anterior, los cuáles son Licenciados en Psicología con cédula profesional y se forman actualmente como psicoterapeutas en alguno de los enfoques clínicos que ofrece el programa de maestría.

Tengo conocimiento de que los estudiantes son supervisados, en cada uno de los casos que atienden, de forma cuidadosa y cercana por sus profesores, quienes son psicoterapeutas profesionales y con probada experiencia.

Acepto que la información que yo brinde en las entrevistas, las evaluaciones que se realicen y el progreso de mi tratamiento psicoterapéutico se integren en un expediente clínico en formato físico o electrónico, apegándose a las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3_2012 y NOM-024-SSA3-2012 respectivamente.

Asimismo, se me informa que todas mis sesiones de evaluación y tratamiento, se llevarán a cabo en las instalaciones del CIIP y bajo ninguna circunstancia podrán realizarse fuera de las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Al firmar este consentimiento, acepto sujetarme a las disposiciones clínicas y administrativas de la institución y me comprometo a participar activamente en los estudios que me realicen, así como en mi tratamiento. De la misma manera, si una vez comenzado el tratamiento, es mi deseo interrumpirlo, sé que tengo plena libertad para hacerlo, dando aviso a la persona responsable de mi atención y sin perjuicio alguno para mi persona.

Por otro lado, si dejo de asistir a mis consultas sin previo aviso, seré dado de baja

después de dos inasistencias, continuas o intermitentes, para darle a otra persona la posibilidad de ser atendida.

Se me informa que el planteamiento inicial para mi atención psicológica comprende 12 sesiones, al final de las cuales se revalorará mi alta clínica o la continuidad del tratamiento.

En caso de que se presente alguna urgencia o situación en la que mi vida o la integridad física o de alguien más estén en riesgo, autorizo al personal del centro

para que contacte a _____, quien
es _____

(nombre de la persona)

mi _____ al teléfono _____

(relación o parentesco)

y se le informe sobre mi estado y sobre el riesgo detectado.

Es de mi conocimiento que el CIIP no atiende urgencias psicológicas, y brinda atención únicamente en los horarios establecidos y fechas de acuerdo al calendario de la institución.

Declaro que soy un adulto consciente y con plena capacidad para firmar el presente consentimiento.

Nombre y firma del paciente

**Nombre y firma del psicólogo
responsable de la atención**

Vo. Bo. Supervisor
Nombre y firma

Apéndice E. Consentimiento informado firmado por el paciente.



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA ESPECIALIZADA
Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP)

Consentimiento Informado para recibir atención psicológica
(atención adultos)

Yo, _____

(nombre del paciente)

estoy solicitando atención psicológica al *Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP)* de la Facultad de Psicología y doy mi consentimiento para recibirla de forma presencial o en línea. A partir de este momento, acepto y autorizo al personal de la institución comenzar con las entrevistas y evaluaciones convenientes para mi atención.

Así mismo, declaro que es de mi conocimiento que el *CIIP* está adscrito a una institución educativa, y sirve como un centro de práctica y entrenamiento para los estudiantes del programa de la Maestría en Psicología Clínica Especializada, cuyo objetivo es la formación de psicoterapeutas profesionales.

Por ser un centro de enseñanza, soy consciente de que las sesiones podrán ser observadas, videograbadas o audigrabadas y doy mi autorización para que puedan ser utilizadas con fines didácticos o de investigación, guardando en todo momento absoluta confidencialidad de la información que yo comparta y protegiendo mi privacidad.

Acepto que será atendido por alguno de los estudiantes que cursan el programa de maestría mencionado en el párrafo anterior, los cuales son Licenciados en Psicología con cédula profesional y se forman actualmente como psicoterapeutas en alguno de los enfoques clínicos que ofrece el programa de maestría.

Tengo conocimiento de que los estudiantes son supervisados, en cada uno de los casos que atienden, de forma cuidadosa y cercana por sus profesores, quienes son psicoterapeutas profesionales y con probada experiencia.

Acepto que la información que yo brinde en las entrevistas, las evaluaciones que se realicen y el progreso de mi tratamiento psicoterapéutico se integran en un expediente clínico en formato físico o electrónico, apegándose a las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3_2012 y NOM-024-SSA3-2012 respectivamente.

Asimismo, se me informa que todas mis sesiones de evaluación y tratamiento, se llevarán a cabo en las instalaciones del *CIIP* y bajo ninguna circunstancia podrán realizarse fuera de las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Al firmar este consentimiento, acepto sujetarme a las disposiciones clínicas y administrativas de la institución y me comprometo a participar activamente en los estudios que me realicen, así como en mi tratamiento. De la misma manera, si una vez comenzado el tratamiento, es mi deseo interrumpirlo, sólo que tengo plena libertad para hacerlo, dando aviso a la persona responsable de mi atención y sin perjuicio alguno para mí persona.

Por otro lado, si dejo de asistir a mis consultas sin previo aviso, será dado de baja después de dos inasistencias, continuas o intermitentes, para darle a otra persona la posibilidad de ser atendida.

Se me informa que el planteamiento inicial para mi atención psicológica comprende 12 sesiones, al final de las cuales se revalorará mi alta clínica o la continuidad del tratamiento.

En caso de que se presente alguna urgencia o situación en la que mi vida o la integridad física o de alguien más estén en riesgo, autorizo al personal del centro

1 de 3

2 de 3



para que contacte a _____, quien
es _____ (nombre de la persona)

mi _____ al teléfono _____

(relación o parentesco)

y se le informe sobre mi estado y sobre el riesgo detectado.

Es de mi conocimiento que el *CIIP* no atiende urgencias psicológicas, y brinda atención únicamente en los horarios establecidos y fechas de acuerdo al calendario de la institución.

Declaro que soy un adulto consciente y con plena capacidad para firmar el presente consentimiento.

Nombre y firma del paciente


Nombre y firma del psicólogo
responsable de la atención

Vo. Bo. Supervisor
Nombre y firma

Apéndice F. Consentimiento informado firmado por la madre.



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA ESPECIALIZADA
Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP)

Consentimiento informado para recibir atención psicológica
(atención adulta)



Yo _____ familiar de
(nombre del familiar) _____
_____ quien es
(nombre del paciente)

paciente del Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP) de la Facultad de Psicología, estoy acudiendo a recibir atención psicológica a este mismo centro, contribuyendo como apoyo en el proceso psicoterapéutico de mi familiar y doy mi consentimiento para recibirla de forma presencial o en línea. A partir de este momento, acepto y autorizo al personal de la institución comenzar con las entrevistas y evaluaciones convenientes para el proceso de atención.

Así mismo, declaro que es de mi conocimiento que el CIIP está adscrito a una institución educativa, y sirve como un centro de práctica y entrenamiento para los estudiantes del programa de la Maestría en Psicología Clínica Especializada, cuyo objetivo es la formación de psicoterapeutas profesionales.

Por ser un centro de enseñanza, soy consciente de que las sesiones podrán ser observadas, videograbadas o audiograbadas y doy mi autorización para que puedan ser utilizadas con fines didácticos o de investigación, guardando en todo momento absoluta confidencialidad de la información que yo comparto y protegiendo mi privacidad.

Acepto que será atendido por alguno de los estudiantes que cursan el programa de maestría mencionado en el párrafo anterior, los cuáles son licenciados en

Psicología con cédula profesional y se forman actualmente como psicoterapeutas en alguno de los enfoques clínicos que ofrece el programa de maestría.

Tengo conocimiento de que los estudiantes son supervisados, en cada uno de los casos que atienden, de forma cuidadosa y cercana por sus profesores, quienes son psicoterapeutas profesionales y con probada experiencia.

Acepto que la información que yo brindo en las entrevistas, las evaluaciones que se realicen y el progreso del tratamiento psicoterapéutico se integren en un expediente clínico en formato físico o electrónico, apegándose a las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3_2012 y NOM-024-SSA3-2012 respectivamente.

Asimismo, se me informa que todas las sesiones en las que yo contribuya se llevarán a cabo en las instalaciones del CIIP y bajo ninguna circunstancia podrán realizarse fuera de las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Al firmar este consentimiento, acepto sujetarme a las disposiciones clínicas y administrativas de la institución y me comprometo a participar activamente en los estudios que me realicen, así como en el tratamiento de mi familiar. De la misma manera, si es mi deseo no colaborar más en las sesiones, sé que tengo plena libertad para hacerlo, dando aviso a la persona responsable de la atención y sin perjuicio alguno para mi persona.

En caso de que se presente alguna urgencia o situación en la que mi vida o la integridad física o de alguien más estén en riesgo, autorizo al personal del centro para que contacte a _____, quien es mi _____ al teléfono _____ y se le informe sobre mi estado y sobre el riesgo detectado.

Es de mi conocimiento que el CIIP no atiende urgencias psicológicas, y brinda atención únicamente en los horarios establecidos y fechas de acuerdo al calendario de la institución.

1 de 3

2 de 3



Declaro que soy un adulto consciente y con plena capacidad para firmar el presente consentimiento.

Nombre y firma del (paciente) familiar

Dr. Donato Gómez Gómez
Nombre y firma del psicólogo
responsable de la atención

Uo. Bn. Supervisión
Nombre y firma

3 de 3

Apéndice G. Consentimiento informado firmado por el padre.



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA ESPECIALIZADA
Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP)

Consentimiento informado para recibir atención psicológica
(atención adultos)

Yo _____ familiar de
(nombre del familiar) _____, quien es
(nombre del paciente)

paciente del Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP) de la Facultad de Psicología, estoy acudiendo a recibir atención psicológica a este mismo centro, contribuyendo como apoyo en el proceso psicoterapéutico de mi familiar y doy mi consentimiento para recibirla de forma presencial o en línea. A partir de este momento, acepto y autorizo al personal de la institución comenzar con las entrevistas y evaluaciones convenientes para el proceso de atención.

Así mismo, declaro que es de mi conocimiento que el CIIP está adscrito a una institución educativa, y sirve como un centro de práctica y entrenamiento para los estudiantes del programa de la Maestría en Psicología Clínica Especializada, cuyo objetivo es la formación de psicoterapeutas profesionales.

Por ser un centro de enseñanza, soy consciente de que las sesiones podrán ser observadas, videogradas o audigradas y doy mi autorización para que puedan ser utilizadas con fines didácticos o de investigación, guardando en todo momento absoluta confidencialidad de la información que yo comparta y protegiendo mi privacidad.

Acepto que será atendido por alguno de los estudiantes que cursan el programa de maestría mencionado en el párrafo anterior, los cuales son Licenciados en



Psicología con cédula profesional y se forman actualmente como psicoterapeutas en alguno de los enfoques clínicos que ofrece el programa de maestría.

Tengo conocimiento de que los estudiantes son supervisados, en cada uno de los casos que atienden, de forma cuidadosa y cercana por sus profesores, quienes son psicoterapeutas profesionales y con probada experiencia.

Acepto que la información que yo brinde en las entrevistas, las evaluaciones que se realicen y el progreso del tratamiento psicoterapéutico se integren en un expediente clínico en formato físico o electrónico, apeguándose a las Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3_2012 y NOM-024-SSA3-2012 respectivamente.

Asimismo, se me informa que todas las sesiones en las que yo contribuya se llevarán a cabo en las instalaciones del CIIP y bajo ninguna circunstancia podrán realizarse fuera de las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Al firmar este consentimiento, acepto sujetarme a las disposiciones clínicas y administrativas de la institución y me comprometo a participar activamente en los estudios que me realicen, así como en el tratamiento de mi familiar. De la misma manera, si es mi deseo no colaborar más en las sesiones, sé que tengo plena libertad para hacerlo, dando aviso a la persona responsable de la atención y sin perjuicio alguno para mi persona.

En caso de que se presente alguna urgencia o situación en la que mi vida o la integridad física o de alguien más estén en riesgo, autorizo al personal del centro para que contacte a _____, quien es mi _____ al teléfono _____ y se le informe sobre mi estado y sobre el riesgo detectado.

Es de mi conocimiento que el CIIP no atiende urgencias psicológicas, y brinda atención únicamente en los horarios establecidos y fechas de acuerdo al calendario de la institución.

1 de 3

2 de 3



Declaro que soy un adulto consciente y con plena capacidad para firmar el presente consentimiento.

Nombre y firma del paciente

Dr. Daniela Gómez Benítez
Nombre y firma del psicólogo
responsable de la atención

Yo, Sr. Supervisor
Nombre y firma

3 de 3

Apéndice H. Proceso Terapéutico.

Tabla H2.

Descripción de las sesiones de evaluación inicial

Objetivo	Técnicas	Observaciones
Sesión 1. Motivo de consulta.		
Indagar en el motivo de consulta del paciente.	-Entrevista clínica.	-El motivo de consulta se asocia con la presencia de síntomas de ansiedad, los cuales identificó como consecuencia de conflictos familiares. -Señaló mantener una relación conflictiva con su madre y una relación distante con su padre , sin percibir apoyo emocional por parte de ninguno de ellos. -Describió su entorno familiar como “tóxico” y refirió haberse mudado de su hogar como respuesta a dicha situación.
Sesiones 2 y 3. Desarrollo y crianza.		
Realizar una evaluación del paciente indagando en su historia de desarrollo y crianza.	-Entrevista clínica.	-Refirió haber sido criado en un entorno familiar caracterizado por un estilo de crianza rígido e inflexible durante su infancia. -Señaló antecedentes de violencia física y psicológica ejercida por parte en su infancia. -Percepción de no haber recibido el cuidado adecuado por parte de sus figuras parentales en ese periodo. -Indicó que la violencia psicológica había persistido hasta ese momento, principalmente por parte de su madre, quien continuaba mostrando actitudes violentas hacia él. -Se percibe a sí mismo como una carga para su familia, lo cual ha impactado negativamente en su autoimagen. -Presenta dificultades para establecer vínculos afectivos cercanos, incluso con miembros de su propia familia. -Se observó una tendencia a invalidar sus propias emociones y pensamientos. En cuanto a su estado emocional, lo describió como caracterizado por ansiedad, agotamiento, desmotivación y tristeza persistente. -Durante la entrevista mostró resistencia a abordar ciertos temas, así como signos de baja autoestima y dependencia emocional. -Se identificaron patrones conductuales en los que cambiaba sus narrativas de acuerdo con el contexto, mostrando alta deseabilidad social.

Objetivo	Técnicas	Observaciones
Sesiones 4 y 5. Estructura familiar.		
Realizar una evaluación del paciente indagando en su dinámica familiar.	-Entrevista clínica. -Genograma. -Inventario para la Evaluación del TAG (GADI) -Cuestionario para el Diagnóstico de los Cuadros Depresivos de Calderón Narváez. -Instrumento FF.	-Se identificó una relación fusionada y hostil tanto con el padre como con la madre. -Dinámica similar de fusión y hostilidad entre ambos padres. -El consultante mostró dificultades para establecer límites claros con su familia. -Se percibía a sí mismo como el "equilibrio" dentro del sistema familiar , asumiendo el rol de intermediario en los conflictos parentales y presentando una dinámica de triangulación, lo que evidencia una baja diferenciación del self en el contexto familiar. -Triangulación entre la hija mayor y los padres. -Fusión emocional y hostil entre el consultante y su hermano gemelo. -Actitud rígida por parte de los padres respecto al rendimiento académico del consultante, las responsabilidades domésticas, la concesión de permisos y los horarios de llegada. -Los límites y normas establecidos por los padres eran percibidos como excesivamente rígidos. -Se evidenció un patrón de aglutinamiento familiar, con escasa adaptabilidad y una cohesión de tipo negativa. -Confusión en los roles, la jerarquía y las funciones dentro del sistema familiar. -Prevalcía un estilo de comunicación inadecuado, así como una pobre expresión emocional. -Evaluación psicométrica individual.
Sesión 6. Sexualidad.		
Realizar una evaluación del paciente indagando en la historia de su sexualidad.	-Entrevista clínica. -Genograma.	-Refirió identificarse como homosexual y manifestó no sentirse aceptado ni apoyado por sus padres. -Detalló que el proceso de revelación fue especialmente difícil, ya que la reacción de sus padres ante dicha revelación fue negativa y poco empática. -Expresó que esta experiencia ha representado un proceso complejo y doloroso para él. -Mencionó que, en el entorno familiar, el tema de la orientación sexual era completamente evitado. Esta situación le generó tristeza y ansiedad persistentes. -Rompió relación con su familia paterna, especialmente con su abuela, al percibir rechazo explícito por parte de ellos a causa de su orientación sexual. -Destacó la presencia de un sistema de creencias rígido en sus padres basado en mandatos religiosos, lo cual parece haber influido significativamente en su actitud hacia el tema. -Se observó que el entrevistado también presentaba dificultades para aceptar plenamente su orientación sexual , posiblemente como efecto de la desaprobación familiar y del contexto sociocultural en el que se desenvuelve.

Objetivo	Técnicas	Observaciones
Sesión 7. Devolución de los resultados.		
Hacer la devolución de resultados obtenidos de la evaluación al paciente.	-Entrevista clínica.	-Se compartieron las observaciones derivadas del proceso de evaluación inicial, así como la aproximación psicodiagnóstica obtenida. -En un primer momento, el consultante mostró cierta resistencia para aceptar los hallazgos; sin embargo, finalmente reconoció la presencia de síntomas asociados a depresión y ansiedad, aunque refirió no identificar una causa u origen específico para los mismos. -Se acordó seguir un proceso de psicoterapia para abordar dicha problemática.

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Tabla H3.

Descripción de las sesiones Terapéuticas

Objetivo	Técnicas utilizadas	Categoría de análisis	Patrones relacionales observados
Sesión 1. Motivo de consulta.			
Centrar el motivo de consulta e indagar en la relación de este con su dinámica familiar.	-Ampliación de la exploración del motivo de consulta. -Genograma. -Cuestionamiento de la estructura y de la realidad familiar. -Externalización. -Imaginación. -Re-autoría.	-Homosexualidad. -Actitudes familiares. -Estructura familiar.	-El paciente identificó como motivo de consulta su malestar ante el rechazo por parte de sus padres respecto a su orientación sexual. -Reconoció pautas de ocultamiento y evitación en la familia hacia esta. -El vivir en secreto su homosexualidad obstaculizaba su desarrollo personal y su diferenciación familiar. Ser homosexual le generaba vergüenza. -Triangulación entre el paciente y sus padres ante la necesidad de estos últimos de evitar la apertura del secreto familiar de su homosexualidad. -Desequilibrio en la jerarquía, roles y funciones de los padres. El padre se mantiene periférico, la madre lleva toda la responsabilidad y autoridad en la familia. -El paciente refirió mantener un distanciamiento emocional con ambos.

Objetivo	Técnicas utilizadas	Categoría de análisis	Patrones relacionales observados
Sesión 2. Deconstruyendo creencias.			
Explorar el sistema de creencias en la familia sobre la homosexualidad y reencuadrar sus propias creencias al respecto.	-Ampliación de la exploración del motivo de consulta. -Externalización. -Reencuadre. -Cuestionamiento del síntoma. -Enfoque e intensificación.	-Mitos y lealtades familiares. -Ansiedad y depresión.	-Sistema de creencias homofóbicas, mantenido transgeneracionalmente. - Logró comprender estas creencias como la causa del ocultamiento de su orientación , las cuales eran sostenidas por él ante las lealtades familiares con sus padres. - Logró relacionar sus síntomas con el secreto familiar de su homosexualidad. -El ser homosexual le causaba sentimientos de culpa, al tener introyectadas estas creencias. - Se trabajó en la reestructuración de dichas creencias y lealtades, con lo que comenzaron a perder peso y la culpa por ser homosexual disminuyó. -Manifestó temor ante la homofobia social, siendo este un miedo heredado por sus padres.
Sesión 3. Reflexionando sobre la autonomía.			
Generar consciencia en F. sobre su baja diferenciación y límites difusos en su familia.	-Cuestionamiento de la estructura y realidad familiar. -Enfoque e intensificación. -Externalización. -Conversaciones de re-autoría.	-Funcionamiento familiar. -Estructura familiar.	-Se detectaron en la familia roles familiares inadecuados, reglas difusas, aglutinamiento, cohesión negativa y adaptabilidad rígida. -Identificó los límites confusos con su padre y su gemelo. Mismos que exacerbaban sus síntomas y los conflictos con su pareja. - Jugaba un rol de mediador de los conflictos de sus padres y familia en general. -Reconoció su baja diferenciación familiar y la triangulación con sus padres. -Comenzó a establecer límites claros con su hermano, más no con su padre. - Empezó a mostrar mayor autonomía y aceptación de sus síntomas.
Sesión 4. Reconocimiento de la identidad sexual y de género.			
Lograr en el paciente el reconocimiento y la aceptación de su identidad sexual y de género.	-Imaginación, enfoque e intensificación. -Cuestionamiento de la realidad familiar. -Conversaciones de re-autoría.	-Homosexualidad -Mitos y lealtades familiares.	- Reconoció identificarse con el género no binario e identidad queer, lo cual decidió mantener oculto de sus padres debido a la vergüenza que le generaba. -Al tratar este tema en terapia con normalidad, el paciente poco a poco comenzó a sentirse más empoderado y a mostrar mayor integración de su identidad sexual y de género. - Identificó el patrón de secretos familiares y tomó consciencia sobre su propia tendencia a guardar secretos. -La terapeuta fue empática en todo momento, entendiendo que el único experto en su vida es el paciente.

Objetivo	Técnicas utilizadas	Categoría de análisis	Patrones relacionales observados
Sesiones 5, 6 y 7. Los secretos familiares.			
Promover en el paciente la reflexión sobre el impacto y funcionamiento de los secretos familiares en su vida y en su dinámica familiar.	-Ampliación de la exploración del motivo de consulta. -Genograma. -Cuestionamiento de la realidad familiar. -Externalización. -Conversaciones de re-autoría y de remembranza. -Convocar a los miembros de la familia. -Reconexión.	-Mitos y lealtades familiares. -Homosexualidad. -Actitudes familiares.	-Reconoció el origen transgeneracional de los secretos, así como de las lealtades y mitos familiares que los mantienen. -Reflexionó que los secretos, principalmente el de su homosexualidad, obstaculizaban su desarrollo y generaban límites y reglas rígidas y una comunicación y expresión emocional inadecuadas en la familia. -Encontró que estos secretos nocivos tenían que ver con la vergüenza o el dolor y que servían para proteger al sistema. -Logró romper este patrón y las lealtades con sus padres, al abrir secretos propios y familiares, confesando a estos su relación de pareja (aunque omitiendo detalles importantes), la cual desconocían. -Los padres mostraron desacuerdo, pero aceptaron su relación. -Con ello comenzó a mostrar mayor autonomía e individuación y el inicio de su diferenciación, empoderándose sobre su capacidad de ser él mismo. -La postura de la terapeuta fue siempre abierta y respetuosa ante los secretos que podían vulnerar al paciente.
Sesión 8. Mis síntomas.			
Generar consciencia y comprensión en el paciente sobre sus síntomas, entendiendo la relación de estos con la pauta de secretos familiares.	-Cuestionamiento del síntoma. -Externalización. -Conversaciones de re-autoría y que iluminan desenlaces extraordinarios.	-Ansiedad y depresión.	-Logró relacionar sus síntomas con su propia tendencia a ocultar, además de con el secreto familiar de su homosexualidad. -Comenzó a reconocer su capacidad para modificar dicha tendencia, logrando hablar en terapia de sus intentos de suicidio y señalando como la causa el rechazo de sus padres hacia su homosexualidad. -Esto lo motivó a abrir este secreto con personas muy cercanas a él, ampliando sus redes de apoyo social y familiar. -Comenzó a mostrar mejores herramientas para controlar sus síntomas y a tener mayor individuación, lo que lo empoderó sobre su capacidad para vivir abiertamente su sexualidad. -Concluyó que le hacía falta tener un manejo emocional más adecuado para gestionar sus síntomas.

Objetivo	Técnicas utilizadas	Categoría de análisis	Patrones relacionales observados
Sesión 9. Reconocimiento y expresión emocional.			
Fortalecer la expresión emocional en el paciente para gestionar sus síntomas de manera adecuada.	-Metáfora. -Externalización. -Enfoque -Conversaciones de re-autoría y de re-membranza. -Reconexión.	-Ansiedad y depresión. -Funcionamiento familiar.	-Identificó que las emociones que presentaba con mayor frecuencia eran la tristeza y ansiedad y que estas intensificaban sus síntomas. -Comenzó a reconocer y gestionar sus emociones de manera más adecuada. -Se observó en él una mayor comprensión de sus síntomas, así como la disminución de estos. -Reconoció la influencia de su familia en la exacerbación de sus síntomas y en la dificultad para ejercer su autonomía, lo cual lo motivó a invitar a su madre al proceso. -Se fortalecieron sus habilidades y capacidades.
Sesión 10. Reparando la relación madre e hijo.			
Explorar su relación y la forma en que influye en ella el secreto de la homosexualidad del hijo.	-Cuestionamiento de la realidad familiar. -Enfoque e intensificación. -Externalización. -Conversaciones de re-autoría. -Metáforas.	-Homosexualidad. -Actitudes familiares. -Funcionamiento familiar.	-La madre aceptó la dificultad para aceptar la homosexualidad del hijo y su tendencia a evitar el tema, atravesando por un duelo ante la pérdida de expectativas puestas en él y minimizando las emociones del hijo al respecto. -Ambos reconocieron que esto provocaba una mala comunicación y dificultad para expresar sus emociones en su relación. -Las expectativas de la madre hacia el hijo tenían como base la presión social por la heterosexualidad, de modo que concedía gran importancia a la opinión pública. -No obstante, mantenía apertura ante el cambio y el hijo empezó a mostrar mayor integración de sí mismo.
Sesión 11. Reconstruyendo la comunicación.			
Propiciar una comunicación más asertiva y abierta entre el paciente y su madre.	-Cuestionamiento del problema. -Enfoque e intensificación. -Escenificación. -Reencuadre. -Re-autoría. -Fijación de fronteras.	-Homosexualidad. -Actitudes familiares. -Funcionamiento familiar. -Estructura familiar.	-Identificaron la falta de límites en su relación y el hijo comenzó a reclamar su individuación. -El paciente habló de aspectos que ocultaba de su relación de pareja y la madre de sus preocupaciones al respecto. -Establecieron acuerdos para manejar esta situación a través de pautas de comunicación más asertivas, favoreciendo una adecuada expresión emocional. -Esto abrió la pauta para que el hijo empezara a vivir su relación abiertamente y estableciera límites claros con su madre al mostrarse firme ante su elección de pareja, mostrando mayor diferenciación. -La madre aceptó su relación y se convirtió en una red de apoyo para el hijo.

Objetivo	Técnicas utilizadas	Categoría de análisis	Patrones relacionales observados
Sesión 12. Promoviendo la expresión emocional.			
Fortalecer el desarrollo de una expresión y manejo emocional más adecuados entre el paciente y su madre.	-Escenificación. -Enfoque e intensificación. -Conversaciones de re-autoría y de recordación. -Reencuadre. -Convocar a los miembros de la familia.	-Homosexualidad. -Actitudes familiares. -Mitos y lealtades familiares. -Funcionamiento familiar.	-Tomaron consciencia de que hablar de la homosexualidad del hijo les generaba tristeza por la forma inadecuada en que había sido abordada por la familia, principalmente por los padres. -Al hacer énfasis en que la homosexualidad del hijo se mantenía en secreto, la madre manifestó arrepentimiento por la forma en que había actuado al respecto, ofreciéndole disculpas al paciente. -Ambos acordaron estrategias para promover una expresión emocional más adecuada y abierta en su relación. -La madre empezó a mostrar mayor aceptación y apoyo hacia la orientación sexual del hijo, lo que permitió reforzar la cercanía emocional y fortalecer la confianza entre ambos. -Esto facilitó el empoderamiento del hijo para empezar a vivir su sexualidad abiertamente. -La mejoría lograda en la relación con su madre motivó al paciente a querer invitar al padre al proceso.
Sesión 13. Involucrando a papá.			
Explorar los aspectos en la relación padre-hijo que contribuyen al malestar de este último.	-Externalización. -Cuestionamiento de la estructura y de la realidad familiar. -Enfoque e intensificación. -Metáforas. -Fijación de fronteras.	-Homosexualidad. -Actitudes familiares. -Mitos y lealtades familiares. -Funcionamiento familiar. -Estructura familiar.	-El padre habló de lo complejo que era para él la homosexualidad de su hijo y el temor de que este pudiera ser víctima de homofobia, identificando esto como el motivo por el cual lo ocultaba. -Solía invalidar las experiencias del hijo, minimizando su vivencia en torno a la revelación de su homosexualidad en su familia. -La familia reconoció los límites difusos existentes entre el padre y el hijo, así como la comunicación inadecuada y la expresión emocional limitada entre los tres. -La familia mostró disposición para trabajar dichos aspectos y el hijo empezó a tener mayor integración de sí mismo, al reclamar a su padre su autonomía e independencia. -Los padres estaban sometidos a la presión social y al temor de que el hijo fuera víctima de la homofobia. Ante su preocupación comenzaron a sobreprotegerlo, dificultando su diferenciación familiar.

Objetivo	Técnicas utilizadas	Categoría de análisis	Patrones relacionales observados
14. Las creencias familiares.			
Reencuadrar las creencias negativas de los padres sobre la homosexualidad del hijo.	-Genograma. -Reencuadre. -Externalización. -Conversaciones de re-autoría y de re-membranza. -Técnica del perdón. -Lograr la diferenciación en la familia.	-Mitos y lealtades familiares. -Homosexualidad. -Actitudes familiares.	- Los padres detectaron el origen transgeneracional de sus creencias homofóbicas y que estas propiciaron su rechazo hacia la orientación sexual del hijo , provocando la conformación del secreto. -También que estas creencias eran mantenidas por las lealtades familiares, principalmente hacia la familia de origen del padre, ya que esta mantiene creencias conservadoras y homofóbicas. - Se trabajó en deconstruir estas, de modo que los padres comprendieron los efectos negativos que traían. - Fueron abriendo su percepción ante la homosexualidad y adoptando una narrativa distinta, comenzando a resignificar la orientación sexual del hijo. -Así, se logró una mayor cercanía emocional entre los tres. -Los padres tenían miedo de perder a su hijo, al venir de contextos homofóbicos en los que ser homosexual generaba consecuencias negativas en la familia.
Sesión 15. La comunicación y expresión emocional puede mejorar.			
Promover en la familia pautas de comunicación y de expresión emocional más funcionales, así como fortalecer la relación padre e hijo.	-Tarea directa. -Escenificación. -Enfoque e intensificación. -Reestructuración. -Fijación de fronteras. -Reencuadre. -Conversaciones de re-membranza.	-Funcionamiento familiar. -Homosexualidad. -Actitudes familiares. -Mitos y lealtades familiares. -Estructura familiar.	-Cada miembro habló de sus necesidades para tener una comunicación adecuada. -En conjunto establecieron reglas claras para tener una comunicación asertiva. -Ello propició que el hijo lograra contarles sobre su identidad de género y hablar por primera vez con su padre sobre la edad real de su pareja , que mantenía oculto. - El hijo se mostró seguro de sí mismo y logró establecer límites claros con su padre. - Ambos padres expresaron al hijo su apoyo emocional y una mayor apertura ante su identidad sexual y de género , lo cual teniendo en cuenta su contexto y sus creencias homofóbicas, debió haber sido complicado. -El padre empezó a tener mayor apertura hacia la pareja de su hijo, denotando la resignificación que hizo sobre su orientación sexual. -Esto empoderó al hijo para vivir una sexualidad más abierta, al percibir el apoyo de sus padres. -Hubo una mejoría en las funciones, roles y jerarquía de los padres, así como en la diferenciación del hijo.

Objetivo	Técnicas utilizadas	Categoría de análisis	Patrones relacionales observados
Sesiones 16 y 17. El impacto de los secretos familiares.			
Generar consciencia en la familia sobre el impacto del patrón de secretos familiares, logrando la apertura del secreto de la homosexualidad del hijo.	-Genograma. -Enfoque e Intensificación. -Externalización. -Conversaciones de re-autoría y re-membranza. -Lograr la diferenciación en la familia. -Metáforas. -Disminución de la ansiedad. -Facetas fuertes.	-Mitos y lealtades familiares. -Ansiedad y depresión. -Homosexualidad. -Actitudes familiares.	-Los padres reconocieron la pauta de secretos familiares existente en su familia. -Identificaron que estos propiciaban en la familia una inadecuada comunicación, distanciamiento emocional, límites y reglas rígidas y una pauta de ocultamiento. -Esto motivó a los papás a hablar de estos secretos familiares y romper el patrón. -Con ello se flexibilizaron los límites y reglas rígidas y se generó una comunicación más abierta en la familia. -Esto permitió al hijo confesar sus intentos suicidas y hablarles de sus síntomas por primera vez, atribuyéndolos como resultado de ocultar su homosexualidad. -Los padres tomaron consciencia de la gravedad de este secreto y lo incentivaron a vivir su sexualidad de forma abierta, abriendo así este secreto. -Esta actitud implicó para los padres un reto, al tener que hacer frente a las opiniones sociales, así como a sus propias familias de origen. -A partir de ello, el hijo comenzó a tener un vínculo más estrecho con ambos y a expresar una disminución de síntomas, mostrando mayor autoestima y bienestar. -Tomar consciencia del patrón de secretos les permitió alcanzar un nivel más alto de diferenciación familiar, al tener mayor comprensión de su dinámica.
Sesión 18. Los límites que no se sobrepasan.			
Reforzar la delimitación de fronteras y reglas claras y flexibles entre los padres y el hijo, así como la destriangulación de este último.	-Cuestionamiento de la estructura, -Conversaciones que iluminan desenlaces extraordinarios. -Reestructuración. -Fijación de fronteras. -Destriangulación. -Facetas fuertes.	-Estructura familiar.	-El hijo habló de los límites que sus padres seguían sobrepasando con él, provocando roles inadecuados en la familia. -Al explicar a los padres la forma en que triangulaban al hijo, lograron identificar su preocupación ante su homosexualidad como una de las causas principales. -Los padres reconocieron las fortalezas y capacidades del hijo para protegerse a sí mismo. -Acordaron formas de flexibilizar los límites, lo que permitió a los padres adoptar reglas, roles y funciones más saludables, así como una jerarquía balanceada. -Esto generó un reajuste positivo en la estructura familiar, facilitando la destriangulación del hijo y su diferenciación, así como una vivencia más auténtica de su identidad. -La apertura del secreto de la homosexualidad del hijo, facilitó la flexibilización de los límites impuestos por los padres.

Objetivo	Técnicas utilizadas	Categoría de análisis	Patrones relacionales observados
Sesión 19. El cierre.			
Realizar un cierre del proceso terapéutico.	-Externalización. -Conversaciones de re-autoría, de re-membranza y que iluminan desenlaces extraordinarios. -Reestructuración. -Los lados fuertes.	-Homosexualidad. -Actitudes familiares. -Funcionamiento familiar.	-El padre conoció a la pareja del hijo. -Los padres hablaron acerca de la resignificación que hicieron sobre la homosexualidad del hijo, teniendo una narrativa más positiva y fortalecida al respecto. -El hijo logró re-narrar su historia al percibir el problema como algo separado de él, entendiendo que el hecho de ser homosexual nunca fue un problema y que actualmente puede integrar todo lo vivido para disfrutar de su sexualidad. -Finalmente, la familia reconoció los recursos que desarrollaron para salir adelante y afrontar las situaciones de la vida. -Los cambios producidos en la familia contribuyeron a una dinámica familiar más saludable y permitieron al hijo tener una mayor integración de sí mismo, así como vivir su sexualidad abiertamente.

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Tabla H5.

Síntesis de las Técnicas Terapéuticas empleadas a lo largo del proceso de Terapia.

Enfoque terapéutico	Técnica empleada	Fase del proceso			Total de sesiones
		Inicial (Sesiones 1-4)	Intermedia (Sesiones 5-13)	Final (Sesiones 14-19)	
Transgeneracional	Ampliación de la exploración del motivo de consulta	1 y 2	5, 6 y 7		5
	Genograma	1.	5, 6 y 7	14, 16 y 17	7
	Convocar a los miembros de la familia		7 y 12		2
	Reconexión		7 y 9		2
	Perdón			14	1
	Lograr la diferenciación en la familia			14, 16 y 17	3
	Destriangulación			18	1
	Disminución de la ansiedad			16 y 17	2
Estructural	Cuestionamiento de la realidad familiar	1, 3 y 4	5, 6, 7, 10 y 13		8
	Cuestionamiento de la estructura familiar	1 y 3	13	18	4
	Cuestionamiento del síntoma	2	8		2
	Reencuadre	2	11 y 12	14 y 15	5
	Enfoque	2, 3 y 4	9, 10, 11, 12 y 13	15, 16 y 17	11
	Intensificación	2, 3 y 4	10, 11, 12 y 13	15, 16 y 17	10
	Escenificación		11 y 12	15	3
	Reestructuración			15, 18 y 19	3
	Fijación de fronteras		11 y 13	15 y 18	4
	Las facetas fuertes			16, 17, 18 y 19	4
	Tarea directa			15	1

Narrativo	Externalización	1, 2 y 3	5, 6, 7, 8, 9, 10 y 13	14, 16, 17 y 19	14
	Conversaciones de re-autoría	1, 3 y 4	5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12	14, 16, 17 y 19	15
	Conversaciones de re-membranza		5, 6, 7, 9, 11 y 12	14, 15, 16, 17 y 19	11
	Conversaciones que iluminan desenlaces extraordinarios		8	18 y 19	3
	Imaginación	1 y 4			2
	Metáfora		9, 10 y 13	16 y 17	5

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Apéndice J. Formato de declaración de originalidad y uso de inteligencia artificial.

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponde,

Por esta medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentre en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Maestría en Psicología Clínica Especializada	
Título del trabajo	Aproximación sistémica del Secreto Familiar de la Homosexualidad de un miembro: Un estudio de caso.	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Daniela Gómez Barón	1939115g@umich.mx
Director	Marisol Morales Rodríguez	marisol.morales@umich.mx
Codirector		
Coordinador del programa	Ithiel Liliana Fernández Montaña	moe.psicologia.clinica.especializada@umich.mx

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	Sí	Se empleó Chat GPT como apoyo en la redacción de texto.

Scanned with
CamScanner

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	No	
Traducción a otra lengua	Sí	Chat GPT, para traducir al idioma inglés.
Revisión y corrección de estilo	Sí	Chat GPT, para revisión de estilo y reestructuración textual.
Análisis de datos	No	
Búsqueda y organización de información	Sí	Chat GPT, para la búsqueda de enlaces de fuentes bibliográficas.
Formateo de las referencias bibliográficas	No	
Generación de contenido multimedia	No	
Otro	Sí	Printchit, para la transcripción de archivos de audio y video.

Datos del solicitante	
Nombre y firma	
Lugar y fecha	Morelia, Michoacán; a 19 de mayo de 2026.