



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**JOVEN CON DUELO NO RESUELTO Y DISMORFIA CORPORAL: ESTUDIO DE
CASO DESDE LAS PRÁCTICAS NARRATIVAS**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA ESPECIALIZADA

PRESENTA

MARISOL CAMARENA RODRÍGUEZ

DIRECTORA

DRA. NYDIA OBREGÓN VELASCO

LECTORAS

MTRA. LILIANA HALINA GARCÍA SILVA

DRA. DAMARIS DÍAZ BARAJAS

DRA. MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA

DRA. MIRIAM ANAHÍ SALAZAR GARCÍA

MORELIA, MICHOACÁN. ENERO 2026

Dedicatoria.....	4
Agradecimientos	5
Resumen	6
Introducción	8
Capítulo I. Marco Teórico.....	12
Desarrollo del Enfoque Sistémico.....	12
Teoría General de Sistemas	12
Primera Cibernética	13
Principios y Conceptos del Enfoque Sistémico	14
Teoría de la Comunicación Humana.....	14
El Sistema Familiar Desde la Antropología y Otras Áreas del Conocimiento	15
Tipologías Familiares.....	16
Conceptualización de la Estructura Familiar	17
El Ciclo Vital Familiar y sus Fases	20
Modelos de la Terapia Familiar Sistémica.....	22
Terapias Posmodernas	24
Segunda Cibernética	24
Desarrollo de las Terapias Posmodernas.....	25
Terapia Sistémica Individual	26
Modelo y Prácticas Narrativas	28
Externalización del Problema.....	29
Conversaciones de Re-autoría.....	29
Deconstrucción	29
Re-membranza	30
Ceremonias de Definición	30
Acontecimientos Extraordinarios.....	30
Conversaciones de Andamiaje.....	31
El Proceso de Duelo Desde una Perspectiva Sistémica	32
Desafíos en las Tareas del Duelo	33
Trastorno Dismórfico Corporal.....	38
Capítulo II. Metodología	41
Objetivo General de la Investigación	41
Pregunta de Investigación	41
Enfoque de Investigación y Tipo de Estudio	41
Procedimiento y Análisis de Datos	42
Participante	43
Escenario	43
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	44

Consideraciones Éticas	45
Capítulo III. Análisis del Caso Clínico.....	47
Presentación Del Caso.....	47
Historia del Paciente.....	48
Evaluación del Caso Clínico	50
Diagnóstico Estructural.....	56
Descripción Del Tratamiento	58
Plan de Intervención Terapéutica	58
Objetivos Terapéuticos.....	58
Descripción de la Alianza Terapéutica.....	59
Conciencia de la Enfermedad.....	61
Motivación al Tratamiento.....	62
Hallazgos	63
Capítulo IV. Conclusiones.....	88
Alcances.....	90
Alcances Clínicos y Profesionales.....	90
Alcances Formativos Personales	91
Limitaciones	92
Limitaciones Clínicas	92
Limitaciones Teóricas	93
Referencias.....	94
Apéndices	105
Apéndice A. Formato Base Para la Entrevista Clínica	105
Apéndice B. Cuestionario de Ansiedad Social Para Adultos (CASO-30)	107
Apéndice C. Consentimiento Informado	113
Apéndice D. Genograma Simbólico.....	115
Apéndice E. Árbol de la Vida.....	115
Apéndice F. Resumen de las Sesiones	116
Índice de Tablas y Figuras	
Tabla 1.....	47
Tabla 2.....	63
Figura 1.....	53

Dedicatoria

*A mi padre, quien estuvo conmigo al comienzo de este proyecto,
pero la vida no le permitió acompañarme físicamente hasta este momento.*

Desde otro plano me acompañas y este logro también es tuyo.

Agradecimientos

A Dios, por siempre demostrarme que sus planes son más grandes que los míos.

A mi familia, Milo, Zeny, Diana y Checo; motivo de transitar este camino. Gracias por su paciencia durante este proceso y por todo el apoyo que me brindaron en lo que les fue posible. Son mi hogar.

A mi querida Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, por su valiosa contribución a mi formación profesional y por enseñarme el valor de pensar colectivamente.

A mis maestras, por dedicar generosamente su tiempo y compartir con nosotras mucho de su conocimiento y experiencia.

A mi estimado paciente, gracias por quedarte y enseñarme tanto. Gracias por la confianza y por permitirme acompañarte en tu proceso de crecimiento personal.

A todas aquellas amistades que estuvieron conmigo en este proceso el cual se tornó más complicado tras la muerte de mi padre. Gracias por estar y no soltarme.

Resumen

El presente estudio de caso, explora el impacto de las Prácticas Narrativas desde la Terapia Familiar Sistémica, aplicadas en la elaboración de un duelo en un joven de 19 años, tras la muerte prematura de su padre. Presenta malestares asociados al trastorno dismórfico corporal, así como dificultades significativas en sus relaciones sociales y afectivas. Pertenecer a una familia caracterizada por tener comunicación distante y poco involucramiento afectivo. Metodológicamente se utilizó un estudio de caso desde un enfoque cualitativo, empleando técnicas de evaluación correspondientes a la Terapia Familiar Sistémica como la entrevista inicial, genograma y diagnóstico estructural. Para la intervención se utilizaron principalmente prácticas del Modelo Narrativo como la deconstrucción, conversaciones de re-autoría, remembranza, acontecimientos extraordinarios y conversaciones de andamiaje. Se realizó en el Centro Integral de Intervención Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, durante 17 sesiones. La intervención se dirigió a la integración de la pérdida del padre, el fortalecimiento de los vínculos afectivos, así como a la resignificación de la autoimagen corporal. Los resultados evidencian una adecuada elaboración del duelo reflejada en la integración simbólica del padre y una disminución progresiva de los malestares del trastorno dismórfico corporal. Asimismo, hubo mejoría en la expresión emocional, en la vinculación afectiva y en la comunicación familiar. Se concluye que las Prácticas Narrativas representan una herramienta eficaz para el abordaje de procesos de duelo, al facilitar la elaboración de la pérdida y contribuir a la disminución del malestar presentado.

Palabras Clave: Modelo Narrativo, elaboración de pérdidas, autoimagen corporal, vínculos afectivos

Abstract

The present case study explores the impact of Narrative Practices within Systemic Family Therapy applied to the process of grief elaboration in a 19-year-old young man following the premature death of his father. The patient presents distress associated with body dysmorphic disorder, as well as significant difficulties in social and affective relationships. He belongs to a family characterized by distant communication and limited emotional involvement. Methodologically, a qualitative case study approach was employed, using assessment techniques corresponding to Systemic Family Therapy, such as the initial interview, genogram, and structural diagnosis. The intervention primarily incorporated Narrative Model practices, including deconstruction, re-authoring conversations, remembrance, unique outcomes, and scaffolding conversations. The process was conducted at the Comprehensive Psychological Intervention Center of the Faculty of Psychology at the Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo over a total of 17 sessions. The intervention focused on integrating the loss of the father, strengthening affective bonds, and re-signifying body self-image. Results indicate an adequate elaboration of grief, reflected in the symbolic integration of the father figure and a progressive reduction of body dysmorphic distress. Additionally, improvements were observed in emotional expression, affective bonding, and family communication. It is concluded that Narrative Practices constitute an effective therapeutic tool for addressing grief processes, as they facilitate the elaboration of loss and contribute to the reduction of psychological distress.

Keywords: systemic Narrative practice, grief processing, body self-image, affective bonds

Introducción

La familia es un sistema dinámico que a lo largo de su ciclo vital va enfrentando diversas situaciones que pueden promover el crecimiento de sus miembros o del sistema en conjunto. Sin embargo, pueden surgir crisis inesperadas, como la muerte de un integrante de la familia, lo que podría generar un desequilibrio en la estructura, comunicación y dinámica del sistema familiar (Marín Silva, 2019).

En este sentido, la muerte de un ser querido implica un proceso de duelo, entendido como una respuesta natural ante una pérdida significativa, que conlleva una serie de manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales, que pueden provocar un estado de desorganización en la persona que vive la pérdida, dificultando su adaptación a una nueva realidad sin la presencia del ser querido (Villa Piña, 2021).

El caso que se analizó en el presente estudio, corresponde a un joven que solicitó atención psicoterapéutica para tratar preocupaciones relacionadas a lo que él describió como “dismorfia corporal”, así como dificultades en su interacción social y su capacidad para realizar exposiciones o hablar en público.

En el transcurso de las primeras sesiones, se identificó la presencia de un duelo no resuelto por la muerte de su padre 11 años atrás. El paciente no reconocía esta pérdida como un factor relacionado con sus malestares actuales, debido a que era un tema evitado dentro de su sistema familiar.

El joven forma parte de una familia extensa, conformada por su madre y su abuela materna. Desde una perspectiva sistémica, se identifica que es una familia desligada, caracterizada por límites rígidos, una dinámica de evasión, comunicación distante, así como escasa expresión de sentimientos.

Partiendo de esta comprensión inicial, el caso fue evaluado desde una visión sistémica, principalmente para identificar las dinámicas y pautas de interacción familiar que han sostenido

los conflictos que presenta el paciente. Por su parte, la intervención psicoterapéutica se centró específicamente en las Prácticas Narrativas, con la intención de buscar reconfigurar la narrativa personal del paciente y generar una expresión más abierta de sus emociones. Desde esta perspectiva, se pretendía que el joven lograra resignificar su relación con la pérdida, facilitando el proceso de elaboración del duelo y que esto favoreciera la disminución de los malestares relacionados con su aspecto físico e interacción social.

En este sentido, diferentes investigaciones han comprobado la pertinencia y efectividad de las Prácticas Narrativas para abordar procesos de duelo. Un ejemplo de ello es el estudio de Botana (2025), quien elaboró un taller basado en habilidades narrativas como observar, preguntar y documentar, el cual tuvo como propósito generar conversaciones de re-membranza, para recuperar valores y aprendizajes asociados a personas significativas que ya no están presentes físicamente. Los hallazgos evidencian que se recuperaron valores como el cuidado, la fe, la esperanza y la solidaridad. Estos aportes muestran cómo las narrativas pueden resignificar la pérdida.

Asimismo, Ortí Camallonga (2025) presentó un trabajo sobre intervenciones realizadas para la elaboración de duelo utilizando Terapia Cognitivo Conductual, Reconstrucción Narrativa y la Terapia Centrada en el Significado. Los resultados indican mayor eficacia en las intervenciones con Terapia de Reconstrucción Narrativa.

De la misma manera, Gelsomino Petegoli (2022) presentó un trabajo realizado con el fin de abordar el proceso de duelo desde una perspectiva sistémica, que pone mayor énfasis en los aspectos interaccionales que surgen entre los factores contextuales, subjetivos y de relación, dentro de la familia. Desde un enfoque construccionista y narrativo, se buscó comprender la pérdida de un ser querido como un evento que influye en el mundo de significados, tanto individuales como familiares, haciendo necesaria una reconstrucción narrativa.

En una intervención realizada por Campillo Rodríguez (2021) se utilizó la técnica de “El árbol de la vida”, en el trabajo con familias que han experimentaron la pérdida de un ser querido. La intervención se orientó a recuperar la historia del vínculo entre la persona fallecida y su familia, incorporando las Prácticas Narrativas como la re-membranza, partiendo de preguntas externalizantes, mediante las cuales se puede visibilizar la relación que cada uno tenía con el ser querido fallecido, recuperando los conocimientos y habilidades que les aportó.

Por otro lado, se describe un estudio de caso realizado por Aulet et al. (2019) sobre una intervención desde las Prácticas Narrativas que realizaron para la elaboración del duelo en una joven por la muerte de su madre. Se observó que la narrativa ayudó a tratar el duelo no resuelto de la paciente y facilitó el trabajo para integrar la pérdida en su propia historia de vida, la reconstrucción de su identidad después de la pérdida y mantener el vínculo de manera simbólica con su madre ya fallecida.

Por último, Díaz Rubín (2018) ha realizado diversos talleres para trabajar el tema de duelo desde las Prácticas Narrativas, con base en la metáfora “decir hola de nuevo”. Tanto ella como sus pacientes, manifiestan que esto les ha ayudado a ver la muerte de sus seres queridos como un suceso importante en sus vidas, el cual tenía que servir para algo útil.

Por otro lado, cabe señalar que el presente estudio de caso resulta relevante debido a que muestra cómo el no procesar el duelo, genera la aparición posterior de problemas o malestares, como somatizaciones y dificultades para relacionarse con el entorno, aspectos importantes para un joven que se enfrenta al comienzo de la vida adulta.

De la misma manera, el estudio es importante ya que evidencia cómo el elaborar el proceso de duelo, abre la posibilidad de reconectar con las emociones y fortalecer los vínculos afectivos integrando de manera simbólica a la persona que se ha perdido dentro de la propia historia de vida.

Por último, para una mejor comprensión del abordaje realizado, el trabajo se organiza de la siguiente manera:

En el capítulo I, se presenta el marco teórico que sustenta el abordaje del caso clínico, el cual integra los principales conceptos de la Terapia Familiar Sistémica, de las Prácticas Narrativas, así como el concepto de duelo no resuelto y los aportes que orientan la comprensión del establecimiento y la transformación de los vínculos afectivos, además de los fundamentos teóricos relacionados con el trastorno dismórfico corporal.

El capítulo II expone la metodología empleada, incluyendo el objetivo general que guía el análisis del caso, así como la pregunta de investigación. También se explica el enfoque del método utilizado para la recolección y análisis de información. Se describe un apartado detallado sobre el paciente, el lugar donde se llevó a cabo la intervención y las técnicas e instrumentos empleados.

En el capítulo III, se realiza el análisis detallado del caso clínico, con una presentación general del caso, seguida de la historia clínica del paciente y posteriormente se presenta la evaluación del caso. Al final de este capítulo, se encuentra la descripción del tratamiento realizado y se desarrolla el análisis a través de distintas categorías y fases del tratamiento con la integración de viñetas clínicas y contrastación teórica.

Finalmente, el capítulo IV incluye las conclusiones del estudio, así como sus principales alcances y limitaciones.

Capítulo I. Marco Teórico

Desarrollo del Enfoque Sistémico

Teoría General de Sistemas

La Teoría General de Sistemas (TGS), elaborada por Ludwig Von Bertalanffy (1979), ofrece una base teórica fundamental para el desarrollo del Enfoque Sistémico en psicoterapia.

Partiendo de esta teoría, un sistema se define como un conjunto de partes y objetos que interactúan entre sí y conforman un todo (Bertalanffy, 1979). En este sentido, la TGS tiene como objetivo “desarrollar una metateoría o una teoría de teorías, cuyos principios puedan aplicarse y utilizarse en muy diversos campos del conocimiento” (Garibay, 2013, p. 5). Dichos principios son los de totalidad, interacción dinámica, equifinalidad, entropía negativa y homeostasis.

Siguiendo esta idea, Espinal et al. (2005) señalan que aplicar los principios sistémicos en el contexto familiar es importante para comprender las interacciones que influyen en el funcionamiento de la familia, por lo que describen los principios de la TGS aterrizados al sistema familiar de la siguiente manera:

1. La familia es una totalidad que brinda una realidad que va más allá de los miembros que la integran, compuesta por un sistema de valores, creencias y experiencias que se comparten, a lo largo de la vida, y por los rituales y costumbres que se van transmitiendo de manera generacional.

2. Por otra parte, se describe que, “los miembros de la familia permanecen en contacto entre sí, a partir de una serie continua de intercambios que suponen una mutua influencia y no una mera causalidad lineal, sino circular” (p. 5).

3. El autor señala que, la familia es un sistema orientado al logro de determinadas metas. Dichas metas suelen ser en un inicio definidas por la sociedad, y posteriormente son interiorizadas, como la protección de sus miembros e integración a la sociedad.

4. La familia es un sistema abierto ya que está en constante interacción con otros sistemas.

5. La familia es responsable de autorregular su desarrollo y cambios por medio de estrategias, reglas, recursos y procesos asignados por todos sus miembros.

Primera Cibernética

Con la autorregulación se ingresa al campo de la segunda gran teoría, “La Cibernética”, la cual aporta principios fundamentales para la comprensión del funcionamiento de los sistemas y que ha tenido una influencia significativa en el desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica. (Garibay Rivas, 2013).

En el año 1948, fue publicada la obra “Cibernética” por Norbert Weiner, en la que destaca que todo ser biológico, artificial o mecánico, puede caracterizarse por el intercambio de información que tiene con su entorno (Siles González, 2007).

Estos términos se fueron aplicando en el ámbito terapéutico y Hoffman (1992) describe que, en terapia, el interés se enfoca en que la retroalimentación que puede ser verbal y no verbal ayude a reforzar o eliminar una conducta; en este sentido, se incorpora el concepto de “síntoma”, el cual es descrito como parte de la homeostasis que estabiliza a la familia y el terapeuta es la persona externa con la capacidad para ayudar a la familia a deshacer estos círculos generadores del síntoma. De este modo, la retroalimentación se entiende como un proceso regulador del sistema familiar.

Principios y Conceptos del Enfoque Sistémico

Teoría de la Comunicación Humana

Entre los trabajos pioneros que han funcionado como pilares en el desarrollo de la Teoría Familiar Sistémica, se encuentran los realizados por Watzlawick, Beavin y Jackson (Garibay, 2013). Estos autores proponen el comprender cómo los individuos se relacionan y comunican en contextos complejos, ya que, desde la Teoría de la Comunicación Humana, toda conducta tiene valor comunicativo (Watzlawick et al., 1981).

La comunicación “es un proceso de transmisión, por parte de un emisor, a través de un medio de estímulos sensoriales de contenido (explícito o implícito) a un receptor, con el fin de informar, motivar o influir sobre el mismo” (López et al., 2021, p. 11). Asimismo, el autor señala que la acción de comunicar es un intercambio, es otorgarle a alguien algo propio, generalmente información.

En su obra *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*, Watzlawick et al. (1981) destacan cinco axiomas sobre la comunicación, donde se exponen las distintas formas en las que se configuran los procesos comunicativos, los cuales son los siguientes:

1. Es imposible no comunicarse.
2. Cualquier comunicación posee un aspecto de contenido y uno relacional, este último clasifica al primero, y, por tanto, es una metacomunicación.
3. La puntuación da organización a los hechos de la conducta, por lo que es de suma importancia para la interacción; ya que ayuda a reconocer secuencias de interacciones.
4. Los mensajes tienen dos tipos de canales diferentes, el digital, que está relacionado con el lenguaje y el mensaje verbal, y el analógico, que hace referencia a la comunicación no verbal.

5. La comunicación genera interacciones o relaciones las cuales pueden ser simétricas, en las que las personas suelen igualar su conducta recíproca, y complementarias, el comportamiento de uno de los participantes complementa el del otro.

Estos axiomas sirven como base teórica para entender procesos de comunicación complejos, como las reglas que rigen la interacción familiar.

El Sistema Familiar Desde la Antropología y Otras Áreas del Conocimiento

Durante mucho tiempo, la familia ha sido considerada como la institución más importante, donde los individuos se desarrollan como entes socioculturales. Con el paso de los años, su estructura y conformación se han ido modificando, por lo que es importante que la familia se conozca no como una institución fija, sino como cambiante y con distintas necesidades a satisfacer (Gutiérrez et al., 2016).

Gonzalbo Aizpuru (1991) señala que los primeros estudios sistemáticos que surgieron sobre la familia, fueron realizados por investigadores del siglo XIX, los cuales tenían interés en conocer el proceso de evolución de la sociedad.

A su vez, la autora explica que en México, las investigaciones antropológicas se anticiparon durante varias décadas a las históricas; pero a mediados del siglo XX la sociología y psicología alertaron sobre el proceso de decadencia de la familia, por lo que “se produjeron los primeros estudios referentes a los procesos de cambio que había en las relaciones familiares, la terminología del parentesco, la influencia de las circunstancias económicas y las características locales en estudios monográficos de pequeñas comunidades” (p. 51).

Actualmente, desde distintas áreas del conocimiento científico, se puede comprobar que el sistema familiar ha ido modificando su estructura y conformación. Esto se debe a que se relaciona con su entorno y está expuesta a los cambios sociales que se presentan. Por lo que,

para poder definir su significado y su función, se tienen que tomar en cuenta sus características con relación a su contexto social (Gutiérrez et al., 2016).

Teniendo esto en cuenta, la familia es un sistema abierto, compuesto por distintos subsistemas que interactúan entre sí, que conforme se adapta a los cambios que surgen en la sociedad, busca mantener la homeostasis durante los distintos retos que se originan en cada una de las etapas del ciclo vital familiar, con el fin de asegurar su existencia y seguridad (Acevedo y Vidal 2019; Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018).

En este mismo sentido, Garibay Rivas (2013), señala que la familia cumple funciones fundamentales como el cuidado y apoyo de sus integrantes, la educación de los hijos, la satisfacción de las necesidades y la procreación.

Asimismo, el autor afirma que:

La familia puede servir como un agente organizador de la experiencia, como centro de exploración, desarrollo, mantenimiento y modificación de un gran número de conductas y aprendizajes para sus miembros.

Dentro de la familia se aprenden ciertas pautas que después se convierten en la normalidad para sus miembros en general y para el individuo en particular (p. 2).

Tipologías Familiares

Partiendo de la definición y función de la familia como un sistema, Estévez et. al (2007) describen los siguientes tipos de familias:

Las familias nucleares están configuradas por dos cónyuges unidos en matrimonio y sus hijos. Este tipo de familias puede ser por “cohabitación”, que consta de la convivencia de una pareja que está unida solamente por lazos afectivos, pero sin el vínculo legal del matrimonio.

Por otra parte, las familias monoparentales están formadas por una madre o un padre que no convive con una pareja (casada o en cohabitación) y vive al menos con un hijo.

Las familias extensas engloban como miembros de la unidad familiar a personas de distintas generaciones como: abuelos, tíos, hijos, nietos etc.

Por otro lado, las familias reconstituidas son las que después de una separación, divorcio o muerte de uno de los cónyuges, se reconstruye con la madre o padre que tiene a su cargo hijos y una nueva pareja, que puede o no aportar hijos propios.

Es importante señalar que, en los últimos años, han ido surgiendo nuevos procedimientos para formar una familia; siendo unos más comunes que otros y Golombok (2016), menciona los siguientes: Familias de madres lesbianas, familias de bebés probeta; nacidos por medio de fertilización in vitro, familias de concepción con donante; donde se insemina a una mujer con el espermatozoide de un hombre que no es su pareja, familias de gestación subrogada; en las cuales una mujer lleva el embarazo de un bebé que pertenece a alguien más, familias de madres solteras por elección y familias de padres gays.

Conceptualización de la Estructura Familiar

Independientemente del tipo de familia, cada una de ellas posee una estructura, la cual permite conocer la organización y forma de interacción que influyen directamente en el funcionamiento familiar; por lo que a continuación se describen los principales conceptos de la estructura familiar.

Minuchin y Fishman (2004) sugieren que, la familia requiere de una estructura viable para realizar sus tareas básicas, por lo que fomenta la individuación, pero al mismo tiempo promueve un sentimiento de pertenencia.

La estructura familiar es un conjunto invisible de demandas funcionales que regulan la forma en la que interactúan los integrantes de la familia. Generar un cambio en el sistema ayuda a restablecer un adecuado funcionamiento. Dicho cambio necesita identificar la estructura y

dinámica que tiene la familia y, de la misma manera, comprender la forma en cómo el o los síntomas se enlazan con dicha estructura. (Minuchin, 2004).

Subsistemas

La familia desempeña sus funciones a través de subsistemas en los que tiene diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Millán y Serrano (2002) describen los cuatro tipos de subsistemas de la siguiente manera:

Subsistema de pareja; formado por la relación del marido y la esposa, el subsistema parental; compuesto por el equipo de los padres, el subsistema filial; formado de la relación existente entre padres e hijos y el subsistema fraternal; constituido por personas que tienen en común a los mismos padres.

Límites

Se definen como las reglas que determinan quiénes participan y en qué forma dentro de la familia, su función es proteger la diferenciación del sistema, así lo describen Minuchin y Fishman (2004). De igual forma, los autores señalan que hay tres tipos de límites, los cuales son, límites claros, difusos y rígidos. Las familias con límites difusos se denominan aglutinadas, debido a su alto grado de lealtad, todos están pendientes de los demás y se consideran de “puertas abiertas”, ya que no se vive bien la intimidad de sus miembros. Las familias con límites rígidos se llaman desligadas, debido a que le dan mayor importancia a la individuación que a la pertenencia. Por último, las familias con límites claros, establecen de manera flexible las funciones, roles y responsabilidades entre los integrantes de la familia (Pubill, 2018).

Jerarquías

Es un término que se refiere al orden en que los miembros de la familia se encuentran organizados dentro del sistema familiar, de acuerdo con el lugar que ocupan y la posición que mantienen entre sí. Esta organización establece jerarquías que influyen en la distribución de

funciones, responsabilidades y límites, así como el grado de autoridad y poder que cada integrante ejerce en la dinámica familiar (Pereira, 2023).

Rol

Los integrantes de las familias tienen un rol que tiene que cumplir distintas funciones, por lo que ocupan un lugar, posición o espacio simbólico, que suelen ser de suma importancia, e incluso aquellos miembros que perciben no ejercer un rol dentro del contexto familiar, hacen grandes esfuerzos por conseguirlo (Garibay Rivas, 2013).

Fronteras

Minuchin y Fishman (2004), señalan que las fronteras determinan quién es parte de las interacciones familiares, regulan el nivel de contacto y cercanía que hay entre los integrantes de la familia. Cuando las fronteras son rígidas, se produce aislamiento y distanciamiento y cuando son difusas, llevan a la confusión de funciones y roles.

Por su parte, Pubill (2018) describe de manera general que las fronteras familiares son aquellos límites que se utilizan para señalar y definir un sistema en relación a otros y al suprasistema que los rodea.

Alianzas

Este término hace referencia a la unión de dos o más miembros de la familia para adquirir algún beneficio sin afectar o hacer daño a otra persona; por ejemplo, las alianzas por afinidad de intereses, de género o edad (Montalvo et al., 2013).

Coaliciones

Los mismos autores señalan que la coalición se refiere a la unión de dos o más miembros de la familia para perjudicar a otra; así, se pueden encontrar en las familias coaliciones abiertas o encubiertas.

Triangulaciones

Apaza (como se cita en Flores, 2022) plantea que la triangulación se refiere a la existencia de un problema entre dos integrantes de la familia, quienes usan a un tercero para perjudicarse por medio de este. La tercera persona involucrada juega un papel importante en relación con la tensión generada por el conflicto y el problema entre los dos primeros es negado.

Síntoma

Es una manifestación cuya función radica en mantener el equilibrio familiar. Su aparición comúnmente coincide con algún cambio en la familia que amenaza con alterar su equilibrio, así pues, puede ser un medio para evitar dicho cambio que se considera amenazador (Papp, 1994).

Roizblatt (2009) señala que se han realizado diversas investigaciones para explorar la relación entre la aparición de síntomas y el estrés relacionado a las transiciones en el ciclo vital familiar. Situaciones como la partida de los hijos, la jubilación, los nacimientos y las muertes provocan cambios significativos en la transformación del funcionamiento familiar y de su estructura.

Siguiendo esta idea, los síntomas emergen cuando el desarrollo del ciclo vital de una familia se ve interrumpido. El síntoma señala que la familia enfrenta dificultades para transitar alguna etapa del ciclo vital (Haley, 1988, como se cita en Pereira, 2023).

El Ciclo Vital Familiar y sus Fases

Como se ha hecho mención, cada familia presenta una estructura, la cual va transformándose a lo largo del tiempo. Por ello, resulta relevante describir las distintas etapas del ciclo vital de la familia, ya que en cada una de ellas se atraviesa por mecanismos evolutivos que fomentan un amplio cambio en la totalidad familiar (Roizblatt, 2009).

Por su parte, Ochoa de Alda (1995) define al ciclo vital familiar, como una secuencia de fases en las que hay periodos de equilibrio y adaptación, y periodos de desequilibrio y cambio.

La autora indica que es indispensable que, en cada una de las etapas, los miembros de la familia desarrollen habilidades adecuadas de comunicación y negociación que les dé pie a ajustarse a los cambios evolutivos.

Las fases del ciclo vital de la familia sugeridas por Estrada (2012) son las siguientes:

1. Desprendimiento. Es la primera fase, y consiste en que el individuo deje su hogar y busque su independencia. Este proceso es necesario para el desarrollo individual y familiar. La falta de desprendimiento adecuado puede provocar problemas en relaciones posteriores, incluyendo el matrimonio.

2. Encuentro. Esta parte se trata de la transición hacia el rol de cónyuges, la cual puede resultar complicada por el requerimiento de abandonar roles anteriores y la disposición para conformar una nueva familia. Se requiere de una negociación constante de un entendimiento profundo de las diferencias personales y la construcción de una relación basada en la comunicación, compromiso y madurez.

3. Los Hijos. El autor señala que en esta etapa es fundamental dar prioridad al cuidado de la madre y el bebé; el papel del padre es relevante para apoyar a la madre desde el embarazo. Las cuestiones económicas suelen ser de las principales causas de separación, ya que pueden ser bastantes los requerimientos socioeconómicos con la llegada de los hijos.

4. La Adolescencia. En esta fase surgen problemas en el sistema familiar en cuanto a las crisis emocionales que presentan los hijos, las rivalidades entre padres e hijos y se puede esperar que los padres busquen revivir su adolescencia. Estas situaciones ponen a prueba la flexibilidad de la familia, por lo que, para una adecuada transición, es importante que los padres colaboren y permitan que los hijos consigan la madurez en su desarrollo y se transformen en adultos autónomos para llegar al desprendimiento.

5. El Reencuentro. Etapa conocida como el nido vacío, en la que los hijos dejan el hogar para formar sus propias familias, lo que conlleva grandes retos para los padres; ya que

comienzan a envejecer y tienen que dar espacio para que sus hijos conformen nuevos sistemas familiares.

Esta fase implica reencontrarse con uno mismo y con el cónyuge; de igual manera, la disposición que tengan los padres para hacer frente a los desafíos es vital para sostener la relación de pareja adecuadamente y afrontar la vejez y lo que esta conlleva.

Modelos de la Terapia Familiar Sistémica

Para comprender la evolución de la Terapia Familiar Sistémica, es necesario conocer los modelos que le dieron origen y consolidación. Al respecto, Hoffman (1992) señala que los primeros investigadores de la terapia familiar, se centraron en estudiar las características de la familia como un sistema. Este enfoque surgió cuando se observaron por primera vez los comportamientos sintomáticos de las personas en el contexto de su entorno familiar, en lugar de hacerlo en el consultorio médico.

La terapia familiar sistémica se originó a finales de 1950, con la integración de dos grupos principales en Estados Unidos. El primer grupo tenía como base las teorías psicodinámicas y estuvo compuesto por Ackerman, Bowen, Whitaker, Wynne, Fleck y Minuchin. El segundo estaba integrado por Bateson, Haley, Weakland, Jackson, Satir, Watzlawick y Fish, el cual se fundamentaba en la TGS. Más adelante, el grupo de Milán, liderado por Palazzoli, Cechin, Prata y Boscolo realizó contribuciones significativas (Rivas Garibay, 2013).

En este contexto, Nathan W. Ackerman fue uno de los primeros en llevar la terapia familiar a la práctica clínica, distinguiendo a la familia como una entidad que tiene su propia vida psicológica y social (Goldbeter - Merinfeld, 2003).

Por su parte, las investigaciones del segundo grupo fundamentado en la TGS, fueron realizadas en gran parte en el Mental Research Institute (MRI) en Palo Alto, California, fundado por Don Jackson en 1959. Según Sánchez Rengifo (2003), este grupo tuvo un papel fundamental

en el desarrollo del enfoque sistémico, al no aceptar visiones individualistas y al proponer intervenciones orientadas a modificar las soluciones intentadas por la familia, las cuales perpetuaban el síntoma. Su propuesta se caracterizó por desarrollar una terapia breve, con menos de 10 sesiones semanales, centrada en el enfoque interaccional (Ochoa de Alda, 1995).

El modelo estructural, cuyos principales exponentes son Minuchin, Montalvo y Fishman, es uno de los enfoques más destacados en la terapia familiar. Según Pereira (2023), este modelo considera a la familia como un contexto esencial para el desarrollo personal y el apoyo mutuo. Con el paso del tiempo, las familias crean patrones de interacción que configuran su estructura, la cual regula el funcionamiento de sus miembros y fomenta la interacción recíproca entre ellos.

Desde esta perspectiva, la familia es conceptualizada como una organización dinámica conformada por subsistemas, límites, alianzas, roles, reglas y coaliciones que determinan su estructura y funcionamiento (Sánchez Rengifo, 2003).

Por otra parte, el modelo experiencial tuvo como fundadores a Whitaker y Virginia Satir. Sus raíces surgen del enfoque humanista y este modelo considera necesario que las familias generen la competencia de comunicarse de manera clara, coherente y no acusatoria. En ocasiones las palabras se utilizan para bloquear los sentimientos que tienen que compartirse con la familia, en estos casos se utilizan técnicas que procuran superar los mecanismos de defensa de los miembros de la familia para comunicar sus sentimientos (Sánchez Rengifo, 2003).

A su vez, el grupo estratégico estuvo conformado principalmente por Jay Haley y Cloé Madanes, en el Instituto de Terapia Familiar de Washington. Minuchin et al., (1998) explica que se pretende redefinir la relación que hay entre los integrantes de la familia, de tal manera que el síntoma se deje de lado como un medio de ejercer el poder dentro de la familia.

Murray Bowen es considerado el principal exponente del enfoque transgeneracional, ya que encontró respuestas a las problemáticas, en las relaciones que hay en la red familiar intergeneracional, uno de sus principales supuestos es que cargamos los conflictos emocionales

no resueltos de nuestra familia, por lo que hay una tendencia a repetir los mismos patrones en los vínculos que establecemos, dando así, mayor validez al genograma como un instrumento importante de trabajo (Sánchez Rengifo, 2003).

Pubill (2018) explica que el genograma es un mapa que sirve de orientación sobre los vínculos biológicos, legales y emocionales que existen en los integrantes de la familia.

Por último, Hoffman (1992), explica que Selvini Palazzoli organizó un grupo en el Instituto de Estudios Familiares en Milán, conformado por cuatro psiquiatras, Boscolo, Prata, Cecchin y Selvini. Desde un inicio, el Grupo de Milán trabajaba con familias de pacientes anoréxicos y psicóticos, solían hacer sus intervenciones en dos parejas, con una mujer y un hombre terapeutas dentro del consultorio con la familia y un hombre y una mujer del otro lado de la pantalla.

Pubill (2018) menciona que, una de las principales aportaciones, fue la de buscar las reglas que dirigen el juego familiar, es decir, las pautas, los equipos ganadores y perdedores, componentes importantes en casos de rigidez familiar frente al cambio.

Terapias Posmodernas

Segunda Cibernética

A partir de la década de los 70, los avances de la cibernética tuvieron una serie de cambios radicales, partiendo del momento en que se incluyó al examinador como parte del sistema que estudia. Es aquí donde surge la “cibernética de segundo orden”, la cual deja de lado los supuestos de objetividad y considera al observador directamente involucrado en lo que observa (Villareal, 2011).

Teniendo en cuenta los planteamientos de la segunda cibernética, Sluski (1987) afirma que, “el terapeuta familiar no es un agente que opera sobre una familia cambiándola, sino que es un participante educado en un proceso de transformación colectiva de significados” (p. 67).

Partiendo de esto, la terapia puede ser explicada como una actividad de diálogo, en lugar de una intervención dirigida a un individuo o colectivo. En este proceso, el terapeuta participa de manera activa, integrándose en la visión del mundo que tiene la familia, para desarrollar propuestas de nuevos puntos de vista y connotaciones con las que la familia y el terapeuta crean nuevas perspectivas que no están relacionadas con el síntoma o los problemas (Sluski, 1987).

Desarrollo de las Terapias Posmodernas

Tras la consolidación de los modelos sistémicos; a finales del año 1970, partiendo del surgimiento de la segunda cibernética, aparecen “las terapias posmodernas”, las cuales dirigen su atención a las ideas filosóficas de Nietzsche, Heidegger, Foucault, entre otros, ideas que hacen referencia a la relatividad, al lenguaje y a la construcción social de la realidad (Ruíz Cortéz, 2008).

En este sentido, es importante diferenciar las corrientes epistemológicas que sustentan a las terapias posmodernas, por lo que Bertrando y Toffanet (2004), explican la diferencia entre constructivismo y construccionismo social. El primero señala que la mente y la realidad construida se originan en la persona; mientras que, para el construccionismo, ocurre en las relaciones sociales y en la creación de significado a través del lenguaje. Por lo tanto, el construccionismo social defiende la importancia de la conversación para generar un sentido de identidad; cada idea y concepto, nacen del intercambio social regulado por el lenguaje (Boscolo y Bertrando, 1996).

Partiendo de lo anterior, Del Río (2012) destaca la aportación del construccionismo social en las terapias posmodernas, en las cuales hay un encuentro entre dos expertos en la sesión, el

terapeuta, que posee el conocimiento y la experiencia clínica, y el paciente, quien conoce mejor que nadie cómo es la interacción en su entorno.

Así, en la era del posmodernismo se establecen otras terapias como la terapia individual de Luigi Boscolo, la terapia de las narrativas de Michael White y las terapias conversacionales de Harlen Anderson (Bertrando y Toffanet, 2004).

Terapia Sistémica Individual

Como se mencionó anteriormente, los enfoques terapéuticos han evolucionado con el tiempo ya que, a inicios de la década de 1980, surgieron cambios en los intereses entre los distintos enfoques. Algunos terapeutas dedicados a la terapia individual, se expandieron a la terapia familiar y de pareja, los cuales han manifestado interés en las aportaciones de la visión sistémica-relacional en la psicoterapia, y de la misma manera, algunos terapeutas familiares sistémicos, han prestado mayor interés en el individuo y las emociones (Boscolo y Bertrando, 1996).

Los mismos autores identificaron que uno de los motivos que dio pie a la terapia sistémica individual, fue que los alumnos que se formaban como terapeutas familiares, en numerosas ocasiones se veían obligados a tratar a sus pacientes de manera individual, debido a las exigencias de los servicios públicos donde trabajaban o por necesidades económicas.

Por su parte, Pereira (2024) señala que el enfoque sistémico también comenzó a comprender el abordaje de manera individual ante dos situaciones: cuando el paciente no tenía interés de asistir con su familia y cuando no podía llevarlos porque estos se negaban o no podían.

Asimismo, estos cambios parten de la revolución epistemológica producida por la llegada de la cibernética del segundo orden y del pensamiento constructivista, poniendo al lenguaje en el centro de todo; por lo que los terapeutas sistémicos han recurrido cada vez más a modelos

como la narrativa, la hermenéutica, la lingüística y la teoría conversacional, que van más allá de los límites entre el individuo y la familia (Boscolo y Bertrando, 1996).

Partiendo de estos planteamientos, se introduce la propuesta de la Terapia Sistémica Individual, iniciando con algunas de las características descritas por Moreno Fernández (2018):

1. Cuando se trabaja con una persona, es considerada como parte de sistemas relacionales o de pertenencia y se investiga qué lugar ocupa en ellos, el rol y funciones que desempeña, así como la percepción de sí misma que se ha ido construyendo debido a esas relaciones.

2. Se exploran las dimensiones principales que se abordarían en el contexto de una terapia familiar, como la estructura que tiene la familia, patrones de interacción, temas significativos y cuestiones relevantes de la historia familiar de generaciones pasadas y de la familia extensa.

3. Se trabaja con la relación e historia de la familia de origen. Esto es esencial en la terapia sistémica individual, ya que brinda un punto de partida para la formulación de hipótesis sobre el origen de algunos patrones relacionales, la forma en que la persona ha construido su narrativa y como ha aprendido a darle sentido a su experiencia por medio de estas relaciones.

4. El terapeuta asume distintos roles:

“Co-investigador”, colaborando con el paciente para averiguar y comprender juntos cómo actúa el problema y cómo hacerle frente.

“Co-editor”, ayuda al paciente a revisar y modificar su narrativa, para que esta sea menos limitante y más satisfactoria.

“Entrenador”, para impulsar a que el paciente ponga en práctica la nueva narrativa que ha construido, ejerciendo un cambio, por ejemplo, en el rol que tiene en su familia o en algunas de sus pautas relacionales.

Modelo y Prácticas Narrativas

Este modelo se basa en la construcción de historias alternativas, en las que el problema ya no tiene el mismo sentido y los pacientes reorientan su vida. Se reconoce la importancia del lenguaje en la construcción del significado y la realidad social de la persona; está basado en el construccionismo social y es considerado uno de los enfoques más recientes de la psicoterapia familiar, siendo representado por Michael White y David Epston (Araujo, 2011; Quintal Corzo et al., 2020).

De la misma manera, Minuchin et al. (1998) explican que, la única herramienta de intervención que se utiliza en este modelo, es el lenguaje y se orienta a los pacientes para adquirir una alternativa de historias fortificantes.

White y Epston (1993) indican que las Prácticas Narrativas surgen de la Terapia Familiar Sistémica, y sostienen que las familias suelen contar de sí mismas, una historia “saturada de problemas” que las definen y por las que se sienten definidas. No obstante, esta historia desvía de la familia otras experiencias que no resultan problemáticas, debido a que no coinciden con lo negativo que sostiene la historia dominante; lo que provoca que los recursos que tiene la familia, no puedan ser visibles.

Del mismo modo, Araujo (2011) describe que hay dos principios básicos del Modelo Narrativo; primeramente, tener un estado de genuina curiosidad y realizar preguntas de las cuales realmente se desconoce la respuesta, ya que las conversaciones narrativas deben ser interactivas en conjunto con el paciente y el psicoterapeuta.

Otro aspecto importante del Modelo Narrativo, es el cuidado de la posición de poder del terapeuta frente al paciente, esta no se niega, sino que se reconoce y se pone al servicio del paciente siendo transparente a su propia perspectiva. Asimismo, un principio central de este enfoque, es asumir que los problemas que las personas llevan a terapia, no están en ellos y no son ellos, sino que son discursos dominantes anclados a construcciones históricas,

socioculturales, económicas y políticas, mediante las cuales, las personas han construido sus identidades con las que definen su forma de ser y estar en el mundo (Obregón-Velasco, 2007).

Para el presente trabajo resulta relevante contar con un marco referencial sobre las Prácticas Narrativas, dado que estas fueron empleadas durante el proceso psicoterapéutico; por lo que, a continuación, se describen algunas de las prácticas utilizadas desde este modelo.

Externalización del Problema

Para la implementación de esta práctica, primeramente, se tiene que identificar el discurso de la problemática que domina en la narrativa que sostiene la persona, para luego hacer consciente que el problema es el problema y no la persona, ya que el separar el problema de la persona le permite responsabilizarse de este. Finalmente, el terapeuta deberá utilizar su creatividad para cuestionar al objeto (problema) externalizado (García Ledesma et al., 2015).

Conversaciones de Re-autoría

White (2016) explica que, dichas conversaciones incitan a los pacientes a seguir narrando sus vidas, pero también les son de utilidad para incluir algunos sucesos y experiencias que han sido pasados por alto, pero que resultan ser profundamente significativos, dichas experiencias no se encuentran presentes en las tramas de la vida dominantes, por lo que pueden ser considerados “desenlaces extraordinarios” o “excepciones”, los cuales otorgan un punto de partida para las conversaciones de re-autoría.

Deconstrucción

Se establece que la vida de las personas es moderada por el significado que ellas asignan a su experiencia, por la situación que tienen en las estructuras sociales y por las prácticas culturales y de lenguaje. Desde este punto, la deconstrucción es el proceso de analizar y cuestionar cuidadosamente estos significados asignados, para identificar cómo fortalecen al

problema y a la historia dominante, dando la posibilidad de construir nuevas narrativas (White, 1994).

Re-membranza

Esta práctica se caracteriza principalmente porque los pacientes pueden ayudarse a sí mismos, por medio de los recuerdos y memorias de las personas importantes que han perdido, personas que no conocen directamente, pero les han contribuido, como gente famosa o el escritor de un libro, o un desconocido que les ayudó de manera significativa. El terapeuta ayuda a que la persona invite de manera metafórica a estas personas a unirse nuevamente a su “club de vida”, y de la misma manera, los pacientes también pueden excluir de su “club de vida” a quienes han tenido un comportamiento violento o negativo hacia ellos (Payne, 2002).

Ceremonias de Definición

Suelen tener lugar en foros estructurados que brindan un espacio para que las personas narren las historias de sus vidas; sobre sus proyectos, trabajo, identidad, etc. Y para la expresión de los saberes y habilidades para la vida. El público que fue convocado específicamente, es testigo de dichas expresiones; posterior a la representación, los testigos externos, son invitados a realizar una re-narración de las historias que fueron relatadas y de los saberes y habilidades expresados, por lo que son rescatadas e integradas al libreto de su vida (White, 2002).

Acontecimientos Extraordinarios

White y Epston (1993) explican que esta práctica se realiza mediante una revisión histórica de la influencia que tienen los pacientes sobre el problema, con el fin de recordar hechos que contradigan el impacto del conflicto sobre sus vidas y relaciones. Aunque dichos eventos son experimentados por las personas que son perjudicadas en el momento en que ocurren, los

relatos llenos de problemas de sus vidas, comúnmente impiden la incorporación de nuevos significados a estas vivencias.

Estos acontecimientos extraordinarios pasados, facilitan la creación de nuevos significados en el presente, dichos significados, ayudan a las personas a volver atrás y revisar su historia personal y la de sus relaciones (White y Epston, 1993).

Conversaciones de Andamiaje

Basado en las teorías de aprendizaje de Vygotski y Bruner, White (2016) retoma algunos términos para describir que la línea que hay entre lo conocido y familiar y lo que los pacientes pueden llegar a conocer de sus vidas, se puede considerar como “zona de desarrollo próximo”. El terapeuta contribuye de manera significativa a construir los andamios de esta zona de desarrollo próximo.

Para el autor, estas conversaciones de andamiaje, permiten a los pacientes distanciarse progresivamente de lo que conocen y les resulta familiar, para alcanzar lo que podrían saber y hacer.

Habiendo descrito algunas de las técnicas más utilizadas en este modelo, cabe mencionar que los pioneros de la Práctica Narrativa, White y Epston (1993), describen que el modelo promueve un acercamiento respetuoso a los pacientes, el cual centra a la persona como experta en su propia vida.

El Proceso de Duelo Desde una Perspectiva Sistémica

Para el presente trabajo, es fundamental tener un marco referencial sobre el proceso de duelo desde una perspectiva sistémica, por lo que se prosigue a desarrollar algunos conceptos importantes.

Ruíz y Palma (2021) definen el duelo como un proceso psicológico, que se desarrolla cuando un individuo vive una pérdida, ausencia, separación o abandono. Dicho proceso, consiste principalmente en una adaptación a una nueva realidad en la que ya no está lo perdido. En su mayoría, las personas que atraviesan por un duelo, presentan sentimientos de tristeza y sintomatología asociada como ansiedad, alteraciones del sueño y alimentación e incluso cuadros depresivos.

Al hablar de duelo y pérdida, es importante retomar la Teoría del Apego propuesta por Bowlby (2014), para describir la tendencia que hay en el ser humano a establecer vínculos afectivos profundos, así como la forma de comprender las intensas reacciones emocionales que surgen a raíz de que estos vínculos se ven amenazados o se rompen, como ocurre en los procesos de pérdida y duelo.

Estos vínculos de apego emergen de la necesidad de seguridad, tienden a desarrollarse a corta edad y se dirigen frecuentemente a los padres, pues son quienes dan al niño una base segura, la cual establece su capacidad para formar vínculos afectivos en etapas posteriores. En consecuencia, cuando la figura de apego desaparece, la respuesta que hay, tiende a ser de intensa ansiedad y otras reacciones emocionales (Bowlby, 2014).

En este sentido, cuando una pérdida significativa como la de la madre o el padre ocurre durante la infancia o adolescencia y no se consigue elaborar el duelo de manera apropiada, es probable que en la vida adulta se tengan síntomas de depresión o dificultades para establecer relaciones íntimas (Worden, 2013).

Por otro lado, Pereira Tercero (2024) advierte que analizar el duelo de manera individual, excluyendo el proceso familiar que se presenta ante la pérdida de un ser querido y el peso que este proceso tiene sobre la expresión de emociones y evolución de sus miembros, es deficiente y limitante al momento de plantear una intervención.

Siguiendo esta idea, es necesario tener en cuenta que:

una muerte en la familia involucrará múltiples pérdidas: la pérdida de la persona, la pérdida de roles y relaciones, la pérdida de la familia como unidad intacta y la pérdida de sueños y esperanzas de lo que hubiera podido ser (McGoldrick y Walsh, 2004, como se cita en López Peñaloza, 2008, p. 100).

De la misma manera, Bowen (2016) indica que un sistema familiar se encuentra funcionalmente equilibrado cuando está en calma y cada integrante ejerce su función con eficacia. No obstante, dicho equilibrio puede ser afectado tanto por la adición como por la pérdida de un miembro de la familia, por lo que, el autor asegura que la pérdida de un integrante significativo del sistema familiar, es la mayor crisis a la que esta tiene que enfrentarse.

Desafíos en las Tareas del Duelo

Neimeyer (2021) retoma las tareas del duelo que han definido algunos teóricos como William Worden y Therese Rando, para explicar una serie de desafíos que las personas tienen que atravesar durante las tareas del duelo en función de los recursos que presentan y de la naturaleza de la pérdida que han tenido.

A continuación, se describen dichas tareas y sus desafíos:

1. Reconocer la realidad de la pérdida

El autor señala que esta tarea presenta un desafío complejo de superar, ya que lleva a las personas a asimilar la pérdida en un nivel emocional muy profundo, mediante constantes limitaciones impuestas por el dolor que se presenta por la pérdida.

No sólo se sufre la pérdida como individuos, sino también como integrantes de sistemas familiares, lo que sugiere que se tiene que reconocer y comentar la pérdida con todos los miembros de la familia, prestando especial atención a la inclusión de los niños, pues a menudo se les aparta de estos eventos con la intención de protegerlos, lo cual puede ser contraproducente para su proceso de duelo. “Si excluimos a una persona de los círculos de discusión abierta, corremos el riesgo de aislarla en su duelo y complicar su adaptación posterior” (Neimeyer, 2021, p. 53).

2. Abrirse al dolor

Siguiendo al mismo autor, se determina que es necesario identificar los sentimientos que se deben elaborar y ordenar, ya que es común que posterior a la noticia de una pérdida se presente un sentimiento de dolor profundo, el cual, puede resultar intolerable para las personas, por lo que se intenta alejarse de él y evitarlo, lo que podría atrasar o perpetuar el duelo, por lo que es necesario identificar los sentimientos que se requieren elaborar y darles estructura, esto puede ser en momentos de reflexión de manera privada o en momentos compartidos de conversación.

3. Revisar el mundo de significados

La experiencia de una pérdida, puede consumir las creencias y significados que se habían considerado los soportes de la filosofía de vida que presentaban las personas. Invalidar el mundo de creencias puede generar complicaciones sobre la conducta, compromisos y valores.

El autor sugiere que, si se incorpora la realidad de la pérdida al mundo de creencias y se le da un significado personal, se dará pie a que la tragedia transforme a las personas.

4. Reconstruir la relación con lo que se ha perdido

Es común que, en casos de muertes, los miembros del sistema familiar, sientan la obligación de “olvidar” a la persona que han perdido. En este sentido, el autor explica que la muerte suele transformar las relaciones, en lugar de darles fin, por lo que es importante

reconstruir una relación que se basaba en la presencia física, en otra que esté basada en una conexión simbólica.

5. Reinventarse a uno mismo

De la misma manera, señala que los individuos son seres sociales y construyen su identidad junto a las personas más importantes en sus vidas, como los padres, parejas, hijos, amigos, etc. Y por tal motivo, la pérdida de estas personas, genera un vacío en ellos mismos. Nunca se vuelve a ser “el antiguo yo”, posterior a una pérdida importante, aunque con trabajo constante, se puede construir una identidad que sea acorde al “nuevo rol” que se tiene después de la pérdida.

Conforme se integran las lecciones que deja una pérdida, se puede afrontar la vida con nuevas prioridades. Cuando la persona revisa la filosofía que dirige su vida, también se resignifica su propia identidad, abriendo posibilidades que antes parecían inaccesibles, desarrollando habilidades e intereses que habían estado ocultas y favorece la creación de vínculos que no se habían explorado anteriormente.

Por otro lado, Goldbeter-Merinfeld (2003) hace énfasis en la segunda tarea anteriormente mencionada, ya que, el no reconocer los propios sentimientos y emociones en el momento en el que es conveniente hacerlo, contribuye a que se desarrolle un bloqueo del proceso de elaboración del duelo, el cual podría generar una dificultad para la evolución de la familia a través de las etapas de su ciclo vital.

De igual manera, Bowen (2016), afirma que las familias menos integradas, comúnmente, muestran una reacción poco significativa ante los cambios que se presentan tras la pérdida, pero posteriormente surge la aparición de malestares, como enfermedad física, emocional o conductual. El autor describe estos efectos, como una “onda de conmoción emocional”, refiriéndose a un conjunto de emociones “subterráneas” u ocultas, que suelen aparecer tiempo después de la muerte de un integrante significativo del sistema familiar.

En esta idea, las emociones que no son expresadas generan tensión, y como resultado, surge un malestar físico, un doloroso recordatorio de que se están ignorando emociones importantes (Cabodevilla, 2007).

Pereira (2024) confirma el planteamiento del anterior autor y señala que un duelo familiar disfuncional, ocurre cuando la familia no logra hacer la transición de la vieja a la nueva familia, por lo que lo define como un duelo “congelado”. Esta congelación que impide los cambios necesarios para adaptarse a la realidad en la que la persona fallecida ya no está, se produce frecuentemente en familias rígidas, ya que no son capaces de negociar la redistribución de los roles y funciones.

El duelo congelado es caracterizado porque los miembros de la familia tienen una actitud de evasión, con poca comunicación sobre la persona fallecida, con escasa expresión de sentimientos y se suele ocultar la aflicción. Asimismo, para no hacer frente a la expresión de emociones, se evitan los encuentros íntimos, así como el conflicto (Pereira, 2024).

En esta misma idea, Onnis (2016) plantea que posterior a una pérdida, el malestar que surge se transforma en la expresión indirecta de la necesidad de cambiar o diferenciarse, pero al mismo tiempo, expone el esfuerzo para mantener el equilibrio familiar.

Por su parte White (2004) explica que las personas diagnosticadas con un “duelo sin resolver” o un “luto patológico” comúnmente traen conversaciones activadas por la metáfora de “decir adiós”, pero identificó que estas conversaciones suelen complicar aún más la situación, en lugar de preparar a las personas para continuar con sus vidas, por lo que incorporó la metáfora “decir hola de nuevo”.

Por medio de la conversación es como surgen los recuerdos que le permiten a las personas volver a integrar al familiar que se ha ido y de esta forma también ser acompañados en el proceso (García Ledesma et al., 2015).

White (2004) describe que, en su trabajo para elaborar duelos, formula preguntas con la intención de incluir nuevamente la relación de la pérdida, más que tratar de que las personas olviden dicha relación, y con esto, conseguir un re-posicionamiento de sí mismos, en cuanto a la muerte de su ser querido y se espera que dicho re-posicionamiento les dé el alivio esperado.

Por otra parte, cuando se establece un apoyo mutuo entre los miembros de la familia mejorando la comunicación, facilitando la expresión de los sentimientos, incluyendo expresiones de cualquier tipo y permitiendo la aflicción, se genera la posibilidad de reiniciar el funcionamiento familiar en el proceso de elaboración del duelo (Pereira, 2024).

Del mismo modo, el proceso de elaboración del duelo puede volverse más sencillo cuando hay canales adecuados de comunicación con el entorno, lo que facilita el acceso a las redes exteriores de apoyo y soporte. A menudo, el punto de cambio lo determina la recuperación de conductas “antiguas” con un significado de apertura familiar y que son aceptadas por todos los miembros del sistema familia (Pereira y Linares, 2022).

En esta idea, Meza Dávalos et al. (2008) reconocen dos indicadores de que una persona está recuperándose de una pérdida: el primero es la capacidad de recordar y hablar de la persona querida disfrutando de los recuerdos y el poder hablar de esas emociones con libertad. El segundo la posibilidad de establecer nuevos vínculos afectivos, desarrollar relaciones significativas y aceptar los desafíos de la vida.

Por su parte, Payás Puigarnau (2016) señala que a partir de los cambios que se producen durante la elaboración del duelo, se pueden explorar nuevos roles en las interacciones con los demás, así como favorecer la aparición de nuevas perspectivas, las cuales permiten activar recursos adaptativos de integración y transformación en su vida; así, se facilita la capacidad de reflexión y análisis, la expresión emocional, la tolerancia al dolor y hay un aumento de la capacidad de expresión de afecto.

Finalmente, al concluir la terapia del duelo se pueden observar signos de alivio de los malestares. Los pacientes manifiestan menos manifestaciones corporales, así como la desaparición del problema que los motivó a buscar tratamiento terapéutico (Worden, 2013).

Trastorno Dismórfico Corporal

Para el desarrollo del presente trabajo resulta importante contextualizar el Trastorno Dismórfico Corporal, ya que es el principal malestar referido por el paciente. A continuación, se presenta una breve revisión de sus principales características.

Según el DSM-5 (2013), se entiende por Trastorno Dismórfico Corporal (TDC) a aquella preocupación por uno o más defectos percibidos por el mismo individuo en el aspecto físico, que no son notorios a simple vista por otras personas.

El manual establece que la persona suele realizar comportamientos (como verse al espejo frecuentemente y asearse de manera excesiva) o actos mentales (como compararse físicamente con otras personas) a modo de respuesta a la preocupación por su aspecto físico. Dicha preocupación provoca malestar significativo y/o afecciones en lo social, laboral u otras áreas de importancia. Por último, la preocupación por el aspecto físico no se explica mejor por la inquietud del peso corporal en personas en las cuales la sintomatología corresponde a los criterios diagnósticos de un trastorno de conducta alimentaria.

Garza et al. (2024) describen que la causa exacta del TDC se desconoce, no obstante, se identifica que dicha patología emerge de la interacción de factores tanto psicológicos, biológicos, sociales y culturales que influyen en el comportamiento y pensamiento de la persona.

El trastorno suele comenzar en la adolescencia, cuando empiezan la mayoría de las críticas relacionadas con la imagen, así como en algunos casos el acoso escolar relacionado al aspecto físico. Por otra parte, se ha relacionado este trastorno con la presencia de algunos factores de riesgo, como la genética, timidez o temperamento ansioso, situaciones complicadas

durante la infancia (burlas o bullying), poca relación con los padres, aislamiento social y falta de apoyo familiar (Bermúdez Durán et al., 2023). Además, Gómez-Cabrera et al. (2024) indican que es frecuente que durante el desarrollo del TDC, surja otro trastorno psiquiátrico como el trastorno depresivo mayor o ansiedad social.

Por otra parte, para el diagnóstico de TDC, el DSM-5 (2013) requiere que se especifique si la persona presenta dismorfia muscular, la cual define como una preocupación excesiva de no tener un cuerpo suficientemente musculoso.

Al respecto, Gómez-Cabrera et al. (2024) describen que la dismorfia muscular es mayormente común en personas que practican deporte, ya que pueden tener un cuerpo tonificado y apropiado para su talla, pero tienen la creencia de que son pequeños y están fuera de forma, lo que les provoca una obsesión por el ejercicio. Quienes presentan este trastorno, hacen ejercicios de fuerza de una forma compulsiva, con el fin de incrementar su tamaño muscular, lo que puede desarrollar una dependencia. Esta dependencia provoca en la persona la necesidad de reafirmar su definición muscular de manera continua (Torres-Mota et al., 2021).

Es importante mencionar que el término de dismorfia muscular no estaba incluido en el DSM-4, por lo que, López Cuautle et al. (2016) explican que hubo una controversia en relación a su clasificación, de tal forma que en un inicio se pensó que podría incluirse dentro de los trastornos de conducta alimentaria; incluso, debido a que la dismorfia muscular tiene similitudes a la “anorexia nerviosa”, pero con características opuestas como el querer verse más grande, comer más y es mayormente frecuente en varones; a este trastorno se le llamó inicialmente “anorexia inversa”.

Los mismos autores explican que posteriormente, fue considerado como un trastorno de ansiedad y finalmente se concretó incluirlo en los trastornos obsesivo-compulsivo dentro del trastorno dismórfico corporal, debido al estricto entrenamiento al que se someten las personas, así como las dietas, específicamente hiperproteicas e hipercalóricas.

Como se mencionó anteriormente, la dismorfia muscular surge como un problema significativo, mayormente entre los hombres, donde la preocupación por la masa muscular puede provocar una apreciación distorsionada del cuerpo, acompañada del consumo de esteroides anabólicos y otros suplementos; esta preocupación evidencia la necesidad de abordar los riesgos que se relacionan con estas prácticas y fomentar una relación saludable con la autoimagen (Ortiz Vera et al., 2024).

Capítulo II. Metodología

Objetivo General de la Investigación

Analizar el impacto de las Prácticas Narrativas desde la Terapia Familiar Sistémica, aplicadas en un joven de 19 años, en el proceso de elaboración de un duelo no resuelto a causa de la muerte prematura de su padre, así como en la disminución de malestares asociados al trastorno dismórfico corporal y en las dificultades que presenta en sus vínculos afectivos.

Pregunta de Investigación

¿Qué impacto tienen las Prácticas Narrativas desde la Terapia Familiar Sistémica, en la elaboración de un duelo no resuelto por la muerte prematura del padre de un joven de 19 años, así como en la disminución de los malestares asociados al trastorno dismórfico corporal y en las dificultades que presenta en sus vínculos afectivos?

Enfoque de Investigación y Tipo de Estudio

La presente investigación se llevó a cabo bajo un enfoque cualitativo con diseño de estudio de caso. Según Álvarez-Gayou (2003), la investigación cualitativa permite comprender fenómenos en su contexto natural desde la perspectiva de los propios participantes. A su vez, se tiene mayor énfasis en explorar los significados que las personas le otorgan a sus experiencias y en comprender la realidad desde su propia mirada.

Por otra parte, Simons (2011) define el estudio de caso clínico como aquel análisis o investigación de lo individual y particular. Es una especificación e interpretación de los acontecimientos, situaciones e individuos particulares con quienes se trabaja en las investigaciones que son de este tipo.

De la misma manera, la autora señala que los estudios de caso se centran en una “unidad individual” y el factor decisivo a la hora de definir un estudio como “estudio de caso” es la elección de la unidad individual de análisis y el establecimiento de sus límites. Esta definición señala que los estudios de caso son intensivos; por lo tanto, comprenden más detalles, riqueza, integridad y variación para la unidad de estudio.

Procedimiento y Análisis de Datos

El procedimiento se desarrolló en distintas etapas que permitieron conectar la evaluación, la intervención terapéutica y el análisis del proceso. En la recolección de datos, se llevó a cabo la aplicación de la entrevista inicial, observaciones y el registro de las primeras sesiones destinadas a la evaluación. En conjunto se realizó una revisión bibliográfica centrada en el duelo no resuelto, el Modelo y Prácticas Narrativas, la Terapia Familiar Sistémica y el trastorno dismórfico corporal, con el fin de sustentar teóricamente la intervención.

En la fase inicial del tratamiento, se abordó el reconocimiento de la pérdida y la exploración de las emociones relacionadas, promoviendo el diálogo sobre la figura paterna.

En la fase media, el trabajo se centró en la resignificación del vínculo con el padre, por medio de las Prácticas Narrativas, lo que pudo favorecer una mayor apertura emocional en los vínculos afectivos y el surgimiento de relaciones más significativas.

Durante la fase final, se promovió la construcción de escenarios alternativos que integraron la figura paterna dentro de una narrativa distinta, dando pie a la formalización de nuevos vínculos afectivos y a la aceptación de la propia autoimagen.

Finalmente, en la etapa de análisis de la información, se llevó a cabo la categorización y codificación de los datos. Partiendo de esto, se redactaron los hallazgos del proceso terapéutico, integrando las viñetas clínicas significativas que evidenciaron la evolución del caso.

Por otra parte, el análisis de datos se llevó a cabo bajo un enfoque cualitativo interpretativo, de manera continua y flexible durante todo el proceso de la investigación. Se interpretaron los significados desde la perspectiva del propio participante y en relación con su contexto, así como las transformaciones que ocurrieron a lo largo del proceso terapéutico (Barraza Macías, 2023). Asimismo, se interpretaron los discursos, interacciones y modificaciones en las narrativas observadas en el caso clínico.

Para la organización de la información, se tomaron como base las categorías de análisis del estudio, que corresponden a las dimensiones principales del proceso terapéutico: duelo no resuelto, vínculos afectivos y dismorfia corporal. Cada categoría se analizó por fases del tratamiento: inicial, media y final, permitiendo observar la evolución y los cambios en la construcción de significados.

Participante

El estudio se realizó con un joven de 19 años, soltero y estudiante universitario, quien solicitó atención psicoterapéutica debido a dificultades relacionadas con la aceptación de su autoimagen, así como por complicaciones para hablar en público y relacionarse socialmente. Perteneció a una familia extensa con vínculos distantes, conformada por su madre y su abuela materna.

Cabe señalar que el fallecimiento de su padre, ocurrido hace 11 años, fue considerado por el equipo terapéutico como un acontecimiento significativo de su historia personal y familiar, por lo que fue un eje central de la intervención psicoterapéutica.

Escenario

La intervención se llevó a cabo en el Centro Integral de Intervención Psicológica (CIIP) de la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Dicha

institución se encuentra ubicada en la ciudad de Morelia Michoacán y tiene como objetivo cuidar y fomentar la salud mental, brindando atención psicoterapéutica de tipo individual, familiar y de pareja, así como atención especializada a niñas, niños y adolescentes. Todo esto desde los enfoques Gestalt, Psicoanálisis, Cognitivo Conductual y Sistémico Familiar. Es importante mencionar que en este espacio se realizan las prácticas de las alumnas y alumnos que forman parte del programa de la Maestría en Psicología Clínica Especializada.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Para obtener la información, se dio comienzo al proceso de atención del paciente por medio de la solicitud que realizó en el CIIP, siendo primeramente agendado para una entrevista inicial, en la cual se recabaron datos generales como antecedentes familiares, el motivo de consulta, las expectativas y metas que espera conseguir de la atención psicológica. Esto, con la finalidad de llevar un registro de los pacientes que se atienden en la institución, así como para darle la canalización con el terapeuta apropiado.

El paciente fue atendido dentro del programa de la Maestría en Psicología Clínica Especializada en el área Sistémico Familiar, debido a que la terapeuta que realizó la entrevista inicial, considero pertinente dicho enfoque para el abordaje del caso presentado.

A continuación, se desarrolla el proceso de atención que recibió, habiéndose realizado primeramente la evaluación que se requiere hacer por parte del programa de la maestría durante las primeras seis sesiones y se redactan los resultados obtenidos de dicha evaluación. Finalmente, se desarrolla de manera puntual la intervención psicológica brindada al paciente desde el las Prácticas Narrativas.

Para la evaluación, se realizó una entrevista semiestructurada con el “Formato Base para la Entrevista Clínica” (apéndice A), asignado por parte del programa de la maestría, con el fin de recabar información integral sobre la historia personal, familiar y social del paciente. La entrevista

explora el motivo de consulta, los antecedentes del padecimiento actual, las expectativas respecto al proceso terapéutico y la historia del desarrollo. De la misma manera, permite identificar factores psicosociales y contextuales relevantes, así como realizar una aproximación diagnóstica.

Por otra parte, se elaboró y analizó el genograma, con el fin de visualizar la estructura familiar, las relaciones y vínculos entre sus integrantes, los patrones transgeneracionales, así como datos generales e información relevante dentro del sistema familiar (McGoldrick y Gerson, 2000).

Posteriormente se realizó una entrevista sistémica para el diagnóstico estructural y poder identificar los patrones de interacción, el tipo de límites y fronteras entre los subsistemas, la presencia de alianzas, coaliciones o triangulaciones, la etapa del ciclo vital de la familia y las dinámicas de comunicación entre los miembros de la familia a la que pertenece el paciente.

Finalmente, se aplicó un instrumento para evaluar el grado de ansiedad social el cual se describe brevemente a continuación:

El Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos CASO-A30 (apéndice B), validado para su aplicación a población mexicana por Caballo et al., (2016) con un Alpha de Cronbach de .93.

Evalúa la ansiedad social en cinco dimensiones: Interacción con desconocidos, quedar en evidencia o en ridículo, interacción con el sexo opuesto, hablar en público con personas de autoridad y expresión asertiva de molestia, desagrado o enfado. Consta de 30 ítems y cada uno se responde mediante una escala tipo Likert con cinco opciones:

- 1). Nada o muy poco.
- 2). Poco.
- 3). Medio.
- 4). Bastante.
- 5). Mucho o muchísimo.

Consideraciones Éticas

En la investigación cualitativa, es fundamental considerar las implicaciones éticas, por lo que resulta necesario explicar de forma clara como se utilizará la información que se recolecte,

donde se resguardará y quién tendrá acceso a ella. Asimismo, el consentimiento informado debe especificar los alcances del estudio, incluyendo la posibilidad de que surjan situaciones imprevistas y el derecho de los pacientes a retirarse en cualquier momento, además se debe hacer énfasis en la confidencialidad y la protección de la identidad de quienes participan en el proceso (Muñiz, 2010; Simons, 2011).

Teniendo en cuenta estos planteamientos, al comienzo de la evaluación, se proporcionó al paciente un consentimiento informado (apéndice C) en el cual se explicó que sería atendido por parte del programa de la Maestría en Psicología Clínica Especializada. Se le hizo de su conocimiento que la persona encargada de su atención cuenta con la formación de Licenciada en Psicología con cédula profesional y que se encuentra actualmente en formación como psicoterapeuta, bajo la supervisión de profesores del programa.

Asimismo, se le informó que las sesiones serían videograbadas y/o audiograbadas para ser utilizadas con fines exclusivamente didácticos o de investigación, garantizando en todo momento absoluta confidencialidad de la información que se comparta en las sesiones, protegiendo su privacidad.

Por último, se le hizo saber que, si lo desea, tiene la libertad de interrumpir el tratamiento, dando aviso a la persona responsable de su atención. Además, se le aclaró que el dejar de asistir sin previo aviso, provoca una baja después de la segunda inasistencia.

Capítulo III. Análisis del Caso Clínico

En este capítulo se presenta el análisis del caso clínico que se trabajó durante la intervención psicoterapéutica. Se describen las categorías principales de estudio, las fases del proceso terapéutico y los cambios observados en el paciente. El propósito es mostrar el abordaje realizado, así como los logros alcanzados por el joven en relación con el duelo no resuelto, el trastorno dismórfico corporal y los vínculos afectivos.

Presentación Del Caso

Con el fin de proteger la identidad e integridad del paciente y de los miembros de su familia, han sido modificados los nombres propios y cualquier dato que pudiera permitir su identificación.

Tabla 1

Ficha de identificación

Nombre	Samuel Ayala García
Edad	19 años
Sexo	Hombre
Estado civil	Soltero
Fecha y lugar de nacimiento	16 de junio del 2005, Morelia, Mich.
Escolaridad	Licenciatura en curso
Ocupación actual	Estudiante de la Licenciatura
Religión	Católica

De acuerdo con la información presentada en la tabla 1, el presente caso corresponde a Samuel, varón de 19 años de edad, estudiante de Licenciatura, quien solicitó atención psicoterapéutica de manera voluntaria al manifestar malestares relacionados con su aspecto físico, refiriéndose él mismo a este malestar como “dismorfia corporal”, sin tener un diagnóstico previo de este trastorno. Esta problemática se manifestaba a través de la percepción de asimetrías que a simple vista no eran identificables por otras personas, observarse mucho al

espejo, hacer ejercicio de manera compulsiva en el gimnasio seis días a la semana con rutinas de hasta tres horas, llegando incluso a entrenar dos veces al día en algunas ocasiones, deseando querer tener más volumen y ser más “grande” en apariencia física a pesar de ya tener masa muscular. Asimismo, presenta complicaciones para relacionarse socialmente y para realizar exposiciones o hablar en público.

En cuanto a su contexto familiar, vive actualmente con su madre y su abuela materna, conformando una familia extensa. La dinámica familiar se caracteriza por una comunicación distante, escasos espacios de convivencia y limitada expresión emocional.

Como aspecto relevante en la historia del paciente, se identifica que cuando tenía ocho años murió su padre en un accidente de moto. Este tema no se habló en casa después de que sucedió, lo que dificultó la elaboración del duelo.

Historia del Paciente

En cuanto a su historia de desarrollo, durante su infancia y adolescencia no presentó enfermedades fuera de lo común. Era un niño enérgico, con ganas de realizar actividades físicas frecuentemente, como correr o jugar en la calle de vez en cuando con sus vecinos.

Cuando Samuel tenía ocho años, su padre, José Samuel, falleció en un accidente de motocicleta, a los 38 años. Él era contador, atendía algunos casos en un despacho, pero la mayor parte del tiempo se dedicó a trabajar como mesero en distintos eventos.

El paciente tenía una relación cercana con su padre, ya que este solía llevarlo a jugar fútbol y a algunos eventos de su trabajo, lo cual Samuel disfrutaba bastante. Los fines de semana solían realizar actividades en familia, como ir al zoológico, ir a comer, o pasear a alguna otra parte. Expresa que la muerte de su padre “no le afectó”, debido a que fue poco el tiempo que convivió con él.

Es importante mencionar que, durante este suceso, nadie de su familia se tomó el tiempo de hablar con él sobre lo que pasó, ya que sólo se limitaban a decirle “estás chiquito, no vas a entender”, así que tuvo que ir asumiendo lo que ocurría por su propia cuenta.

Esta situación la experimentó sin el acompañamiento de su madre, por lo que en ocasiones llegaba a sentirse triste y solo. La falta de apoyo y comunicación en este proceso, produjo una relación distante entre ellos.

Siendo una familia poco integrada, no mostraron reacciones relevantes ante los cambios presentados posteriores a la pérdida.

Meses después de la muerte del padre, su mamá lo llevó con una psicóloga para tratar el duelo, pero él no quiso continuar con el proceso, ya que en esa sesión lloró mucho por una actividad que le puso la psicóloga de imaginar que su padre estaba ahí y él le tenía que decir todo lo que le hubiera gustado antes de que falleciera.

Por otro lado, durante sus estudios en la escuela primaria, no se presentaron problemas en cuanto a la interacción social, solía tener amigos, participaba en actividades grupales y era más expresivo. Los problemas para interactuar socialmente comenzaron cuando el joven ingresó a la secundaria; solía ser muy tímido y al inicio no tenía amigos, hasta segundo grado, que fue que consiguió relacionarse con los demás. Esto se dio porque cuando su papá vivía, lo llevaba a jugar fútbol y demás actividades físicas, como salir en bici, pero cuando falleció, dejó de hacer deporte y subió de peso, lo que le generó inseguridad y decidió aislarse por miedo a que se burlaran de él; aunque esto no ocurrió, pero tenía ese miedo.

Actualmente vive con su mamá y su abuela materna. Entre su sistema familiar se identifica una dinámica de evitación, con comunicación distante, así como escasa expresión de sentimientos, ocultando la tristeza y evitando los momentos de pláticas relacionadas al padre o a otros temas íntimos.

Samuel tiene pocas actividades de ocio, las cuales son ir al gimnasio seis veces a la semana, jugar videojuegos la mayor parte de su tiempo libre con algunos amigos de la prepa, así como escuchar música. No le resulta sencillo expresar lo que siente, porque no tiene personas en las que puede confiar, además de que considera que a las otras personas no les interesa saber sus problemas, piensa que sus problemas son más pequeños que los que tienen los demás y por eso no lo expresa.

Finalmente, es importante mencionar que el paciente presenta dificultades para generar vínculos estrechos con amigos y posibles parejas. Durante la etapa de preparatoria tuvo una relación de corta duración, la cual terminó debido a la falta de coincidencia en los tiempos para verse. De manera más reciente, intentó involucrarse afectivamente con una joven, sin embargo, la relación no se consolidó debido a que el paciente manifestó no sentirse seguro ni emocionalmente preparado para iniciar un vínculo de pareja, lo que derivó en el distanciamiento de la otra persona.

Evaluación del Caso Clínico

A continuación, se presenta la evaluación del caso a través de la historia familiar del joven, la entrevista clínica, el genograma, el diagnóstico estructural y el instrumento CASO-A30 (Caballo et al., 2016), con el fin de comprender las narrativas dominantes, así como la estructura y dinámica familiar.

La exploración del sistema familiar al que pertenece el joven se realizó por medio de la entrevista clínica y el genograma (ver figura 1), se identifica que el paciente vive con su madre, quien tiene 50 años, estudió medicina, pero actualmente trabaja como enfermera en un IMSS. Estuvo casada con José Samuel, padre de Samuel, durante 10 años, hasta que José Samuel falleció.

Es importante mencionar que, desde hace tres años, la madre del paciente, Cristina, tiene una relación con Nicolás de 55 años, quien es divorciado y tiene un hijo de 26 años. Es abogado y además de atender casos en un despacho, trabaja como chófer de un taxi. Se conocieron debido a que Cristina tenía que ir a su trabajo y Nicolás trabajaba en la base de taxis de dicho lugar, por lo que coincidía de manera frecuente que Nicolás le prestara el servicio de taxi a Cristina. Cabe señalar que Nicolás no vive con ellos.

En relación a su familia paterna, el abuelo del paciente, quien también llevaba el nombre de José Samuel (como su padre y como él), falleció tres años antes que el papá de Samuel. El motivo de su muerte fue que un infarto, aproximadamente a los 71 años. Estuvo casado con Lupita, no se cuenta con la información de cuánto tiempo, pero tuvieron cinco hijos, cuatro hombres, de los cuales dos son divorciados y una mujer. José Samuel y Lupita (abuela paterna de Samuel), se divorciaron y Lupita se unió con otra persona de la cual no hay información, pero este también falleció hace 5 años y se desconoce el motivo.

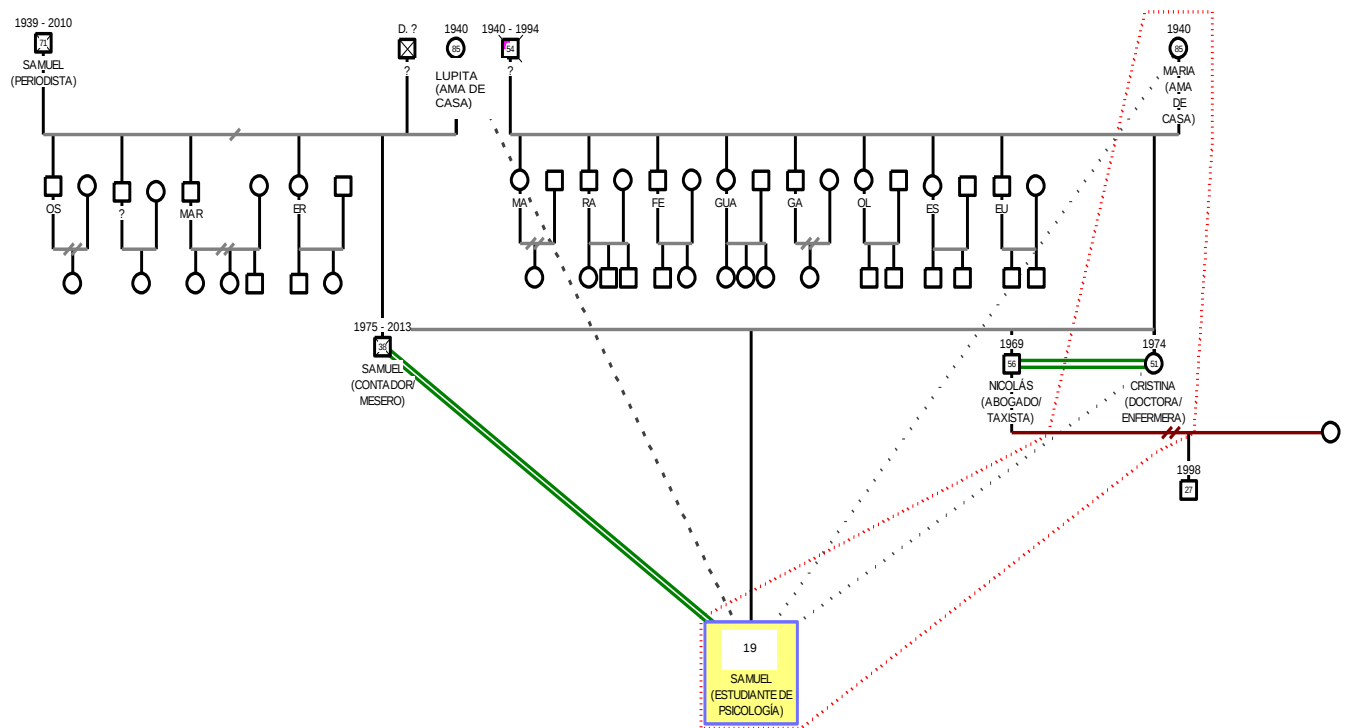
Con respecto a su familia materna, está su abuela María, quien tiene 84 años y actualmente el joven y su madre viven con ella. Debido a su avanzada edad, no trabaja fuera del hogar, quedó viuda desde hace aproximadamente 30 años, ya que su esposo trabajaba de albañil y se encajó una varilla metálica; se atendió, pero tiempo después, dicho accidente le originó cáncer y fue el motivo de su muerte a los 54 años. Tuvieron nueve hijos, cinco mujeres de las cuales una es divorciada y cuatro hombres, siendo uno de ellos divorciado.

Por otro lado, se observa una pauta repetitiva en cuanto a la muerte de los varones más significativos en la vida del paciente, como lo son su abuelo materno y paterno, así como su padre; aunque el motivo de los decesos han sido distintos. De la misma manera, se identifica que tanto el paciente como su padre y su abuelo (quienes ya fallecieron) llevan el mismo nombre. Por otra parte, la madre del joven perdió a su padre a temprana edad (20 años), por lo que también ha vivido sin esta figura significativa.

No se informó sobre alguna enfermedad, salvo el cáncer del abuelo materno; además de que tampoco hay la presencia de problemas de consumo de alcohol o alguna otra sustancia.

Son creyentes de la religión católica, pero no la practican, salvo la abuelita que suele hacer rezos tres veces al día y ve la misa en la televisión.

Por último, se identifica que el paciente no tiene relación con su familia paterna desde la muerte de su padre, solamente de manera muy ocasional llegó a visitar a su abuelita.

Genograma familiar; Ayala García

Es importante precisar que el genograma no corresponde propiamente al Modelo Narrativo; sin embargo, se utilizó como un recurso sistémico que complementó el abordaje desde las Prácticas Narrativas, permitiendo explorar la estructura familiar, los vínculos, la comunicación y patrones relacionales, aspectos fundamentales para comprender el contexto en el que se desarrolla el caso clínico.

Se analizaron los resultados obtenidos del instrumento usado para medir el nivel ansiedad social, el Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos CASO-A30 (Caballo et al., 2016). Los resultados dieron una puntuación de 80, lo que indica que su nivel de ansiedad social es moderado. En el transcurso de la entrevista se identificó que el paciente se siente capaz de hablar con una persona o con un grupo pequeño, pero cuando se trata de una exposición o un grupo más grande de personas ya no puede hacerlo.

Como se mencionó anteriormente, cuando era niño, entre los seis y ocho años, no presentaba problemas de este tipo, solía jugar de vez en cuando con sus vecinos y en la primaria tenía amigos. Al ingresar a la secundaria fue cuando comenzó a sentirse inseguro para relacionarse debido a que subió de peso a partir de los ocho años, más o menos por el tiempo en que falleció su padre. Pensaba que se burlarían de él y decidió aislarse; le tomó poco más de un año conseguir amigos de manera estable.

A partir de ahí se le ha dificultado interactuar con las demás personas. Cuando estaba en la prepa fue con la psicóloga de la escuela para tratar este asunto, pero sólo fueron tres sesiones debido a que la psicóloga no era constante con su asistencia a la escuela y Samuel prefirió dejar de ir.

Durante la entrevista, se identificó que cumple con los criterios requeridos para el trastorno dismórfico corporal señalados por el DSM-5, como la preocupación por “defectos” de su físico que a simple vista no se perciben, verse de manera excesiva en el espejo o donde haya reflejos, además de que esta situación refuerza el no querer hablar en público para que no vean su cuerpo.

Se recabó información sobre el comienzo de este problema, el cual fue desde la pandemia provocada por el virus COVID-19 en el 2020. En ese tiempo, el paciente tenía una vida sedentaria, solamente estaba encerrado en su cuarto y comía bastante, lo que hizo que subiera de peso hasta llegar a los 110 kg, entonces fue cuando supo que tenía que hacer algo al respecto. Un amigo lo invitó a entrenar en el gimnasio y fue cuando consiguió bajar 35 kg.

Posterior a eso, se dio cuenta que aun así no se sentía conforme ni cómodo al mostrar su cuerpo. Cuando había subido de peso, no se veía tanto al espejo para evadir su problema, pero cuando comenzó en el gimnasio empezó el comportamiento de estarse viendo en el espejo en todo momento, mientras entrena o descansa entre las series; incluso en el baño o en cualquier cosa que refleje.

Cuando tenía un año en el gimnasio, fue cuando comenzó a notar irregularidades en su cuerpo que a simple vista no se perciben, como que su pecho izquierdo era más grande que el derecho o que su brazo derecho era más ancho que el izquierdo.

No ha hecho algo para tratar sus problemas relacionados al trastorno dismórfico corporal. La mayoría de las veces le desagrada su cuerpo y lo que más le causa conflicto es su abdomen. Cuando tiene algo de intención para mostrar su cuerpo, se quita la sudadera en el gimnasio y entrena con una playera de tirantes, pero a los cinco minutos se cubre nuevamente porque se siente inseguro; además, cuando recibe halagos no cree lo que le dicen.

Es importante mencionar que durante la entrevista se identificó que cuando falleció su padre, nadie de su familia se tomó el tiempo de hablar con él sobre lo que pasó, así que por lo que ocurría a su alrededor, tuvo que asumir lo que estaba sucediendo. Esta situación la experimentó sin el acompañamiento de su madre, por lo que en ocasiones llegaba a sentirse triste y solo; la ausencia de la madre en este proceso, influyó en que posteriormente la relación entre ellos fuera distante.

Meses después de la muerte de su padre, su mamá lo llevó con una psicóloga para tratar el tema, pero no quiso continuar con el proceso, ya que en esa sesión lloró mucho por una actividad que le puso la psicóloga de imaginar que su padre estaba ahí y él le tenía que decir todo lo que le hubiera gustado antes de que falleciera.

La situación descrita, dio pie a que Samuel se aislara, dificultando significativamente su proceso de duelo; por lo que tiempo después comenzaron a manifestarse malestares físicos, como fluctuaciones de peso y posteriormente se desarrolló el TDC. Asimismo, presentó complicaciones para interactuar socialmente, hablar en público y expresar sus emociones. No obstante, es evidentemente que no vincula estos malestares con la pérdida de su padre.

Samuel en su discurso refiere que la muerte de su papá “no le afectó”, y de la misma manera, manifiesta que tiene años que no llora y tiene una postura autoprotectora ante

situaciones en las que pudiera verse vulnerable, específicamente como una pérdida significativa, si algún amigo muy cercano se distanciara de él o si alguien importante para él falleciera, refiere que “no le afectaría”. De la misma manera, explica que, si las cosas no se dan con la chica con la que está saliendo, este hecho tampoco tendría alguna repercusión en él.

Diagnóstico Estructural

Este diagnóstico estructural se realizó como complemento de la evaluación solicitada por los requisitos del programa de la maestría. Sin embargo, cabe aclarar que no es parte del modelo narrativo desde el cual se llevó a cabo la intervención.

Desde el modelo estructural de Minuchin, primeramente, se identifica que Samuel (paciente), pertenece a una familia extensa conformada por él, su madre y su abuela materna.

De acuerdo con las etapas de ciclo vital de la familia sugeridas por Estrada (2012), la familia a la que pertenece el joven, se encuentra al final de la fase de “hijos en la adolescencia”; debido a que continúan presentándose algunos cambios como el interés de Samuel en relacionarse con sus pares, el comienzo de una relación de noviazgo, además, se intenta lograr la madurez en su desarrollo para llegar al momento del desprendimiento.

Por otra parte, se puede identificar que la familia a la que pertenece el paciente, es una familia desligada con límites rígidos, debido a la comunicación distante y escasa convivencia entre el joven y su mamá. Ella trabaja todo el día y sólo coinciden en las noches, suelen platicar de cosas superficiales, pero no de temas personales o profundos; cada uno decide qué platicar al otro y hasta dónde y el otro no pregunta para generar conversación o conocer más sobre la situación.

No tienen actividades de convivencia, sólo las reuniones familiares de carácter “obligatorio” como el cumpleaños de la abuelita, navidad y año nuevo. De manera ocasional, su madre le sugiere jugar lotería o tener algún tiempo de convivencia con ella y su pareja, pero el

paciente dice que no tiene interés en hacer estas actividades con ellos. Con su abuela, la comunicación es menor todavía, ya que sólo hablan sobre cuestiones de la casa y comida.

Con el resto de su familia extensa por parte de su madre, la frontera está bien delimitada, de la misma manera se aparta, no convive y no le agrada estar con ellos cuando van a su casa a visitar a su abuelita, tiene poca disposición para interactuar.

Con respecto a la familia de su papá, se distanció de manera significativa posterior al accidente de su padre, aunque de manera ocasional visita a su abuela paterna.

En la familia del paciente, no se encuentra la presencia de alianzas, coaliciones ni triangulaciones. Los miembros de la familia actualmente cumplen con los roles esperados, la madre provee económicamente, el joven se dedica a sus estudios y ambos tienen tareas específicas en casa.

Las jerarquías familiares están en el orden adecuado, ya que la madre y la abuela ocupan los lugares de mayor autoridad, mientras que, por su parte, el paciente suele atender a las indicaciones, pero se identifica que las tías (hermanas de su mamá), suelen opinar sobre las tareas que se le dan a Samuel.

Es importante mencionar que la muerte del padre del paciente generó un desequilibrio significativo en su sistema familiar, el cual se perpetuó, debido a que posterior a esta pérdida, fueron pocas las veces que se volvió a tocar el tema, ya que tanto el joven como su madre, han evitado hablarlo debido a los desafíos que implica hacerlo, lo cual revela poca flexibilidad del sistema para adaptarse a los cambios.

Descripción Del Tratamiento

En este apartado se describe detalladamente el tratamiento implementado con el paciente, incluyendo el objetivo general, los objetivos específicos y las fases del proceso de la intervención psicoterapéutica, así como la construcción de la alianza terapéutica y la motivación del paciente hacia el tratamiento.

Plan de Intervención Terapéutica

Objetivos terapéuticos

Objetivo general

Favorecer la elaboración del duelo no resuelto que presenta el paciente por la muerte prematura de su padre, promoviendo la expresión y validación de sus emociones y pensamientos en relación a la pérdida, mediante una intervención psicoterapéutica desde las Prácticas Narrativas.

Objetivos específicos

A través del proceso de elaboración del duelo, se busca que el paciente consiga:

- Integrar de manera simbólica la pérdida del padre en su narrativa de vida.
- Resignificar la figura paterna incorporando acontecimientos extraordinarios que permitan ampliar la narrativa.
- Externalizar las dificultades que presenta en cuanto a la aceptación de su autoimagen corporal.
- Promover la validación y aceptación de sus emociones.
- Fortalecer los vínculos afectivos con su familia, amigos y pareja.
- Incrementar su participación en interacciones sociales y actividades grupales.

Descripción de la Alianza Terapéutica

Fecha: 01 de marzo del 2024.

Paciente: Samuel Ayala García.

Sesión: 6ª sesión.

El siguiente momento del proceso terapéutico se identifica como un punto clave en la intervención, ya que a partir de este se consolidó y fortaleció la alianza terapéutica, la cual se define como una construcción positiva de la relación entre el paciente y la terapeuta, evidenciándose una mayor colaboración entre sí, un fortalecimiento de la confianza y empatía, así como el acuerdo respecto a las actividades y objetivos terapéuticos a realizar (Brodin, 1976, como se cita en Bleuer y Losada, 2022).

Se describe a continuación:

Durante la sexta sesión del tratamiento, se observó con mayor claridad el fortalecimiento de la alianza terapéutica. Se hizo la devolución de la evaluación clínica inicial y se le sugirió al paciente trabajar el tema del duelo no resuelto sobre la muerte de su padre.

El joven mostró disposición e interés para participar en el proceso y durante esta sesión se pudo observar un fortalecimiento de la alianza terapéutica. Esto se identificó debido a que el paciente expresó mayor apertura de diálogo en cuanto a la muerte de su padre, ya que, en las sesiones anteriores, la información que brindaba respecto al tema era muy limitada y de manera frecuente decidía responder con las frases “no sé” o “no me acuerdo”. Esto es una señal de un progreso del nivel de confianza en el espacio terapéutico.

De la misma manera, el paciente reflejó apertura emocional al hablar del enojo y la tristeza que sintió en el momento de la muerte de su padre, principalmente por la forma en que su familia decidió abordar la situación.

Por otro lado, demostró colaboración para establecer los objetivos del tratamiento psicoterapéutico, acordando que el enfoque principal sería trabajar el proceso de duelo sobre la muerte de su papá.

Por último, a nivel relacional, el paciente tuvo una comunicación significativamente abierta, lo que destaca la calidad de la relación terapéutica como un factor importante para el progreso en el tratamiento.

El hecho de que el joven se haya mostrado con mayor disposición para hablar sobre la muerte de su padre, es un indicio de que se ha comenzado a establecer una alianza terapéutica firme. Esto demuestra que el paciente confía en el proceso, además que se siente cómodo y seguro en el espacio terapéutico.

Este avance en el proceso, resalta la importancia de la confianza y la colaboración entre el paciente y el terapeuta como factores para cumplir los objetivos del tratamiento.

Conciencia de la Enfermedad

La conciencia de la enfermedad hace referencia a la capacidad del paciente para reconocer y aceptar su propia situación, así como de los síntomas o malestares que presenta y las posibles causas (Thirioux et al., 2020).

Cabe mencionar que, desde el Modelo Narrativo, el presente apartado no se aborda a partir de una lógica centrada en la enfermedad o el diagnóstico, sino desde el reconocimiento del malestar y de los significados que el paciente constituye en torno a su experiencia.

El paciente tiene conciencia de sus malestares asociados al Trastorno Dismórfico Corporal, ya que identifica los comportamientos y pensamientos que sostienen esta problemática. Sin embargo, presenta una limitada conciencia sobre la relación que tiene esta problemática con la pérdida de su padre en la infancia, ya que refiere que este hecho “no le afectó”, porque fue muy poco el tiempo que recuerda haber convivido con él.

Su percepción individual se encuentra influenciada por la dinámica familiar en la que se desarrolla, caracterizada por la ausencia de diálogo sobre la muerte de su papá. Desde que este hecho ocurrió, su madre no toca el tema, lo que ha llevado a una normalización de no recordar ni hablar sobre la pérdida.

La interacción dentro del sistema familiar, revela pautas de evitación tanto del paciente como de su mamá para no abordar el tema de la muerte del padre y no tocar cuestiones emocionales que pudieran resultar difíciles de trabajar para los dos. Este patrón ha generado un ambiente en el que las emociones en relación a la pérdida no se procesan, sosteniendo una dinámica de evitación y silencio sobre la muerte del padre.

A medida que el proceso terapéutico avanzó, hubo un reconocimiento progresivo por parte del paciente de la falta de elaboración de duelo en su familia, lo que permitió que el joven reconociera esta situación como un factor relevante que requería intervención y esto marcó un punto de partida en la terapia.

Motivación al Tratamiento

Se entiende como la motivación y compromiso del paciente para involucrarse en el tratamiento (Runge et al., 2022). Esta se pudo identificar ante la solicitud voluntaria para recibir atención psicológica, debido a los malestares que presentaba sobre el trastorno dismórfico corporal y algunas dificultades del aspecto social, como hablar frente al público o relacionarse con personas desconocidas. Este paso inicial muestra un interés por parte del paciente para explorar alternativas con el fin de mejorar en estos aspectos.

A pesar de que el paciente tuvo la iniciativa de solicitar la atención, durante las primeras sesiones se mostró poco motivado para acudir, e incluso, en ocasiones cancelaba. Durante estas sesiones, se identificó una resistencia notable a abordar temas relacionados con la muerte de su padre, la cual parece estar vinculada con la dinámica familiar de evitar el tema, así como otros aspectos que tienen que ver con situaciones personales, emocionales o sentimentales. Cabe señalar que esta observación no constituye una postura del modelo narrativo, sino un aporte complementario dentro de la evaluación sistémica.

Por último, conforme avanzó el proceso psicoterapéutico desde el modelo narrativo, el paciente empezó a expresar mayor apertura hacia el tratamiento, especialmente mientras se trabajó el tema de duelo sobre la muerte de su padre.

La motivación se fue transformando a partir de los nuevos significados y experiencias que el paciente fue construyendo en el proceso terapéutico, como la posibilidad de hablar sobre la muerte de su padre con su mamá, poder establecer relaciones significativas como una relación de noviazgo, disminuir la autoexigencia en cuanto a su aspecto físico y relacionarse con personas nuevas, contribuyeron de manera importante para fortalecer su compromiso con el tratamiento y continuar en el proceso de manera constante.

Hallazgos

El análisis incluyó los relatos del paciente obtenidos por medio de la transcripción de las sesiones, las interacciones familiares y sociales presentadas, así como la fundamentación teórica, lo que permitió comprender cómo las Prácticas Narrativas favorecieron la resignificación del duelo, una transformación en los vínculos afectivos y la aceptación de su autoimagen.

Se construyeron tres categorías principales que permiten comprender la experiencia del paciente en relación con el duelo, los vínculos afectivos y el trastorno dismórfico corporal. Estas categorías están organizadas en tres fases para analizar el proceso terapéutico, considerando también las subcategorías emergidas del discurso del paciente, las observaciones de la terapeuta y de las notas clínicas realizadas (ver tabla 2).

Tabla 2

Síntesis de las categorías y subcategorías de análisis construidas

Categorías	Fases del proceso terapéutico	Subcategorías
Categoría 1. Duelo no resuelto por la muerte del padre	Fase inicial	- Reconocimiento y diálogo sobre la pérdida (incluyendo a los niños). - Exploración y expresión de emociones asociadas a la pérdida. - Reconstrucción del vínculo con su padre fallecido (“decir hola de nuevo”).
	Fase media	- Profundización en la resignificación de la relación con el padre mediante acontecimientos extraordinarios, remembranza y conversaciones de andamiaje.
	Fase final	- Construcción de escenarios alternativos. - Ubicación del padre en la narrativa actual. Transformando la relación sin darle un cierre definitivo.

Categoría 2. Vínculos afectivos (familia y pareja)	Fase inicial	- Dificultad para expresar afecto. - Impacto del duelo no resuelto en las relaciones actuales.
	Fase media	- Apertura emocional en vínculos familiares. - Surgimiento de vínculos afectivos significativos (noviazgo).
	Fase final	- Formalización de vínculos afectivos. - Resignificación de las relaciones familiares.
Categoría 3. Trastorno dismórfico corporal	Fase inicial	- Narrativa saturada del problema en relación con la autoimagen. Comportamientos compulsivos relacionados al ejercicio.
	Fase media	- Reconstrucción de la autopercepción corporal.
	Fase final	- Aceptación de la autoimagen. Reconfiguración del sentido de hacer ejercicio. Consolidación de una nueva narrativa.

A continuación, se presentan las categorías y subcategorías que surgieron del análisis de la información, donde se permite comprender cómo se fueron configurando los significados a lo largo de las sesiones.

Cada una de las categorías se acompaña de viñetas clínicas y de la fundamentación teórica correspondiente, con el fin de relacionar las narrativas del paciente con los marcos conceptuales que favorecen la interpretación.

Categoría 1. Duelo no resuelto por la muerte del padre

La presente categoría aborda el proceso de elaboración del duelo durante las sesiones terapéuticas. Esta pérdida es un acontecimiento significativo en la historia del paciente, ya que a lo largo de la entrevista inicial se observó cómo esta ausencia ha repercutido en diversas áreas de su vida.

Fase inicial

Reconocimiento y diálogo sobre la pérdida (incluyendo a los niños)

Las primeras sesiones estuvieron orientadas a rescatar aspectos significativos de la relación con el padre, identificar emociones que no fueron expresadas y facilitar la construcción de una narrativa distinta que reconociera la importancia del vínculo con su padre y el efecto real de su ausencia.

Neimeyer (2021) afirma que ante una pérdida se tiene que reconocer y comentar la pérdida con todos los miembros de la familia prestando especial atención a la inclusión de los niños, ya que a menudo se les aparta de estos eventos con la intención de protegerlos, lo cual puede ser contraproducente para su proceso de duelo.

Esta perspectiva se observa en el relato del paciente sobre cómo recuerda el momento de la muerte de su padre:

“Yo estaba en la escuela, mi mamá estaba llorando y me sacó del salón y directamente nunca me dijo lo que pasó, le dijo a mi tío por teléfono que mi papá había fallecido, no me lo dijo a mí, pero yo lo escuché; y ya de ahí se vuelve confuso, de ahí no recuerdo, pero preguntaba qué había pasado y me decían que estaba chiquito y que no iba a entender. Yo vi a mi abuelita con el periódico y estaba la nota, yo me sorprendí, pero nunca me dejaron verlo. Hay momentos donde la gente te da apoyo y donde la gente te quiere distraer... O sea, cuando mi mamá dijo que había fallecido, yo lo entendí, pero, por ejemplo, estaba el ataúd y yo quería ver a mi papá porque yo sabía que estaba muerto, ya lo había entendido, pero la gente me decía: No, ¿cómo vas a ver a tu papá?, y no lo vi, no me dejaron” (sesión 3).

Se identifica que no sólo su madre evitó hablar directamente con él sobre la muerte de su papá, sino que también los demás miembros de su familia extensa lo privaron de saber lo que estaba sucediendo. Este patrón muestra una tendencia familiar de excluir al paciente del proceso de duelo.

Exploración y expresión de emociones asociadas a la pérdida

Por otro lado, se exploró si el paciente había expresado sus emociones tras la muerte de su padre, a lo que respondió: *“Pues lo que sentía en esos momentos era como frustración porque nadie me dijo nada y así estuve un rato, pero mi mamá notó que nunca lloré por mi papá, entonces fue que fui con la psicóloga y fue la primera vez que lloré porque mi papá había fallecido, como que no me gustó sentirme así y no volví a ir”* (sesión 3).

Este relato muestra que la sesión con la psicóloga le permitió conectar momentáneamente con su tristeza, lo que resultó muy fuerte y prefirió evitar ese malestar, además, reflexionó sobre sus sentimientos y pensamientos en aquel entonces, manifestando cierta inconformidad sobre la forma en que su familia lo guió para afrontar la situación.

Esta situación se contrasta con lo que menciona Neimeyer (2021) sobre la importancia de identificar los sentimientos que se deben elaborar y ordenar, ya que es común que posterior a la noticia de una pérdida, se presente un sentimiento de dolor profundo, el cual, puede resultar intolerable para las personas, por lo que se intenta alejarse de él y evitarlo, lo que podría atrasar o perpetuar el duelo.

Reconstrucción del vínculo con su padre fallecido (“Decir hola de nuevo”)

Por su parte White (2004) explica que las personas diagnosticadas con un “duelo sin resolver” comúnmente traen conversaciones activadas por la metáfora de “decir adiós”, pero identificó que estas conversaciones suelen complicar aún más la situación, en lugar de preparar a las personas para continuar con sus vidas, por lo que incorporó la metáfora “decir hola de nuevo”.

Durante la sesión 4, se trabajó bajo esta idea al explorar cómo era el padre del paciente, a lo que él respondió: *“Era alto, moreno, hmm era muy grande, mi papá medía como 1.80 y algo, entonces sería más grande que yo, se peinaba con mucho gel, cabello para atrás, cabello corto, tenía cejas grandes”* (sesión 4).

Al seguir en la conversación surgieron aspectos que habían estado ausentes en su narrativa dominante, como la admiración por la inteligencia de su padre:

“Él era inteligente porque como que siempre me supo explicar las cosas de manera sencilla para que yo las entendiera, te dije que él me explicaba las cosas de matemáticas, como era contador. Yo siento que era muy inteligente. Trabajaba para Fausto Vallejo, el que era gobernador o presidente municipal, y tenía un salón muy grande y mi papá era de los meseros, entonces como que sus eventos eran importantes, y me llevaba a algunos” (sesión 4).

Para finalizar la sesión, se le preguntó al paciente, de qué manera considera que su papá le demostraba cariño a lo que respondió: *“Hmm, como que me incluía, a veces me llevaba a su trabajo, como te dije, y también a jugar fútbol y eso me gustaba mucho” (sesión 4).*

En esta sesión se rescataron hechos y experiencias significativas que habían sido pasadas por alto en la narrativa dominante del paciente. Entre ellas destacó como su padre lo incluía en actividades importantes para él, como su trabajo y el fútbol, además de su inteligencia para explicarle temas como las matemáticas. Este proceso coincide con lo que White (2016) define como conversaciones de re-autoría que permiten a los pacientes seguir narrando sus vidas, pero también les son de utilidad para incluir algunos sucesos y experiencias que han sido pasados por alto, pero que resultan ser significativos.

Posteriormente comentó, *“siento que el que muriera y arruinara mi rutina, como que no recuerdo extrañar eso, pero si había momentos en los que extrañaba ir a jugar fútbol e ir a los entrenamientos y partidos porque me agradaba mucho la gente que estaba ahí”*. Después de esto se le preguntó si entonces lo que extrañaba como tal, eran las actividades y no a su padre, en ese momento el paciente se mostró incómodo y comenzó a tronarse los dedos, pasaron varios segundos y respondió: *“Si lo extraño, siento que recordar por ejemplo, una vez que compró pizza y nos sentamos a comer los tres juntos, como que eso es lo que extraño más, también cuando estaba chiquito y que me pasaba algo en la escuela, a mí me gustaba platicar con él decirle las*

cosas que hacía, era para mí un apoyo el contarle” (sesión 5). Esta práctica en la sesión se basa en las conversaciones de andamiaje de White (2016), para orientar la conversación permitiendo que el paciente construyera los andamios necesarios para pasar de lo conocido a lo que él pudiera llegar a conocer de su propia vida y se distanciara del discurso predominante de “no me afectó lo de mi padre”. Por lo que pudo desarrollar una narrativa diferente en la que reconoció y expresó que extraña a su padre. Además, tuvo la oportunidad de manifestar cierto enojo relacionado con esta pérdida y los cambios que trajo a su vida.

Fase media

Profundización en la resignificación de la relación con el padre mediante acontecimientos extraordinarios, memorias y conversaciones de andamiaje

En las siguientes sesiones las conversaciones promovieron el reconocimiento del dolor no expresado, así como la posibilidad de resignificar la pérdida y darle la oportunidad a establecer una conexión simbólica y continuidad del vínculo.

A través de las preguntas orientadas a si extraña a su padre, se hizo reflexionar al paciente sobre momentos específicos y agradables que tuvo con él, lo que también ayudó para que el paciente continuara resignificando la relación con su padre. Esto coincide con la práctica de acontecimientos extraordinarios de White y Epston (1993) donde se realizó una revisión histórica con el fin de recordar hechos que contradigan el impacto de la pérdida de su padre sobre su vida.

Durante la sesión 6, el tema de su padre surgió de nuevo y se habló un poco respecto a la relación que tenía con él. Se le preguntó si sentía que su padre apreciaba algo de él, a lo que respondió: *“Pues a mí me gustaba jugar futbol y a él le gustaba eso” (sesión 6).* Al indagar más sobre qué creía que su papá apreciaría de él si estuviera vivo y respondió: *“Yo creo que si apreciaría algo de mí, soy constante en el gimnasio y sigo estudiando, esas cosas creo que las*

apreciaría” con esto, se le preguntó de qué manera influía ese pensamiento en él, a lo que respondió: “me motiva a seguir siendo constante, sé que puedo conseguir más” (sesión 6).

Esto está relacionado con el planteamiento de Payne (2002) sobre la práctica de la remembranza, quien sostiene que las personas pueden ayudarse a sí mismas mediante los recuerdos y memorias de las personas importantes que han perdido, por lo que el guiar al paciente con preguntas para hablar sobre lo que cree que su padre apreciaría de él, le ayudó a reflexionar sobre los objetivos que tiene actualmente, como terminar su carrera y mantener la constancia en el ejercicio, sintiendo motivación para conseguirlos.

White (1994) plantea que la vida de las personas es moderada por el significado que ellas le dan a su propia experiencia, por lo que es importante analizar estos significados que fortalecen al problema y a la historia dominante. Por tal razón se consideró importante conocer el significado que el paciente le daba al hecho de que no lo incluyeran por completo en los rituales sobre la muerte de su padre.

Se le planteó la siguiente pregunta: *“Si te hubieran dado la oportunidad de ver a tu papá en el ataúd como tú lo pedías cuando falleció, ¿qué crees que hubiera sido diferente?”*, hubo un silencio prolongado. Su respuesta fue la siguiente: *“Yo creo que me hubiera podido despedir de él, como estaba en el ataúd y ya jamás lo volvería a ver, entonces sería una forma de haberle dicho adiós, tal vez hubiera llorado ahí porque en ese momento no lloré, no sentía que podía hacerlo, pero cuando fui a terapia esa vez que estaba chiquito, lo único que hice fue despedirme y lloré mucho esa vez”* (sesión 7).

La pregunta realizada llevó al paciente a analizar un escenario alternativo sobre el impacto que tuvo el no haber podido llorar ante la muerte de su padre y no haber podido verlo en el ataúd, ya que aparentemente mantenía un significado de poca importancia, esto le ayudó a reconocer la falta del proceso de la pérdida.

Fase final

Construcción de escenarios alternativos

En las últimas sesiones se favoreció la transformación de una relación basada en la evasión, hacia una relación simbólica e integrada, lo que permitió la elaboración del duelo.

En el transcurso de la sesión 11, se llevó a cabo una actividad con tarjetas que contenían algunas preguntas de diversos temas. Dicha actividad orientó la sesión para hablar nuevamente sobre su padre. Una de las preguntas decía: “Si tuvieras que consolarte de cosas de tu infancia ¿qué te dirías?”. La pregunta provocó un silencio y el paciente respondió de manera indiferente “no sé”, a lo que se le preguntó si entonces consideraba que había tenido la infancia perfecta, se rio y dijo: *“Siento que me apoyaría como lo hizo la terapeuta con la que fui de niño sobre la muerte de mi papá, me diría que está bien llorar, está bien dejar ir. Pues en sí, llorar porque mi papá murió no sería algo malo, sería algo como liberador... hubiera sido más fácil aceptar que había muerto” (sesión 11).*

A través de la pregunta el paciente nuevamente replanteó su historia, lo que le hizo reflexionar sobre cómo hubiera manejado la muerte de su padre de una manera diferente, si hubiera recibido otra atención en el momento.

Esto se relaciona con lo que plantea Neimeyer (2021) sobre la necesidad de identificar los sentimientos que se requieren elaborar y darle estructura a modo de reflexión individual o en momentos compartidos de conversación.

Ubicación del padre en la narrativa actual transformando la relación sin darle un cierre definitivo

En la sesión 14, la conversación se enfocó en su padre, ya que se retomó lo trabajado la sesión anterior sobre el lugar que ocupa la pareja de su mamá. Esto dio pie para preguntarle dónde ubica a su padre actualmente en su vida y comentó: *“Yo recuerdo a mi papá, él tiene su lugar. Su lugar es como mis principios, o sea hmm, lo que puedo quedarme de él, si es bueno,*

lo repito y si es malo lo invierto... siento que mi papá se transformó en mis valores, como mis principios". Se le preguntó qué es lo que rescata de su padre y respondió: "siento que lo bueno sería que se notaba que era familiar, le importaba la gente con quien se rodeaba, le gustaba estar con nosotros, era muy trabajador, además, siempre lo veía sonreír, y lo malo, es que, aunque era un buen padre, siento que a veces hacía enojar a mi mamá, entonces hmm siento que transformo esta parte de lo que hacía mal y yo trato de hacerlo bien" (sesión 14).

El paciente expresó que su padre no solía avisar dónde estaba o si iba a llegar tarde, por lo que su madre se preocupaba, explicó: *"Son cosas que aprendí que son malas por él, entonces lo invierto en mí, con mi mamá siempre le aviso cuando salgo y cuando llego a la casa si ella no está, con Alondra le aviso si creo que no voy a contestar los mensajes y creo que eso les da tranquilidad" (sesión 14).*

La sesión concluyó resaltando cómo el paciente ha integrado tanto los aspectos positivos como los negativos de su padre, reflejándolos en su vida actual.

A través de las preguntas orientadas a dónde ubicaría a su padre y lo que este le dejó, el paciente identificó que ha tratado de tomar lo bueno que le dejó, con la intención de incluirlo en su vida y cambiar lo que considera negativo. Reflexionó sobre cómo su padre se transformó en "sus principios" que están presentes en su vida actual.

Esto se conecta con lo planteado por Neimeyer (2021) quien describe que la muerte suele transformar las relaciones en lugar de darles fin, por lo que es importante reconstruir una relación que se basaba en la presencia física, en otra que esté basada en una conexión simbólica.

Categoría 2: vínculos afectivos (familia y pareja)

Esta categoría tiene relevancia al estar ligada al duelo no resuelto por la muerte de su padre durante la infancia, una pérdida que no fue abordada ni procesada adecuadamente dentro de su sistema familiar.

Fase inicial

Dificultad para expresar afecto

En la fase inicial del trabajo terapéutico se observaron las dificultades en la capacidad del paciente para establecer vínculos afectivos significativos, tanto en el ámbito familiar como en el de relación de pareja.

Bowen (2016) señala que las familias menos integradas, suelen mostrar una reacción poco significativa ante los cambios que se presentan tras la pérdida, pero posteriormente surge la aparición de malestares como enfermedad física, emocional o conductual. El autor describe estos efectos, como una “onda de conmoción emocional”, refiriéndose a un conjunto de emociones “subterráneas” u ocultas, que suelen aparecer tiempo después de la muerte de un integrante significativo del sistema familiar.

Lo abordado en la primera sesión refleja el planteamiento de Bowen (2016), ya que el paciente preguntó si era normal “no llorar”; ante esta duda se le preguntó si él consideraba que lo era, a lo que respondió: *“Mi mamá me dijo que ella tampoco puede llorar. No me acuerdo porque salió la plática, pero creo que no es normal, porque pues todos mis amigos lloran, pero yo no siento ganas de llorar, la última vez que lloré fue en la secundaria porque no pasé una materia, hace poco casi se pierde mi perro, y fue lo más cerca que estuve de llorar”* (sesión 1).

Al cuestionarle a él si creía que era normal no llorar, ayudó al paciente a analizar las comparaciones con sus amigos respecto a esto, e identificar que no es “normal” no llorar.

Worden (2013) plantea que cuando una pérdida significativa como la de la madre o el padre ocurren en la infancia o adolescencia y no se consigue elaborar el duelo de manera apropiada, es probable que en la vida adulta se tengan dificultades para establecer relaciones íntimas.

Esta perspectiva teórica se ve reflejada a lo largo de la sesión, ya que se le preguntó al paciente cómo se describiría él en cuanto a su manera de relacionarse afectivamente y se

describió como “arromántico”, se le preguntó sobre ese término y explicó: *“Nunca he buscado bien lo que es, pero lo que pienso es que sé que puedo amar a alguien, pero no enamorarme, no suele ser duradero el sentimiento... o si se va alguien no sentir dolor porque se vaya”* (sesión 1). En este sentido, se observó la dificultad del paciente para establecer vínculos afectivos, lo cual está relacionado con el duelo no resuelto de la muerte de su padre durante la infancia. Además, se identificó la complicación que presenta el paciente para conectar con sus emociones, incluso ante la posible pérdida de alguien significativo, como la chica con la que actualmente está “saliendo”. Asimismo, se destacó que esta situación emocional parece ser compartida con su madre, ya que también ha expresado que tampoco suele llorar.

Impacto del duelo no resuelto en las relaciones actuales

A su vez, John Bowlby (2014) destaca la tendencia que tiene el ser humano a establecer vínculos afectivos profundos, mismos que tienden a desarrollarse a corta edad y se dirigen frecuentemente a los padres, por lo que son quienes dan al niño una base segura, la cual establece su capacidad para formar vínculos afectivos en etapas posteriores; en consecuencia, cuando la figura de apego desaparece, la respuesta que hay, tiende a ser de intensa ansiedad y otras reacciones emocionales.

Desde esta perspectiva, se habló con el paciente sobre la relación que tenía con la chica que le gusta. Comentó que habían dejado de hablar hace dos días debido a que ella le envió un mensaje con lo siguiente: *“tenemos ritmos de vida totalmente diferentes y soy fiel creyente que no se debe forzar ni fingir nada”*. El paciente comentó que después de eso, él ya no le respondió, ni le preguntó nada al respecto. Al investigar cómo se sintió con esto, dijo: *“No me siento mal. Las pláticas que teníamos eran normales, pero no llegábamos a profundizar, por ejemplo, en la mañana me sentía mal, le dije, pero hasta ahí quedó porque no veo necesario explicar más”* (sesión 2).

Relacionó que pretendía estar mejor físicamente para el mes de noviembre, lo que para él marcaría estar listo para una relación, pero que actualmente no lo estaba y se le hizo ver que probablemente nunca estamos completamente listos para estar con alguien y se le preguntó hasta qué punto creía que estaba evitando la situación de generar un vínculo emocional. El paciente reflexionó: *“Pues es que el hecho de que me termine y se vaya, no es una inseguridad, pero si lo piensas como que se siente feo, ¿no? Pensar en que te abriste y se terminó, como que se siente feo pensar que suceda algo y que se vaya después de eso”* (sesión 2).

Las preguntas durante la sesión buscaron aproximar al paciente hacia una narrativa distinta como lo describe White (2016) en las conversaciones de andamiaje, con respecto a su percepción de las pérdidas emocionales, específicamente relacionado a la chica con la que salía.

Aunque inicialmente consideraba que estas no le afectarían, al final de la sesión, reflexionó sobre el impacto que tendría abrirse emocionalmente con alguien y luego experimentar su partida, describiéndolo como una sensación “fea”. Asimismo, reconoció una de sus limitaciones: su dificultad para expresar afecto de manera abierta.

En este sentido, Pereira (2024) describe que el duelo congelado es caracterizado porque los miembros de la familia tienen una actitud de evasión, con poco diálogo sobre la persona fallecida, con escasa expresión de sentimientos y se suele ocultar la aflicción.

Esto se refleja en el siguiente fragmento de la sesión donde el paciente comentó: *“Desde que falleció mi papá, no me gusta hablar sobre él porque antes veía a mi mamá muy afectada cuando recién ocurrió y no quería recordarle la situación, pero como tres meses después me contó lo que había ocurrido en el accidente muy general y después de esa conversación no volvimos a hablar de eso... No me da curiosidad saber cuándo pasó lo de mi papá porque no suelo mencionarlo, eres la única persona a la que le he dicho qué edad tenía mi papá cuando falleció”* (sesión 4).

Esto se reafirma, además, porque la mamá del paciente optó por llevarlo a terapia para hablar sobre la muerte de su padre, lo que demuestra un patrón en el que las emociones se expresan fuera del sistema familiar, en lugar de hacerlo directamente entre ellos.

Fase media

Apertura emocional en su vínculo familiar

En las sesiones de esta fase se identificaron avances significativos en cuanto a la apertura emocional del paciente, tanto en lo familiar como en sus vínculos de pareja.

A través de la conversación es como surgen los recuerdos que le permiten a las personas volver a integrar al familiar que se ha ido (García Ledesma et al., 2015). Este planteamiento se observa en la sesión, ya que para finalizar, se le preguntó al paciente si había investigado la fecha exacta en la que falleció su papá y comentó que sí, fue el 02 de mayo del 2010, se le preguntó cómo fue que habló con su madre sobre el tema y dijo: *“Le pregunté ayer en la noche, se iba a dormir y me fue a decir buenas noches y le pregunté, le dije que cuándo había fallecido mi papá, y ya me dijo, y me preguntó que por qué, y le dije que fue por algo de la terapia”* (sesión 5).

Esto refleja que el paciente tomó la iniciativa de conversar con su madre sobre la fecha de fallecimiento de su papá, lo que provocó un ligero cambio en la dinámica de su relación, ya que habían evitado hablar sobre este tema durante mucho tiempo.

Surgimiento de vínculos afectivos significativos

Uno de los indicadores que destacan Meza Dávalos et al. (2008) de que una persona se está recuperando de una pérdida, es la posibilidad de establecer nuevos vínculos afectivos, desarrollar relaciones significativas y aceptar los desafíos de la vida.

Este cambio en los vínculos del paciente se ve reflejado en la sesión 9, donde se habló de su ida al boliche con unos amigos y su invitación al cine a la chica que actualmente le gusta Alondra.

Al mencionar que no la vería en dos meses hasta que regresaran a clases por las vacaciones de verano, se le preguntó cómo se sentía al respecto y el paciente expresó sentirse mal por la distancia, ya que ella es de otro municipio y se va a ir. *“No me había pasado antes”, y posteriormente comentó: “siento que me estoy esforzando más, en el sentido de, por ejemplo, ella me dijo que no creía que yo le hubiera dicho que me gusta, y la verdad no trato de ocultarlo, hablo más con ella. Me siento bien por poder expresarme con ella” (sesión 9).*

En este momento, se le hizo ver el cambio que había en la forma en la que se estaba relacionando con Alondra y que pareciera que estaba mostrando mayor disposición para tener una relación de noviazgo, a lo que respondió: *“sí, como te dije, siento que es algo diferente y que no me había pasado antes, le estoy echando ganas y me gustaría decirle que sea mi novia cuando regrese”.*

Las preguntas realizadas en esta sesión orientadas a la práctica narrativa de deconstrucción (White, 1994), permitieron observar un cambio significativo en la narrativa del paciente, con respecto a su capacidad para relacionarse y crear vínculos afectivos, especialmente en el contexto de una relación de pareja.

En sesiones anteriores, él se consideraba incapaz de enamorarse, e incluso se describía como “arromántico”. Sin embargo, en esta ocasión, expresó de manera más abierta sus emociones hacia la chica que le interesa, lo que refleja un cambio importante.

Por otra parte, el paciente compartió lo que le provoca emocionalmente saber que no verá a esta chica en un par de meses, lo cual marca una diferencia con su postura anterior, cuando afirmaba que no le afectaba si alguien se iba de su vida.

Neimeyer (2021) describe que conforme se integran las lecciones que deja una pérdida, también se resignifica la propia identidad, abriendo posibilidades que antes parecían inaccesibles, desarrollando habilidades e intereses que habían estado ocultos y favorece la creación de vínculos que no se habían explorado anteriormente.

Esto se observa durante la siguiente sesión, ya que el paciente inició compartiendo que finalmente le pidió a Alondra que fuera su novia. Describió el momento con bastante entusiasmo. Se le preguntó cómo se sentía al respecto y dijo: *“Me siento muy enérgico, con mucha energía, como felicidad, me siento bien todo el tiempo, pero cuando la veo se intensifica la sensación, siento que es más como sentirme feliz”*. Se le preguntó si consideraba que estaba enamorado a lo que respondió: *“Sí, es lo que esperaba de mi relación”, y mencionó su deseo de sentirse siempre tan bien como se siente actualmente, además, comentó que ese mismo día le platicó a su mamá sobre su relación con Alondra (sesión 11).*

La formalización de su relación representa un cambio significativo en cuanto a la apertura del paciente a la posibilidad de vincularse afectivamente con alguien, situación que en el comienzo del tratamiento no era una opción, así como una mejora en la comunicación con su madre al compartirle que ya había comenzado una relación de noviazgo con esta chica.

Pereira y Linares (2022) afirman que el proceso de elaboración del duelo puede volverse más sencillo cuando hay canales adecuados de comunicación con el entorno, lo que facilita el acceso a las redes exteriores de apoyo y soporte.

Esta perspectiva teórica se puede observar en la siguiente sesión, donde se habló con el paciente sobre el lugar que puede ocupar Nicolás (la pareja de su mamá) en su vida, ya que la sesión anterior recalcó que no quiere que ocupe el lugar de su papá, a lo que respondió: *“Si puede ocupar un lugar, lo pongo como consejero, porque me ha dado consejos y siempre, por ejemplo, me ha dicho que está bien si trabajara en perito, como él es abogado” (sesión 13).*

Por las pláticas que suele tener con Nicolás, logró incluirlo como una figura que le brinda consejos sin tratar de reemplazar el lugar de su padre. Lo que puede facilitar la integración de Nicolás en su narrativa sin que se perciba como una sustitución de su papá.

Dos sesiones después, contó una experiencia reciente en la que la pareja de su mamá le enseñó a manejar: *“Nicolás me estuvo enseñando a manejar y fuimos a un lugar donde había*

muchos carros, y me fui contra una malla, Nicolás se estacionó y arregló la situación". Nicolás le preguntó si quería contarle a su madre sobre el incidente al manejar. Ante la duda, Nicolás mismo sugirió que era mejor no hacerlo y Samuel aceptó (sesión 15).

La frecuente convivencia entre el paciente y Nicolás, ha favorecido el desarrollo de un vínculo, en el cual el paciente ha comenzado a experimentar una red de acompañamiento y apoyo.

Fase final

Formalización de vínculos afectivos

En las últimas sesiones se observaron cambios relevantes en la forma en que el paciente se vincula efectivamente tanto con su familia como con su pareja. Ha tenido mayor disposición para participar en actividades familiares, así como para formalizar su relación de noviazgo e integrar a su familia paterna.

A menudo, en el proceso de duelo el punto de cambio lo determina la recuperación de conductas "antiguas" con un significado de apertura familiar y que son reconocidas y aceptadas por todos los miembros del sistema familiar (Pereira y Linares, 2022).

Esto se relaciona a lo mencionado por el paciente en cuanto a sus interacciones familiares, refirió haber participado en actividades recreativas durante las festividades de Navidad y Año Nuevo, como trivias y juegos organizados por su prima Fernanda. Esta interacción es un cambio significativo en cuanto a la forma de relacionarse en su entorno familiar, ya que al comienzo del tratamiento el paciente tenía una relación distante con todos los miembros de su familia, se aislaba en su habitación y evitaba las reuniones familiares.

De la misma manera, relató que recientemente visitó a su abuela paterna y llevó a Alondra, *"fuimos a comer a la casa de mi abuelita y ahí estuvimos. Le hable el 5 para decirle que feliz año y le dije que qué haría ese sábado y que, si podía ir a comer con ella, y dijo que si, y le dije que llevaría alguien y ya fuimos y se la presenté como mi novia"* (sesión 15).

Ante esta situación se observa un momento relevante en el proceso relacional del paciente, específicamente en cuanto a la vinculación familiar y afectiva, el hecho de que haya decidido visitar a su abuela y presentarle a su pareja, refleja una integración de dos aspectos personales de su vida en los que anteriormente solía ser reservado y poco dispuesto.

En este sentido, cuando se establece un apoyo mutuo entre los miembros de la familia, mejorando la comunicación, facilitando la expresión de los sentimientos, incluyendo expresiones de cualquier tipo y permitiendo la aflicción, se genera la posibilidad de reiniciar el funcionamiento familiar en el proceso de elaboración del duelo (Pereira, 2024).

Siguiendo esta idea, durante la sesión el paciente comentó que el día que su padre tuvo el accidente si iba bajo los efectos del alcohol, por lo que se le preguntó cómo salió el tema con su mamá a lo que dijo: *“No me acuerdo, pero mi mamá me dijo que le provoqué un bloqueo cuando estaba chiquito, porque dice que no puede llorar, porque una vez le dije que dejara de llorar cuando estaba chiquito, si me acuerdo de ese momento, porque lloraba mucho y yo decía, mi papá ya se murió, ya no puedes hacer nada y le decía que dejara de llorar, y ella dijo que ella no llora desde ese momento, pero ahora le dije que está bien llorar porque la pérdida fue grande”* (sesión 15).

En este diálogo se abre la posibilidad de validar el dolor y el llanto como respuesta ante la pérdida, desde lo propuesto por Pereira (2024), esta situación puede interpretarse como una señal de que la familia comienza a permitir la aflicción, lo que facilita la elaboración del duelo.

Resignificación de las relaciones familiares

Por otra parte, Meza Dávalos et al. (2008) señalan que uno de los indicadores de que una persona está recuperándose de una pérdida es la capacidad de recordar y hablar de la persona querida disfrutando de los recuerdos y hablando de esas emociones con libertad, así como la posibilidad de establecer nuevos vínculos afectivos, desarrollar relaciones significativas y aceptar los desafíos de la vida.

En este sentido, como parte de la intervención, se trabajó la elaboración de un Genograma Simbólico (apéndice D) utilizando personajes de Disney, con el objetivo de proyectar representaciones significativas de sus vínculos familiares y afectivos:

Se le preguntó porque puso a su abuelita Lupita (la mamá de su papá) como un hada madrina de la Bella Durmiente y dijo, *“porque nunca he visto nada malo de ella”*.

“Mi abuela materna es muy victimista, y recuerdo que a ese personaje le pasaban muchas cosas y se hacía la víctima” (Zazú, el pájaro del Rey León).

“Mi tío Félix siento que siempre ha sido muy amable con todos y nos trata bien” (Winnie Pooh).

“A mi tío Jorge lo puse como, hmm no recuerdo como se llama, hmm Mufasa, porque llegué a verlo como un padre”.

A mi tía Luci la puse como “el cangrejo” porque siempre ha sido muy espontánea y divertida”.

A mi tía Ramón la puse como “Igor”, no sé porque, pero me recuerda mucho a ella, fue la primera que puse porque me recuerda mucho a ella”.

“A mi mamá la puse como “Pocahontas”, porque siempre apoya a todos”.

“A Nicolás lo puse como “El grillo” (de Pinocho) porque es como un cuidador, y se relaciona con lo que ya te había dicho antes”.

“A mi papá hmm porque yo siempre lo vi fuerte, como que él era dedicado y pues como que nunca me falló a mí” (lo representó como Shang de Mulán).

“A Alondra la admiro mucho porque creo que ha pasado también por mucho, pero creo que se ha adecuado y creo que mejora constantemente, entonces la vi como ella porque en la película recuerdo como que se salía de la regla, como que quería hacer cosas que los demás no hacían, y creo que la describe bien porque no había conocido a alguien así” (la representó como Tinkerbell) (sesión 15).

En esta sesión al paciente mostró una disposición afectiva más abierta, lo que permitió conocer sus percepciones, significados y sentimientos relacionados a cada integrante de su familia, esta apertura hizo posible acceder a aspectos relacionales que anteriormente se encontraban poco expresados.

Al respecto, Payás Puigarnau (2016) señala que a partir de los cambios que se producen durante la elaboración del duelo, se pueden explorar nuevos roles en las interacciones con los demás, así como favorecer la aparición de nuevas perspectivas, las cuales permiten activar recursos adaptativos de integración y transformación en su vida; así pues, se facilita la capacidad de reflexión y análisis, la expresión emocional, la tolerancia al dolor y hay un aumento de la capacidad de expresión de afecto.

Esta perspectiva teórica, se ve reflejada en el trabajo realizado durante la sesión mediante la técnica del Árbol de la Vida (Denborough) (apéndice E) para explorar su historia, valores, relaciones significativas y deseos futuros.

A continuación, se resume lo expresado en cada parte del árbol:

Raíces (origen): El paciente incluyó a su mamá, papá, Spider-Man y el Capitán América. Al respecto comentó: *“Creo que son como lo primero que recuerdo y son con lo que me cree. Yo siempre sentí admiración por los cuatro, porque hmm como lo que veía en ellos siempre era bueno”* (sesión 16).

Hojas (personas significativas en su vida): Mencionó a su mamá, Alondra y Roque. Reflexionó sobre cada uno de ellos de la siguiente forma:

“Puse a mi mamá, a Alondra y a Roque. A mi mamá porque me ha dicho que, aunque cometa errores ella va a estar ahí, de Alondra porque no siento que me pueda hacer algo malo y de Roque porque creo que me gusta la transformación que ha tenido conmigo, porque pasamos de ser amigos de un grupo, a ser nosotros, y aunque no es seguido, hay momentos que se abre conmigo y me hace sentir bien” (sesión 16).

El paciente incluyó vínculos actuales que describe como significativos, un cambio notorio en cuanto a su manera de relacionarse cuando recién comenzó el proceso terapéutico.

Frutos (legado recibido): Señaló que ha heredado el valor de la perseverancia, especialmente de su madre. *“El querer seguir y no rendirme”*. Agregó: *“Creo que la empecé a admirar a partir de que mi papá se murió, como que el hecho de que su mundo se hubiera derrumbado pero que por mí siguiera, creo que me hace sentir como que no hay situación tan mala que te impida seguir”* (sesión 16).

En este sentido, el paciente expresa una resignificación del vínculo con su madre, viéndola como una fuente de fortaleza.

Por último, las flores (lo que desea aportar a los demás): Indicó que desea ofrecer confianza a las personas para que puedan abrirse con él sin miedo. *“Confianza, quiero que la gente me cuente algo de su vida, aunque parezca insignificante, pero que lo cuente, quiero que sea más fácil que lo hablen conmigo”* (sesión 16).

Al cierre de la actividad, el paciente compartió una reflexión sobre su propio proceso terapéutico y los avances percibidos en su crecimiento personal: *“Siento que ahora me da menos miedo decir cuando cometo errores y siento que sí he avanzado, hmm me siento con más confianza que cuando empecé”*.

Por medio de esta herramienta narrativa el paciente consiguió representar de manera simbólica distintos aspectos de su identidad, historia familiar y vínculos significativos, manifestando señales claras de reflexión personal, reconocimiento emocional y transformación interna.

En la siguiente sesión, se invitó al paciente a reflexionar sobre qué le diría a una persona que le compartiera una experiencia similar a la que él había trabajado a lo largo del proceso terapéutico, a lo que respondió: *“Le diría que tenga más confianza, pero que tampoco tenga miedo, que tampoco piense que cuando algo vaya a salir mal, ya está todo arruinado, que hay*

más opciones... si tiene miedo de confiar en alguien porque piensa que lo va a traicionar, que igual lo haga, porque puede que se sorprenda, o que si le pasa eso que pensaba que iba a pasar, pues que no siempre va a ser así”.

La respuesta del paciente muestra una reconfiguración de los significados atribuidos a los vínculos afectivos, al reconocer que arriesgarse a establecer relaciones puede generar experiencias distintas a las anticipadas por las narrativas dominantes previas.

Categoría 3: trastorno dismórfico corporal

Esta categoría aborda el motivo de consulta principal referido por el paciente, el cual aparece tiempo después de la muerte de su padre, en un contexto marcado por dificultades en la elaboración del duelo y por los significados emocionales y relacionales que se fueron configurando a partir de dicha experiencia.

Fase inicial

Narrativa saturada del problema en relación con la autoimagen

En las primeras sesiones se observó una relación conflictiva del paciente con su autoimagen, por lo que el trabajo terapéutico se orientó a comenzar a deconstruir la narrativa dominante del paciente.

Cabodevilla (2007) describe que las emociones que no son expresadas generan tensión, y como resultado, surge un malestar físico, lo que es un recordatorio de que se están ignorando emociones importantes. Este aspecto se puede observar en el caso ante el surgimiento del malestar que presenta el paciente del trastorno dismórfico corporal. *“Cuando era niño, mi papá me llevaba a jugar fútbol y a salir en bici, pero cuando falleció dejé de hacer actividad física y comencé a subir de peso, entrando a la secundaria, yo creí que me harían bullying por mi aspecto físico, pero no fue así. Al finalizar la secundaria estuve practicando taekwondo y bajé de peso nuevamente”* (sesión 1).

Tiempo después de la muerte de su papá, comenzaron a manifestarse malestares físicos, como fluctuaciones de peso y posteriormente se desarrolló el TDC. El malestar parece estar vinculado a emociones no procesadas tras la pérdida de su padre, por lo que el cambio en su cuerpo aparece como una manifestación simbólica de las emociones no expresadas. Así pues, como menciona Haley (1988), el surgimiento del malestar señala que el sistema familiar del paciente enfrentó dificultades para transitar el proceso de la muerte del padre.

Por otra parte, el DSM-5 (2013) define al trastorno dismórfico corporal como aquella preocupación por uno o más defectos percibidos en el aspecto físico que no son notorios por otras personas. Suele realizar comportamientos (como verse al espejo frecuentemente y asearse de manera excesiva) o actos mentales (como compararse físicamente con otras personas) a modo de respuesta a la preocupación por su aspecto físico.

En el paciente se ve manifestada esta situación ya que refiere lo siguiente: *“Es que es raro porque cuando estaba gordo como muy obeso, era como que no me miraba tanto al espejo para no notar la obesidad, pero cuando empecé en el gimnasio como que se te hace vicio el verte en el espejo, pues el espejo gigante y el espejo en los baños entonces soy como mirar más mi cuerpo y lo noto. Mucho tiempo vi que mi pecho izquierdo era más pequeño que el derecho y que mi brazo derecho era más grande que el izquierdo, y así”* (sesión 3).

En este sentido, se puede identificar que el paciente percibía de sí mismo, asimetrías de su físico que no eran propiamente visibles ante las personas, así como el observarse muy frecuentemente en los espejos.

Comportamientos compulsivos relacionados al ejercicio

A su vez, quienes presentan este trastorno, hacen ejercicios de fuerza de una forma compulsiva, con el fin de incrementar su tamaño muscular, lo que puede desarrollar una dependencia y esto provoca en la persona la necesidad de reafirmar su definición muscular de manera continua (Torres-Mota et al., 2021).

Esta dinámica se evidencia en la siguiente sesión donde el paciente informa lo siguiente:
“Cuando comencé iba a un Smart Fit que está por el Pípila con un amigo de la prepa, pero como está un gimnasio por aquí afuerita de la facultad me cambié y ahora voy solo. Entreno seis días a la semana como dos horas y a veces voy dos veces al día” (sesión 4).

Se refleja la forma excesiva de hacer ejercicio por parte del paciente.

Fase media

Reconstrucción de la autopercepción corporal

En esta fase se comenzaron a observar transformaciones significativas en la percepción corporal que tenía el paciente sobre sí mismo, por lo que se identificó un avance en la resignificación de su problemática inicial.

Gómez-Cabrera et al. (2024) describen que la dismorfia muscular es mayormente común en personas que practican deporte, ya que pueden tener un cuerpo tonificado y apropiado para su talla, pero tienen la creencia de que son pequeños y están fuera de forma, lo que les provoca una obsesión por el ejercicio.

Durante la sesión se habló sobre un viaje que hizo con sus compañeros del salón y se le preguntó si se metió a las albercas, y dijo que sí, al cuestionarle cómo se sintió al mostrar su cuerpo frente a sus compañeros, dijo: *“Al principio me sentí raro, pero luego como que se me olvidó. Mis amigos me decían halagos, que estaba muy grande, pero yo no les creía”.*

Este momento fue tomado para reforzar que poco a poco se está sintiendo más seguro con su apariencia física y mostrando su cuerpo. Él mismo reconoció: *“sí, es algo que meses atrás no hubiera podido hacer” (sesión 8).*

En la sesión se destacó cómo el paciente logró enfrentar su inseguridad. Mostró su cuerpo frente a sus compañeros. Se hizo consciente de que, aunque en el pasado esta situación le habría causado mucho conflicto, en esta ocasión no se sintió tan perturbado. Incluso reconoció que meses atrás no hubiera sido capaz de hacerlo, por lo que se tomaron estos acontecimientos

para crear nuevos significados en el presente como lo describen White y Epston (1993) en la práctica de acontecimientos extraordinarios.

Asimismo, en la sesión 10, destacó que, en cuanto a su imagen corporal, mencionó que ya no usa *hoodies* (sudaderas), lo cual le ha hecho sentirse más cómodo con su aspecto físico.

Fase final

Aceptación de la autoimagen

En las últimas sesiones, la narrativa del paciente mostró una aceptación sobre su imagen corporal y este tema ha dejado de tener un lugar central en su vida diaria.

Durante la sesión se le preguntó si recordaba por qué solicitó atención psicológica, a lo que respondió que la dismorfia corporal y relacionarse con los demás. Posterior a esto se le preguntó cómo se veía ahora respecto a eso, a lo que respondió: *“Mejoré mucho. Ahora que pasó justo esto de no entrenar, una parte de mi dijo, ¿cuándo será el día que diga ya estoy completamente inconforme? y nunca pasó. Siento que, si dejara pasar dos meses más, se notaría, pero sé que por el hecho de que trabajé mucho por un cuerpo, sea el que sea, se pierde, entonces sería un extremo de lo que tengo ahora y no tener nada después”* (sesión 13).

Reconfiguración del sentido de hacer ejercicio

Piensa ser constante en el gimnasio, pero no ir estrictamente seis días como antes. *“Durante este tiempo he hecho un tipo de rutina y quiero probar otro método de entrenar 4 días”* (sesión 13).

Se identificaron cambios notorios en la narrativa del paciente en cuanto a sus respuestas en relación a las preguntas sobre su aspecto físico el cual fue su principal motivo de consulta. De la misma manera, se identifica que ha otorgado un significado distinto a hacer ejercicio (White, 1994), ya que actualmente no lo hace de manera estricta como en el comienzo del tratamiento y no tiene problema con faltar algunos días porque es consciente de todo el trabajo que ha conseguido.

Por otra parte, al concluir la terapia del duelo se pueden observar signos de alivio de los malestares, ya que los pacientes manifiestan menos problemas corporales, así como la disminución o desaparición de la situación que los motivó a buscar tratamiento terapéutico (Worden, 2013).

Consolidación de una nueva narrativa

La perspectiva teórica mencionada anteriormente, también se refleja en esta sesión donde el paciente comenta que se siente a gusto consigo mismo la mayor parte del tiempo, *“ya no le doy tanta importancia. Hace no mucho, empezaron a ir al gimnasio unos de mi salón y tienen 20 - 21 años y hmm la verdad les falta mucho” (sesión 13).*

Por otra parte, en el genograma simbólico se representó a sí mismo como “Mr. Increíble”, aludiendo a la similitud que percibe con este personaje debido al notable volumen de su musculatura.

En este punto del tratamiento se consiguió un cambio en la narrativa dominante del paciente con relación a su aspecto físico, donde se identifica una amplia aceptación de su imagen corporal además del reconocimiento de su esfuerzo.

Capítulo IV. Conclusiones

Primeramente, se puede concluir que las Prácticas Narrativas aplicadas al proceso de elaboración de duelo son una herramienta eficaz que facilitan la integración de la pérdida. Desde esta perspectiva, el duelo no representa un cierre definitivo, sino el reconstruir la relación con el fallecido desde un plano simbólico, dándole un lugar en la historia personal del paciente.

Por otro lado, aunque el Modelo Narrativo no utiliza el diagnóstico, a diferencia de la forma tradicional de trabajar de otros enfoques de la Terapia Familiar Sistémica, en este caso, el diagnóstico estructural aportó información valiosa sobre los límites rígidos entre los miembros de la familia y de los patrones de comunicación distante y evasiva. Esta información permitió contextualizar las narrativas dominantes que sostenían el problema, como la afirmación “*la muerte de mi padre no me afectó*”, así como el autodiagnóstico de “*dismorfía corporal*”.

A su vez, por medio de las Prácticas Narrativas como la *deconstrucción*, es posible identificar las narrativas dominantes que impiden ver el otro lado del suceso de la pérdida, de la misma manera, la *remembranza* permite traer al presente los recuerdos más significativos de la persona fallecida y por medio de la *re-autoría* se construyen nuevas narrativas, integrando la memoria del ser querido y favorecen este vínculo desde una perspectiva simbólica.

Por otra parte, se concluye que no trabajar un proceso de duelo, puede provocar consecuencias a largo plazo. Cuando la muerte del ser querido es un tema que no se habla entre los miembros de la familia, las emociones no expresadas tienden a generar un bloqueo y se manifiesta más adelante en forma de malestares o dificultades relacionales; por lo que el problema puede verse como una expresión del duelo no resuelto, sostenido por narrativas que no permiten hablar de la muerte o validar el dolor de la pérdida.

Asimismo, se puede concluir que trabajar un duelo no resuelto, se asocia a una transformación en la relación con la problemática que presenta el paciente, en este caso, el Trastorno Dismórfico Corporal, ya que se abre la posibilidad de darle un lugar a la pérdida, así

como liberar emociones que no fueron expresadas en su momento. En este sentido, el abordaje del duelo permitió modificar la relación del paciente con su imagen corporal, transformando la narrativa dominante sobre su aspecto físico.

De la misma manera, trabajar un proceso de duelo favorece el fortalecimiento de los vínculos afectivos, tanto en el ámbito familiar como en las relaciones de pareja. Cuando no se trabaja el duelo ante una pérdida significativa, puede surgir la dificultad para establecer conexión con los demás, debido al temor de volver a experimentar el dolor, por lo que, al integrar la pérdida, el paciente se permite recuperar la capacidad de establecer vínculos afectivamente.

Por otro lado, desde el discurso terapéutico dominante, el duelo no resuelto por la muerte del padre se reflejaba en relaciones distantes y dificultad para expresar afecto. Dicho discurso, le hizo sentido al paciente para avanzar y tener una mayor apertura emocional, así como una transformación en la forma de vincularse tanto con su familia, su figura paterna y con su pareja.

Finalmente, se concluye que la Terapia Familiar Sistémica demuestra tener un impacto favorable al ser aplicada en contextos individuales. Desde este enfoque se permite comprender al paciente no como un elemento aislado, sino como parte de un amplio sistema, cuyas dinámicas familiares influyen en su conducta y emociones, aun estando ausentes del espacio terapéutico los demás integrantes de la familia, ya que por medio del trabajo individual con una visión sistémica, se pueden explorar y resignificar vínculos, roles familiares y patrones relacionales aprendidos, facilitando procesos como la elaboración del duelo y el fortalecimiento de la identidad personal como en el caso estudiado en este trabajo.

Alcances

Alcances Clínicos y Profesionales

El presente estudio tuvo como alcance principal evidenciar que las Prácticas Narrativas, al centrarse en la deconstrucción de las historias dominantes y la construcción de relatos alternativos, así como en la valoración del contexto sociocultural del paciente, resultaron congruentes con los objetivos de favorecer la elaboración del duelo, el fortalecimiento de los vínculos afectivos y la resignificación de la autoimagen.

A su vez, el estudio permite observar de qué manera las Prácticas Narrativas como la remembranza, conversaciones de andamiaje, externalización del problema y deconstrucción, pueden favorecer las relaciones afectivas, ya que se dejan de lado las narrativas que sostienen al problema como: *“la muerte mi padre no me afectó”, “arromántico”, “no siento ganas de llorar”* y se da espacio para la incorporación de nuevas narrativas, *“me siento con más confianza que cuando empecé”, “le diría que se dé la oportunidad de confiar en alguien, porque si se arriesga puede que se sorprenda, y si no pasa lo que esperaba, le diría que no siempre va a ser así”*.

Por otra parte, el estudio aporta valor práctico al mostrar los beneficios que surgen al articular las Prácticas Narrativas con algunos aportes del enfoque estructural de la Terapia Familiar Sistémica. El diagnóstico estructural permitió identificar dinámicas familiares, límites rígidos y patrones de comunicación distantes que daban soporte a las narrativas dominantes del paciente, mientras que las Prácticas Narrativas posibilitaron la resignificación de dichas historias y la emergencia de nuevas formas de posicionarse frente a la pérdida y a los vínculos.

Por lo tanto, esta integración permite ampliar la comprensión del funcionamiento familiar y de las narrativas personales, reconociendo cómo ambas dimensiones sostienen o transforman las problemáticas presentadas, favoreciendo un abordaje integral y más contextualizado sobre el entorno familiar y social del paciente.

Alcances Formativos Personales

Durante el proceso de elaboración de este estudio, la terapeuta enfrentó un desafío significativo, la pérdida de su propio padre. Esto tuvo un impacto importante a nivel personal, al ser un tema estrechamente relacionado con lo trabajado con el paciente. Esta experiencia inesperada implicó un reto adicional en la culminación del estudio, debido a que ella comenzó a trabajar el tema de duelo, sin saber que un año después estaría experimentando una pérdida tan significativa como la de su padre.

Esto le hizo generar recursos resilientes como el fortalecimiento de sus redes de apoyo, la gestión de sus emociones ante la pérdida, así como una comprensión más cercana y empática respecto al tema trabajado con el paciente y la capacidad de no involucrar la experiencia personal con lo trabajado en la práctica clínica.

Limitaciones

Limitaciones Clínicas

Durante el desarrollo de este estudio se identificaron algunas limitaciones relevantes.

Al comienzo del proceso terapéutico, los conocimientos teóricos y principalmente prácticos aún eran limitados, debido a que la intervención se realizó en una etapa temprana de la formación clínica de la terapeuta. Esta condición pudo incidir en el alcance de algunas intervenciones, sin invalidar los logros terapéuticos observados.

Asimismo, aunque se desarrolló desde una perspectiva sistémica, la intervención fue centrada en el trabajo individual con el paciente. Se considera que la incorporación de otros miembros del sistema familiar, particularmente la madre, podría haber favorecido una elaboración más amplia y sistémica del duelo no resuelto, enriqueciendo el proceso terapéutico. Esta limitación expone la importancia de considerar, en futuros estudios de caso, la inclusión de la familia como unidad de análisis e intervención.

De la misma manera, aunque se buscó mantener mayor congruencia con el Modelo Narrativo, no se consiguió incluir a otras personas significativas como amigos, compañeros o miembros del equipo terapéutico que acompañaron el caso en ciertos momentos, ni implementar los equipos de reflexión y las ceremonias de definición, prácticas propuestas por este modelo, las cuales habrían podido enriquecer el cierre del proceso terapéutico.

Así también, a lo largo del desarrollo del estudio, se presentaron varios cambios en el formato y los lineamientos solicitados, lo que generó momentos de incertidumbre y reajustes constantes en la organización y redacción del trabajo. Esto tuvo un impacto en el proceso de escritura y en la claridad de algunos apartados, representando una dificultad para la estructuración del documento final y para la revisión de las lectoras, quienes forman parte del comité evaluador del presente trabajo.

Limitaciones Teóricas

Se reconoce que la articulación entre el Modelo Narrativo y el enfoque estructural de la Terapia Familiar Sistémica, presenta limitaciones debido a que ambos modelos difieren en sus objetivos, estrategias de intervención y en el rol que asume el terapeuta, lo que dificulta lograr una integración completa entre ambos enfoques.

Este estudio representa un esfuerzo importante para la articulación de dichos enfoques, pero se identifica la necesidad de mayor desarrollo teórico y clínico para consolidarlo como una propuesta clara de intervención.

Referencias

- Acevedo S. L., y Vidal, E. H. L. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. *Medisan*, 23(01), 131-145.
<https://www.redalyc.org/journal/3684/368458873013/html/#B9>
- Álvarez-Gayou., J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa fundamentos y metodología*. Paidós.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5)*.
- Araujo, M. B. E. (2011). *Empoderamiento femenino y una comunicación de pareja de de una perspectiva sistémica*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México].
<http://132.248.9.195/ptd2014/anteriores/0713590/Index.html>
- Aulet, A., Herrero, O. y Neimeyer, R. (2019). Ser tu o ser yo: Esa es la cuestión. Elaboración del duelo por la muerte de una madre. *Revista de psicoterapia*. 30(114), 155-170.
<https://dau.url.edu/bitstream/handle/20.500.14342/1759/document%20%282%29.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Barraza, A. (2023). *Metodología de la investigación cualitativa. Una perspectiva interpretativa*. Benessere. Centro de Intervención para el Bienestar Físico y Mental AC.
<https://www.upd.edu.mx/PDF/Libros/MetodologiaInvestigacion.pdf>
- Bermúdez Durán. L. V., Herrera Navarrete, K. S., y Fernández Salas, M. (2023). Actualización del trastorno dismórfico corporal. *Revista Médica Sinergia*, 8(2), 7.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8910134>
- Bertalanffy, L. V. (1976) *Teoría General de los Sistemas*. Fondo de cultura económica.
<https://fad.unsa.edu.pe/bancayseguros/wp-content/uploads/sites/4/2019/03/Teoria-General-de-los-Sistemas.pdf>

- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas*. Paidós.
- Bleuer, M. N., & Losada, A. V. (2022). Alianza Terapéutica en la Psicoterapia Online. <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/mobile/trabajo.php?id=169&idtt=8>
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Terapia sistémica individual*. Amorrortu Editores.
- Botana, A. A. (2025). Aprendiendo Terapia Narrativa a través de Conversaciones de Remembranza. *Ciencia y Reflexión*, 4(2), 2151-2172. <https://cienciayreflexion.org/index.php/Revista/article/view/393>
- Bowen, M. (1976/2016). *La terapia familiar en la práctica clínica*. Georgetown Family Center, Inc.
- Bowlby, J. (1986/2014). *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. Morata.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Robles, R., Arias, B., & Irurtia, M. J. (2016). Validación del cuestionario de ansiedad social para adultos (CASO) en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 33(1), 30-40. https://www.researchgate.net/profile/Vicente-Caballo/publication/291680425_Validacion_del_Cuestionario_de_Ansiedad_Social_para_Adultos_CASO_en_Mexico_Validation_of_the_Social_Anxiety_Questionnaire_for_Adults_SAQ_in_Mexico/links/56a5ef8308aef91c8c16b9ef/Validacion-del-Cuestionario-de-Ansiedad-Social-para-Adultos-CASO-en-Mexico-Validation-of-the-Social-Anxiety-Questionnaire-for-Adults-SAQ-in-Mexico.pdf
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 30, pp. 163-176). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original11.pdf>
- Campillo, M. (2021). Terapia Narrativa: respondiendo al duelo y la pérdida con el árbol de la re-asociación. *Revista de psicoterapia*, 32(119), 181-195. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7987074>

Castro, L., y Díaz, C. (2004). *La terapia familiar centrada en las narrativas*. Chile: Instituto Chileno de terapia familiar. Chile.

https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/40025091/narrativas_castro_diaz-libre.pdf?1447605947=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DNarrativas_castro_diaz.pdf&Expires=1767667723&Signature=eNsRM8bRpWjJgMkYu1dFOqAgAvaGt3SqQ493gIOj8MKEDYk~HJtoNhkjgLGOYPXRvCqThs11Z20ILuvS0pCxSvLidl0eSH5HLYk~PaLmnXo5dilly5d~hafYxKwVz~uwppLjGxIIJPlviNrM1KwjzbU8bKJ5OHJS-1yO4h42dGI43JuaszykIIKk3Pt37tPHHBA5r2f4BqDXgTNnoIWW1osMWeaMHe0nsCNakCUog7ejTycVw~Xy2iIArPYpl7C1JaM~aixYrukqoSm6WxJdJtc3zrvAKrr5bQYgmTB04egtOEb3SmBg4mC~oZzuuoOaALRbOLFGtaP64KeEg1yRoeA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Chimpén, L. C. A., Conde, C. D., Ferrer, D. M. y Juárez, M. L. (2022). *Terapia narrativa en la práctica: Ampliando historias de resistencia*. Aula Magna.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH]. (2018). https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Material/trip-familias-juridicas.pdf

Del Rio, A. R. (2012). *La perspectiva sistémica. Diferentes modelos y formas de intervención*. Editorial Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales-EditUCES. https://dspace.uces.edu.ar/jspui/bitstream/123456789/2801/1/Perspectiva_Rio.pdf

Díaz, S. M. F., y Campillo, R. M. (2016). Manejo de duelo con terapia narrativa: "Honrar la vida más allá de la muerte". *Rev de psicología: Procesos psicológicos y sociales*, 1, 7-72. <https://www.uv.mx/psicologia/files/2016/10/Fernanda.pdf>

Eguiluz, L. L. (Ed.). (2004). *Terapia familiar, su uso hoy en día*. Editorial Pax México.

- Espinal, I., Gimeno, A. y González, F. (2005). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista internacional de sistemas*. 14(4), 21-34.
https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/82180316/3_20Espinal_20Familia-libre.pdf?1647335529=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DEI_Enfoque_Sistemico_En_Los_Estudios_Sob.pdf&Expires=1767667881&Signature=aZw1yFfdz3-kpXVNP434hEyPVqk3sNkC2eOzBYZamEWRITp3bd6GVYCOJRf5gcEYGsEzEh9S1SgfRSP4e8lGhps-iR4PiFp4pgRIuexYWHQIJYqLH1Vj~aAQpH7N6Ouur1d70LdvtX8uPQYTcbsOwP7z5~DJN1YI52q5j9rZ6d2QAFBX5DZXZ5BsS9AA~TW7~sASbFRfQpvZ4Uhc7Tv~MVRhqaXLq2oSaN6Du34miO4-uR5Sy9JmDuxlwSQWVYOW10VnWWsNyYyvq6CMLwklmk7g9OJiUrvPoSpAvDvYwXg7ilSqpB3rUgSkDpc3voDJm~pLsDLzPcnNdTt--aQ3mw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA
- Estévez, E., Jiménez, T. Y Musitu, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Nau Libres.
https://www.google.com.mx/books/edition/Relaciones_entre_padres_e_hijos_adolesce/T9XaFGC6VZ8C?hl=es&gbpv=1&dq=tipos+de+familia&pg=PA16&printsec=frontcover
- Estrada, I. L. (2012). *El ciclo vital de la familia*. Debolsillo Clave.
- Flores, O. A. R. (2022). *Sistematización del acompañamiento psicológico a familias que están vinculadas al proyecto CEA "El Buen Pastor" Centro CENIT-Mañosca durante el periodo marzo-julio 2021, desde un enfoque sistémico*. [Tesis de pregrado, Universidad Politécnica Salesiana, sede Quito].
<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/21739/1/TTQ565.pdf>

- García, L. R., Mellado, C. A., Illarramendi, H. C. y Pérez, C. M. B. (2015). Uso de técnicas con enfoque sistémico narrativo: intervención psicoterapéutica en una familia por duelo infantil. *Revista "alternativas en psicología"*, 19(33), 8.
- Garibay R. S. (2013). *Enfoque sistémico: una introducción a la psicoterapia familiar*. Manual Moderno.
- Garza, R., Cardoso, V., y González, C. (2024). El trastorno dismórfico corporal y las redes sociales. *Revista mexicana de medicina familiar*, 11(1), 33-37.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2696-12962024000100033&script=sci_arttext
- Gelsomino Petegoli, B. (2022). Duelo y familia: camino hacia la reconstrucción narrativa. In *XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
<https://www.aacademica.org/000-084/205>
- Goldbeter, M. E. (2003). *El duelo imposible, la familia y la presencia de los ausentes*. Herder.
- Golombok, S. (2016). *Familias modernas. Padres e hijos en las nuevas formas de familia*. Siglo XXI.
- Gómez Cabrera, E., Martínez Ortiz, J. A., & Fernández Ortega, M. Ángel. (2024). Trastorno Dismórfico Corporal: herramientas diagnósticas en atención primaria. *Archivos En Medicina Familiar*, 26(5), 247–253.
<http://archivosenmedicinafamiliar.com/index.php/AMF-2023-06/article/view/86/68>
- Gonzalbo, A. P. (1991). *La historia de la familia colonial*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, Área de Historia de México. <https://zaloamati.azc.uam.mx/items/0e628fcb-04ae-4258-9a41-5ca432bb059a>

- Gutiérrez, C. R., Díaz, O. K. Y Román, R. R. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia ergo-sum, Revista científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 23(3), 219-228.
<https://www.redalyc.org/journal/104/10448076002/10448076002.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C. C., y Baptista, L. P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc. Graw Hill.
https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- Hoffman, L. (1992). *Fundamentos de la terapia familiar. Un Marco conceptual para el cambio de sistemas*. Fondo de cultura económica.
- Lopez-Cuautle, C., Vazquez-Arevalo, R. y Mancilla-Diaz, J. M. (2016). Evaluación diagnóstica de la Dismorfia Muscular: Una revisión sistemática. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 32(2), 405-416.
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.32.2.203871/192711>
- López, B. J., López, B. R. y Castañeda, N. A. (2021). *Teoría de la comunicación*. Página seis.
https://www.google.com.mx/books/edition/Teor%C3%ADa_de_la_comunicaci%C3%B3n/MGheEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=definici%C3%B3n+de+comunicaci%C3%B3n&printsec=frontcover
- Marín Silva, G. (2019). *El papel de la familia como sistema excluyente en la experiencia del duelo en un menor*. [Tesis de maestría, Centro de Estudios e Investigación sobre la Familia, IFAC].
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (1985/2000). *Genogramas en la evaluación familiar*. Gedisa.
- Meza Dávalos, E. G., García, S., Gómez Torres, A., Castillo, L., Suárez, S. S., & Silva Martínez, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas

- emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(1), 28-31.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2008/rmq081g.pdf>
- Millán, M. A. y Serrano, S. (2002). *Psicología y familia*. Cáritas.
- Minuchin, S., Yung L. y Simon, M. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Paidós.
- Minuchin, S. (2004). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (1974/2004). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.
- Montalvo, R. J., Espinosa, M. S. M., y Pérez, A. 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://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1405-339X2013000100007&script=sci_arttext&lng=es
- Moreno, F. A. (2018). *La práctica de la terapia sistémica*. Desclee De Brouwer.
- Muñiz, M. (2010). Estudios de caso en la investigación cualitativa. *División de estudios de posgrado universidad autónoma de nuevo León. Facultad de psicología. México*, 1-8.
https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/1_estudios-de-caso-en-la-investigacion-cualitativa.pdf
- Neimeyer, R. A. (2021). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Paidós.
- Obregón Velasco, N. O. (2007). *Un cambio epistemológico* [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Autónoma de México. <https://ru.dgb.unam.mx/items/2b121bb5-1f76-4b37-a539-493a146a39c5>
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Herder.
- Onnis, L. (2004/2016). *El tiempo congelado. Anorexia y bulimia entre individuo, familia y sociedad*. Gedisa.
- Ortí Camallonga, A. (2025). *Terapias efectivas para el tratamiento del trastorno de duelo prolongado: una revisión sistemática* [Tesis de maestría]. Universidad Europea Valencia.
<https://titula.universidadeuropea.es/handle/20.500.12880/12323>

- Ortiz Granja, D. (2008). La terapia familiar sistémica. Universidad Politécnica Salesiana.
[https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/6096/1/Terapia%20familiar%20sistemic
a.pdf](https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/6096/1/Terapia%20familiar%20sistemic%20a.pdf)
- Ortiz Vera, L., López Rosas, S. E., y Estrada Contreras, K. E. (2024). DISMORFIA MUSCULAR EN USUARIOS DE GIMNASIO. In *Actas del Congreso de Investigación, Desarrollo e Innovación*(pp. 244-254). <http://revistas.uncyt.org/index.php/actasidi-uncyt/article/view/242/228>
- Papp, P. (1983/1994). *El proceso del cambio*. Paidós.
- Payás Puigarnau, A. (2010/2016). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo relacional*. Paidós.
- Payne, M. (2000/2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Paidós.
- Pereira, R., Linares, J. L. (2022). *Caminos de la terapia familiar. Un largo recorrido desde la clínica a lo social en terapia familiar sistémica*. Morata.
- Pereira, T. R. (2023). *Manual de terapia familiar sistémica. Experto en intervenciones sistémicas. Tomo 2*. Morata.
- Pereira, T. R. (2024). *Manual de terapia familiar sistémica. Psicoterapeuta familiar y de pareja. Tomo 3*. Morata.
- Pérez, O. (2016). *Metodología para la elaboración de estudio de caso en responsabilidad social*. Universidad Externado de Colombia.
[https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=TIUeDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA12&dq
=+Metodología+para+la+elaboración+de+estudio+de+caso+en+responsabilidad+soci
al.&ots=JrH9L0boST&sig=GitjTSSs3bfhA6U2BvTR1f8ei3U#v=onepage&q=Metodolo
gía%20para%20la%20elaboración%20de%20estudio%20de%20caso%20en%20resp
onsabilidad%20social.&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=TIUeDQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA12&dq=+Metodología+para+la+elaboración+de+estudio+de+caso+en+responsabilidad+soci al.&ots=JrH9L0boST&sig=GitjTSSs3bfhA6U2BvTR1f8ei3U#v=onepage&q=Metodolo gía%20para%20la%20elaboración%20de%20estudio%20de%20caso%20en%20resp onsabilidad%20social.&f=false)
- Pubill, M. J. (2018). *Herramientas de terapia familiar*. Paidós.

- Quintal Corzo, J. A., Alvarez Cuevas, S. M. y Ayora Talavera, D. A. (2020). Leer y Escribir en Terapia Narrativa, Construyendo una Nueva Historia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 227-245. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.293>
- Rodríguez, A. J. (1986) Aportaciones de la teoría general de sistemas, cibernética y teoría de la comunicación a la terapia familiar. *INFORMACIÓN PSICOLÓGICA*, (27), 22.26. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/1579>
- Roizblatt, S. (2009). *Terapia familiar y de pareja*. Mediterráneo.
- Ruíz, A.C., Palma, M. O. (2021). *Resiliencia en procesos de duelo. Claves de intervención social tras la pérdida de un ser querido*. Gedisa.
- Ruíz, C. M. (2008). *La psicoterapia sistémica con familias reconstituidas*. [Tesis de Maestría en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México]. <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000713416/3/0713416.pdf>
https://www.google.com.mx/books/edition/Resiliencia_en_procesos_de_duelo/yaFCEAAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=que+es+el+proceso+de+duelo&printsec=frontcover&fbclid=IwY2xjawGU7YBleHRuA2FibQlxMAABHblGEoSyr8gabwRRIdnM8c5SGcz08MfXCBtloETcpUP44OVLGlyJczQH_g_aem_l-c4HWw8r0VLWG1aPh-fHA
- Runge, E., Jensen, E. K., Mathiasen, K., Larsen, P. V., Hertz, S. P. T., Holmberg, T. T., ... & Lichtenstein, M. B. (2022). Early development of treatment motivation predicts adherence and symptom reduction in an internet-based guided self-help program for binge eating disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 969338. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2022.969338/full>
- Sánchez, R. (2003). *Aspectos históricos y enfoques de la terapia familiar*. Universidad del Valle. https://www.google.com.mx/books/edition/Aspectos_hist%C3%B3ricos_y_enfoques_de_la_te/qSxNCvd51c8C?hl=es&gbpv=1&dq=enfoques+de+la+terapia+familiar&printsec=frontcover

- Siles, G. I. (2007). Cibernética y sociedad de la información: el retorno de un sueño eterno. *Signo y pensamiento*, (50), 84-99. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-48232007000100007&script=sci_arttext
- Simons, H. (2011). *El estudio de caso: Teoría y Práctica*. MORATA. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=WZxyAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=info%3AoFbTRTq0HkoJ%3Ascholar.google.com%2F&ots=r5-aJcRc8D&sig=onesLU5K22jRrMD1QkzRjqXRm-M&fbclid=IwAR0TcYvqSndtl37erD8zlxLGuP01rdIEC1k-2WF-VruH-HhmEBRdXSqZ2jU#v=onepage&q&f=false>
- Sluski, C. (1987). Cibernética y terapia familiar, un mapa mínimo. *Sistemas familiares*. 3(2). 65-68. <https://es.scribd.com/doc/132043181/Cibernetica-y-terapia-familiar-Un-mapa-minimo>
- Suarez C, M. Á. (2010). El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Revista Médica La Paz*, 16(1), 53-57.
- Thirioux, B., Harika-Germaneau, G., Langbour, N., & Jaafari, N. (2020). The relation between empathy and insight in psychiatric disorders: phenomenological, etiological, and neuro-functional mechanisms. *Frontiers in psychiatry*, 10, 966. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2019.00966/full>
- Torres-Mota, D. B., Pontaza-Ortiz, I., Alvarez-Espinoza, M. F. y Saucedo-Molina, T. D. (2021). Dismorfia muscular: definición y generalidades sobre prevención y tratamiento. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 10(19), 223-231. <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/6482/8433>
- Villa Piña, L. E. (2021). *Proceso psicoterapéutico de un duelo complicado*. [Tesis de Maestría, Universidad Jesuita de Guadalajara, ITESO].

- Villarreal, J. M. (2011). Terapias sistémicas: su soporte epistemológico a partir de la segunda cibernética. [en línea]. *3er Congreso Internacional de Investigación*, 15 17 de noviembre de 2011. La Plata. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1457/ev.1457.pdf
- Watzlawick, P., Beavin, B. J y Jackson, D. D. (1967/1981). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Herder. https://www.google.com.mx/books/edition/Teoría_de_la_comunicación_humana/4AGIDwAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=Teoría+de+la+comunicación+humana:+interacciones,+patologías+y+paradojas&printsec=frontcover
- White, M. (1989/1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Gedisa.
- White, M. (1997/2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Gedisa.
- White, M. (1989/2004). *Introducción a la terapia narrativa: colección de textos basados en la práctica*. Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1980/1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Paidós.
- White. M. (2007/2016). *Mapas de la práctica narrativa*. Pranas.
- Worden, W. J. (2008/2013). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.

Apéndices

Apéndice A. Formato Base Para la Entrevista Clínica



FORMATO BASE PARA LA ENTREVISTA CLÍNICA

Ficha de identificación

Fecha: _____

Sesión (número de sesión): _____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____

Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐ Otro ☐

Estado Civil: _____

Fecha y lugar de nacimiento: _____

Escolaridad: _____

Ocupación actual: _____

Aficiones y gustos: _____

Religión: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Datos del contacto: _____

Referido por: _____

Fecha y lugar de la entrevista: _____

Nombre del entrevistador: _____

Nombre del supervisor: _____

Nombre y datos del padre o tutor (en caso de ser menor de edad o requerirlo por alguna condición especial): _____



Encuadre

Especificar las condiciones del proceso, las respectivas responsabilidades, costos, duración, horario, secreto profesional y firma de consentimiento informado, así como los objetivos a seguir.

Datos familiares básicos

Mencionar con cuantas personas vive, nombres y edades, ocupación o escolaridad y si estás se encuentran sanas o padecen alguna enfermedad, **mencionar, en palabras del paciente** (descrito en 2 o 3 palabras) **el carácter o forma de ser de cada una de estas personas**. En caso de tener o haber tenido múltiples parejas, enunciarlas.



Motivo de consulta

Describir la queja del paciente o describir los síntomas que el paciente reporte. A) antecedentes del padecimiento actual: origen y posibles causas relacionadas con el síntoma percibidos por el paciente, B) breve descripción de los eventos significativos asociados al motivo de consulta, C) describir los elementos que intervienen en la decisión de asistir a evaluación o consulta psicológica, D) identificar si existen tratamientos psicológicos o médicos previos o simultáneos o, en otras palabras, preguntar que se ha hecho con "el problema" o motivo de consulta, E) describir lo que el paciente ha hecho para buscar solución a su "problema", F) explorar en qué grado el paciente percibe que el origen de los eventos y conductas son determinados por él (locus de control interno) o por otros (locus de control externo).

Valoración de la demanda y las expectativas

Describir que desea el paciente o cuáles son sus deseos, necesidades o expectativas sobre el proceso terapéutico o evaluación psicodiagnóstica.



Antecedentes del paciente e historia del padecimiento actual

Mencionar de modo descriptivo el episodio actual, descripción de los síntomas, descripción de los síntomas vegetativos, consecuencias del padecimiento en diversas áreas de la vida del paciente, inicio y secuencia de los síntomas, factores estresantes, factores precipitantes, episodios previos, tipo de tratamiento o tratamientos previos en torno al padecimiento actual (farmacológico, psicológico, medicina alternativa, etc.).

Infancia y adolescencia:

Historia del desarrollo

- Familia de origen
- Desarrollo y crianza
- Salud en la infancia y adolescencia
- Educación
- Sexualidad
- Área

social Vida

adulta:

- Historia laboral
- Historia legal
- Religión
- Situación de vivienda actual
- Estatus marital
- Historia médica



Historia social

Mencionar los gustos e intereses del paciente, sus formas y medios de diversión, así como sus relaciones sociales. Esto con el fin de identificar patrones conductuales específicos que puedan contribuir a la comprensión del padecimiento o queja del paciente.

Historia familiar

Explorar las relaciones con los miembros de su familia de origen y su familia creada.

- Clima familiar
- Antecedentes positivos y negativos de la familia
- Antecedentes patológicos en miembros de la familia (físicos y mentales)
- Relaciones familiares
- Organización familiar
- Nivel educativo
- Vinculos familiares
- Hábitos
- Costumbres
- Rituales



Problemas psicosociales y ambientales

Identificar la presencia de conducta suicida, ideación suicida, abuso de sustancias, afectaciones en la vida sexual, violencia sexual, muertes o pérdidas recientes, divorcio, desempleo, migración, cambio de residencia, problemas de violencia doméstica, familiares, de pareja, entre amigos, laborales, pobreza, inseguridad económica, enfermedades crónicas, discapacidades, problemas de vivienda, de servicios básicos, acoso escolar, acoso cibernético, etc.

Despedida y cierre

Describir clima de la entrevista, actitud del paciente, fecha para siguiente cita.

Diagnóstico diferencial o aproximación diagnóstica

Mencionar y describir los síntomas descritos por el paciente y observados por ti para identificar los diversos signos y síntomas que permitan el diagnóstico diferencial.

Apéndice B. Cuestionario de Ansiedad Social Para Adultos (CASO-30)

(Caballo, Salazar, Irurtia, Arias y Equipo de Investigación CISO-A, 201)

A continuación, se presenta una serie de situaciones sociales que le pueden producir MALESTAR, TENSIÓN O NERVIOSISMO en mayor o menor grado. Por favor, coloque una equis ("X") en el número que mejor lo refleje según la escala que se presenta más abajo.

En el caso de no haber vivido algunas de las situaciones, imagínese cuál sería el grado de MALESTAR, TENSIÓN O NERVIOSISMO que le ocasionaría y coloque la equis ("X") en el número correspondiente.

GRADO DE MALESTAR, TENSIÓN O NERVIOSISMO

Nada o muy poco 1	Poco 2	Medio 3	Bastante 4	Mucho o muchísimo 5
----------------------	-----------	------------	---------------	------------------------

Por favor, no deje ningún ítem sin contestar y hágalo de manera **sincera**; no se preocupe porque no existen respuestas correctas o incorrectas. Muchas gracias por su colaboración.

1. Saludar a una persona y no ser correspondido/a	1	2	3	4	5
2. Tener que decirle a un vecino que deje de hacer ruido	1	2	3	4	5
3. Hablar en público	1	2	3	4	5
4. Pedirle a una persona atractiva del sexo opuesto que salga conmigo	1	2	3	4	5
5. Quejarme a un camarero de que la comida no está a mi gusto	1	2	3	4	5
6. Sentirme observado/a por personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5
7. Participar en una reunión con personas de autoridad	1	2	3	4	5
8. Hablar con alguien y que no me preste atención	1	2	3	4	5
9. Decir que no cuando me piden algo que me molesta hacer	1	2	3	4	5
10. Hacer nuevos amigos	1	2	3	4	5
11. Decirle a alguien que ha herido mis sentimientos	1	2	3	4	5
12. Tener que hablar en clase, en el trabajo o en una reunión	1	2	3	4	5
13. Mantener una conversación con una persona a la que acabo de conocer.	1	2	3	4	5
14. Expresar mi enfado a una persona que se está metiendo conmigo	1	2	3	4	5
15. Saludar a cada uno de los asistentes a una reunión social cuando a muchos no los conozco	1	2	3	4	5
16. Que me gasten una broma en público	1	2	3	4	5
17. Hablar con gente que no conozco en fiestas y reuniones	1	2	3	4	5
18. Que me pregunte un profesor en clase o un superior en una reunión	1	2	3	4	5
19. Mirar a los ojos mientras hablo con una persona a la que acabo de conocer.	1	2	3	4	5
20. Que una persona que me atrae me pida que salga con ella	1	2	3	4	5
21. Equivocarme delante de la gente	1	2	3	4	5
22. Ir a un acto social donde sólo conozco a una persona	1	2	3	4	5
23. Iniciar una conversación con una persona del sexo opuesto que me gusta	1	2	3	4	5
24. Que me echen en cara algo que he hecho mal	1	2	3	4	5
25. Que en una cena con compañeros me obliguen a dirigir la palabra en nombre de todos	1	2	3	4	5
26. Decir a alguien que su comportamiento me está molestando y pedir que deje de hacerlo	1	2	3	4	5

27. Sacar a bailar a una persona que me atrae	1	2	3	4	5
28. Que me critiquen	1	2	3	4	5
29. Hablar con un superior o una persona con autoridad	1	2	3	4	5
30. Decirle a una persona que me atrae que me gustaría conocerla mejor	1	2	3	4	5

Apéndice C. Consentimiento Informado



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.

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.

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

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.

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 el contrario, si dejo de asistir a mis consultas sin previo aviso, seré dado de baja después de la segunda inasistencia, para darle a otra persona la posibilidad de ser atendida.

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 en el CIIP, no se atienden urgencias psicológicas, brindándose atención psicológica únicamente en los horarios establecidos.

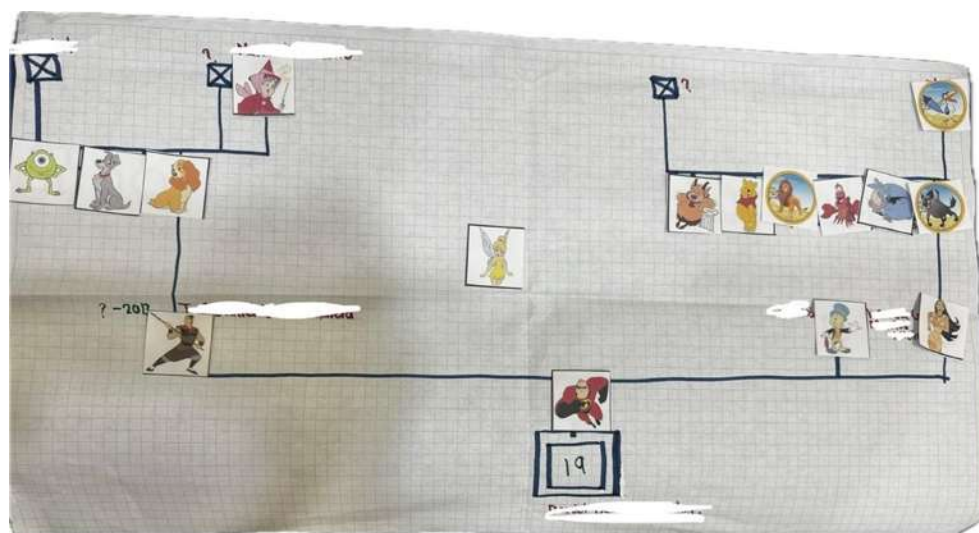
Declaro que soy un adulto consciente y con plena capacidad para firmar el presente consentimiento.

Nombre y firma del paciente

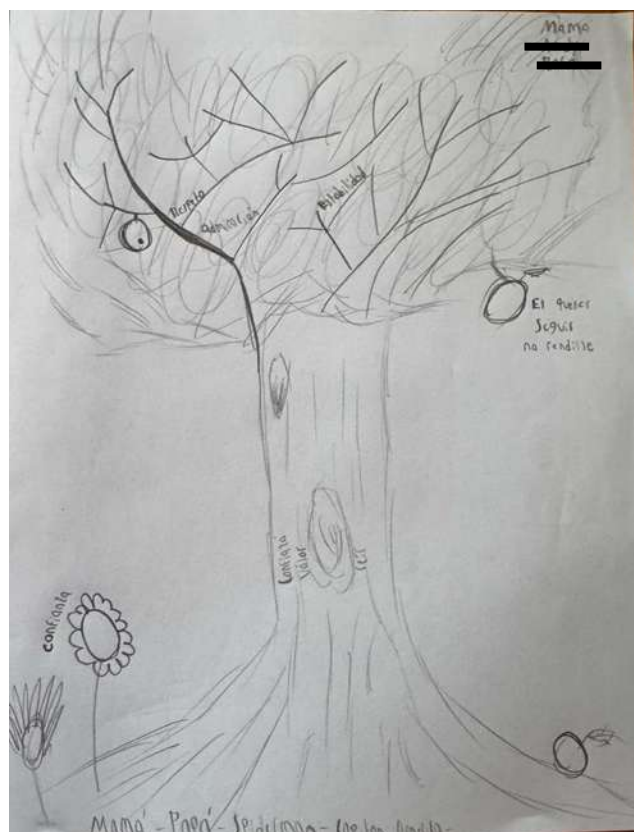
Nombre y firma del psicólogo
responsable de la atención

Vo.Bo. Supervisor
Nombre y firma

Apéndice D. Genograma simbólico



Apéndice E. Árbol de la vida



Apéndice F. Resumen de las sesiones

No. de sesión	Objetivo	Resumen
1. “Explorando lo que no se siente”	Identificar y explorar la narrativa dominante del paciente.	Se exploró la dificultad del paciente para conectar con sus emociones. Se abordó su forma de vincularse afectivamente, describiéndose como “arromántico” e identificando que puede amar, pero no enamorarse. Expresó que sus sentimientos suelen ser breves y poco intensos. También se habló de su relación actual, identificando cierto afecto, aunque señaló que la distancia o ausencia de la otra persona no le genera malestar significativo.
2. “Temores ocultos”	Modificar la narrativa del paciente sobre su perspectiva en relación a las pérdidas.	El paciente habló sobre un tatuaje que se hizo sobre una serpiente alrededor de su brazo. Es la portada del álbum “muerte” de uno de sus cantantes favoritos. Comentó sobre el distanciamiento que hubo con la chica que salía, habló sobre su dificultad para mantener conversaciones profundas y expresar emociones con ella. Exploró cómo su inseguridad corporal y el temor a ser abandonado lo llevan a evitar vínculos afectivos más cercanos.
3. “Un duelo pendiente”	Proponer comenzar a trabajar el duelo por la muerte de su padre en la devolución de los	En esta sesión se completó el genograma familiar y se entregaron los resultados de la evaluación clínica. Se le propuso trabajar el duelo

	resultados de la evaluación inicial.	por la muerte del padre, a lo que el paciente accedió. Al explorar sus recuerdos, relató cómo se enteró de la noticia y cómo fue excluido del proceso de despedida, lo que le generó frustración. Mencionó que en su infancia no expresó su dolor, hasta que en una sesión con una psicóloga logró llorar por primera vez. Mostró disposición y apertura para trabajar estas emociones en este proceso psicoterapéutico.
4. “Recuerdos silenciados”	Retomar situaciones significativas en relación a su padre que no han sido expresadas.	Se profundizó en los recuerdos del paciente sobre su padre. Compartió que evitaba hablar del tema para no afectar a su madre, y que solo una vez ella le relató cómo ocurrió el accidente. Describió físicamente a su padre e identificó su parecido con él, lo que generó un momento de silencio y reflexión. Recordó que su padre le demostraba cariño incluyéndolo en actividades como ir a su trabajo o jugar juntos. Fue una sesión significativa en el proceso de reconstrucción del vínculo simbólico con su padre.
5. “Te extraño”	Ayudar al paciente a identificar sus emociones y sentimientos hacia su padre.	Se exploró más profundamente el impacto de la muerte de su padre. Aunque al inicio dijo que lo que más afectó fue la pérdida de estabilidad familiar, finalmente reconoció que

		extraña momentos específicos compartidos con él. También habló con su madre sobre la fecha exacta del fallecimiento, lo cual marcó un cambio en su dinámica familiar.
6. “Lo que me dejaste”	Explorar de qué manera la memoria del padre fallecido puede influir en la vida actual del paciente.	El paciente compartió sentirse más cómodo con su imagen corporal. Tuvo una salida con amigos, señalando avances respecto a su inseguridad inicial. También se abordó nuevamente la figura paterna; reflexionó sobre lo que su padre valoraría de él actualmente, lo cual identificó como una motivación personal. Finalmente, habló sobre el vínculo afectivo con su abuela paterna, reconociendo el aprecio que siente por ella.
7. “Decir hola de nuevo”	Planificar alguna actividad simbólica para hacer en relación al aniversario de la muerte de su padre.	En esta sesión se retomó el tema de su padre, a partir del recuerdo de la última visita a su abuela paterna, quien le mostró fotos y le recordó el parecido con su padre. Se exploraron formas simbólicas de conmemorar la fecha de su fallecimiento, como visitar a su abuela. El paciente reflexionó sobre lo que habría significado despedirse de su padre en el ataúd, reconociendo que posiblemente le habría ayudado a procesar su pérdida. La sesión concluyó con la introducción de la metáfora “decir hola

		de nuevo” de Michael White, como una forma de reintegrar la relación con su padre desde una perspectiva narrativa.
8. “Un paso hacia el cambio”	Explorar lo que el paciente hizo en relación al aniversario de la muerte de su padre.	El paciente compartió experiencias de un viaje con sus compañeros y habló sobre su creciente seguridad corporal al mostrarse sin sudadera. Aunque olvidó visitar a su abuela para recordar a su padre, dijo haberlo hecho simbólicamente. También abordó un caso de acoso escolar en su salón, donde participó para expresar su inconformidad, a pesar de su temor a hablar en público. Se resaltó su avance en esta situación, reconociendo que anteriormente evitaba hablar, y ahora, aunque le costó, logró hablar.
9. “Abriendo nuevos caminos”	Conocer la perspectiva del paciente sobre su relación con la chica que le gusta y cómo se siente con ella.	El paciente habló de que asistió al anfiteatro por motivos escolares y salió con amigos, incluyendo una cita al cine con Alondra. Expresó sentirse triste por la distancia física entre ambos, ya que ella se irá a su pueblo, pero destacó avances en su capacidad para expresarse emocionalmente y sentirse cómodo en la relación. A diferencia de vínculos anteriores, notó mayor conexión y seguridad, mencionó que le gustaría formalizar la relación.

10. “Un encuentro íntimo”	Identificar qué tanta disposición tiene el paciente para establecer una conexión emocional y afectiva con Alondra.	Durante las vacaciones mantuvo una rutina estable y expresó sentirse bien con su imagen y rendimiento académico. Habló de su vínculo con Alondra, mencionando que continúa saliendo con ella y que considera formalizar la relación. Se abordó una experiencia íntima que le generó nerviosismo e inseguridad, pero explicó el apoyo emocional brindada por Alondra. El paciente reflexionó sobre su temor al juicio y reconoció avances en su apertura emocional y aceptación corporal.
11. “Creciendo en el camino”	Conocer la perspectiva actual del paciente sobre la muerte de su padre, después de haberlo estado trabajando durante algunas sesiones.	El paciente compartió con gusto que le pidió a Alondra que fuera su novia y expresó sentirse feliz y enérgico con la relación. También mencionó que le contó a su madre sobre esto. Durante una actividad con tarjetas, surgió nuevamente el tema de la muerte de su padre. Al reflexionar, el paciente reconoció que le hubiera gustado recibir consuelo en su infancia y expresó que llorar por su padre habría sido liberador.
12. “No pueden ocupar tu lugar”	Explorar la dinámica actual de la familia paciente.	El paciente reflexionó sobre su relación con Alondra, reconociendo que al inicio temía confundir el amor con la dependencia emocional, pero ahora afirma que la quiere a ella. Luego, habló sobre su dinámica

		familiar, especialmente respecto a la relación de su madre con su pareja, Nicolás. Aunque le cae bien, expresó que no desea que ocupe el lugar de su padre. También señaló que le incomoda la insistencia de su madre en convivencias forzadas con Nicolás, ya que valora más las interacciones naturales como las que tenía con su padre.
13. “Reflejos del progreso”	Identificar el lugar que el paciente podría asignar a Nicolás en su vida. Conocer como percibe el paciente su avance con respecto a su sintomatología inicial.	El paciente habló sobre el altar familiar hecho para su abuelo y su padre, lo cual le hizo recordarlo. Compartió más información sobre la familia paterna y el lugar que Nicolás podría ocupar en su vida, describiéndolo como un consejero. También evaluó su progreso terapéutico, identificando mejoras en su autoimagen y habilidades sociales, y una relación más saludable con el ejercicio físico.
14. “Te convertiste en mis principios”	Explorar cómo el legado del padre del paciente influye en su vida actual y en qué lugar lo coloca.	Relató un desacuerdo con ella y expresó cómo logró comunicar su malestar, destacando el cambio en su forma de relacionarse. Posteriormente, reflexionó sobre el lugar simbólico de su padre en su vida, identificándolo como parte de sus valores y principios, integrando en su vida actual tanto sus cualidades como sus errores para invertirlos.

15. “Narrativas familiares”	Explorar como percibe actualmente los vínculos familiares y afectivos del paciente a través de genograma simbólico.	Compartió sus actividades durante el periodo vacacional, destacando su rutina en el gimnasio, salidas sociales y un momento significativo al presentar a su novia Alondra a su abuela paterna. Se abordó una conversación con su madre relacionada con el duelo por su padre y se trabajó un genograma simbólico utilizando personajes de Disney.
16. “Desde el origen”	Explorar la autopersepción, los vínculos significativos y los valores personales del paciente.	El paciente comentó sentirse con mejoras en su descanso y una buena relación con su novia. Se llevó a cabo la actividad del Árbol de la Vida, que permitió explorar de forma simbólica sus raíces, valores, relaciones significativas, sueños y legado. A lo largo de la actividad, el paciente reflexionó sobre la influencia positiva de figuras cercanas, su deseo de brindar confianza a otros y el valor de la perseverancia heredado de su madre. Al final, reconoció avances en su proceso terapéutico, destacando una mayor confianza en sí mismo.
17. “Experto en mi propia historia”	Fortalecer la construcción de narrativas distintas y permitir al paciente reconocerse como experto en su propia historia.	Se trabajó con la intención de colocar al paciente como experto en su propia historia, identificando narrativas distintas en relación a la integración de la pérdida de su papá. Por otra parte, se destacó cómo se siente ahora con más valor de decir lo que

		piensa y de que participa en más actividades sociales como hablar en público y de la misma forma, se identificaron narrativas que él le diría a una persona que está atravesando situaciones similares a las que él presentaba en un inicio.
--	--	--

Marisol Camarena Rodríguez

JOVEN CON DUELO NO RESUELTO Y DISMORFIA CORPORAL .pdf

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:547663621

Fecha de entrega

20 ene 2026, 11:45 a.m. GMT-6

Fecha de descarga

20 ene 2026, 11:49 a.m. GMT-6

Nombre del archivo

JOVEN CON DUELO NO RESUELTO Y DISMORFIA CORPORAL .pdf

Tamaño del archivo

2.4 MB

123 páginas

30.398 palabras

169.548 caracteres

 iThenticate

Página 1 de 133 - Portada

Identificador de la entrega trn:oid::3117:547663621

 iThenticate

Página 2 de 133 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trn:oid::3117:547663621

11% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

11%  Fuentes de Internet

4%  Publicaciones

0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

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 corresponda,

Por este 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 encuentra 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	JOVEN CON DUELO NO RESUELTO Y DISMORFIA CORPORAL. ESTUDIO DE CASO DESDE LAS PRACTICAS NARRATIVAS	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	MARISOL CAMARENA RODRIGUEZ	1420464D@umich.mx
Director	NYDIA OBREGÓN VELASCO	nydia.obregon@umich.mx
Codirector	LILIANA HALINA GARCÍA SILVA	liliana.garcia@umich.mx
Coordinador del programa	MARÍA INÉS GÓMEZ DEL CAMPO DEL PASO	mae_psicologia_clinica_especializada@umich.mx

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	SI	SE USÓ IA PARA MEJORAR LA REDACCIÓN DE ALGUNOS PÁRRAFOS EN LOS QUE NO SE COMPRENDÍA LA IDEA.

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	SI	SE USÓ IA PARA TRADUCIR EL RESUMEN A INGLÉS.
Revisión y corrección de estilo	NO	
Análisis de datos	NO	
Búsqueda y organización de información	NO	
Formateo de las referencias bibliográficas	NO	
Generación de contenido multimedia	NO	
Otro	NO	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	MARISOL CAMARENA RODRIGUEZ _____
Lugar y fecha	MORELIA MICHOACÁN 19 DE ENERO DEL 2026