

Intervención en red, autonomía y prospectiva vital en dos jóvenes diagnosticadas con anorexia

Jeferson Celis Rodríguez

jcelis9311@gmail.com

Angie Carolina Martínez Núñez

acarolinamartinez.apoyar@gmail.com

Candidatos al Magister en Psicología Clínica y de la Familia.

Resumen

El presente artículo es el resultado del trabajo de grado de la Maestría en Psicología Clínica y de la Familia de la Universidad Santo Tomás, vinculado a la línea de investigación “Psicología, Familia y Redes” del Macroproyecto Institucional “Vínculos, Ecología y Redes”.

El trabajo de grado se desarrolla en el marco del modelo de investigación/intervención de carácter contextual y reflexivo con una metodología cualitativa, a través del desarrollo de un estudio de caso múltiple; desarrollado con dos jóvenes diagnosticadas con anorexia y su red familiar-social, con un motivo de consulta definido en el Servicio de Atención Psicológica.

El objetivo general planteado es, la comprensión de las construcciones vinculares a nivel familiar y ecológico en la red social de dos jóvenes diagnosticadas con anorexia en un escenario psicoterapéutico de intervención en red, favoreciendo la movilización de la autonomía y la prospectiva vital. Articulado con la siguiente pregunta de investigación ¿Cómo se configuran los vínculos a nivel familiar y ecológico en la red social de dos jóvenes diagnosticada con anorexia en un escenario psicoterapéutico de intervención en red, que favorezca la movilización de la autonomía y la prospectiva vital?

Dentro de la principales conclusiones y aportes que se identificaron en relación al fenómeno clínico es la deconstrucción de miradas patologizantes, la visibilización de vínculos generativos que posibiliten un sostén familiar y social incentivando procesos de acompañamiento, empatía, reconocimiento de experiencias y las comprensiones a las

dinámicas presentes en el sistema, entendimiento la configuración en los diferentes momentos de la historia de vida, que posibilitan la construcción de proyectos, metas y deseos futuros.

Palabras clave: Anorexia, intervención en red, prospectiva vital.

Abstract

This article is the result of the thesis work of the Master's in Clinical Psychology and Family from Santo Tomás University, linked to the research line "Psychology, Family, and Networks" of the Institutional Macroproject "Bonds, Ecology, and Networks".

The thesis work is governed by the contextual and reflexive intervention research model with a qualitative methodology, through the development of a multiple case study; carried out with two young women diagnosed with anorexia and their family-social network, with a defined reason for consultation in the Psychological Care Service.

The general objective stated is the understanding of relational constructions at the family and ecological levels in the social network of two young women diagnosed with anorexia in a psychotherapeutic intervention network scenario, promoting the mobilization of autonomy and life prospects. Articulated with the following research question: How are relationships configured at the family and ecological levels in the social network of two young women diagnosed with anorexia in a psychotherapeutic intervention network scenario, promoting the mobilization of autonomy and life prospects?

The main conclusions and contributions regarding the clinical phenomenon include the deconstruction of pathologizing perspectives, the visibility of generative bonds that enable family and social support, encouraging processes of accompaniment, empathy, recognition of experiences, and understanding of the dynamics present in the system, understanding the configuration at different moments in life history, enabling the construction of projects, goals, and future desires.

Key words: Anorexia, network intervention, life prospects.

Introducción

El desarrollo de las sociedades modernas origina un aumento de las enfermedades psicológicas destacando los trastornos alimenticios, predominando los marcos explicativos desde los procesos psicológicos a nivel cognitivo, perceptivo y emocional, teniendo mayor riesgo en la trayectoria vital de la adolescencia (Manrique et al., 2018), sin embargo, no se desconoce que los trastornos de la conducta alimentaria son multicausales, que prevalecen en adolescentes y mujeres jóvenes poniendo en riesgo la salud física y psicológica de todo el sistema (López & Trasaure, 2011). Lo anterior, se dinamiza en las interacciones sociales y culturales en relación al concepto de belleza, juventud y delgadez, definiendo las formas del cuerpo femenino y tomando gran relevancia la apariencia física en la relación que se construye consigo misma y con los vínculos interpersonales. (Rosas, 2015).

Ahora bien, no se debe dejar a un lado las características que emergen en el desarrollo del trastorno, como la alteración persistente en la alimentación o en los comportamientos asociados, el deterioro significativo de la salud y de las dinámicas psicosociales (American Psychology Association 2014). Rigiéndose de igual forma por la apreciación subjetiva del individuo frente a su corporalidad (Manrique, et al. 2018), apreciación que está asociada a las dimensiones que involucran el perfeccionismo e insatisfacción corporal (Behar, et al. 2014).

La American Psychology Association (2014) plantea unos criterios diagnósticos, en relación al Trastorno de Anorexia; considerado como el principal síntoma la motivación por llegar a la delgadez (Behar, 2010). Se debe tener claro que la prevalencia de algún riesgo de padecimiento de un trastorno de la conducta alimentaria es del 17.5 % a nivel global (Martín et al., 2021), en Colombia se presenta una prevalencia del 30.1 %, en un estudio realizado en 671 (Fajardo, et al., 2017) denotando un fenómeno de gran incidencia, teniendo en cuenta el contexto sociocultural.

La mayoría de las investigaciones se centran en un género en específico y con un muestreo pequeño, lo cual impide un consenso en los modelos explicativos, ya que son estudios con un enfoque descriptivo; generando la importancia de prestar atención a la comprensión de las necesidades subjetivas desde la voz de las jóvenes, como una forma de visibilizar su experiencia y demandas en relación con el fenómeno (Portela, et al., 2012).

Aunque estos trastornos responden a una nosología psiquiátrica definiendo síntomas específicos; cobra sentido factores que pueden incidir en la presencia del dilema clínico que

emergen alrededor de la anorexia. De igual forma, estudios relacionados, sostienen como los mensajes impuestos de manera social y cultural del modelo estético, tienen una relación directa con el trastorno (Acosta, et al., 2016), es importante tener en cuenta las percepciones en relación al género, roles masculinos generan dinámicas centradas en juzgar y generar presión, influyendo directamente en las mujeres y la figura corporal deseada, (Deossa, et al., 2015).

La comprensión del fenómeno se plantean desde el paradigma de la complejidad que según Morín (1994) se entiende por rasgos de enredo, desorden, ambigüedad e incertidumbre, buscando ponerle orden al desorden, eliminando la ambigüedad y buscando elementos que permitan descartar lo incierto e imponer lo cierto.

Esta investigación centra su atención en, reconocer las construcciones relacionales, y las comprensiones de las interacciones de los sujetos con su entorno, además de explicar que ningún síntoma se puede estudiar por fuera del contexto en el que emerge.

Se entiende que la autonomía se gesta en el contexto y en la relación, y que a su vez desde la complejidad del principio ideológico se puede dar un carácter multidimensional de la anorexia, que no solamente responde a explicaciones de carácter biológico si no que surge en las interacciones o formas de vinculación humana.

Es importante tener en cuenta factores presentes en la anorexia como lo son el grado de separación e individualización alcanzado por los miembros del sistema; esto vinculado con el desarrollo de la identidad, asociado con aspectos de emancipación en el sujeto con relación a su contexto familiar. (Espina, 2009)

Se han llevado varios procesos en los cuales el marco explicativo no únicamente se centra en la sintomatología, se realizan procesos de intervención familiar y ecológica siendo centrales en el proceso de cambio (Ruiz, et al. (2015), de igual forma las dinámicas establecidas por los diversos actores del sistema son cruciales para la comprensión del fenómeno y un punto de partida para procesos de co-evolución; el síntoma se enmarca desde la rigidez y creencias implícitas transmitidas generacionalmente, dificultando la individualización de los miembros, (Gómez, 2018).

Por tal razón, se configura la emergencia de tramitar los procesos de autonomía desde una posibilidad relacional, favoreciendo ecologías vinculares de coparticipación y la

apropiación de recursos en el contexto social, favorecedoras de condiciones de bienestar y salud integral, bajo una perspectiva multidimensional reconociendo la naturaleza compleja del fenómeno.

Un factor que prima en el desarrollo de la condición, es la influencia de las redes sociales mediadas por plataformas de internet; como lo son las páginas Pro Ana y Pro Mia, siendo páginas en su mayoría dirigidas a mujeres jóvenes (Lladó, et al., 2017), estos escenarios virtuales, se configuran como un espacio de tolerancia, permeando la construcción de una identidad colectiva, que genera un sentimiento de comprensión y al mismo tiempo, de reafirmación de síntomas (Cruzat, et al., 2012).

Es importante tomar en cuenta algunas investigaciones que asocian la anorexia directamente con características relacionadas con la depresión y ansiedad, llevando en algunos casos riesgos para la vida (Mérida, & López, 2013, Leonidas & Dos Santos, 2017, Aguirre, et al., 2015, Martínez, et al., 2017). Por lo tanto, surge la relevancia de pensar la construcción del problema alrededor de la movilización de las prospectivas de vida, una posición existencial sobre las construcciones que faciliten escenarios de cuidado personal en beneficio del sistema.

Los anteriores planteamientos nos dan una mirada explicativa de los factores relacionados con la anorexia, lo cual permite un desarrollo teórico base para plantear la construcción de procesos interventivos. Portela, et al. (2012) señala que las intervenciones han sido centradas en la sintomatología; destacando que en el país el tratamiento de anorexia se enmarca en el plan obligatorio de salud, partiendo de las consideraciones del médico tratante, presentando atención psicológica que no supere los 30 días y de igual forma una internación no mayor a 90 días, demostrando un tratamiento poco integrador. (Monroy, 2012).

Adicionalmente, el trabajo de investigación realizado desde una intervención en red es escaso; Torres & Lovari, (s.f.) afirman la importancia de construir un mapa inicial de la red de apoyo, identificando individuos que les interesan y motivan el proceso, permitiendo en la red social la comprensión y apoyo de los actores involucrados en el contexto, el fenómeno no es abordado exclusivamente en versiones deficitarias o patologizantes, que desconocen la naturaleza compleja de las interacciones y contextos, si no por el contrario se reconocen actores que promueven de manera generativa la reconfiguración frente a su

propia realidad y su construcción de autonomía vincular. Por consiguiente, la red social es privilegiada con participantes activos generadores de apoyo y sostén, en la resolución de las crisis (Sluzki, 1994).

Los planteamientos de González, e.t (2013) en relación a que la intervención familiar se muestra como algo casi ineludible, denota como la familia es considerada agente terapéutico activo en los procesos de cambio; por consiguiente, si se desarrolla en conjunto desde contextos sociales, permite el desarrollo de una co-evolución enmarcada por la colaboración; fortaleciendo la construcción de la realidad a partir de la comprensión del fenómeno y de la intervención desde miradas sistémicas, favoreciendo el cambio en términos relacionales, contextuales y ecológicos (Díaz & Ismael, 2012).

Surge el interés de abordar implicaciones de una intervención en red, en personas diagnosticadas con anorexia, permitiendo la construcción de configuraciones posicionadas desde aspectos como la empatía, comprensión y tolerancia (Cruzat, et all. 2012) los cuales se pueden encontrar en la vinculación con su entorno, ampliando una realidad colectiva, que permita llegar a satisfacer la necesidad de bienestar y favorezca la emergencia de autonomía con bases generativas.

Así mismo surge la necesidad de fortalecer la red de apoyo en el que los actores sean partícipes de los procesos de cambio y la búsqueda del bienestar; esto a través de la intervención y fortalecimiento en red, teniendo como base la comprensión y apertura para la construcción de autonomía relacional y su sentido de ser en medio de las demandas y necesidades del sistema; permitiendo reconfiguraciones dirigidas hacia el posicionamiento de la autonomía en las dinámicas vinculares, conectadas con la movilización hacia el futuro enmarcado en la libertad, poder y voluntad, propiciando una toma de decisiones que desarrolla el establecimiento de metas y objetivos en una prospectiva vital (de-Jouvenel, y Vásquez, 1995).

Se entiende como la red social de cada sistema evoluciona constantemente, permeada desde las demandas socioculturales, permitiendo su desarrollo adaptativo y recursos creativos (Sluzki, 2000) fomentando la construcción de dinámicas significativas en relación a la interacción con la propia realidad. En ese orden de ideas, es importante tener en cuenta

lo que expresa Hernández (2010) “*no solo basta compartir eventos sociales para generar un vínculo; se requiere un sentido atribuido por los sujetos en contexto para que surja una relación armoniosa*” p.122, lo que permite comprender la carga emocional y afectiva que genera la creación de vínculos como posibilidades de conexión y sostén ante las situaciones generadoras de crisis; posicionar al sistema como foco de intervención genera la construcción de procesos de cambio, en el desarrollo de perspectivas generadoras de esperanza y sentidos vitales alternos.

Luego del recorrido desarrollado, emerge la siguiente pregunta de investigación/intervención:

¿Cómo se configuran los vínculos a nivel familiar y ecológico en la red social de dos jóvenes diagnosticadas con anorexia en un escenario psicoterapéutico de intervención en red, que favorezca la movilización de la autonomía y la perspectiva vital?

El objetivo general planteado, pretendió la comprensión de las construcciones vinculares a nivel familiar y ecológico en la red social de dos jóvenes diagnosticadas con anorexia en un escenario psicoterapéutico de intervención en red, favoreciendo la movilización de la autonomía y la perspectiva vital. Como objetivos específicos, la descripción de las dinámicas vinculares a nivel familiar y ecológico en la red social de una joven diagnosticada con anorexia en un escenario psicoterapéutico de intervención en red y la explicación de la autonomía vincular y su articulación con la perspectiva vital y la construcción de futuro a nivel familiar y ecológico en la red social de dos jóvenes con anorexia, posibilitadoras de procesos de agenciamiento y evolución.

Metodología

El proceso metodológico se enmarca en una postura cualitativa, que permite asumir una flexibilidad en relación con los diversos momentos de la investigación, favoreciendo un abordaje comprensivo y movilizador de los procesos y la posibilidad de reflexionar en relación a los resultados obtenidos y las dinámicas similares en los diversos contextos, logrando un conocimiento profundo y detallado los casos en los que tiene lugar el fenómeno (Sampieri et al., 2010).

Los procesos de investigación/intervención se articula como actos interdependientes, que facilitan la construcción de distinciones, en el que la información se genera como resultado de una interacción, produciendo aperturas y restricciones que establecen futuras relaciones, *“desde la perspectiva de un participante en interacción permanente, que reflexiona como parte de su práctica interactiva, investigación/ intervención se alimentan mutua y circularmente y se vuelven dos modos posibles de describir la interacción como totalidad.”* (Pakman, 1995, p.360).

La inclusión y la emergencia del observador en lo observado, a partir de la construcción conjunta de conocimiento, desde un saber situado y de carácter contextual, que al volver sobre sus observaciones y descripciones, permite asumir un carácter interpretativo y autorreferencial, que contempla el tránsito entre los sistemas observados y observantes, posibilitando la construcción subjetiva de realidades. (Foerster, 1996).

Se llevará un estudio de caso múltiple, que permite una alta afinidad con las situaciones clínicas, entendiendo las convergencias entre los roles de investigador y terapeuta (Wainerr, 2012); el cual permite obtener la información desde una variedad de herramientas y fuentes, como lo son entrevistas, observaciones y demás; posibilitando un abordaje que permita favorecer la exploración de la realidad del sistema y un análisis comprensivo del fenómeno, que aporta a la construcción del conocimiento y entendimiento de la realidad (Carazo, 2006).

Principios operadores

Entendiendo el marco epistemológico sistémico desde un enfoque construccionista, desarrollado un proceso investigativo/interventivo; se plantearon los siguientes principios ordenadores.

Principio operador	Definición
Autorreferencia	La posibilidad del sistema terapéutico, de un abordaje en que se configura la realidad con

	la propia participación del proceso, reconociendo narrativas, creencias, prejuicios, emociones y acciones frente a la co-construcción de la realidad, asumiendo una postura más allá de un observador, sino de corresponsabilidad frente a las construcciones realizadas. (Estupiñán, et al., 2006)
Circularidad	Las conexiones entre el individuo y su red de apoyo permiten un funcionamiento y comprensión de las dinámicas establecidas en sistema vincular, dichas poseen una función frecuente de retroalimentación, que se van multiplicando entre sí, constituyendo una constante retroalimentación en los actores involucrados en el sistema consultante. (Pozzoli, 2006).

Tabla 1: Diseño propio

Contexto y Participantes

La presente investigación/intervención se realizó en las instalaciones del Servicio de Atención Psicológica (SAP) de la Universidad Santo Tomas. Los participantes constan del equipo de coterapeutas-investigadores; directora de investigación, dos personas con diagnóstico de anorexia y miembros de la red de apoyo.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
-------------------------------	-------------------------------

<ul style="list-style-type: none"> • Mujer entre ciclo de vida de 18 y 26 años. • La decisión de buscar ayuda profesional psicoterapéutico de forma voluntaria o remitida por otra institución, • La persona debe tomar la decisión de manera autónoma y a su vez tener un interés de participar en la propuesta de investigación/intervención. • Debe cumplir con los criterios de diagnóstico DSM V en relación al trastorno de la anorexia 	<ul style="list-style-type: none"> • No presentar algún otro diagnóstico desde el área cognitiva, ni ningún tipo de discapacidad sensorio-motora. • Si no cuenta con el tiempo requerido para poder asistir presencial siempre y cuando se esté atendiendo de esta manera. • Tener alguna enfermedad médica que afecte su metabolismo. • No haber tenido procesos de escolarización.
---	--

Tabla 2: Diseño propio

Diseños de Escenarios

Para el desarrollo de la Investigación se realizarán tres escenarios con diferentes escenas.

Tabla 3: Diseños de Escenarios

N. del escenario	Objetivo	Estrategias
Los caminos de la oruga.	Entender las construcciones vinculares de la red de apoyo frente a la situación problema	<p>Procesos de escucha activa, con entrevistas abiertas y preguntas indagatorias.</p> <p>Juego de roles que permite identificar la concepción que tiene</p>

		cada uno frente a la interacción con el otro.
De oruga a crisálida.	Favorecer las construcciones de nuevos significados vinculares desde una proyección a futuro	<p>Desarrollo de esculturas terapéuticas que visibilicen los miembros de la red de apoyo y su responsabilidad frente al bienestar</p> <p>Preguntas reflexivas que posibiliten resignificar dinámicas vincular.</p> <p>Preguntas circulares que visibilicen eventos tensionantes en la trayectoria vital</p> <p>Remembranzas que frente a las dinámicas del sistema</p> <p>Juego de roles que permita la construcción de nuevas dinámicas de reconocimiento del otro.</p>
Los colores de la mariposa.	Co-construir nuevos mitos y ritos alrededor de vínculos en la intervención en red que propician la autonomía vincular y fortalecimiento de sentido de vida.	<p>Preguntas reflexivas y orientadoras hacia el futuro</p> <p>Metáforas de un nuevo capítulo en la trayectoria vital.</p>

Tabla 3: Diseño propio

Análisis de resultados

La elaboración de resultados se plantea desde un análisis conversacional, siendo este un estudio en la interacción que se da de manera natural, útil para descubrir cómo los participantes comprenden y responden a cada uno de los miembros, centrando en cómo se generan las secuencias y el desarrollo de significados ubicados bajo emergencias contextuales y narrativas (Hutchby & Wooffitt 1998,).

El análisis tiene en cuenta las herramientas de recopilación de información, para posteriormente transcribirlas en una matriz de análisis categorial, en relación con los escenarios propuestos; dadas desde la comprensión de los conceptos metodológicos anudados en relación con el macroproyecto de ‘‘Vínculos, Ecología y Redes’’, entendiendo los aportes de los involucrados, realizando un análisis que denote los dominios narrativo conversacional (Estupiñán & González, 2012).

Consideraciones éticas

La selección de las consultantes, así mismo la identificación y posterior convocatoria de su red de apoyo, se desarrolló de forma voluntaria, teniendo en cuenta las características establecidas en los criterios de inclusión y exclusión, se mantuvo la estricta confidencialidad, primando los principios de beneficencia y no maleficencia; propiciando que los resultados se enmarquen en fines académicos y con resultados interventivos en los procesos de cambio y búsqueda de bienestar, se aclara que dichos resultados podrán ser publicados y divulgados para un interés científico, sin perder el principio de confidencialidad.

Se tienen en cuenta la resolución 8430 de 1993, la cual establece las normas en relación a la investigación de salud, manifestando un nivel de riesgo mayor al mínimo, se garantizó el bienestar de los actores involucrados en el proceso investigativo. La privacidad del proceso se rige por el artículo 23 de la Ley 1090 del 2016, garantizando mantendrá parámetros de confidencialidad. En cuanto la protección de datos se tiene en cuenta la ley 1581 de 2012 en la cual se debe tener en cuenta la responsabilidad de describir los procedimientos de recolección, almacenamiento, utilización y divulgación de la información.

Los participantes del proceso investigativo o su representante legal autorizaron a través del consentimiento informado, su libre participación con previo conocimiento de beneficios y riesgos.

Resultados

Se realiza una matriz de análisis conversacional que tiene en cuenta la definición del problema y guion interventivo en relación a la estrategia de intervención en red que posibilita los procesos de cambio y transformación.

Este capítulo está organizado de la siguiente manera; la redefinición del problema desde una lectura sistémica y un guion interventivo desde la intervención en red contando con dos categorías de análisis, autonomía relacional en el fenómeno de la anorexia y prospectiva vital.

Redefinición del problema

Se visibiliza los hallazgos para la comprensión sistémica del dilema la cual apunta al cambio y la pregunta de investigación/intervención.

Construcción de autonomía relacional en el fenómeno de la anorexia

El diagnóstico de anorexia en C1 (consultante #1) fue realizado aproximadamente cuatro años en un contexto terapéutico de parte de psicología, en C2 (consultante #2) diagnóstico de anorexia fue realizado en el año 2022, relacionando sus síntomas principalmente a la poca ingesta de comida, dietas y ejercicios excesivos y en ocasiones inducía el vómito.

Lo anterior en C1 se relaciona con las expectativas de sus contextos sociales y profesionales, siendo estudiante de artes escénicas, en donde el cuerpo se configura como la mayor herramienta de trabajo, presentando diversas exigencias en relación a este aspecto. A lo largo de su historia vital esta sintomatología fue dándose de acuerdo a las diversas demandas del entorno. En cuanto al tratamiento, asistió de forma voluntaria a varios profesionales en psicología en un contexto terapéutico y recientemente acude a un proceso

de programación Neurolingüística, manteniendo una motivación frente al agenciamiento del dilema en relación con los significados co-construidos de parte de la pareja y familiares.

En cuanto C2 el diagnóstico se configura frente a las exigencias y sistemas de creencia frente a los ideales de belleza; aunque la sintomatología se configura en inicios de la adolescencia, presenta mayor arraigo en el 2022; el diagnóstico se da a partir de un episodio de pérdida de conciencia en las instalaciones de la universidad, que llevo a una hospitalización de menos de un mes en una clínica de salud mental, la cual recibe tratamiento farmacológico con fluoxetina y clonazepam, tratamiento psicológico y psiquiátrico, aunque sostiene que los tratamientos son llevados de forma voluntaria, también están incentivados y supervisados por la madre

En el contexto sociocultural de los miembros del sistema, se enmarca en la relación establecida con la corporalidad y la comida, reconociendo como los escenarios sociales, divulgan y bombardean de información relacionada con regímenes alimentarios, dietas y restricciones sobre la ingesta de comida, influyendo en la configuración de dinámicas en relación con los requerimientos acerca de las formas del cuerpo femenino y el concepto de belleza. ; C1: *“suelo cerrar las redes sociales, ... en mi historial todo habla de comida... o dieta o de recetas o de como quemar y yo como la sociedad en general, no se dan cuenta de la cantidad de información sobre comida”* (E1, C1, 42'18" 42'56"); mostrando un sistemas de creencias en que predominan, rituales relacionados con la ingesta de comida, dietas y ejercicio, a su vez con la interacción entre los sistemas sociales, C2: *“...sufrí 4 años de bullying, por el físico, que me digan que estaba gorda ... habían compañeros que me quitaban la comida ... se la metían entre los pantalones y me decían que si la quería la tenía que sacar ... empecé a dejar de comer, me empezó a dar un poco de asco”* (E2, C2, 27' 25" 27'59");

Lo anterior ubica de forma explícita la relación entre los sistemas amplios, familiares y escolares en las vivencias de la trayectoria de la adolescencia reconociendo demandas y necesidades, llevando a un detrimento de la construcción identitaria sobre la forma en la que somos narrados por otros; estándares que correlacionan la belleza con la delgadez, bajo relatos incapacitantes y deficitarios configura una posición vital y existencial que cuestiona definiciones sobre el sí mismo, propiciando dinámicas rígidas hacia la

alimentación e incentivando rituales relacionados con los sistemas de creencias frente a la comida y el bienestar.

C1 afirma como el “problema” de la anorexia no tiene un acompañamiento accesible, mostrando aspectos de injusticia social e inequidad; a su vez estas injusticias se relacionan con la disminución de la posibilidad de conocimiento y elección frente a su proceso, C2 señala “*Varias veces les pregunte a los doctores ¿Para qué sirve la pastilla? Eso te pone mejor, tómala.* ” (E1, C2, 16’42’); reconociendo que restringe la capacidad de elección y una crítica a la política de salud heterárquica del modelo médico-paciente. C1, mantenía una expectativa en un proceso psicoeducativo que orientara frente a las características del tratamiento, beneficios y posibles riesgos, esto estando en conexión con el derecho de los pacientes, de conocer y elegir la opción de intervención que se ajuste con sus necesidades.

El sistema de salud prima la posibilidad de riesgo vital, comprometiendo a la familia sobre el cuidado de la vida de los miembros, para tomar medidas de protección y cuidado, algunas pueden ser coercitivas, en términos de la autonomía de los pacientes cuando se encuentran en un periodo de riesgo.

Los casos son abordados como problema en situaciones que significan un riesgo para la vida, algo que se hace visible de acuerdo a las epistemes de los sistemas y su relación con los contextos médicos; M: “*es muy importante entender que esto conduce a la muerte... puede llegar a quedar paralizada, en la que puede llegar a un hospital a que la alimenten por medio de una sonda, en donde yo la deje*” (E1, M, 20’21” -20’32”), en C2 la búsqueda de ayuda se realiza inicialmente desde los modelos médicos, a partir de la comprensión de la posibilidad del riesgo vital, aunque se presenta un involucramiento de miembros familiares con la intencionalidad de generar bienestar, se denota una reducción del agenciamiento.

En la C1 la relación materno-filial se configura desde una vinculación cercana y de forma simultánea conflictiva promoviendo la restricción, configurándose en relación a la historia de vida familiar permeada por los mitos relacionados a la salud física a través de dietas y del cuidado del cuerpo en relación al peso, en relación a historiales médicos

generacionales, encontrando miembros diagnosticados con diabetes o colesterol; a partir de eso se transmitía costumbres o rituales alrededor de la comida saludable en relación a la prevención de enfermedades de carácter crónico, que podrían afectar la calidad de vida y bienestar. Se esperaba que los patrones alimenticios fueran replicados entre los miembros como sinónimo de cuidado, sin embargo se da el énfasis de forma restrictiva y no a la inclusión de alimentos con calidades nutritivas; C1: *"... en mi infancia hubo una vaina de prohibición muy fuerte por mi madre, mi anorexia lo infundo mi mamá... desde que yo tengo 4 años tengo conciencia que yo me escondía en la casa a comer... a los 11 años, cuando empezaron las dietas estrictas que ya ... no comía, definitivamente ya no era como déjenme comer, si no ya no quiero comer..."* (E1, C1, 06'09"-07'44")

Los significados generacionales también se pueden ver en C2, en la cual los miembros asumen los dilemas de salud mental generacionalmente, por lo cual posicionan los contextos biomédicos como el principal recurso de construcción de bienestar en relación a un sistema de creencias frente a la sanidad.

Por otro lado, la Búsqueda de intervenciones que alivien el sufrimiento, se articulan a escenarios correctivos, que obedecen a lecturas frente a nociones de enfermedad o trastorno desde un carácter interno, buscando la eliminación del malestar y el anhelo o esperanza de alcanzar una experiencia de salud. M: *"ella necesita una cura y esa cura, puede ser un proceso... como una sanación de su cabeza, de su cuerpo, de su alma, de su mente... puede ser una terapia... no sé dónde está la cura, pero si tiene una cura"* (E1, M, 26'17"-26'30").

Las interacciones en el sistema que se han configurado conflictivamente son solventadas por la construcción de alianzas, roles intermediarios y triangulaciones. C1: *"desde los 4 años, yo era mamá de mi mamá, yo fui mamá de mi mamá"* (E1, C1 40'20"-40'21"), relacionado con la configuración de los vínculos y los procesos de autonomía C2: *"a mi mamá no le gusta hablar con mi papá y a mi hermana tampoco, entonces es como que me dicen vaya háblele a su papá y dígale tal cosa, entonces yo soy una comunicación entre ellos"* (E2, C2, 11'00" - 12'14"); denotando la paradoja en la relación materno-filial, que termina generando significados difusos, en relación a como se solventan los eventos tensionantes y sobre los roles de protección y cuidado en el sistema.

''La comida también es un lenguaje del amor porque yo les cocino a todas las personas que quiero, yo me la paso cocinándole a mi novio, no me había dado cuenta y es como si todos los demás merecieran todo el amor, pero yo no, porque yo no puedo comer... que siento que al final del día es lo que yo merezco porque pues toda la vida me he estado comentando esto'' (E2, C1, 10'00''- 13'38''.) El anterior fragmento refleja -cómo la comida y la preparación, entraña una experiencia vincular en la relación que las personas establecen consigo mismas y con los otros, enmarcada en un escenario emocional para favorecer intercambios afectivos y puntos de interconexión o mediación entre las personas en este caso, a nivel familiar.

La relación de pareja genera un mito frente al dilema, C1 manifiesta como ''debe estar sana'' para su relación, significando el proceso de construcción de bienestar en conjunto, C2 señala como su relación ha llevado a construir diversos ritos en relación hacia la alimentación, generando cambios que se configuran beneficiosos para el sistema y movilizan a la red. Se articula la construcción de significados sobre estar sana con la eliminación de síntomas relacionados con la anorexia y por otro lado, se le brinda alta importancia a la construcción del vínculo de pareja, permitiendo la mejoría de los síntomas, primando el beneficio a su pareja y la relación que se establece.

En ambos casos las relaciones con sistemas amplios, como lo son los contextos sociales, educativos y profesionales, se han configurado de forma en las que se encuentra validación y reconocimiento, dinamizando las construcciones de perspectivas futuras generando movilizaciones enmarcadas en la autonomía y la esperanza en relación con sus propios proyectos vitales

Prospectiva vital

C2 señala como el significado de su nombre es ''la perfecta'', siendo una expectativa del sistema, algo que comparte C1 que señala que ''siempre ha buscado la perfección'', manifestando que no es posible de lograr; denotando como en el sistema se presentan demandas altas y necesidades relacionadas con los roles familiares y sociales; aspecto que lleva asumir las interacciones desde miradas relacionadas a los significados contextuales de éxito y el deber ser, lo anterior desencadena sentimientos de frustración, desesperanza y

escenarios de sufrimiento, en relación a su desempeño en ámbitos familiares y sociales, tanto en el presente como en las construcciones futuras.

El reconocimiento a partir de la construcción de mitos frente a la anorexia, ha estado presente en el desarrollo de la historia de vida, ubicándose de forma estática en acontecimientos del pasado que configuran escenarios de sufrimiento sobre la relación que se establecía alrededor de la comida y la alimentación C1 *“en mi infancia hubo una vaina de prohibición muy fuerte ... desde que yo tengo 4 años tengo conciencia que yo me escondía en la casa a comer... la comida es energía, tú necesitas esa energía, pero en mi casa no, en mi casa se vio como... comer es un problema”* (E1, C1, 06'09"-07'44").

En ese orden de ideas configurar como problemática la comida y al acto de comer, empieza a configurar históricamente dilemas y conflictos con el disfrute y el placer de comer y el mismo tiempo sentimientos de culpabilidad que terminaban aislándola en alguna medida de su familia, retroalimentado por el temor a la invalidación o al escenario de prohibición. C1... *“tengo que esconderme para poder comer ...definitivamente ya no era como déjenme comer, si no ya no quiero comer, necesito que mi cuerpo baje o necesito verme de cierta manera... pero siempre estuvo la vaina no puedo, necesito comer a escondidas ... siempre estuvo ahí”* (E1, C1, 06'09"-07'44"); el mito de la alimentación problemática se da a partir de la prohibición de los diversos trayectos vitales, configurando dinámicas restrictivas en su presente, qué se ubica en construcciones vinculares paradójicas consigo misma y con las personas que hacían parte de la pauta familiar alrededor de la comida y la alimentación, bajo el deseo de verse o sentirse aparentemente mejor consigo misma.

En C2, la toma de decisiones se da en relación a los mitos construidos de forma deterministas M: *“esta situación en la que está viviendo mi hija tiene sus raíces fuertes, viene de depresiones, viene de ansiedades, viene que de que ella por ejemplo hace unos años, estuvo dos años medicada con fluoxetina, por depresión, entonces todo ese tipo de cosas yo sé que la conducen a lo que ahorita está viviendo”* (E1, C1, 20'46"- 21'17") desde la voz de la madre se configura un marco explicativo de carácter causal centrado específicamente en el pasado, en el que el mantenimiento de los síntomas ligados a la anorexia se relaciona con los diagnósticos que refieren la presencia de trastornos de ánimo

desde una versión insuficiente y patologizante del sufrimiento experimentado, restando posibilidades de agenciamiento y de construcción de proyectos vitales, ya que se mantienen significados identitarios desde la minusvalía

Los mitos contruidos en el sistema frente al agenciamiento de la anorexia, tienen una intención de generar procesos de acompañamiento y sostén emocional, sin embargo, emergen en escenarios de pseudoayuda, relacionados desde miradas coercitivas y restrictivas frente a la autonomía y libertad A: *‘es grave, delicado, y pienso que en realidad ella no pone de su parte... si ella no se ayuda pues no, pues no podemos. (E5, C2, 03’22 – 05’42)*, significando los procesos de cambio desde mitos rígidos en los cuales no se realizan por falta de voluntad, obedeciendo a una decisión que solo involucra a la consultante.

C2: *‘mi mamá tiene planes para mi vida, entonces yo no voy a terminar la carrera, yo me tengo que ir el siguiente año para Canadá.... entonces de alguna manera mi universidad deja de importar bastante... es un lugar en donde la paso bien y estoy cómoda pero al mismo tiempo no tengo algo que me aferre (E3, C2, 30’24” 31’25”)*, se presenta una dificultad al establecer metas y planes profesionales debido a las creencias rígidas del sistema, restando posibilidad de decisión, una posición vital y existencial deficitaria relacionada con poco dominio y agenciamiento; dificultando los procesos de autonomía e individuación sobre su lugar como adulta, esto relacionado con el diagnóstico de anorexia y las dinámicas del sistema a partir de pautas de pseudo-protección que generan significados de incapacidad; teniendo un efecto en la construcción de perspectivas vitales y sentido de pertenencia en contextos distintos al escenario familiar.

La toma de decisiones, relacionando los procesos de vinculación que permitan establecer nuevos mitos, sentires y ritos frente a la alimentación, se denotan en relación a las trayectorias vitales y recursos con los que cuentan, en los cuales proyecciones futuras están enmarcadas en visiones deficitarias, restrictivas y desesperanzadoras frente a sus construcciones de autonomía e individuación.

C1 toma decisiones permeadas por la búsqueda de bienestar desde sus propias necesidades y demandas vinculares, pero que a su vez se mueven desde un sistema de creencias rígido frente a el diagnóstico, asumiendo una postura patologizante de su propia

identidad que en su trayectoria vital fue retroalimentada por poca nutrición emocional de familia de origen, llevando que en su presente se realice una fuerte cohesión con su pareja y familia extensa; en C2 su búsqueda de bienestar está ligado a las necesidades y demandas de su entorno restringiendo procesos de individuación y fomentan el poco agenciamiento, configurándose con su historia vital desde la desesperanza y procesos cristalizados en relación con la construcción de proyectos futuros.

Guion Intervenido, Intervención en red

Contiene un análisis del proceso de transformación a la luz de la estrategia de intervención en red, los aportes para la interpretación e intervención del fenómeno de estudio, que posibilitan procesos de bienestar en el sistema.

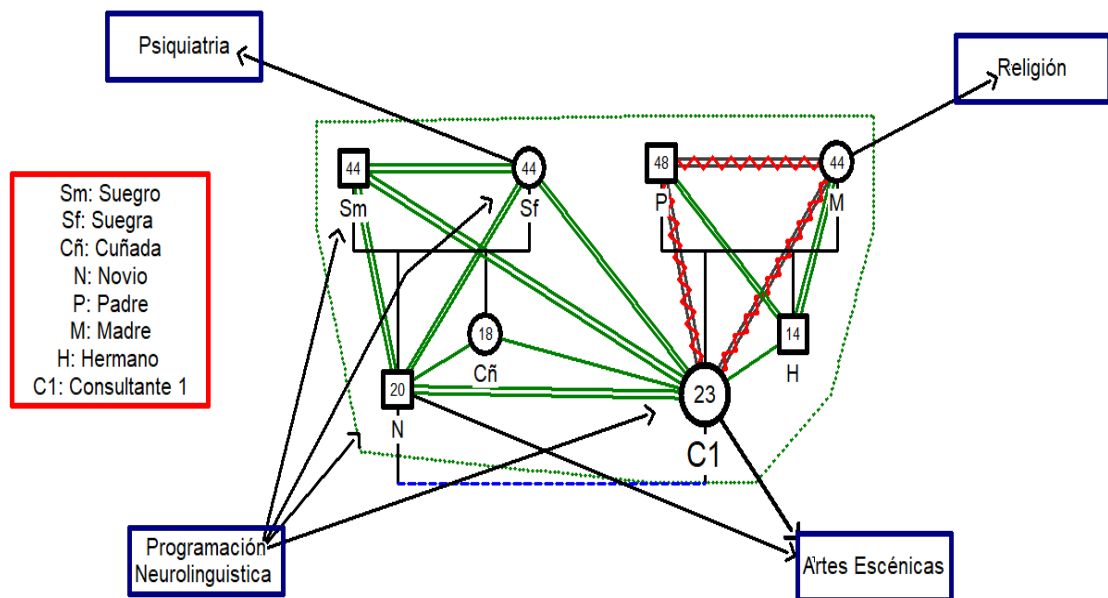
La intervención en red emerge como estrategia que reconoce la lectura contextual y ecológica frente al dilema, posibilitando comprensiones, reflexiones y reconfiguraciones que permitan la construcción de bienestar en el sistema a partir de miradas de apoyo y gestión emocional.

Autonomía Relacional

Se realiza la construcción del familiograma y el ecomapa, lo cual permite reconocer las dinámicas con su entorno familiar y con sistemas amplios, posibilitando asumir lecturas reflexivas en relación con los vínculos y cómo se han configurado en frente al dilema.

Figura 1: Diseño propio, 2024

Familiograma C1



Aunque C1 entiende la relación con sus padres conflictivamente, se tiene en cuenta que la vinculación con su pareja se configura desde dinámicas de validación emocional; C1 *“con mi novio actual que me dice "es que eres muy consentida", y yo no fui nunca consentida, déjame ser consentida contigo, pues porque aja, eres la persona que me está llevando a este camino y si tengo que desarrollarlo, para hacer las paces con lo que nunca fui antes”* (E1, C1, 13'47" - 14'55"); generando vínculos recíprocos, que posibilitan la construcción de identidad en un escenario seguro, emergiendo la necesidad de reconocer y establecer dinámicas enmarcadas en el apoyo. La pareja se configura como una oportunidad de recibir afecto, reconciliarse con su historia vital y existencial, presentando disposición para construir vínculos saludables, enmarcados en afecto y cuidado, emergiendo su self como pareja.

Por otro lado, la relación con el sistema familiar de la pareja, moviliza a una resignificación de los mitos jerárquicos y generacionales, las visiones frente a las necesidades y demandas de los miembros se deconstruye más allá de miradas de cuidado y asistencia de los roles femeninos, permitiendo a establecer dinámicas beneficiosas en los rituales del sistema, C1 *“... fue impactante conocer a mi novio, a la familia de mi novio, ... hay un respeto implacable por la mujer en ese hogar y fue una imagen en la que yo llegue a su casa y su papá estaba con el delantal preparando el almuerzo para toda su*

familia y para mí... la esposa estaba sentada en el sofá comiendo palomitas y mirando una película... a mí me enseñaron hacer las cosas del hogar como desde los 6 años, cocinar... (E2, C1, 10'00''- 13'38'')

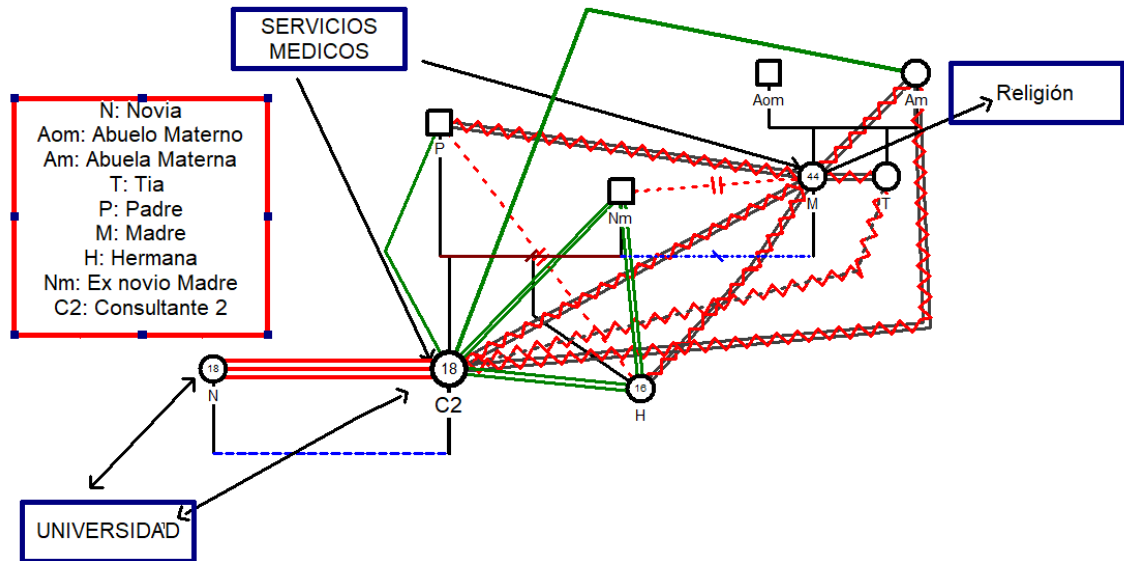
Asumir una postura reflexiva, permite cuestionar mandatos atribuidos a construcciones de género y significados de índole patriarcal, estableciendo roles críticos que permiten cambios en las dinámicas del sistema, generando la cercanía con demás miembros que proporcionan un cuidado, apoyo y afecto en su cotidianidad, posibilitando la validación de los otros y de sí misma.

Las vinculaciones profesionales, permite posicionar miembros que amplían el reconocimiento y resignificación del dilema, el sistema de creencia de la pareja y su familia frente a la programación neurolingüística, retroalimentado por su visión individualista en relación a los procesos de cambio frente a el uso del lenguaje, fortalece la vinculación hacia el contexto , co-construyendo significados de bienestar en relación con miradas de sanidad de acuerdo a los las dinámicas contextuales en las que se desenvuelve y decide estar.

C1 se describe bajo una construcción identitaria deficitaria y frágil al sentirse no merecedora de amor y reconocimiento, sobre aquellas cosas que se dice a sí misma, en ese orden de ideas, cocinar para sí misma se podría configurar como un recorrido de transformación existencial, para restablecer un escenario de cuidado y de afecto, posicionándola como merecedora tanto del cuidado de sí, como del cuidado de los otros, relacionándolo con la posibilidad de disfrutar la comida y comer en compañía de su familia, en la construcción de rituales de interacción desde relaciones basadas en el cuidado, la autonomía y el afecto.

Figura 2: Diseño propio, 2024

Familiograma C2



C2 reconoce como su relación maternal se desenvuelve en la ambivalencia de lo cercano y conflictivo, en donde priman límites rígidos y miradas deterministas frente al agenciamiento; sin embargo reconociendo dinámicas de mayor armonía con su hermana, generando dinámicas de apoyo en la relación de pareja.

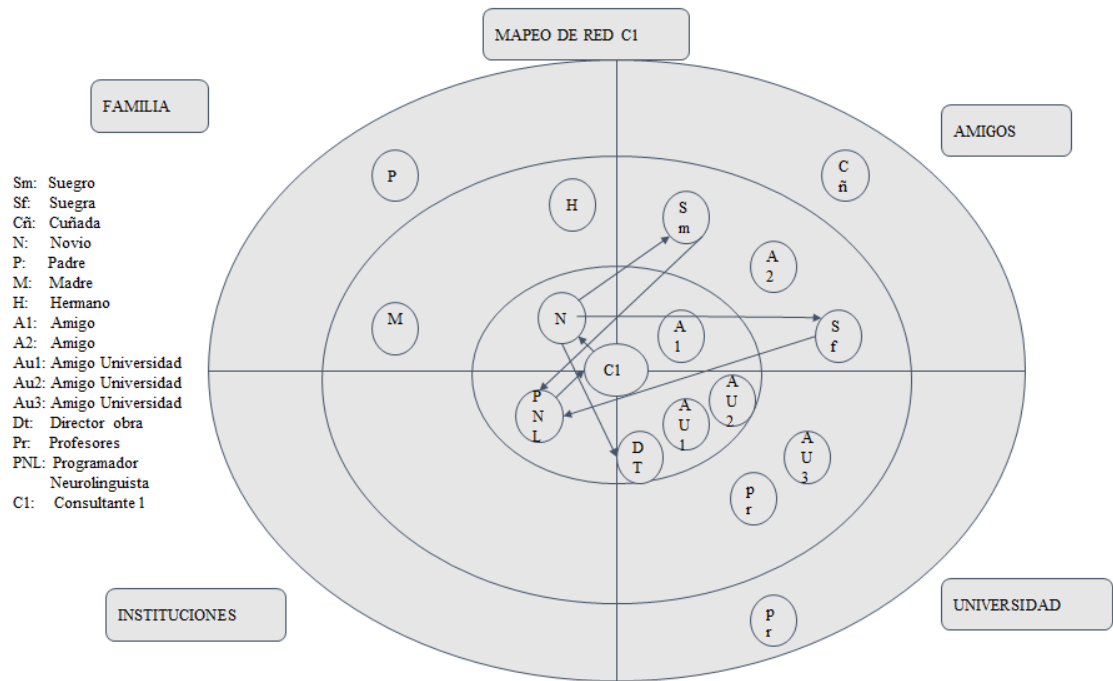
Visibilizar las dinámicas relacionales permite en C2 una reflexión de su interacción, señalando la relación maternal desde dinámicas confusas que no permite profundizar en dilemas y necesidades; lo cual genera dinámicas con otros miembros que permitan significados de empatía y apoyo emocional C2: *“normalmente solo tengo dos a las que si yo me siento mal acudo, son mi hermana y mi novia”* (E4, C2, 3’39’’- 3’59’’); siendo principales redes de apoyo.

Se ritualiza la relación en torno a las necesidades familiares, dejando a un lado las individuales; significando su lugar de enunciación en el sistema desde miradas deficitarias frente a las interacciones, C2: *mi hermana y mi mamá se la llevan bien si no hablan de mí* (E4, C2, 10’35’’- 10’40’’); mostrando una visión individualista frente a la portadora del síntoma; sin embargo se lleva a posicionar a demás miembros del sistema desde el reconocimiento emocional, en los cuales hermana, novia y abuela posicionan el dilema, desde una necesidad de mayor comprensión y validación.

Incluir contextos amplios, posicionando las comprensiones relacionadas que tienen claridades sobre las epistemes frente al sistema médico y la importancia frente a preservar la salud e integridad de las consultantes, permite configurarse de manera generativa a partir del reconocimiento de las construcciones en contextos educativos, sociales, profesionales y familiares, configurándose como una red posibilitadora en relación a los miembros que validan y reconocen sus características identitarias.

Figura 3: Diseño propio, 2024

Mapeo de red C1



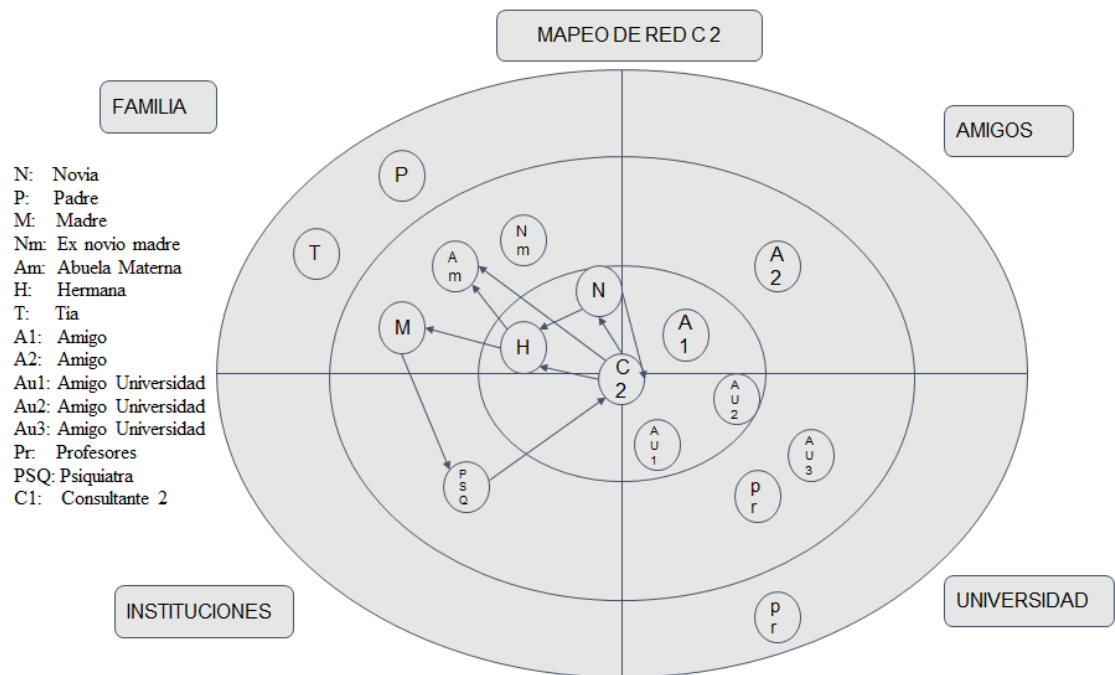
Se realiza mapeo de red con C1 buscando convocar a miembros, y aunque se genera el compromiso de convocarlos; ella toma la decisión de finalizar el proceso, esto a su vez sucede después de asistir al PNL, *C1: yo me siento súper bien, el tipo te da como un esquema de cosas para trabajar afirmaciones, Como trabaja... cambia hábitos, tu forma de pensar... entonces si estoy comiendo con la mano derecha como con la otra mano... si, si me ha funcionado... como para mostrarle a mi cerebro que ella está haciendo cosas diferentes... es hacer todo diferente, como que mi cerebro dice estoy cambiando...*(E4, C1, 00':01''-01':50''); asumiendo los procesos de cambio de forma individual, significándolo

desde el control frente a rituales que realiza a la hora de alimentarse, lo que permiten una sensación de cambio; reconocida y validada por el entorno.

C1 asume una postura evasiva y decide no continuar, meta-comunicando la intención de seguir abordando el dilema individualmente, ya que al ser la portadora del síntoma, es la que debe realizar los cambios; sin embargo no se puede omitir que los procesos de bienestar ligados a las acciones que realiza en su cotidianidad, permite redefinir la noción de portadora de síntoma como el miembro que debe mejorar o realizar los cambios, si no por el contrario, los cambios se realizan en medio de las dinámicas con su entorno, generando procesos de validación y cohesión enmarcados en contextos que permiten la retoma de sus decisiones y acciones, logrando generar significados autónomos frente a su posición y la de los miembros.

Figura 4: Diseño propio, 2024

Mapeo de red C2



Con la construcción del mapa de red se posibilitan el reconocimiento de la interacción de los miembros de forma crítica, al convocar a madre y C2, se propician

significados de empatía y compasión frente a la experiencia de sufrimiento y dolor relacionadas con la anorexia, M: *"Yo le tengo mucho miedo a lo que a ella le dio... estuve hospitalizada en una clínica por depresión... me dio un ataque de ansiedad terrible.... Entonces yo sé lo que es un ataque de ansiedad de esos y le tengo pánico a que mi hija llegue a sufrir un ataque de esos"* (E1, M, 35'02" -36'45").

Reconocer la historia vital permite que los miembros construyan dinámicas generativas que trascienden y se posicionan en el presente N: *"... yo intentaba ayudarla, comíamos juntas... cosas así... cuando la hospitalizaron yo hablé con ella y le dije pon de tu parte... hicimos como un trato para motivarnos ambas"* (E2, C2, 5'36" - 6'30"), generando una mirada comprensiva frente a la anorexia, emergiendo dinámicas de corresponsabilidad frente a la co-construcción de bienestar, H: *"yo creo que no se trata tanto de ella, porque como dijiste anteriormente hay muchos factores que influyen, entre eso están los comentarios o las interacciones que ella ha tenido alrededor de su infancia, de su vida, entonces lo considero como algo que también sirve para que nos demos cuenta de cómo llegamos afectar a otras personas y eso también nos ayuda a nosotros mismos"* (E5, C2, 03'22 - 05'42). Mostrando la convergencia entre las dinámicas con el entorno y los dilemas no resueltos en la historia vital existencial emergiendo la necesidad de la comprensión de los propios marcos histórico-sociales en los que se encuentran.

Estas comprensiones permiten el reconocimiento de la necesidad de reflexionar sobre los constructos y significados en las dinámicas del sistema que permitan generar espacios de bienestar, A: *"siento que deberíamos de poner de parte y parte, todos, tratar de consentirla a ver si sale de esa forma de ver la comida, como con no quiero, con desprecio"*. (E5, C2, 37'34" - 38'12"), configurando nuevas formas de relación con la comida y el acto de comer, paralelamente con las formas de dar y recibir afecto, atención y reconocimiento.

A su vez se propician vinculaciones enmarcadas en el reconocimiento de los miembros, permitiendo el abordaje de situaciones problemáticas que debido al sistema de creencias frente a la jerarquía de los problemas, anteriormente no se abordaban "T2: *"H yo te siento como incomoda? H: sí. (Empieza a llorar) A: es que ella sufre como un poquito de claustrofobia algo así por la pandemia, en el colegio también le pasa mucho eso. Ella*

también estuvo como en psiquiatría por ese temor a estar con la gente.” (E5, C2, 19’45’’ – 20’30’’); este suceso se relaciona con el E3 en donde N al salir de la sesión comienza a llorar; en ambos casos se meta-comunica la necesidad de reconocer los sentires y experiencias de los demás miembros en medio del proceso, señalando como para H estos escenarios se conectan con experiencias de la historia vital que se configuran como dilemáticas y que son revividas en el contexto, pero que a su vez han sido invisibilidades a partir del dilema la anorexia; en cuanto N, sostiene como los espacios de orden psicoterapéutico la conectan con propias situaciones de su historia vital; sin embargo no se permiten abordar estos dilemas mostrando una comprensión del espacio terapéutico en la cual la anorexia es la problemática abordar, aspecto que se ve retroalimentado en las dinámicas históricas del sistema.

La relación de pareja inicialmente es significada desde miradas coercitivas, sin embargo posibilitan la búsqueda de procesos de armonía y de gestión con el apoyo de un miembro, C2: *“... es un proceso que a mí me han criticado mucho y que es bastante dependiente... considero que la dependencia que voy a tener en un momento de necesito comer cuando este N, llevo hacer un inicio, ... empiezo a tener una dependencia de bueno cuando esta voy a comer y luego me empiezo a decir, ella no está pero a ella le gustaría que comería y luego está como igualmente tengo que comer...” (E3 14’ 15” 15’00’’),* llegando a la construcción de una motivación frente a la alimentación posicionada de forma generativa frente al rol que ejerce su vínculo, configurándolas a partir de conexiones emocionales y afectivas, que se resignifican desde el cuidado, validación y protección, entendiéndose desde la complacencia y la evitación del conflicto con su pareja; pero que a su vez generara reflexiones frente al bienestar en conjunto.

C1 manifiesta como comer es un acto de brindar y recibir amor, aspecto que reconoce y configura a partir de las dinámicas de interacción con los vínculos establecidos en su presente y la comprensión del pasado permitiendo que se deconstruya los mitos restrictivos y se generen prácticas de bienestar en conjunto.

Retomando lo anterior, en el sistema de C2 los miembros generan posturas comprensivas relacionando la alimentación con la posibilidad de ayuda garantizando la

salud y bienestar, a su vez complejizando con las dinámicas de la hermana, abuela y novia, reconociendo la alimentación como un ritual que permite la externalización del querer.

C2 decide finalizar el proceso, señalando que es por la lejanía para asistir y por factores socioeconómicos, sin embargo señala que esto también es relacionado a que al abordar la anorexia de forma terapéutica genera que otros miembros aborden dilemas propios y no lo considera como beneficioso, desarrollando dinámicas de silenciamiento al contexto familiar, generando realidades circulares frente al dilema, configurando y manteniendo agendas ocultas en el sistema.

Prospectiva vital:

En medio del proceso C1 asume una postura de comprensión de su pasado con el apoyo y gestión de otros, permitiendo resignificar la anorexia, *“C1: yo había hecho un guion y decidí no grabarlo porque entendí que para mí la anorexia es como un monstruo que estaba debajo de la cama y ahora lo veo como un muppet, un muñequito súper chiquito súper peludito, con unos ojos súper grandes, que me dice como no yo no soy un monstruo lo único que te estoy diciendo y estoy acá para hacerte entender ciertas cosas no para atormenta tu vida, cambió la visión, cambió el lenguaje, empieza a cambiar tu vida en general.” (C1, E4, 4’25’’- 5’00’’)*; una visión comprensiva de su pasado y las miradas restrictivas en relación a los significados frente a la portadora del síntoma, llevando a cambios en los rituales relacionados con la comida y su interacción, asumiendo de manera autónoma las decisiones relacionadas con la sintomatología de anorexia y la gestión frente a estas.

C1 toma una postura de agenciamiento y comprensión de su propia historia, permitiéndose desenvolverse con mayor armonía con su dilema actual, realizando una revisión comprensiva y reflexiva de su historia vital, que permite de manera inicial construcciones futuras en relación con miradas autónomas, estableciendo metas y proyectos encaminados en visibilizar la anorexia y relacionarse de forma armoniosa con su pareja y familia extensa, llegando a tener una visión recursiva del tiempo, en la cual sus vinculaciones se rigen por la cercanía, apoyo y validación, permitiendo la reconfiguración

con figuras en las trayectorias vitales, que posibilitarían mayores comprensiones y reflexiones en conjunto.

Tanto como la reconciliación con los sucesos del pasado, como las dinámicas en la cotidianidad que se enmarcan en asumir de forma autónoma su bienestar, permiten un establecimiento identitario que se desenvuelve a partir de las construcciones de metas, proyectos laborales y de pareja, que generan expectativas en la trayectoria vital que llevan asumir miradas de bienestar tanto presentes como futuras.

C2 comprende el dilema desde la interacción, pero a su vez resignifica los mitos construidos en las trayectorias vitales, favoreciendo miradas de agenciamiento y una retoma de la autonomía vincular 'C2: ...digamos que entiendo que la psicología conjunta muchas veces nos puede dar como muchas soluciones, ayuda, entendimiento a la persona de su contexto social, digamos que teniendo en cuenta mi entorno social se está dando la perdida de la decisión propia y la relevancia que le estoy dando yo al contexto de cada persona, (C2, E6, 05'20''- 06'38''); las comprensiones de su historia y las dinámicas con los otros, le permiten asumir una postura crítica que permite la retoma del poder y voluntad de decidir.

Las decisiones que toman se enmarcan en los rituales construidos relacionamente, pero primando sus decisiones, 'C2: en caso de mi hermana, en caso de mi novia, es que ellas tiene un contexto y unas experiencias de la psicología que son bastante distintas a las mías y van a chocar en cuanto a la necesidad que hay de conocerme, porque también hay que tener en cuenta que si estábamos tratando un problema alimenticio estábamos hablando de personas muy pasadas que no van asistir a una terapia ya que ellos sintieran el daño y no hay algo que puedan digamos hacer para reencontrarse conmigo por decirlo son cosas que pertenecen al pasado y al mismo tiempo se encuentran en el presente mediante mí misma'' (C2, E6, 05'20''- 06'38''), tomando la decisión de no continuar, relacionada con el abordaje de los dilemas de las demás personas, que no considera beneficioso para los miembros, pero que a su vez genera expectativas frente a la retoma del control de su vida, permitiendo asumir de manera autónoma la adquisición de recursos para el establecimiento del bienestar persona y relacional

Abordar el dilema primando las decisiones, enmarca el agenciamiento de sus actividades cotidianas, permitiendo una proyección futura; decidiendo significar la anorexia desde el bienestar a partir de la medicación y el derecho a decidir. Generando una construcción identitaria, en la cual sus vínculos hacen parte de forma armoniosa, llevando a establecer metas que permiten la movilización hacia escenarios de bienestar co-construidos con el sistema y agenciados por C2 frente a sus deseos y motivaciones,

En ambas consultantes se destaca que la decisión se enmarca en procesos autónomos, proyectados en construcciones vitales futuras en donde su decisión es el eje fundamental para construcciones de bienestar, generando expectativas frente a su vinculación de pareja y/o familiar, estableciendo metas relacionadas con sus procesos educativos y laborales.

Procesos Autorreferenciales

En los sistemas que se encuentra algún miembro que ha recibido este diagnóstico, generalmente acuden a instituciones especializadas, no configurándose de forma frecuente como un motivo de consulta inicial en los servicios de atención psicológica y en otros casos emerge durante el desarrollo del proceso en la medida en que se profundizara en el mismo.

A partir de esto, cuando se logra convocar a la primera consultante, y con la intencionalidad de generar un espacio terapéutico seguro que permita llevar a cabo el proceso de investigación/intervención, se demora la convocatoria de la red de apoyo, aspecto que se enmarca en la falta de experiencia en relación a la intervención en red y la expectativa frente al cumplimiento de los escenarios, no generando convocatorias de la red social desde un inicio, perdiendo la oportunidad inicial de generar comprensiones de la red que enriquecen la discusión frente al fenómeno. Partiendo de esta experiencia, al convocar a la segunda consultante se posibilitó la cercanía de los demás miembros desde los primeros escenarios, lo cual alimentó las características del trabajo y posibilitó miradas contextuales y reflexivas.

Reconocer como en el proceso la exigencia por la novedad y la validación, llevo a que el fenómeno a investigar/intervenir no fuera un motivo de consulta común en el SAP, jugo un papel importante a la hora de la motivación del equipo terapéutico, fluctuando en diversas ocasiones, pero que a su vez se configura como posibilitador para mantener la cohesión del equipo.

La conexión de los diversos miembros del sistema incluyendo al equipo terapéutico en relación con sus posturas y sentires termina siendo un reto; aspecto que se propicia desde el reconocimiento de las historias de vida, conectando, empatizando y reflexionando en el transcurso de las sesiones, frente a como las diversas demandas de los micro y macrocontextos se relacionan con las tomas de decisiones, asumiendo un proceso de responsabilidad y de inclinación a generar recursos que permitan el bienestar propio y de los involucrados.

A su vez reconocer los significados frente a la alimentación y el acto de comer, permite generar una reflexión de como esto no es sencillamente un acto de supervivencia y de adquisición de energía para desenvolverse en la cotidianidad, entendiendo como esto está relacionado con la vinculación con los otros, pensar que el fenómeno de Anorexia como la manera en que se comunica dilemas y necesidades del sistema, como entran a interaccionar con los diversos miembros, posibilita y moviliza el sistema, basándose en el reconocimiento de las necesidades, recursos y habilidades de los miembros, incluyendo a el equipo de terapeutas.

Discusión

Se realiza la discusión en relación con la comprensión de las construcciones vinculares en la red social de las dos consultantes con anorexia y la intervención en red, que favorecen procesos de autonomía y prospectiva vital.

Autonomía relacional

Es fundamental realizar una comprensión de los factores integradores que propician los dilemas de anorexia en las consultantes, teniendo en cuenta postulados socioculturales que relacionan la alimentación con bienestar y salud, como las demandas y exigencias de

los contextos. Aspectos que se denota en las historias de vida de ambas consultantes y como el síntoma comienza a configurarse en la trayectoria vital de la adolescencia (Onnis, 2015).

Se tienen en cuenta los detalles de las historias de vida de las consultantes que involucran las interacciones con otros miembros, que a su vez entraban a dinamizar con los ideales que se establecían en el contexto; en el caso de C1 relacionadas con los ideales de salud y bienestar establecidos desde la restricción y en el de C2 con sus pares y los ideales de corporalidad, aspecto que se comprende desde los postulados de Hernandez (2005) en relación a los aportes de cada uno en el desarrollo y sostenimiento del fenómeno; denotando como en la adolescencia las presiones sociales y familiares, propiciaron el surgimiento de síntomas asociados a la anorexia; C1 y C2 no son las únicas responsable del dilema, si no por el contrario este tiene características de cada uno de los involucrados. (Uribe, et all... 2006)

El aislamiento social evita el riesgo de situaciones tensionantes como lo es comer, (Nardone y Valteroni, 2018), visto esto en el caso de C1 y la configuración frente a la comida desde la restricción, que permitía generar el equilibrio frente a los mitos generados en el sistema relacionados con la salud física, aspecto que perduro en su historia vital . Por el contrario en el caso de C2 el acto de comer o no comer, se configura como recurso para el silenciamiento de situaciones tensionantes de los miembros del sistema familiar, asumiendo un rol que genera equilibrio frente a las necesidades del sistema, esto se ve relacionado a lo planteado por Onnis (2014), el cual señala como el ritual tiene una relación con los vínculos emocionales y ejercicios de poder, mostrando como el acto de comer significa también tomar decisiones, retomar autoridad y desmarcarse de la influencia parental.

Álvarez (2015) sostiene como la autonomía implica un sentido de independencia, pero no puede comprenderse sin considerar el contexto. Es una convergencia de la reflexión del ser en sí mismo y en la interacción con los demás; pero como se da la dificultad de asumir de manera empoderada lo relacionado con la anorexia y su tratamiento en ambos sistemas consultantes, el establecimiento de mitos, ritos y epistemes relacionados con la portadora del síntoma como el miembro que debe realizar el cambio, genera en el sistema

una evitación del conflicto, creando una aparente armonía en la que demandas y necesidades de orden emocional tanto de C1 y C2 como de los miembros, son reducidas en comparación a la problemática (Onnis, 2015).

Las dinámicas materno-filiales, posibilita una comprensión en relación con el vínculo ambiguo que presentan, el mito materno de asumir la responsabilidad del bienestar del sistema familiar presente la madre de C2, contrasta con un vínculo difuso en que las demandas y exigencias se realizan restando propios sentires en las partes; configurando las dinámicas desde el sistema de creencia rígido enmarcado en el no reconocimiento de los recursos y necesidades emocionales de C2, llevando un control de la madre que no incentiva independencia y no moviliza al desarrollo y agenciamiento. (Latzer et al., 2002).

Anudado a lo anterior, la interacción parental regida por dinámicas conflictivas y deterministas, propician alianzas materno-filiales en busca de un equilibrio, esto genera una sobrecarga en ambas consultantes, asumiendo roles parentalizados que generan una desesperanza frente a las figuras de cuidado y protección llevando a configuraciones que se rigen por límites difusos; entendiéndose como no se propician procesos de individuación (Gómez, 2018); visto desde la necesidad de C1 de asumir el rol de cuidado y protección de su madre, como a su vez en C2 frente a la necesidad de asumir el rol de comunicación de los miembros del sistema, generando que las demandas y necesidades de las trayectorias vitales sean reducidas, teniendo incidencia en el desarrollo del síntoma; siendo la expresión subjetiva de las demandas de las consultantes (Cancrini, et al. 1996).

Con la comprensión frente a la incidencia de los vínculos y la convocatoria de la red, en C1 la relación con su pareja y la familia extensa, moviliza a una resignificación de los mitos, relacionados con las necesidades de reconocimiento y apoyo frente a las jerarquías en sus diversos sistemas, lo anterior denota como los espacios de interacción entre los miembros y los significados construidos favorecen el proceso interventivo (Larrion y Rodríguez, 2018)

En la intervención con C2 identificar dichos miembros y posteriormente convocarlos fue fundamental, para el reconocimiento de la responsabilidad de cada uno de

los miembros en el fenómeno; lo que permitió posicionar la función del síntoma de manera relacional, (Speck, 1973), lo que generó reflexiones complejas denotando como la convocatoria misma es un acto de movilización.

En ocasiones identificar la función del síntoma, no lleva a la convocatoria de la red; como es el de C1 que ejerciendo desde el sentido de libertad y autonomía, decide no contactar ni convocar a miembros, entendiéndose desde las ambivalencias en los procesos de individuación (Trullenque, 2005); sin embargo, no omitiendo que se generan aperturas al reconocimiento y validación de las reflexiones y comprensiones de las diferentes voces en los momentos vitales, como también los recursos con los que cuentan, posibilitando nuevos significados de bienestar (Rincón et al., 2017).

El mapa de Red Social (Sluzki, 1996) se configura como una herramienta crucial para convocar miembros y a su vez reconocer la cohesión vincular; permitiendo el reconocimiento de miembros motivados que posibilitan el abordaje del dilema. (Torres y Lovari, S.F.) Así mismo se pueden visibilizar en C1 y C2 vínculos familiares, relaciones de pareja y pares que hacen parte de la red de apoyo y generando recursos que favorecen la construcción de bienestar.

Las dinámicas, reflexiones y construcciones realizadas en conjunto con la pareja, abuela, hermana y madre de C2 ampliaron las interpretaciones de la realidad, generando procesos de cambio en las dinámicas interaccionales cotidianas brindando apoyo, lo que emerge procesos de identidad e individualidad (Da Silva, et al... 2019). Esto lleva a que los miembros del sistema generen significados de corresponsabilidad y no posicionando el cambio únicamente en factores externos (Hernández, 2005).

Las comprensiones individuales realizadas por C1 se dinamizan de forma relacional, llegando a significar la propia historia desde miradas comprensivas de los recursos adquiridos y las soluciones intentadas (Ausloos, 2005). A su vez la intervención de las estructuras contextuales, resignifica y reconfigura el sistema de creencias, mitos y ritos, posicionando las necesidades actuales del sistema (Espina, 2009). Aspecto visible en las interacciones de C2 con su sistema, mostrando reflexiones y comprensiones, destacando las redes de apoyo, que a su vez permiten lecturas complejas de la anorexia,

posicionando la interacción de los miembros para favorecer procesos comprensivos y que brindan apoyo, armonía y bienestar.

Prospectiva vital

Una comprensión determinista de la historia vital, enmarcada en procesos asistencialistas y de poco reconocimiento de agenciamiento, se deconstruye frente a la necesidad de una movilización hacia posibles futuros a partir de las reflexiones de la historia, tanto C1 como C2 posicionan proyectos relacionados con contextos académicos y laborales, que permiten el desenvolvimiento de forma armoniosa con su entorno actual, permitiendo adoptar una perspectiva de construcción de futuro enmarcada en la libertad, poder y voluntad. (de-Jouvenel, y Vásquez, 1995), aunque en un principio C1 entiende las dinámicas de sus diferentes trayectos vitales de forma restrictiva, el significado del mito de la alimentación como un problema se deconstruye en relación a dinámicas de bienestar en pareja y familia extensa; relacionando el establecimiento de proyectos y metas a dinámicas geenertivas co-construidas en medio de la interacción con la pareja y la recursividad del tiempo primando las experiencias vividas y las próximas a vivir (Hernández, 2010)

Ambas consultantes se inclinan hacia un crecimiento, permitiendo justificar la construcción de recursos hacia el bienestar (Maslow, 1968); entendiendo cómo las diversas experiencias y dinámicas de orden vincular construidos en el sistema, posibilitan la comprensión de la función de los dilemas actuales, pero que a su vez permiten reconocer la toma de decisiones y generar un futuro co-construido enmarcado en la validación propia y las interacción en el contexto, mostrando como el tiempo de las experiencias personales es circular con las construcciones socioculturales, posibilitando la sucesión de experiencias (Boscolo y Bertando, 1996)

C1 genera reflexiones en el sistema relacionadas con el presente encaminado a la construcción de futuro desde la autonomía; validando los proyectos establecidos que generan la movilización, complejizando las necesidades en los diferentes momentos de la historia de vida (Cortes, 1986), Asumiendo de manera activa procesos de cambio en el trascurso de su cotidianidad a partir de la comprensión y la interacción con deseos, metas y proyectos desde el reconocimiento de los sucesos.

La comprensión del pasado, posibilitan en el sistema de C2 un cambio en las comprensiones de los mitos asociados a la alimentación y por consiguiente un proceso de mayor armonía con sus necesidades y demandas actuales. Permitiendo convergencias y reflexiones de la historia individual y familiar, y su comprensión frente al actuar enmarcado en los tiempos pasados y presentes (Mera, 2014), generando miradas futuras que se desarrollan en medio de la esperanza y la validación.

Es fundamental comprender las situaciones dilemáticas para significar a las dinámicas de interacción, desde miradas de bienestar y corresponsabilidad (Cyrulnik, 2013); mostrando que en los sistemas de ambas consultantes no se desconoce la anorexia, sino por el contrario se generan movilizaciones a deseos, proyectos y metas futuras, desde la comprensión, apoyo y gestión de los miembros involucrados en el dilema (Boscolo y Bertrando, 1996), principalmente reconociendo como la vinculación de pareja moviliza a procesos de validación y autonomía relacional.

El entendimiento de la prospectiva desde traer el pasado y futuro al presente (Boscolo y Bertrando, 1996); genera en C1 y C2 una toma de decisiones como eje para el desarrollo del bienestar, que a su vez permite la co-construcción de dinámicas armoniosas en conjunto con sus sistemas, esto dinamizado entre los factores, dinámicas y vinculaciones que se presentaron en los diversos momentos vitales lecturas complejas enmarcadas en los tiempos de cada sistema y no únicamente de las consultantes (de-Jouvenel, y Vásquez, 1995). Permitiendo la convergencia entre lo individual y colectivo, como a su vez entre los sucesos del pasado y presente (Mera, 2014), que llevan a un establecimiento de proyectos futuros que parten desde los deseos de bienestar a partir de la toma de decisiones, teniendo en cuenta que las redes evolucionan y cambian generando procesos de unión y cohesión (Watts,2006)

Las decisiones de C1 de no convocar a su red, como en C2 que la convoca, se enmarcan en procesos autónomos con su realidad, generando un reconocimiento frente a la posibilidad de elegir, de tener control y de la voluntad frente a su propio proceso (de-Jouvenel, y Vásquez, 1995). Aspecto que reconocen la construcción identitaria y el agenciamiento de su proceso, desde el dominio de sus decisiones vinculares y construcciones futuras dándole un sentido relacional, que permite la gestión de los recursos

y reflexiones suscitadas a partir de la comprensión de sus trayectos vitales, llevando a una mirada generativa y propositiva con sus realidades contextuales, asumiendo de forma autónoma su presente y construcciones de un futuro esperanzador

Conclusiones

La lectura compleja de la red social de las consultantes con anorexia, permite la deconstrucción de miradas patologizantes, posibilitando el reconocimiento de las dinámicas vinculares, y a su vez permitiendo la comprensión del síntoma desde su co-construcción en los diversos momentos vitales, así como su corresponsabilidad frente a generar posibilidades de cambio y bienestar.

La visibilización de vínculos, redes familiares y sociales, favorece el reconocimiento de los sistemas amplios aportando a las participantes y su contexto reflexiones frente a lo definido como problema construido de manera interaccional, generando posibilidades de cambio y transformación, a partir de la reactivación de los vínculos y posibilidades de sostén emocional fortaleciendo los procesos de acompañamiento

Por medio de la intervención en red, se generan cambios en el sistema en relación con el agenciamiento de la anorexia, posibilitando una reflexión de las dinámicas a lo largo de la historia de vida, que más allá de una convocatoria de miembros, es una mirada novedosa a la intervención de un dilema que significa un riesgo real para la vida de las consultantes; favoreciendo diferentes voces que permiten una visión compleja de la anorexia, incentivando procesos de acompañamiento, empatía y reconocimiento de experiencias, lo cual permite el desarrollo de espacios de apoyo, gestión y validación de sus miembros, movilizándolo a la red a incentivar prácticas de bienestar y autonomía.

Técnicas como el mapa de red o el familiograma, permiten la organización de la experiencia del sistema y un reconocimiento de los vínculos, aspecto que teniendo en cuenta la comprensión relacional del fenómeno de la anorexia, permite miradas reflexivas y comprensivas en relación a la corresponsabilidad del bienestar del sistema y sus miembros.

Las comprensiones a las dinámicas presentes en el sistema, como a su vez un entendimiento de la configuración en los diferentes momentos de la historia de vida, posibilitan la construcción de proyectos, metas y deseos futuros, que se establecen desde la esperanza y el reconocimiento de los dilemas y los recursos construidos para solventarlo, generando significados frente a la capacidad de elegir y decidir en relación con las demandas y necesidades de cada uno de los trayectos vitales, generando recursos dinámicos y complejos en relación con la autonomía relacional; mostrando una movilización de la prospectiva vital de manera interaccional, permitiendo una postura recursiva a las reflexiones de los tiempos del sistema, llevando a la reconfiguración de los mitos, ritos y epistemes de las consultantes y de su red social.

Se generan miradas vinculares de la anorexia más allá de los modelos tradicionales, que permite la reflexión frente a las dinámicas de los miembros corresponsables frente al surgimiento del fenómeno, aspecto que genera miradas de mayor comprensión y movilización del sistema frente a procesos de bienestar y sanidad.

El reconocimiento de la construcción de prospectivas vitales, como recurso movilizador para generar contextos comprensivos y reflexivos con la historia de vida y posibilitar la construcción de futuros esperanzadores y armoniosos, en los cuales el sistema asuma de manera activa la responsabilidad de los procesos de co-construcción.

Frente a las limitaciones en ambos casos, las condiciones socioeconómicas que no favorecían el desplazamiento de los miembros a las sesiones y aunque se destacando el compromiso de las consultantes y de algunos de los miembros de la red, se reconoce como esto restringía las voces de algunos miembros significativos que favorecerían tanto la lectura de la complejidad del sistema, como la movilización de sistemas amplios

Para futuras investigaciones es recomendable que en la convocatoria de la red social se incluya miembro de sistemas amplios y a su vez de gran importancia convocar a personas que presenten un diagnóstico de anorexia, lo cual permitiría la interacción desde características de empatía ampliando la red; con el objetivo de generar recursos desde el reconocimiento y validación llevando a un abordaje social del dilema que favorezca

procesos de cambio en relación con prácticas generativas construidas y significadas internacionalmente.

Bibliografía

- Acosta, B. N., Peña, M. M., & Pertuz, N. (2016). Anorexia y bulimia: alarmante realidad del siglo XXI. *Duazary*, 8(1), 76–82.
- Aguirre, D. C., Cataño, J. J., Constanza, S., Marín, D. F., Rodríguez, J. T., Rosero, L. Á., Valenzuela, L. P., & Vélez, J. (2015). Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 419-429.
- Álvarez, S. (2015). La autonomía personal y la autonomía relacional. *Análisis filosófico*, 35(1), 13-26.
- APA, 2014 American Psychiatric Association (APA) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.th ed. [DSM-5]). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- Ausloos, G. (2005). Las capacidades de la familia. Tiempo, caos y proceso. Herder: Barcelona.
- Behar R, Gramegna G, & Arancibia M, (2014) Perfeccionismo e insatisfacción corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *REV CHIL NEURO-PSIQUIAT* 2014; 52 (2): 103-114
- Behar, R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(4), 319-334.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). Los tiempos del tiempo. Barcelona: Paidós.
- Cancrini, L., La Rosa, C., & Miranda, I. A. (1996). *La caja de pandora: manual de psiquiatría y psicopatología*. Paidós.

- Carazo, P. C. M. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & gestión*, (20), 165-193.
- Cyrulnik, B. (2013). Los patitos feos: la resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida, 5° Edición, DEBOLS! LLO.
- Cruzat, M. C., Pérez, M. C., Díaz, B. M., Cerda, L. R., Goffard, L. J. P., Arcas, A. R., & Cortez, B. G. (2012). Función Social De Foros De Internet en Castellano Pro-Anorexia Y Pro-Bulimia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 139–148
- Cortés, R. R (1986). El crecimiento personal (o autorrealización): metas de psicoterapias humanistas. *Anuario de Psicología*. U.N.E.D. 34(1)
- Da Silva Barros, R., Canay, R., Carroli, M., Milanese, E., Serrano, I., & Tufro, F. (2019). Características estructurales de las redes subjetivas en el Tratamiento Comunitario. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 65(3), 154–167.
- Deossa, G.C, Restrepo, L.F, Velásquez J.E. (2015) Actitudes y comportamientos de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en jóvenes universitarios, Colombia. *Hacia promoc. salud*. 20(1):
- De-Jouvenel, H., & Vásquez, J. E. M. (1995). Sobre la práctica prospectiva. Una breve guía metodológica. *Cuadernos de Administración*, 14(21), 177-198.
- Espina., A., (2009). Terapia familiar sistémica en los trastornos alimentarios. *Personalidad, madurez humana y contexto familiar*. Madrid.
- Estupiñán, J., González, O. & Serna, A. (2006). Historias y narrativas familiares en diversidad de contextos. Dossier proyectos de investigación en marcha. Maestría en Psicología Clínica y de Familia. Universidad Santo Tomás
- Estupiñan, J. y González, O. (2012). Narrativa conversacional, relatos de vida y tramas humanas. Bogotá, Colombia: Universidad Santo Tomás.

- Fajardo, E., Méndez, C., & Jauregui, A. (2017). Prevalencia del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en una población de estudiantes de secundaria, Bogotá-Colombia. *Revista Med*, 25(1), 46-57.
- Foerster, H. V. (1996). Las semillas de la cibernética. 1996. *Colección terapia familiar*.
- Gómez, B. A. (2018). Intervención Psicoterapéutica Integrada y Transdiagnóstica en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Revista de Psicoterapia*, 29-11
- Hernández, A. (2010). *Vínculos, individuación y ecología humana. Hacia una psicología clínica compleja*. Bogotá, Colombia: Universidad Santo Tomás departamentos de publicaciones.
- Hernández, Á. (2005). La familia como unidad de supervivencia, de sentido y de cambio en las intervenciones psicosociales: intenciones y realidades. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 3(1), 57-71.
- Hutchby, I. & Wooffitt, R. (1998). *Conversation analysis. principles, practices and applications*. Cambridge: Polity Press
- Larrión A, y Rodríguez, J (2018) “Abordaje psicoterapéutico de las quejas psicósomáticas en salud mental infanto-juvenil. ¿Una adolescente sin problemas?” En: *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales* N. 38.
- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., & Canetti, L. (2002). Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary family therapy*, 24, 581-599.
- Lladó, G., González-Soltero, R., Blanco, M., & Blanco, F. V. M. J. (2017). Anorexia y bulimia nerviosas: difusión virtual de la enfermedad como estilo de vida. *Nutrición Hospitalaria*, 34(3), 693–701.
- Leonidas, C., & Dos Santos, M. A. (2017). Emotional Meanings Assigned to Eating Disorders: Narratives of Women with Anorexia and Bulimia Nervosa. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1–13.

- López, G. & Treasuren J. (2011) Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo, *Revista Médica Clínica Las Condes*, Volume 22, Issue 1, Pages 85-97.
- Manrique, P. R. B., Suárez, R. L. M., Vallejo, F. K. M., Manrique, S. C. C., Santamaría, R. A. M., & Pincay, Á. A. G. (2018). Trastornos corporales en adolescentes e influencia de los medios de comunicación. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(4), 1-11.
- Martín, P. P., Martínez, J. A., Valecillos, A. J., García, L. G., Berasaluce, M. G., & Díaz, P. C. (2021). Detección precoz y prevalencia de riesgo de trastorno de la conducta alimentaria en Atención Primaria en Guadalajara capital. *Medicina de Familia. SEMERGEN*.
- Martínez, L., Vianchá, M., Pérez, M., & Avendaño, B. (2017). Asociación entre conducta suicida y síntomas de Anorexia y Bulimia Nerviosa en escolares de Boyacá, Colombia *Acta Colombiana de Psicología*, 20(2).
- Maslow, A. (1968). *El hombre autorrealizado: Hacia una psicología del Ser*. Segunda edición argentina, Capital Federal: TROQVEL S. A., (Julio de 1993).
- Mérida, P. C., & López, H. R. (2013). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y su relación con la ansiedad y depresión en adolescentes de secundaria de la ciudad de La Paz. *Revista de Investigacion Psicologica*, (10), 69-85.
- Mera, C. (2014). Pensamiento prospectivo: visión sistémica de la construcción de futuro. *Análisis*, 89-104. ADJUNTO
- Morin, E. *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa, 1994.
- Morin, E. *Introducción al pensamiento complejo*. Buenos Aires: Gedisa, 1995.
- Monroy, F. T. P. (2012). Tratamientos integrales en el POS para la rehabilitación de niños, niñas y adolescentes con anorexia y bulimia. *Nuevo Derecho*, 8(10), 29-42.

- Onnis, L.(2015) El tiempo congelado. Anorexia y bulimia entre individuo, familia y sociedad. Editorial Gedisa (Introducción, Cap. 1, Cap.7, Cap.11).
- Pakman, M. (1995). Investigación e intervención en grupos familiares: una perspectiva constructivista. In *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 359-378).
- Portela, S, M. L., Da Costa, R. J. H., Mora, G. M., & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutricion Hospitalaria*, 27(2), 391–401.
- Pozzoli, M. T. (2006). El sujeto de la complejidad. *Revista Latinoamericana Polis*, 15, 1. 16
- Rincón, A., Vigoya, J., Mina, J. (2017). El Sistema familiar llanera: Una Mirada a la configuración de los vínculos a través de los mitos, ritos y epistemes. (tesis pregrado).
- Rosas, C. E. B. (2015). Factores de riesgo e indicadores clínicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista de psicología*, 12(1), 13-50.
- Ruiz, M. F., Masjuan, N., Costa-Ball, D., & Cracco, C. (2015). Funcionamiento familiar y trastornos de la conducta alimentaria. Una investigación desde el modelo circumplejo. *Ciencias Psicológicas*, (9), 153-162.
- Sampieri, H. R., Collado, F. C. & Lucio, B. P. (2010). *Metodología de la Investigación. Quinta Edición*. México D. F. (México). Interamericana Editores S. A.
- Sluzki, C. E. (1994). Red social y enfoque familiar sistémico. *Familia: Revista de ciencias y orientación familiar*, (9), 7-20.
- Sluzki, C (2000) Social networks and the elderly conceptual an clinical issues and a family consultation In: *Family Process*. Vol. 39. N° 3
- Speck, R., Attreave, C. (1973) *Redes Familiares*, Amorrortu editorial, Argentina.

- Torres, I. M. & Lovari, J. L. (s.f.) Vulnerabilidad y trastorno alimentarios: una experiencia en trabajo en red. *Revista Redes*.
- Trullenque, E. M. G. (2005). Anorexia nerviosa: una mirada relacional. *Trabajo social y salud*, (51), 101-132.
- Uribe, T., C. A., Vásquez, R. R., Martínez, M.S., & Castro, C. (2006). Virginidad, anorexia y brujería: el caso de la pequeña Ismenia. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (3), 51-90.
- Nardone, G., & Valteroni, E. (2018). *La anorexia juvenil: Una terapia eficaz y eficiente para los trastornos alimentarios*. Herder Editorial.
- Wainer, A. (2012). Estudios de caso único en el campo de la investigación actual en psicología clínica. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 16(2), 214-222.
- Watts, D. (2006). *Seis grados de separación. La ciencia de las redes en la era del acceso*. Barcelona: Paidós