

**CARACTERISTICAS DE LA RED SOCIAL PERSONAL DE  
UNA PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD  
DIAGNOSTICADA CON ANOREXIA QUE ASISTE A  
TRATAMIENTO EN CONSULTA PRIVADA EN LA  
CIUDAD DE BARRANQUILLA**

**MARILYN MERIÑO ORTEGA  
NORELLA PIZARRO FONTALVO**

**UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR  
FACULTAD DE PSICOLOGIA  
X SEMESTRE  
BARRANQUILLA  
2001**

PS-  
4030445



**SISTEMATIZADO**  
**HEMEROTECA**

**CARACTERISTICAS DE LA RED SOCIAL PERSONAL DE  
UNA PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD  
DIAGNOSTICADA CON ANOREXIA QUE ASISTE A  
TRATAMIENTO EN CONSULTA PRIVADA EN LA  
CIUDAD DE BARRANQUILLA**

**MARILYN MERIÑO ORTEGA  
NORELLA PIZARRO FONTALVO**

**Informe final de investigación presentado al comité de  
investigación del programa de Psicología**

**Directora:  
Doctora: ADRIANA ALTAMAR**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL  
DESARROLLO SIMON BOLIVAR  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
BARRANQUILLA**

**2001.**

**Barranquilla, Junio del 2001**

Señores

**Comité de Investigaciones**

Programa de Psicología

Universidad Simón Bolívar

Cordial Saludo

Por medio de la presente me permito presentarme como directora del trabajo final de investigación titulado " CARACTERÍSTICAS DE LA RED SOCIAL PERSONAL DE UNA PACIENTE DE 22 AÑOS DE EDAD CON ANOREXIA QUE ASISTE A TRATAMIENTO EN CONSULTA PRIVADA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA, cuyas autoras fueron las estudiantes egresadas: MARYLIN MERIÑO ORTEGA, NORELLA PIZARRO FONTALVO.

De usted Atentamente,

***ADRIANA ALTAMAR CORDOBA.***



3.9 (tres, nueve)  
**NOTA DE ACEPTACIÓN**

*Roberto Ruiz*  
**PRESIDENTE DEL JURADO**

Ochiana E. Altamar  
**JURADO**

\_\_\_\_\_  
**JURADO**

**Barranquilla Junio 2001.**

## **DEDICATORIA**

A dios por regalarme el don maravilloso de la vida. Por darme entendiendo y sabiduría, lo que permitió alcanzar este éxito para mi crecimiento personal.

A la doctora ADRIANA Altamar, por la dedicación y el apoyo desinteresado que ofreció a lo largo de esta investigación, de igual a la paciente quien con la ayuda que suministro hizo que fuera posible dicha investigación.

A mis padres RAMON PIZAFRO y MIRIAN FONTALVO quienes me apoyaron incondicionalmente en todos aquellos momentos de ardua labor.

A mis hermanos por paciencia y confianza que tuvieron durante el desarrollo de esta investigación.

***NORELLA PIZARRO FONTALVO***

## **DEDICATORIA**

Esta investigación simboliza mi esfuerzo, dedicación y constancia para alcanzar tan anhelado título: Psicóloga, que me permitiera llegar a metas mucho más altas.

Quiero dedicárselo primeramente a Dios por haberme permitido cruzar todo el largo camino recorrido durante la carrera y por darme junto con esta oportunidad, la sabiduría e inteligencia necesaria para subir un peldaño más en mi vida. A mis padres LORENZO RUIZ y TEODORA ORTEGA que con su apoyo incondicional, confianza y amor me dieron fuerza para seguir avanzando en el camino.

***MARILYN MERIÑO ORTEGA.***

## **AGRADECIMIENTOS**

Una vez terminada esta investigación queremos agradecer a aquellas personas que de una u otra manera participaron en el desarrollo de la misma, quienes con su colaboración, motivación y apoyo brindaron un aporte significativo a las investigadoras para el presente estudio se realizará con éxito. Por tal motivo queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos:

A nuestras familias por su paciencia, apoyo emocional, económico y consejos.

A la doctora ADRIANA ALTAMAR CORDOBA quien fue nuestra asesora y amiga que nos motivaba a seguir avanzando en el camino sin importar los tropiezos, aportando a las investigadoras sus conocimientos de la investigación.

A PAULINA CARVONORO por su participación y colaboración en el desarrollo de esta investigación.

A la Universidad SIMON BOLIVAR, quien a través de la facultad de Psicología, nos proporcionó los conocimientos teóricos requeridos para desempeñarnos eficazmente en el curso de esta investigación.

## **TABLA DE CONTENIDO**

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>4</b>
<b>3. MARCO TEORICO</b>	<b>7</b>
<b>3.1 ANOREXIA</b>	<b>7</b>
<b>3.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ANOREXIA</b>	<b>7</b>
<b>3.2.1 Características Diagnosticas de la Anorexia</b>	<b>16</b>
<b>3.3 TIPOS</b>	<b>20</b>
<b>3.3.1 Tipo Restrictivo</b>	<b>20</b>
<b>3.3.2 Tipo Compulsivo Purgativo</b>	<b>20</b>
<b>3.4 ETIOPATOGENIA</b>	<b>21</b>
<b>3.4.1 Factores Predisponentes</b>	<b>22</b>
<b>3.4.1.1 Factores Predisponentes Individuales</b>	<b>22</b>
<b>3.4.1.1.1 Problemas con la Autonomía</b>	<b>22</b>

3.4.1.1.2 Camino a la Perfección y el Auto-Control	24
3.4.1.1.3 Miedo de Madurar	25
3.4.1.2 Factores Familiares	27
3.4.1.3 Factores Biológicos	28
3.4.1.4 Factores Socioculturales	30
3.4.1.5 Teoría Multifactorial	31
3.4.2 Factores Precipitantes	31
3.4.3 Factores Perceptuantes o Mantenimiento	32
3.5 EPIDEMIOLOGIA	33
3.6 INCIDENCIA	35
3.7 PREVALENCIA	40
3.7.1 Prevalencia por edades	40
3.7.2 Prevalencia por sexo	41
3.8 CARACTERISTICAS FÍSICAS DE LOS ANORÉXICOS	41
3.8.1 Características Psicológicas de la anorexia	43
3.9 LA RED SOCIAL	46
3.9.1 Generalidades	46
3.9.2 Definición	48
3.9.3 Historia de la Red	54
3.9.3.1 Estudio Sobre las Redes	57
3.9.3.2 Modelo de la Red	58

3.9.3.3 Componentes de la Red Social	59
3.9.4 Características de la Red	61
3.9.4.1 Características Estructurales de la Red	62
3.9.4.2 Funciones de la Red	64
3.9.4.3 Atributos de Vínculos	65
3.9.5 Redes: Los tejidos de la Relaciones Sociales	65
3.9.5.1 La importancia de los Patrones de la Red	67
3.9.5.2 Análisis de la Red Como Una Poderosa Herramienta	72
3.9.5.3 Narrativa del Modelo Sistémico	74
3.9.5.4 Terapia de Redes	79
3.9.5.5 Objetivos de la Terapia de Redes	80
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	82
5. OBJETIVOS	84
5.1 OBJETIVOS GENERALES	84
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	84
6. DEFINICIÓN DE VARIABLES	85
6.1 DEFINICION CONCEPTUAL	85
6.2 DEFINICION OPERACIONAL	85
7. METODOLOGÍA PRELIMINAR	87
7.1 DISEÑO	87
7.2 POBLACIÓN	88

7.3 MUESTRA	88
7.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS	89
7.4.1 Historia Clínica	89
7.4.2 Cuestionario Para Diagnosticar la Anorexia	89
7.4.3 Mapa de la Red Social	90
7.4.4 Entrevista Semiestructurada	90
7.4.5 Guía de Auto-observación para el Entrevistador	92
7.4.6 Guía de Auto-observación para el Observador	92
7.4.7 Guía para el Cierre de la Entrevista	95
7.5 PROCEDIMIENTO	95
8. RESULTADOS	100
8.1 DESCRIPCION DE LA RED PERSONAL DE LA PACIENTE	102
8.2 INTERPRETACION	107
9. CONCLUSIÓN	110
10. DISCUSION Y RECOMENDACIÓN	113
BIBLIOGRAFÍA	116
ANEXOS	121

## **TABLA DE ANEXOS**

<b>ANEXO A</b>	<b>Historia clínicas</b>	<b>121</b>
<b>ANEXO B</b>	<b>Cuestionario para diagnosticar la anorexia</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO C</b>	<b>Guía de entrevista para el paciente</b>	<b>126</b>
<b>ANEXO D</b>	<b>Guía de entrevista para los miembros de la familia, amigos, compañeros.</b>	<b>128</b>
<b>ANEXO E</b>	<b>Guía de auto observación para el entrevistador</b>	<b>130</b>
<b>ANEXO F</b>	<b>Guía de auto observación para el observador</b>	<b>131</b>
<b>ANEXO G</b>	<b>Guía para el cierre de la entrevista</b>	<b>133</b>
<b>ANEXO H</b>	<b>Mapa integral de la red social personal de la paciente</b>	<b>134</b>
<b>ANEXO I</b>	<b>Mapa de red social personal desde la perspectiva de la paciente.</b>	<b>135</b>

ANEXO J	Mapa de la red social de la paciente desde la perspectiva de la dueña de la pensión	136
ANEXO K	Mapa de la red social de la paciente desde la perspectiva de un familiar (primo)	138
ANEXO L	Mapa de la red social personal de la paciente desde la perspectiva una amiga significativa (Karina)	139
ANEXO M	Mapa de la red social personal de la paciente desde la perspectiva de una amiga significativa (Ellys)	139
ANEXO N	Mapa de la red social de la paciente desde la perspectiva de una compañera de estudio.	140
ANEXO Ñ	Categorización de la Información	141
ANEXO O	Definición de Variables	147

## INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa se trata de un síndrome psicosomático complejo que consiste en la privación de comida a causa de un temor irracional a engordar; fue Morton (1864) quien primero la describió. Guel ( 1874) dio inicio a la utilización del término “ anorexia nerviosa” y enuncio factores que considero importante en el desarrollo de este trastorno, incluyendo un “ Estado mental mórbido”.<sup>1</sup>

“ Lasegue ( 1873) en forma independiente la describió como “anorexia histérica “, destacado las típicas distorsiones cognitivas y de la imagen corporal.” La anorexia nerviosa “ se caracteriza básicamente por una obsesión por hacer dieta , una perdida excesiva de peso por debajo del peso corporal óptimo, el intenso temor a subir de Peso, a pesar de estar con déficit en este, percepción distorsionada del peso, tamaño o forma del propio cuerpo y la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales”.<sup>2</sup>

Este trastorno alimenticio se considera en la actualidad un trastorno de origen multifactorial y que solo puede ser comprendido desde un enfoque biopsicosocial. La anorexia influye en el desarrollo integral del individuo;

---

<sup>1</sup> SHAROUSY, D.L. Aspectos neuroendocrinos de la A.N. Revista Agr de Endocrinología y Metabolismo. Vol. 21.

<sup>2</sup> PIERRE, Pichot y otros. DSM IV. Madrid: Barcelona: Masson, 1997, p. 553.

algunos de los efectos más serios son aquellos vinculados al funcionamiento social; por ejemplo el aislamiento y la marcada reducción en los intereses hace que con el tiempo las amistades se alejan y sus relaciones socio-familiares se debiliten.

Selvini Palazzoli ( 1974) y Minuchin ( 1978) han estudiado en profundidad los aspectos estructurales y dinámicos de la familia de los anoréxicos, señalados por ejemplo, este último autor, que el modelo familiar que con frecuencia se encuentra en el entorno de muchas anoréxicas, se caracteriza por sobreenvolvimiento ( grado excesivo de función entre todos los miembros con una consecuencia de la disminución independencia y autonomía individual), escasa comunicación entre sus miembros e historia familiar que incluyen depresión y alcoholismo, entre otras características que predisponen a que en el individuo presente un cuadro clínico patológico. Otros factores muy significativos que influye para que la anorexia pueda desarrollarse es el sociocultural, ya que en la actualidad se le ha dado una sobre-valoración a la delgadez por parte de los medios publicitarios, sumándose a este cambio del rol de la mujer en la sociedad.

Teniendo en cuenta estos datos, las investigadoras buscan describir las características de la red social personal de una paciente diagnosticada con anorexia de 22 años de edad, perteneciente al nivel socio-económico medio y estudiante universitaria, que asiste a un proceso psicoterapéutico en consulta

privada. La paciente es la unidad de análisis, ya que no fue posible encontrar pacientes diagnosticadas con este síndrome.

Para llevar a cabo dicha investigación se ha utilizado un diseño cualitativo-descriptivo, conociendo como estudio descriptivo aquellos encaminados a presentar las características y manifestaciones de un fenómeno o problema, teniendo en cuenta la anterior definición es necesario utilizar este método para analizar y describir las características de la red social personal de los pacientes diagnosticados con anorexia; mediante el estudio de caso, lo cual implica una indagación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de un contexto real de existencia y que no son claramente evidente.

El estudio será guiado por un enfoque sistémico, cuyo autor es Carlos Sluzky quien ha realizado investigaciones sobre redes sociales y ha dado grandes aportes a la Psicología; basándose en el paradigma Interaccionista simbólico que tiene como objetivo la interacción del individuo a través de los cuales se produce la realidad social dotado de significado, mediante productos sociales que surge de la interacción.

Sluzky no solamente utiliza este paradigma, sino que también se basa en la hermenéutica, la cual tiene como interés incrementar el entendimiento para mirar otras culturas, grupos, individuos, condiciones y estilo de vida sobre una perspectiva del presente y del pasado.

## 2. JUSTIFICACIÓN

La anorexia fue definida por Nora Tannenhaus, en 1995 como un “Síndrome Psicossomático complejo que consiste en la privación de comida a causa de un temor irracional a engordar”.<sup>3</sup>

En la actualidad la anorexia se considera un trastorno de origen multifactorial y que solo puede ser comprendido desde un enfoque biopsicosocial, ya que los estudios epidemiológicos han permitido comprobar que las formulaciones biológicas, psicodinámicas y psicopatogénicas no pueden explicar de forma aislada el inicio, desarrollo y perpetuación del proceso. Por lo tanto la anorexia es el resultado de una interacción compleja entre factores psicológicos y familiares que llevan al individuo a un deseo de auto expresarse, a rehusar el alimento causando los trastornos de la imagen corporal y el miedo a la obesidad, como es el caso de la anorexia.<sup>4</sup>

Selvini Palazzoli ( 1974) y Minuchin ( 1978), han estudiado en profundidad los aspectos estructurales y dinámicos de la familia de los anoréxicas, señalando por ejemplo, el modelo familiar que con frecuencia se encuentra en el entorno de muchas anoréxicas y que se caracteriza por sobre involucramiento ( grado excesivo de función entre los miembros), rigidez para cambiar y

---

<sup>3</sup> TANNENHAYS, Nora. Anorexia y bulimia. Sabadell, Barcelona : Plaza Et janes, 1995. Pag 57

<sup>4</sup> BRUCK H. Anorexia Nerviosa. Therapy and Theory. American journal of Psychiatry. Vol. 139 (12), 1982, p. 1531.

adaptarse a nuevos patrones de exigencias, evitación y falta de resolución de los conflictos entre otros que predisponen a dicho trastorno.

Un resultado relacionado entre las redes sociales y la salud fue dado entre los residentes del Alameda Country, California, realizado entre 1965 y 1974 ( Bergman Et. Syme, 1979 y Bergman, 1984), citados por Shuzky ( 1993). Este estudio incluía una correlación entre las relaciones sociales y la mortalidad en una muestra tomada al azar entre siete mil adultos durante nueve años. Los resultados mostraron que los adultos privados de relaciones sociales significativas tienen menos esperanza de vida y por consecuencia más riesgo de morir que aquellos que poseen redes significativas.

Partiendo de la idea de que en el presente como en cualquier otra época el ser humano vive inmerso en redes múltiples, complejas y en evolución; se conoce como redes “ aquellos tejidos de relaciones entre conjunto de personas que están unidas directa o indirectamente, mediante varias comunicaciones y compromisos”,<sup>5</sup> Lo cual constituye una fuente esencial para el desarrollo del sentimiento de identidad.

Cada miembro de una familia, de un grupo o de una institución se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, como lo manifestaba Sluzky ( 1990), “ la red social representa la sumatoria de todas las relaciones que cuentan realmente o que son percibidas como tales por un

---

<sup>5</sup> LINGH, Donald. Sociología. Mexico: Mc Graw-hill 5ta. Edición. 1991, p.64.

individuo”,<sup>6</sup> por tal razón es de gran importancia estudiar la red social personal de una paciente diagnosticado.

Con anorexia, ya que la cura de determinada patología por sí solo no se logrará, es necesario estudiar e invertir en redes. En la terapia familiar se ha remarcado tanto la función de la red social para el desarrollo y cambio de cada uno de los miembros como la importancia de apilar a ella en la solución de situación de crisis.

El estudio mencionado es de gran importancia porque aportará inicialmente al modelo sistémico ya que su campo de acción gira entorno a las interacciones socio-familiar. Así mismo aportará a la psicología como ciencia de la salud para un mejor manejo de estos pacientes desde un enfoque biopsicosocial. Servirá de base para estudiante que deseen elaborar un programa de tratamiento y terapia de redes, cuyo compromiso es estudiar el contexto en el que se mueven las personas y las interacciones entre estas. Para ello es necesario una visión amplia para comprender contextos y marco Psicosociales; una permanente educación y el trabajo en equipo.

---

<sup>6</sup> SLUZKY, Carlos. Artículo: Familiares, redes y otras formas extrañas, 1993.

### **3. MARCO TEORICO**

#### **3.1 ANOREXIA**

##### **DEFINICIÓN DE ANOREXIA**

La anorexia nerviosa es una enfermedad de etiopatogenia solo parcialmente conocida, en la que la alteración muscular no es, en rigor la anorexia ( falta de apetito), sino el deseo irrefrenable de la delgadez, con resistencia a comer o a retener lo ingerido.<sup>7</sup>

#### **3.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ANOREXIA**

Los primeros escritos sobre la anorexia tienden a ser anecdóticos o muy poco documentados. Uno de estos es el caso de Martha Taylor, una paciente de 22 años de edad, que comenzó con un ayuno de 13 meses que

---

<sup>7</sup> VALLEJO RUJLOBA, J. Introduccion a la psicopatología y a la psiquiatría. Barcelona: Masson S.A. 1994, 279.

le dio fama y notoriedad. Entre el 13 de octubre de 1668 y el 30 de marzo de 1669. En Londres se hicieron tres artículos en los descubría la enfermedad Robins, 1968; H.A., 1669; Reynolds, 1669, citados por Silverman,<sup>8</sup> 1968.

El 29 de junio de 1669, el doctor Nathaniel Johston, un médico que practicaba en Pontefract, envió un comentario sobre Martha al doctor Timothy Clarke, este era el favorito del Rey Carlos II y miembro de la royal Society. Clarke envió un informe a la reunión de la sociedad el 8 de julio de 1669.

Martha Taylor tenía 19 años, era hija de un miembro que extraía plomo y vivía con su familia en over-haddon, cerca de Bakewell en Derbyshire. Su historia clínica presenta una gran cantidad de evidencia de patología. A la edad de 11 años, había tenido un problema en la columna, desarrollando una parálisis de las extremidades inferiores que duró dos semanas. Después de su recuperación total, se fue deprimiendo hasta llegar a una “melancolía religiosa” y su parálisis volvió (junto con un delirio de seis meses).

Una vez que sus síntomas desaparecieron, un desarrollo una tos tan intensa que “podía ser oída de 400 a 500 pasos” casi media milla”.

---

<sup>8</sup> SILVERMAN, J.A. Anorexia nerviosa in seventeenth century England as viewed by physician, philosopher, and pedagogue. An essay. International journal of eating disorders. Vol. 5 (5), 1986, p. 847-853.

Posteriormente, se ocupó durante una noche y un día a leer la Biblia u otros libros religiosos. Su último período menstrual ocurrió el día del Arcángel San Miguel (29 de septiembre de 1667) cuando tenía 18 años. Poco después de esto, estuvo afectada por un ataque de vómitos. Empezó a disminuir su ingesta de sólidos durante 12 ó 13 meses y subsistió con unas pocas gotas de almíbar de caña de azúcar o jugo de una raíz tostada. Se estableció que ella no excretó ni orino.

El 20 de octubre de 1668 Thomas Hobbes, el filósofo y político inglés escribió lo siguiente:

“...ella empezó en diciembre (como dice su madre) a perder el apetito, en marzo ya había perdido mucho peso; en cuanto a que durante los últimos seis meses ella no ha comido o bebido nada, puesto que solo humedece sus labios con una pluma.. la mujer está manifiestamente enferma y por tanto creo que no va a durar mucho tiempo”.

Veinte años más tarde, Morton (1689) un miembro del colegio de Médicos, publicó su obra magna, *Phtisiología, seu exercitationes de Phtisi*.

En este volumen, traducido al inglés cinco años más tarde con el título de tratado de consecuciones, estableció su concienzuda y detallada descripción de muchos procesos de enfermedades que causan la destrucción de los tejidos corporales.

Todo su material se basó en observaciones clínicas, con pocas referencias de libros. (El texto que es muy descriptivo, se conoce más por sus comentarios de la tuberculosis).<sup>9</sup>

En la actualidad es muy conocido como el autor de la primera explicación médica de la anorexia, una condición que se denominaba “Consunción nerviosa” causada por “tristeza y preocupaciones ansiosas”. La descripción clínica de su caso es la siguiente:

La hija del señor Duke en St. Mary Axe, en 1684, de dieciocho años, en el mes de julio cayó en una total supresión de sus cursos mensuales por una multitud de preocupaciones y pasiones en su mente, pero sin ningún síntoma de la enfermedad- verde que le sobrevino. Desde aquel momento su apetito comenzó a decaer y su digestión fue mala; su carne empezó a verse flácida y laxa, su rostro estaba pálido, con otros síntomas normales en su consunción universal del hábito del cuerpo y por el frío extremo y memorable que ocurrió durante el invierno siguiente. Esta consecución no pareció mejorar; durante esa época se acostumbró estudiar de noche y en forma continua que se quedaba abstraída por los libros, se exponía día y noche a las inclemencias del aire, que en ese tiempo era extremadamente frío, no sin cierto daño manifestado para su sistema nervioso. La primavera siguiente por la prescripción de algún médico, tomó un vómito y hasta donde se, no era una medicina establecida, la cual no le trajo ninguna mejoría. Así desde ese momento aborreció toda clase de medicamentos, descuido totalmente el cuidado de sí misma durante dos

---

<sup>9</sup> SILVERMAN, J.A; MORTON, RICHARD. *Limener of anorexia nerviosa: his life and times a*

años, hasta que llegó a tal grado de marasmo, o consunción y a consecuencia de ello, sufría desmayos. A raíz de eso, me la enviaron para que la aconsejara.

No recuerdo haber visto a nadie con ella en mi practica anterior, que estuviera jugando con la vida, hasta el punto que la destruía a un grado (como un esqueleto vestido únicamente con la piel), aunque no tenía fiebre, sino que por lo contrario, tenía una frialdad en todo el cuerpo; no tosía, ni tenía una dificultad al respirar, ni apariencia de padecer un problema pulmonar, o de ningún otro órgano, sin flexibilidad u otro signo de enfermedad, o gasto preternatural de los jugos nutritivos.

Solo su apetito estaba disminuyendo y su digestión era dificultosa, con desmayos que frecuentemente le volvían a ocurrir. Trataba de aliviar estos síntomas por una aplicación externa de bolsas aromáticas en el estómago, así como el uso interno de medicinas amargas, aguas furringinosas y licores de menta y aguas antihistéricas, suficientemente impregnadas con espíritu de sal de amoníaco y tintura de castor y otras cosas de esa naturaleza. Después de usar esto, ella pareció mejorar, pero se sentía cansada con las medicinas, rogaba que esto finalizará, pero ella se consumía cada día más, estuvo durante tres meses sin conciencia y murió.

En 1868, Gull descubrió la anorexia como una entidad clínica distinta, en donde asumió que los factores Psicológicos jugaban un papel en su desarrollo, Bruch, 1982.<sup>10</sup>

Morton autor fue el primero e utilizar el término anorexia nerviosa, Sharousky, D.L. et al.<sup>11</sup>

Esta enfermedad se debería a lesiones destructivas en la hipófisis y “luego se aplicó el término de anorexia pituitaria a todos los casos que presentaban una gran pérdida de peso, con o sin signos de falla hipofisiaria”.<sup>12</sup>

La enfermedad fue luego olvidada hasta que en 1930 Berkman publicó una serie de estudios, redescubriendo a la anorexia como una entidad clínica y reconociendo en la misma desórdenes fisiológicos secundarios a disturbios psíquicos.

A partir de estos estudios se establecieron teorías de origen endocrino, que llevaron al uso indiscriminado de sustancias que inducían la implantación de glándulas pituitarias de animales. Durante los años 30, se reconoció que la excesiva y rara caquecia hipo pituitaria era diferente de la anorexia nerviosa

---

<sup>10</sup> BRUCK, H. Anorexia nerviosa: Therapy and Teory. American journal of psyjcjiatry. Vol. 139 (12), 1982, p. 1531.

<sup>11</sup> SHAROUSKY, D.L. Aspectos neuroendocrinos de la A.N. Revista Arg. De Endocrinología y Metabolismo. Vol. 21.

que se determina psicológicamente. La búsqueda de un factor endocrino u otro factor orgánico continuo. Además, la anorexia nerviosa era una enfermedad rara e incluso los especialistas en el campo veían unos pocos casos.<sup>13</sup>

Pero pocos años más tarde, se empezó a considerar por un lado, los estudios médicos y fisiológicos tales como los de Morlock en 1939 sobre la leucopenia y otras anomalías hematológicas encontradas en los pacientes anoréxicos, los que en forma excesiva eran susceptibles a cualquier tipo de infección Bowers y Eckert.<sup>14</sup> Por otro lado, los estudios de los aspectos psicológicos, que ya en 1932 con Wulff empezaron a aparecer en la literatura sobre el tema, en los cuales se comparo las fluctuaciones de algunos pacientes entre bulimia y depresión, el ayuno y la relación, con estados de ánimo maníaco-depresivos.

En 1939, Carrier consideró a la anorexia como una variante de una enfermedad afectiva, en donde la depresión será el síntoma característico. En forma similar, G. Nicolle, 1939; LCR, Arman, 1939, publicaron que la anorexia nerviosa era una variante o una forma incipiente de esquizofrenia.

---

<sup>12</sup> Ibid. P. 18.

<sup>13</sup> Anorexia Nerviosa . bruch. Op. Cit. P. 1531.

<sup>14</sup> BOWERS, T.K.; ECKERT, E. Leukopenia in A. Lack of increased risk of infection. Archive of internal medicine. Vol. 138, 1978, p.1520.

Otros como Palmer, Jones, 1939, la clasificación como una neurosis compulsiva Garfinkel, Moldofsky, Garner, 1980.<sup>15</sup>

El psicoanalista jugó un papel importante en restablecimiento de los conceptos de naturaleza psicológica de la enfermedades.

El foco de investigación fue la función de comer alterada, el componente “oral”.

Cuando se incluían varias condiciones con las dificultades alimenticias, el vomito, trastornos digestivos, la definición de la enfermedad se hacia poco y difusa.

El objetivo era explicar los conflictos subyacentes ocultos por una formulación Psicodinámica. La anorexia nerviosa se veía como una forma de histeria de conversación y como la expresión simbólica del repudio a la sexualidad, en específico de fantasía de “impregnación oral”. Esta visión dominó este campo durante los años 40 y 50 y todavía es sostenida por algunos.<sup>16</sup>

En los estados Unidos en 1952, fue establecido el manual estadístico y diagnostico de las enfermedades mentales (DSM).

---

<sup>15</sup> GARFINKEL, Moldofsky. Garner, Op. Cit. p. 1036.

<sup>16</sup> Anorexia nerviosa, Bruch. Op. Cit. P. 1532.

En 1968 surgió un segundo y finalmente, en 1980 el III. En el DSM I, en la categoría de síntomas especiales estaban los trastornos del aprendizaje, trastornos de habla, la enuresis y el sonambulismo. Los síntomas especiales que se manifestaban por un síntoma que no era el resultado de otros problemas orgánicos o mentales”<sup>17</sup>

En el DSM II. A esos se les agregó los tics, otros trastornos Psicomotores, los trastornos del sueño, los trastornos de la alimentación, la encopresis y la cefalgia. Una anorexia mental fue incluida entre los trastornos gastrointestinales psicofisiológicos.

En el DSM III, se limitaron los términos Psicofisiológicos, Psiconeurosis y Psicósomáticos, por presentar una referencia etiológica implícita en su concepto.

De ese modo, la anorexia nerviosa fue incluida en el tópico de las enfermedades mentales en los niños y los adolescentes. Se le considero como un trastorno mental de la alimentación al lado de la bulimia, la pica y la rumiación en la infancia.

---

<sup>17</sup> SOUZA FIGUEROA, Lucía de Fátima. Anorexia Nerviosa. Concierto por Doenfa Mental, Journal Brasileiro Psiquitra, 1985, P. 11-15.

- Recepción distorsionada del peso, tamaño o figura de su cuerpo; influencia excesiva de la percepción del propio peso o forma corporal en la auto-evaluación, o negación de la gravedad del bajo peso corporal actual.
- Amenorrea en las mujeres postmenárgicas, por ejemplo, la falta de por lo menos tres períodos menstruales consecutivos”.<sup>19</sup>

Las personas con este trastorno mantienen un peso corporal por debajo del nivel normal para su edad y su talla. Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso. Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y su talla. El individuo debe tener un índice de masa corporal igual o inferior a 17.5 kg/m<sup>2</sup>.

( El IMC se calcula en M<sup>2</sup>. Dividiendo el peso en kg por altura). Estos valores límite son solo una ayuda para el clínico, debido que parece poco razonable especificar un estándar único para el peso mínimo formal de todos los individuos de una talla y edad determinada. Para determinar el peso mínimo normal de un individuo debe considerarse su constitución física y su historia de peso previa.

---

<sup>19</sup> PIERRE, PICHOT y otros. DSM IV, Barcelona, Madrid: Masson S.A. 1997, p. 553.

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas ( por ejemplo: vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos).

Las personas con este trastorno tienen un temor intenso a ganar peso o a convertirse en obesas. Este temor generalmente no desaparece, aunque el individuo pierda peso y de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.<sup>20</sup>

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal. Algunas personas se encuentran “ obesas”, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo ( especialmente el abdomen, los glúteos y los muslos) les parecen demasiados gordas. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pasarse constantemente en una báscula, las medidas de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente en el espejo para observar las zonas consideradas “ obesas”. Consideran un logro perder el peso y un signo de

---

<sup>20</sup> Ibid. P. 553.

extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su auto-control.

Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que esta puede tener implicaciones clínicas graves.

Las niñas que hayan tenido la primera regla, la Amenorrea ( debido a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisiaria de las hormonas folículo estimulantes FSH y luteinizantes LH ) es indicadora de una difusión fisiológica. La Amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede.

En las niñas prepuberales la anorexia puede retrasar la aparición de la menarquía. Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso ( o cuando observan que no ganan peso).

Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y Psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso. Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener

Un argumento en los casos de la anorexia nerviosa y bulimia durante la década del 76 al 86 ha sido documentado en informes de Europa, Gran Bretaña y los Estados Unidos.

El DSM III, 1980, hace una revisión en el cual encuentra que una de cada 250 mujeres experimentarán síntomas de un trastorno de la alimentación en cualquier momento de la adolescencia. En un estudio de mujeres con anorexia nerviosa en Suecia, Theander (1970) encontró una incidencia que casi doblada a la que en el periodo del 40 al 70.<sup>18</sup>

### **3.2.1 Características Diagnósticas De La Anorexia.** Las características esenciales de la anorexia nerviosa son:

- La negativa a mantener el peso corporal peso normal mínimo para edad y altura, por ejemplo, pérdida de peso dirigido a mantener el peso un 15% por debajo del esperado; o dejar de aumentar tanto peso como se esperaba un período de crecimiento.
- Un miedo intenso a aumentar peso o engordarse, aunque tenga peso insuficiente.

---

<sup>18</sup> HENDREN, R.L.; J.k. Sigafos. A. Eating-disordered symptoms in a non clinical population: a study of female adolescents in two private schools. Journal of American of child psuchiatry. Vol. 25 (6), 1986, p. 836.

información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

### **3.3 TIPOS**

Pueden usarse las siguientes tipos para especificar la presencia o ausencia de atracones ocultas durante los episodios de anorexia nerviosa.

**3.3.1 Tipos restrictivos.** Este tipo describe cuadro clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayudando o realizando ejercicios intensos. Durante los episodios de anorexia, la persona no se embarca regularmente en ciclos de atracones y/o purgas ( Por ejemplo, vómito auto-inducido o uso inadecuado de laxantes o diuréticos).

Las pacientes restrictivas presentarían todas las conductas de rechazo ( deseo de comer solo, lentitud extrema al hacerlo, ocultación de comida) y se aquejaría más inapetente.<sup>21</sup>

**3.3.2 Tipo compulsivo purgativo ( Bulimico).** Este tipo se utiliza cuando durante el episodio de anorexia nerviosa el individuo recurre regularmente a atracones o purgas ( o ambos). La mayoría de personas que pasan por los

episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vomito o utilizando diuréticos, laxante o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de alimento. La anoréxica del tipo bulímico se caracterizarían, además, por una más frecuente reacciones distímicas, mayor riesgo auto lítico y mayor frecuencia del alcoholismo y drogadependencia.<sup>22</sup> Las familias de los anoréxicos bulímicos menos estables, hay más discordia Entre los padres y problemas de salud físicos y han experimentado más eventos negativos en un pasado reciente.<sup>23</sup>

### 3.4 ETIOPATOGENIA

La anorexia nerviosa se considera en la actualidad un trastorno de origen multifactorial y que solo puede ser comprendida desde un enfoque biopsicosocial. Los estudios epidemiológicos, genéticos, neuroquímicos, Psicopatológicos, sociogenéticos, etc.

Realizados en las dos últimas décadas, han permitido comprobar que las formulaciones biológicas, Psicodinámicas o sociogenéticas no pueden explicar de forma aislada el inicio, el desarrollo y la perpetuación del proceso.

---

<sup>21</sup> VALLEJO, Ruiloba J. Introducción a la sicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson S.A. 1994, P. 284.

<sup>22</sup> Ibid. P. 284.

<sup>23</sup> SARASON SARASON. Psicología Anormal. Prentice, May, 1996. P. 486.

Garfinkel y Garner han profundizado en el desarrollo de una concepción multifactorial señalado que pueden identificarse factores predisponentes, desencadenantes y perpetuantes.

**3.4.1 Factores predisponentes.** Entre los factores predisponentes deben diferenciarse los individuales, los familiares y los socioculturales.

**3.4.1.1 Factores predisponentes individuales.** Estos comprendería las alteraciones cognoscitivas consistentes en un estilo de pensamiento concreto con razonamiento dicotomizado Bruch ( 1979); los trastornos Psicopatológicos centrados en la triada sintomatológica descrita así mismo por Bruch ( 1973), la estructura caracterial que , posee a la variabilidad, suele mostrar en el curso de las anoréxicas restrictivas una agrupación de rasgos tales como el conformismo, la necesidad de aprobación y la falta de respuestas a las necesidades internas; la posible vulnerabilidad neuroendocrina.

**3.4.1.1.1 Problemas con la autonomía.** Una posible predisposición a este trastorno es la dificultad que tienen ciertas personas para discriminar de la familia o de otros patrones externos.

En este aspectos, los autores consideran que estos jóvenes viven muy pendientes de lo que otros esperan de ellas, de cumplir con los ideales de sus padres, o de darles satisfacción a los demás.

La obligación de ser siempre “ adecuada” les deja, además, poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal o para hacer los planteos propios de una etapa de crecimiento. Planteos que seguramente mostrarán diferencias con los padres o provocarán distanciamiento o dejarán temporariamente insatisfechos a otros”<sup>24</sup>

Cuando la seguridad está puesta exclusivamente en el exterior, en cumplir con lo que se espera de uno, es inevitable que se tenga una cierta sensación de ineficiencia personal, una gran dificultad para resolver las cosas apelando a recursos personales, porque termina siempre dudando de si mismo.

En lo general, los jóvenes que padecen de este trastorno transitan una etapa que está llena de situaciones bastante cambiantes: cambios de escuela, de amigos, de barrios, en la relación con los padres, o la posibilidad de una relación más íntima con el sexo opuesto, etc. La dificultad para encarar esta situaciones y resolverlas es lo que hace que una persona vulnerable a desarrollar anorexia convierta su cuerpo en el símbolo y la fuente de

---

<sup>24</sup> CRISPO, Rosina y otros, Anorexia y bulimia. Odisea.



autonomía. Control, eficacia personal e identidad. Partiendo de esto, entonces, se interpreta equivocadamente la delgadez como un signo de ser “especial” y el hacer dieta y bajar de peso, como indicadores de auto-control.

**3.4.1.1.2 Camino a la perfección y el auto-control (hiperresponsabilidad).** En las jóvenes anoréxicas la tendencia al perfeccionismo es bastante común. El sufrimiento y la sensación de ineficiencia las hace muy exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo hacen es suficientemente bueno. Estas personas si no van a poder hacer a la perfección algo que proponen, directamente no lo intentan.

Como se observa en el caso de la anorexia, esta búsqueda de perfección se desplaza al peso corporal, estas personas consideran que para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo. Terminan convenciéndose de que si logran transformar su silueta, también logran transformarse a sí misma. De este modo, lograrán ser seguras y tener la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que les presenten la vida.

Paradójicamente, este perfeccionamiento refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo en sus recursos”.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Ibid.

De igual manera es bastante frecuente encontrar en las jóvenes anoréxicas una tendencia muy marcada a controlar todo en sus vidas, lo cual incluye, obviamente, un férreo control del cuerpo. Se siente poderosas manipulando su peso corporal, seguramente como compensación de sensación de impotencia que surge frente a situaciones que les son difíciles de manejar. Estas jóvenes no soportan que las cosas no estén bajo su control y tienen gran dificultad para ensayar alternativas de salida, porque suponen que “deberían saber” como hacer todo bien desde el comienzo. Entonces, surge el área de la comida y el peso como un campo que si es posible controlar y la ilusión de que al lograrlo tendrán la prueba cierta de su capacidad para enfrentar las cosas en la vida.

**3.4.1.1.3 Miedo de madurar.** La anorexia nerviosa se desarrolla por lo general en el período que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud. De hecho, es un período de numerosos cambios: a nivel físico, sexual, emocional y social. Algunos jóvenes sienten que son poco hábiles para convertir con estos cambios, que no tienen recursos o que nadie los ayuda a transitarlos.

Los cambios físicos vienen acompañados de un aumento natural del peso corporal, que es lo que finalmente le da al cuerpo una forma más de “mujer”. Para muchas mujeres con este trastorno de la alimentación, este puede ser el factor precipitante. Una intolerancia a esa realidad, una dificultad para aceptar el cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje de que se ha dejado la infancia.

Generalmente, estas jóvenes están muy “estancadas en la niñez”, y tienen temor a crecer y a manejar la independencia que eso implica. O bien, percibir claramente el temor de sus padres a que eso suceda y sufren en realidad por la falta de estímulos de parte de ellos para animarse a entrar en el mundo adulto.

Otro aspecto de ese temor a crecer, es de mantenerse como niños, es que conservan un pensamiento infantil que se mueve entre los extremos:

- Bueno o Malo,
- Todo a Nada,
- Obeso a Delgado.

Como se puede observar, en este respecto, el miedo a crecer se muestra en esos pensamientos dicotómicos y extremistas, más propios de un niño que no acepta la realidad ni el hecho de cualquiera cosa que uno quiere lograr requiere un esfuerzo continuado. Es esencial ir paso a paso y avanzar, no entre el blanco y negro, sino por zonas grises.

De igual manera, el miedo a crecer también contribuye a perpetuar el trastorno de la alimentación, debido a que expresa una severa incapacidad para aceptar un peso promedio como saludable y adecuado.

**3.4.1.2 Factores Familiares.** Entre estos deben considerarse tanto la estructura y la dinámica familiar como los aspectos genéticos. Respecto al primer punto, Selvini Palazzoli (1974) y Minuchin (1978) han estudiado con profundidad los aspectos culturales y dinámicos de la familia de los anoréxicos, señalando, por ejemplo, este último autor, el modelo familiar que con frecuencia se encuentra en el entorno de muchas anoréxicas se caracterizaría por:

- Sobreenvolvimiento, es decir, un grado excesivo de fusión de la independencia y autonomía individuales. Es una familia que interfiere en donde nadie puede ser un individuo ni tener identidad separada.
- La rigidez, para cambiar y adaptarse a nuevos patrones de exigencia. Tiene una imagen fantástica de si mismas y el desarrollo de la individualidad de un hijo adolescente es una amenaza para esta imagen de perfección.
- La sobreprotección, los miembros de la familia son sobreprotectores; expresan preocupaciones por el bienestar de cada uno y responden de manera protectora ante el menor signo de aflicción.
- La tolerancia a los conflictos es en extremo baja.
- Evitación y falta de resolución de los conflictos.
- La tendencia a involucrar al niño en los conflictos parentales.
- Escasas comunicación entre sus miembros.
- Expectativas demasiadas altas de los padres respecto a sus hijos.

- Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo.
- Existencia en el seno familiar de abuso sexual o físico.
- La eternización de los conflictos.

Se considera importante señalar, que el hecho de que una familia presente o tenga en crisis no necesariamente implica que sea una familia patológica. De igual forma, cabe mencionar que las características familiares, antes mencionadas en si mismo no “causan” o “producen” este trastorno de la alimentación sino que simplemente predisponen a eso.

También se ha reportado que las familias de pacientes con anorexia nerviosa parecen felices y que a menudo son de clase económica alta y orientada hacia el éxito y las realizaciones que producen prestigio. Se ha descrito que antes de la aparición de la enfermedad el paciente era “perfecto” y que su niñez fue tranquila y sin problemas. Parece que ocurren en las familias que tienen más hijas que hijos; raramente en casos de hijo único, es más común que se presente en la mayor de dos hijas y en el caso del hijo predilecto, del que ambos padres piden afecto y confirmación, este papel se vuelve difícil para el hijo y lo predispone a la aparición de la enfermedad.

**3.4.1.3 Factores biológicos.** Hay un aumento de riesgo de anorexia nerviosa en los familiares de primer grado de los pacientes afectados, también

de trastornos del estado de ánimo y una mayor concordancia en los gemelos monocigóticos, estos datos sugieren la influencia genética.

Existe evidencia de trastornos en el metabolismo y funcionamiento del hipotálamo en la anorexia nerviosa. Los trastornos fisiológicos más importantes son la amenorrea, anomalías en la regulación de la temperatura, disminución de la sensibilidad a la insulina; retraso en el crecimiento de los huesos, falta de tolerancia al frío. Piel seca. Es probable que varios cambios fisiológicos adicionales acompañen la anorexia nerviosa, en especial si se provoca el vómito. Uno de estos, un nivel bajo de seropotasio, puede provocar la arritmia cardíaca, una tendencia hacia los cambios en el ritmo cardíaco que puede dar como resultado la muerte.<sup>26</sup> En este respecto, muchos investigadores creen que dichos cambios fisiológicos se pueden deber al mal funcionamiento del hipotálamo (Halm y otros, 1983) ya que este controla el balance de líquidos corporales, el mantenimiento de la temperatura corporal, la secreción de las glándulas endocrinas y el metabolismo de la grasa. Por tal razón, algunos médicos consideran que el mal funcionamiento puede ser una causa más que un síntoma de la anorexia. De hecho no está claro si los cambios en el hipotálamo ocurren antes de que empiece el comportamiento anoréxico o como resultado de los cambios en la conducta alimenticia (desnutrición).

---

<sup>26</sup> SARASSON, SARASSON. Psicopatología anormal, prentice, may, 1996, p. 486.

En el estudio de la posible asociación entre anorexia nerviosa y otros trastornos determinados genéticamente, tiene la mayor importancia la posible asociación entre anorexia nerviosa y los trastornos afectivos. La frecuente presencia de sintomatología depresiva en pacientes anoréxicos ha sido señalada en numerosos trabajos (Contwell, 1977, Ekert, 1982; Herzong, 1984; piran, 1985). Si bien para algunos autores la relación se establecería sobre la base de que el trastorno de alimentación predispondría a la depresión y no al contrario (Lassle, 1987).

**3.4.1.4 Factores socioculturales.** Estos, según los estudios epidemiológicos y transculturales, tienen un papel primordial en la génesis del cuadro. Estos factores constituyen los hechos más significativos y eficaces para que el trastorno pueda desarrollarse, (Toro, 1987). La sobrevaloración de la delgadez, el cambio de papel de la mujer en la sociedad occidental, la aplastante presión publicitaria, son elemento claramente necesarios para la aparición de la anorexia.<sup>27</sup> Es importante, sin embargo, tener en cuenta que la anorexia nerviosa se ha desarrollado históricamente en el mundo occidental bajo presión de factores socioculturales de diversas índoles y que los estudios de prevalencia muestran que solo un pequeño porcentaje de jóvenes sometidos a los patrones culturales y estéticos imperantes en nuestra sociedad presentan el cuadro.

---

<sup>27</sup> TORO G. Y YEPES R. Fundamentos de medicina psiquiátrica. 3ª Edición. 1997, p. 223-229.

Estos hechos constituyen una confirmación de que en la etiopatología de la anorexia nerviosa ocurren diversos factores necesarios ( algunos absolutamente necesarios pero ninguno puede ser considerado suficiente).

**3.4.1.5 Teoría Multifactorial.** La anorexia es el resultado de una interacción compleja entre los factores Psicológicos y familiares que llevarían al adolescente, en un deseo de autoexpresarse, rehusar el alimento; la desnutrición consecuente produciría cambios hipotálamicos y endocrinos que contribuirían a la hiperactividad, la euforia, los trastornos de la imagen corporal y el miedo a la obesidad. Esta, a favor de esta teoría integrativa, el que algunos de los síntomas no aparece hasta que el paciente ha perdido cierta cantidad de peso y además ellos mejoran mucho cuando lo recuperan.

**3.4.2 Factores precipitantes.** Es frecuente que la anorexia nerviosa comience en el momento preciso en que la persona decidió bajar de peso. Esto suele ser en respuesta a que la persona se sentía con sobrepeso en aquel momento, o bien como consecuencia de un comentario crítico realizado por alguien de su entorno, acerca de su figura. Cuando este no es el caso, no hay ninguna situación desencadenante típica. Se ha demostrado que el común denominador es la naturaleza de la recuperación.

Sea una separación o pérdida, una disrupción en el equilibrio familiar, nuevas demandas del contexto o una enfermedad física previa; el disparador diverso

nos remite a una consecuencia convergente y esta amenaza a su auto-estima y su sensación de control de su mundo que conduce a un incremento en la preocupación por su cuerpo y a la convicción de que se sentirá más en control de su persona si continua perdiendo peso.

**3.4.3 Factores perpetuantes o mantenimiento.** Uno de los factores predisponentes no resueltos tanto individuales como familiares y naturalmente, los persistentes patrones socioculturales patógenos deben considerarse como factor perpetuante de primer orden las alteraciones psicopatológicas consecutivas a la desnutrición. Un experimento realizado por Keys y Colb. (1950) en la Universidad de Minnessota les permitió establecer las consecuencias que tienen sobre las personas la dieta severamente restrictiva. Estas se tornan enormemente preocupadas por la comida mientras pierden interés por otras áreas, deben más infusiones, mastican chicles y fuman más.

Durante el período de recuperación de peso, algunos informan sentir mucha hambre después de una comida normal y algunos desarrollan atracones de comida. Los cambios Psicopatológicos y de personalidad que aparecieron en los sujetos de este estudio son: irritabilidad, ansiedad, dificultad en la concentración, introversión social, preocupación por si mismos, depresión, labilidad de humor, indecisión, sintomatología obsesiva compulsiva en relación a la comida, trastornos de sueño y pérdida de interés sexual. Algunos acaparaban comida. Lo interesante de este estudio es que demuestra que todas

estas características son atribuibles exclusivamente a los efectos de la inanición y no son un rango de la personalidad del anoréxico.

Desde el punto de vista de la cronicidad, algunos de los efectos más serios de la inanición son aquellos vinculados con el funcionamiento social. El aislamiento y la marcada reducción en los intereses hace que con el tiempo las amistades se alejen reduciendo así otra fuente de confirmación externa. Es típico que el anoréxico responda a esta sustracción a su auto-estima, por medio de intentos de auto-control a través de la dieta.

Este ciclo de autoperpetuación tiene como punto de partida la dieta severamente estricta.

### **3.5 EPIDEMIOLOGIA**

La anorexia nerviosa es una enfermedad que afecta fundamentalmente, pero no exclusivamente, a mujeres entre 10 y 30 años, aceptándose en general que la edad de inicio más frecuente se sitúa entre los 13 y 18 años.

La presentación del cuadro en varones no se considera excepcional, aunque todos los estudios epidemiológicos realizados demuestran una prevalencia no superior al 10% del total de los casos. El aumento de la incidencia de la

anorexia nerviosa en las dos últimas décadas ha sido notable. Diferentes estudios epidemiológicos han confirmado que en la actualidad la anorexia nerviosa continua presentándose con relativa frecuencia en jóvenes de clase socioeconómica media alta. Aunque en la enfermedad se detecta cada vez con mayor frecuencia en todos los estratos sociales (Garfinkel, 1982).

La muy escasa prevalencia de anorexia en Asia, África y en la población negra norteamericana no deben interpretarse sobre la base de supuestas diferencias interraciales, sino en función de factores socioculturales “ occidentales” y presentación de casos (Toro, 1987).<sup>28</sup>

El estudio de morbilidad familiar de los pacientes con anorexia ha demostrado, en general, un muy bajo riesgo de afectación para hermanas del 6.7% (Theander, 1970; Crisp, 1980).

En el momento actual no puede afirmarse si este riesgo depende de una supuesta predisposición genética, de compartir una constelación de factores familiares y socioculturales patógenos o de interrelación entre ambas posibles casualidades.

---

<sup>28</sup> *Ibid.*, P. 210-212.

### 3.6 INCIDENCIA

La incidencia se define como el número de nuevos casos de una enfermedad que se presenta en un período de tiempo específico. "Caso nuevo", debe ser cuidadosamente definido, por ejemplo, el primer ataque o acceso inicial de la enfermedad durante la vida de una persona. La tasa de incidencia por la razón entre el número de casos nuevos en el intervalo especificado y la población expuesta al riesgo. Esta tasa puede hacerse específica según varios factores como edad, sexo, estado civil, área geográfica y situación socioeconómica.

Tora y Vilardell, aseguran que en el mundo occidental de cada 100.000 muchachas de edad comprendida entre los 15 y los 24 años, de cada 30 a 40 sufren anorexia nerviosa cada año, y concluye que de una frecuencia casi nula se va a pasar a una incidencia altamente significativa, lo suficiente para construir todo un problema social y no estrictamente individual. Además, Theander (1970) encontró una incidencia de casi el doble durante 30 años desde 1940 hasta 1970, en un estudio de mujeres Kennedy, et, at, 1973, encontraron similares aumentos en su estudio de casos registrados en Nueva York, Londres y Escocia.<sup>29</sup>

Willi y Grossman, intentaron determinar la incidencia de la anorexia nerviosa en tres periodos que iban de 1956 a 1975, su interés era determinar, si la anorexia nerviosa estaba realmente aumentando, o si el aumento en el numero

---

<sup>29</sup> HENDREN, Barber y SIGAFOOS. Op. Cit. P. 386.

de casos solo se debía al hecho de que los pacientes anoréxicos estaban bajo las siguientes condiciones:

- Un tratamiento psiquiátrico mas frecuente;
- Admisión en un hospital en una condición mas seria que la anterior.

Estos autores encontraron que la incidencia en el Cantón de Zurcí durante 1956-1958 era de 38/100.000; 1963-1965 de 55/100.000. Durante los tres periodos de las muestras, estos autores vieron a 65 muchachas y mujeres con anorexia nerviosa. El aumento en la incidencia entre el primer periodo de las muestras (1956-1958) y el segundo (1963-1965), no era significativo; el aumento de los casos entre 1963-1965, era significativo con la población de riesgo (por ejemplo, mujeres residentes en cantón de Zurcí que estaban entre 12 y 25 años) y el aumento entre 1956-1958 y 1963-1965 era significativo en relación con la población de riesgo y la población total. Estos autores compararon su estudio con el de Theander, en el cual este autor encontró en un área definida de Suecia 11 casos durante 1933-1940 y 25 casos durante 1941-1950 y 58 casos durante 1951-1960. Este autor estableció un promedio de la incidencia de 24/100.000 habitantes, para el ultimo periodo, 1951-1960, la tasa era de 45/100.000 habitantes. Aunque este autor fue muy cauto en asumir un aumento real de la incidencia, razonando que el primer periodo de las muestras, el bajo numero de pacientes podría ser explicado por el hecho de que solo en aquel momento los pacientes con casos particularmente severos fueron hospitalizados (en este periodo de muestras, se encontró caquexia con mas frecuencia que los periodos posteriores) y que en el periodo posterior el

diagnostico fue establecido en forma mas correcta que en los iniciales. Por lo que Willi y Grossman, creen que en su estudio lograron superar esta duda, en cuanto incluyeron todos los pacientes de los registros del hospital que habían diagnosticado con relación a la anorexia nerviosa.

Sobrevino en cambio, de un porcentaje muy distinto de admisiones a los hospitales pediátricos en el primer período de las muestras a un porcentaje relativamente más elevado de admisiones a los hospitales psiquiátricos y de psicoterapia en el último período de las muestras. Este hallazgo podría significar un cambio de la conceptualización de la anorexia nerviosa como una enfermedad psicosomática a subsumirla como una enfermedad psicosomática. La incidencia durante el primer período de las muestras, 1956-1958, fue menor que el tercer período de las muestras 1973-1975. Esta diferencia podría ser severos en el último período, pero ellos creen que está hipótesis no es correcta porque el síndrome es muy estable en los tres períodos de las muestras con respecto al intervalo entre el inicio de la enfermedad y la primera hospitalización, la perdida de peso y la amenorrea. De ahí que concluyeran que en los tres períodos de las muestras se comparó el síndrome de la anorexia nerviosa. Sus resultados también caían en el rango de estudios comparativos en la literatura.

Todo esto, los lleva a sostener la Asunción de un aumento real en la incidencia en los tres períodos.

Hendren, Barber y Sigafos, que la elevada incidencia de los síntomas de trastornos de la alimentación presentados por estudiantes en dos poblaciones de mujeres estudiantes (un total de (18.35%) y la presencia de síntomas de estos trastornos notables. Estos resultados son iguales a los presentados por Hlmi et, at, 1981 (19% de la mujeres universitarias) y un poco elevados que los estudios de pope et al, 1984, que encontraron una bulimia activa en 11.4% de las mujeres compradoras entre 13 y 20 años. Es posible que la población universitaria de Halmit et, at, sea similar al estudio de Hendren, Barber y Sigafos, 1986 (excepto en la edad) que al de pope et al.<sup>30</sup>

Scwhabe,<sup>31</sup> ha encontrado que la incidencia de la anorexia nerviosa de nuevos casos en todo el mundo anualmente es de aproximadamente 1 por 100.000 y se presenta en mujeres adolescentes occidentales. Hughes<sup>32</sup>, 1984 está de acuerdo con este índice e indica que parece ser cada vez mayor y son comunes algunas formas parciales del síndrome. Murray<sup>33</sup>, 1986, sostiene que en varios informes han indicado que la anorexia nerviosa está aumentando y cree que el aumento de la incidencia de la anorexia nerviosa podría estar relacionada con mayor emancipación de las mujeres y el gran número de padres de madres profesionales. Duddle, 1973 citado por Murray, 1986, encontró un aumento de anorexia nerviosa entre los estudiantes universitarios de Inglaterra, Jones, Fox, Babigian y Hutton (1980) notaron un aumento de los pacientes de

---

<sup>30</sup> POPE, Jr. H.G. HUDSON. M.I, YURGELUM, Todd D. Anorexia nerviosa and bulimia among. 300 suburban women shoppers. *American journal of Psychiatry*. Vol. 14 (2), 1984, P. 283.

<sup>31</sup> SCHWABE, A.D. Anorexia nerviosa. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 141 (2), 1984, P. 371.

<sup>32</sup> HUGHES, J. *Manual de psiquiatría*. México: Limusa, 1984, P. 131.

<sup>33</sup> MURRAY, J. *Psychological aspects of anorexia nerviosa. Genetic social, and general psychology monographs*. Vol. 112. P 1986, P. 10-11.

anorexia nerviosa en una investigación en Nueva York. Además, se ha encontrado una elevada incidencia entre los miembros de la familia del individuo, con anorexia que lo que se ha encontrado en la población general".<sup>34</sup>

La incidencia de la anorexia ha ido en aumento y en Colombia han ido apareciendo artículos de divulgación popular en periódicos como el caso de la revista del Tiempo, carrusel, de agosto 22 de 1986, en donde se ve la preocupación que existe por este tipo de trastorno. Aunque en nuestro país es un trastorno un poco desconocido, es notable la necesidad que se han visto abocada a ir poco a poco divulgando este trastorno, además, han ido apareciendo libros que no existían en nuestro idioma, lo cual muestra que es necesario prestarle un mayor interés que podría afectar a cualquier adolescente.

Es notable encontrar en la literatura que la incidencia de la anorexia tiene mucho que ver con los aspectos corporales de las niñas adolescentes que la mayoría de estos casos las llevan a una preocupación excesiva por estas condiciones y han creado el concepto de "morir para ser bellas".<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> RATZ, R.L.M.; C.; LITT, I.F. Anorexia nerviosa by proxy.

<sup>35</sup> NUSBAUM. M. Food for thought: The problem of anorexia nervosa and bulimia. Journal of orthomolecular medicine. Vol. 1 (4), 1986, P. 242.

### **3.7 PREVALENCIA**

Se define como el número de casos presentes de una enfermedad en grupo de población y en un intervalo específico de tiempo, es decir, el número de casos que existen al principio de un intervalo más los casos nuevos que se presentan.

**3.7.1 Prevalencia por edades.** El 80% de los casos se desarrollan en la adolescencia. Las fuerzas que estimulan el crecimiento psicológico y la individualización en los niños normales durante este periodo, se presentan en forma de poderosos conflictos que reprimen emocionalmente al niño preanoréxico. Los cambios endocrinos de la pubertad y el crecimiento súbito, asociados con un aumento de las necesidades alimenticias pueden aumentar los sentimientos de desamparo del niño a controlar su propio cuerpo. La presión social que adopta la conciencia de su imagen corporal y los grupos de amigos fuera de la familia pueden trastornar al niño que ha limitado su experiencia social.

En la mayor parte de los estudios sobre anorexia nerviosa se encuentran edades que oscilan entre los 10 y 25 años. No obstante que la prevalencia está centrada en la preadolescencia y en la adolescencia, ocasionalmente se presenta en personas de hasta 40 años.

### **3.7.2 Prevalencia por sexos**

- **Mujeres.** La anorexia nerviosa es una enfermedad que se presenta con mucha más frecuencia en mujeres que en hombres con una razón de 19.15 debido a que las mujeres adolescentes se ven enfrentadas con una sociedad preocupada por las dietas y un cuerpo esbelto.
- **Hombres.** Los estudios con respecto a los hombres son inconsistentes. Este trastorno se da en los hombres el 5 al 15%. Se ha encontrado que la anorexia nerviosa se da con una menor frecuencia en este sexo.

### **3.8 CARACTERISTICAS FISICAS DE LOS ANOREXICOS**

Los síntomas de este trastorno alimenticio son los siguientes:

- **Piel fría.** Algunas veces con tonalidad azulada llamada hipotermia esta afección es en gran parte resultado de la pérdida de tanta grasa corporal, la cual actúa como aislante.

La paciente siente frío todo el tiempo incluso durante el verano.

- **Dolor al sentarse.** La paciente ha perdido tanta grasa que ya no hay almohadilla natural por encima de los huesos.
- **El desarrollo de vellos muy finos por todo el cuerpo,** afección conocida como lanugo. Nadie sabe porque se produce el lanugo, pero es común entre las anoréxicas y algunas veces va acompañado de caída del cabello.

- Hipotensión o tensión anormalmente bajas debido al debilitamiento de la actividad del corazón.
- Estreñimiento lo bastante grave para causar dolor abdominal. Algunas veces la paciente no relaciona el dolor y el estreñimiento con el hecho de que no está comiendo lo suficiente de manera que acuden a un médico que entonces pueda ser capaz de determinar la verdadera razón de su malestar.
- Problemas con la deglución, posiblemente por que la inanición provoca un mal funcionamiento del tracto intestinal.
- Indigestión después de la escasa comida que consume posiblemente también debido a la función gastrointestinal deteriorado.
- Sensación de debilidad o cansancio, quizás porque el cuerpo no está recibiendo el combustible necesario.
- Anemia debido a la insuficiente de hierro y proteínas.
- Deshidratación generada por la pérdida de agua y electrolitos a través de los vómitos y como consecuencia del uso de laxantes diuréticos, solo o combinados. Se hace evidente especialmente cuando, además, la ingesta de líquidos es reducida.
- Problemas de sueño, muy probablemente debido al hambre, así como a otros factores que aún no han sido identificados.
- Difusión sexual.
- Mal funcionamiento de los riñones por deficiencia del potasio.

- Anormalidades hormonales. La señal más evidente de esto es la ausencia de periodos menstruales (amenorrea).
- Osteoporosis es posible que produzca una disminución de calcio e los huesos; generalmente en las caderas y la columna lumbar, con la posibilidad de fracturas espontáneas.

Los huesos se visualizan como agujereados, se debe a una ingesta de calcio disminuido por la mala alimentación y agravada por la dificultad de fijación de calcio en los huesos, como consecuencia de la baja producción de estrógenos.<sup>36</sup>

### **3.8.1 Características Psicológicas De La Anorexia**

La anorexia nerviosa, junto con las consecuencias físicas de la inanición, tiene inequívocas características psicológicas:

- Percepción distorsionada de la imagen corporal. La mayoría de las anoréxicas se ven demasiado gordas, sin hacer caso de lo escuálido que sea su aspecto. De hecho, la preocupación por el aspecto, el tamaño del cuerpo, el sentirse gordas, son rangos distintos de la enfermedad. Estas pacientes se ven de manera correcta, pero están convencidas de que su aspecto todavía es inaceptablemente gordo. La diferencia es sutil pero importante ya que las percepciones de las pacientes pueden ser correctas,

---

<sup>36</sup> Tannenhaus, Nora. Anorexia y bulimia. Sabadell, Barcelona: Plaza Et janes, 1995, P. 48.

pero sus sentimientos u opiniones acerca de esas percepciones son inapropiadas.

- El temor irracional a llegar a estar gorda y la decisión de mantener un peso corporal mórbidamente bajo a cualquier precio.
- Prefieren comer a solas, a menudo a horas extrañas y de manera ritual.
- Negación a comer aunque tenga hambre
- Hiperactividad, las pacientes anoréxicas realizan ejercicios excesivos.
- Baja autoestima
- Irresponsabilidad
- Apariencia de depresión la mayor parte del tiempo
- Siente gran cantidad de estrés
- Pensamiento obsesivo
- Conductas compulsivas
- Dificultad en la concentración
- Labilidad de humor
- Trastorno de sueño
- Indecisión
- Irritabilidad

- **Ansiedad**
- **Introversión social**
- **Pérdida de interés sexual**
- **Preocupación por sí mismas**
- **Falta de autonomía**
- **Dependencia**

## 3.9 LA RED SOCIAL

### 3.9.1 Generalidades

Bateson afirma que las ,<sup>37</sup> Las fronteras del individuo no están limitadas por su piel, sino que incluyen a todo aquello con lo que el sujeto interactúa familia, entorno físico, etc. “por tal razón podemos afirmar el sistema de un individuo incluye a todo el conjunto de vínculos interpersonales del sujeto como lo es la familia, amigos, relaciones de trabajo, de estudio, de inserción comunitaria y de prácticas sociales. Mediante una indagación apropiado es posible discriminan dos tipos de red: la Micro-red social personal, comprendida entre los familiares y amistades más cercanos y significativas; por otro lado encontramos la red “macro” que incluye la comunidad de la que formamos parte, nuestra sociedad, especie y ecología.

En el presente, como e cualquier otra época, vivimos inmersos en redes múltiples, complejas y en evolución, de entre las cuales “extraemos” la familia cuando preguntamos por ejemplo: “quiénes forman parte de su familia?”, evocando así, tanto en nosotros como en nuestro interlocutor, conjuntos consensuales, legales, culturales y a veces emocionales.

Así como podemos encontrar pacientes que cuentan con su familia o algunos vecinos, también podríamos encontrar que en la redes se limitan a dos, tres o a

---

<sup>37</sup> SLUZKI, Carlos. La red social: Frontera de la práctica sistémica, Editorial gedisa. 1996, p. 37.

los sumo cinco personas; como los ejemplos citados por Sluzky, en su artículo: familias, redes y otras formas extrañas (Sluzky, 1993).

Citando al mismo autor, la inmutabilidad del vínculo familiar es, por supuesto, solo un artificio lingüístico, un vínculo que posee un nombre que lo denote, persiste por definición, en tanto sobrevivan las personas ligadas por ese vínculo.

Los vínculos no familiares, por el contrario posee nombres vagos e indefinidos independientemente de cuan persistentes prueben ser.

Así, la gente no moviliza los vínculos de la red, no porque carezcan de efectividad, sino, porque no se sienten con derecho a hacerlo lo cual puede reflejar que no se establecen vínculos intentos y de compromiso.

A su vez, con cierta frecuencia, las redes familiares, son activadas más por expectativas y presiones sociales que por impulsos de lealtad. Sluzky. 1993. Esto muchas veces como terapeutas lo vemos claramente en centros de salud mental, cuando la familia por su propia cuenta no asiste a la institución o se interesa por su enfermo; solo se presenta cuando se dan ultimátums o son llamados por los profesionales del centro como requisito de un tratamiento.

El contexto cultural reorganiza una y otra vez como la familia, se define así misma, y como nosotros la representamos o construimos, es decir, los sistemas y el medio ambiente evolucionan. Es así como creemos que nuestro objeto de estudio debe ir cambiando, de manera que no se trate solo a la familia, sino, por el contrario debemos ser conscientes de lo que nos rodea, de lo que interactuamos o con los que interactúa el paciente, pero que por encasillarnos en una sola forma de VER olvidamos estudiar a la familia como parte de una red más amplia, de formas cambiantes y de contextos sociales.

### **3.9.2 Definición**

Según Sluzky (1993), el concepto de red social fue desarrollado y acumulado por los siguientes autores:

Kurt Lewin (1952), en el que la teoría de campo, incluía explícitamente las variables focalizadas en las relaciones sociales informales.

Jackob L. Moreno, el creador del psicodrama, desarrolló el concepto de Psicología geográfica y una técnica sociométrica, el sociodrama, con el fin de esbozar un cuadro de las redes relacionales, del tipo quién conoce a quién, dentro de los grupos y las comunidades.

Barnes ( 1954, 1972), conduce un estudio antropológico, pionero del sujeto y las redes formales e informales, familiares y extrafamiliares, en un pueblo aislado de pescadores en Noruega, que muestra o hace evidente la fuerza de los lazos sociales extra-familiares en la vida cotidiana. Para este autor, “cada persona está por así decir, en contacto con cierto número de otras personas, algunas de las cuales están en contacto directo entre si y otras no. Creo conveniente denominar red a un campo social de éste tipo. La imagen que tengo es la de una red de puntos de los cuales algunos están unidos por segmentos de recta. Las personas, c a veces, los grupos serían los puntos de esta imagen y los segmentos de recta indicarían quienes interactúan entre sí (Attneave y Speck, citando a Barnes, 1974).

Bott (1957) utiliza una metodología similar para analizar las practicas de interacción informal de la familia extensa.

Lindeman (1979), valoriza, a través de numerosos trabajos, la posición central de redes sociales personales - familiares de un individuo, dentro de la codeterminación de efectos, a corto c a largo plazo, en una situación de crisis.

Para finalizar, Speck y Attneave ( 1973) y Rueveni (1979), fueron los primeros en aplicar estas nociones recolectadas en reuniones terapéuticas con la familia extensa y la red informal de relaciones para tratar a pacientes en crisis.

Elkatim (1989) desarrolla el concepto de red social, que implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo, considerándolo como un sistema abierto y que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y con integrantes de otros grupos sociales, posibilita la potencialización de los recursos que poseen. Cada miembro de una familia, de un grupo o de una institución se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, pues como lo manifiesta Sluzky (1990), la red social representa la sumatoria de todas las relaciones que cuentan realmente o que son percibidas como tales, por un individuo este define el nicho social propio que contribuye a su reconocimiento, la red constituye una fuente esencial de sentimiento de identidad, del deber ser, de competencia, de acción, así como las actitudes habituales a nivel de la salud y de modo de adaptación en caso de crisis.

Los diversos aprendizajes de una persona se potencian cuando son socialmente compartidos en procura de solucionar un problema común.

El autor especifica algunos conceptos teóricos que forman parte de la epistemología y de la comprensión del concepto de red social, tales como: Unidad biosociopsicocultural del hombre. Elkaim citado a Morín (1982) afirma que el término está aceptado por todas las disciplinas, sin embargo, reenmarca la necesidad de incluir la idea de cultura en esa concepción, ya que “la cultura domina y corrige la naturaleza humana, tal como lo confirman los estudios que realiza la biología moderna.

“Redes” Confirman dos usos fundamentales:

El primero, hace referencia al conjunto de relaciones culturales en un individuo; y el segundo, al campo de las relaciones sociales en general”<sup>38</sup>

Según Broow y Selwick la afiliación de un grupo, empieza con la membresía en una familia en donde la familia media entre el individuo y la sociedad ayudándole a tomar su lugar dentro de un mundo más grande y al mismo tiempo da una protección e intimidad”<sup>39</sup>

Lo anterior plantea una relación directamente proporcional entre familia y sociedad, concebida esta última como totalidad, sin dejar la organización familiar depender de la sociedad.

Por lo tanto lo que suceda en el núcleo familiar afecta a la sociedad directamente y viceversa, ya que la familia es el principal estamento regulador de normas y como institución es el sistema que controla, estabiliza y estandariza las relaciones sociales como principal elemento socializador del hombre.

---

<sup>38</sup> DIRKS Citado por Lomnitz P. 140.

<sup>39</sup> BROOW, Leonard y SELWICK, Philip. Sociología. Compañía Editorial continental S.A. México, 1971, P. 52.

Linton define unas funciones universales de la familia:

- a) Satisfacción de las necesidades sociales. Las cuales están controladas por patrones culturales.
- b) Cuidado y educación de los niños.
- c) Producción económica.
- d) Cuidado de los miembros ancianos o incapacitados.

Para poder cumplir con estas funciones la unidad familiar debe estar estructuralmente asociadas, ser lo suficientemente sólida y duradera para permitir que su organización se convierta en una unidad de cooperación efectiva con el fin de contribuir a un buen funcionamiento de la familia, lo cual como sistema relaciona las diferentes partes individuales.

Al respecto Andolfi anota que “la familia está constituida por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas entre sí e intercambios con el exterior”<sup>40</sup>

La intuición social es la resultante de las relaciones sociales, la cual según Broow y Selwick se puede definir como “el proceso de actuar consciente de otros y de ajustar la reacción a la manera en que otro reacciona.

---

<sup>40</sup> LINTON, Ralph. Estudio del hombre . fondo de cultura económica. México, 1974 P. 159-163.

Teniendo en cuenta lo anterior se puede observar que la relación social es la relación que existe entre dos personas y que la interacción social complementan esta relación con la vivencia entre ellas. Las interacciones del individuo, y la calidad de miembro de grupo son determinados por las diferentes formas en que solucionan los diversos problemas de la vida cotidiana como resultado de las diarias interacciones el individuo estableció relaciones duraderas y así de esta manera se van constituyendo las organizaciones sociales.

Es importante recalcar que la fortaleza de una relación depende de sí satisfacen o frustran, las necesidades del individuo. Así harán la relación fuerte, duradera, débil o transitoria.

Redes sociales según van Duden Hoven “la concibe como grupos de apoyo y la organización. Son observadas críticamente como las condiciones primarias para el desarrollo, así como sus principales objetivos”.<sup>41</sup>

Red social se define como “ el campo de relación total de una persona y tiene por lo común una representación espacio temporal entre muchas personas,

---

<sup>41</sup> ANDOLFI, MAURICIO. Terapia familiar. Un enfoque sistémico. 1984 P. 18.

algunas de las cuales son conocidos por muchos, en tanto que otras solo constituyen un eslabón de una unión entre ellos”<sup>42</sup>.

La red de un individuo cualquiera, es la misma de las relaciones humanas que posee significación perdurable en su vida”<sup>43</sup>.

### **3.9.3 Historia De La Red**

El tema de las redes sociales ha sido desarrollado desde distintas perspectivas y en algunos casos con una denominación diferente.

En la terapia familiar se ha remarcado tanto la función de la red social para el desarrollo y cambio de cada uno de los miembros (Sluzky Et Bott, 1980) como la importancia de apelar a ella en la resolución de situaciones de crisis.

Tomando como base los desarrollos dentro del campo mencionado surge interesante propuestas del abordaje comunitario que consideran la red un factor significativo de análisis. (Speck Et Maldonado, 1990).

---

<sup>42</sup> BROOWY SELZWICK. Ibid P. 35-36.

<sup>43</sup> VAN DUDENHOVEN, NICO – Ponencia sobre educación infantil, niños pequeños familias, grupos de soporte y el sistema formal. Fundación Santillana Madrid 1991. P. 7.

Desde una perspectiva sociológica (Castel y Giddens, 1992) merecen destacarse los aportes que relacionan los procesos de marginalización generados en gran parte por el desempleo, la patología económica y la patología social, las crisis de identidad en las sociedades modernas con la ruptura de las redes sociales de pertenencia y la pérdida de la seguridad de los contextos sociales.

Dado que la temática de las redes sociales interaccionan diferentes ideas y diversas prácticas sería importante considerar las contribuciones que desde el análisis institucional y de grupos se han realizado. En el hospital Lanus (Goldemberg) remarca un abordaje descentrado, apoyándose en la capacidad autogestora de los grupos.

A estos efectos de descentralización es importante destacar que las prácticas en redes sociales se iniciaron en el equipo de aprendizaje y desarrollo del departamento Materno del Hospital Carlos Durand de la ciudad de Buenos Aires, en 1983.

Para los investigadores mencionados comenzar a pensar en términos de red, les ayudaba a reconstruir su propia trama social y crear dispositivos que les permitieran elaborar los medios para ayudar a los demás a hacerlo.

En este proceso de reflexión y descubrimiento de la trama de red social, ya no se pensaba solo en la modalidad de atención hospitalaria sino en la posibilidad de potencializar las redes de solidaridad entre las personas que compartían problemas similares. La difusión de la práctica multifamiliar abrió otras instancias de inserción del trabajo en red, promoviendo la posibilidad del desarrollo en redes e institucionales con la participación de los distintos actores sociales.

Otra de las significantes propuestas de desarrollar trabajo en red propuesta por Elkaim (1989), fue en el ámbito de la educación rural, proponiéndose a través de ellas generar alternativas al aislamiento, desarraigo y falta de pertenencia a la comunidad. Poco tiempo después la propuesta se extendió a trabajar con estas intervenciones en programas de hábitat popular, centrado el interés en las redes intersectoriales.

Para Giddens (1982), es importante considerar el valor de los contextos locales, de las relaciones personales, de la confianza en el otro, de la posibilidad de la participación en la planeación de los programas que afectan la vida del conjunto, ante lo cual plantea la propuesta de desarrollo a Escala Humana, la cual se sustenta en tres pilares básicos. La satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, la generación creciente de autoindependencia y la articulación orgánica de las personas con la naturaleza y la tecnología. Estos pilares se constituyen con la participación de las

persona, la cual debe tener su protagonismo real que incluya la posibilidad de tomar decisiones.

### **3.9.3.1 Estudios Sobre Las Redes**

Estudio relacionado entre las redes sociales y la salud fue dado entre los residentes del Alameda Country, California, realizado entre 1965 y 1974 (Bergman Et Syme, 1979 y Bergman, 1984), citados por Sluzky (1993). Este estudio incluía una correlación entre las relaciones sociales y la mortalidad en una muestra tomada al azar entre siete mil adultos durante nueve años. Los resultados mostraron que los adultos privados de relaciones sociales significativas tiene menos esperanza de vida y por consecuencia más riesgo de morir que aquellos que poseen redes significativas.

Esta fuerte relación entre los vínculos sociales y la esperanza de vida se mantiene (es decir, se homogeneiza dentro de las muestras) así mismo, cuando se hace una primera consulta, controlamos el estado de salud, el nivel socio-económico, la edad, los hábitos de higiene, tales como fumar o consumir bebidas alcohólicas, la obesidad, la actividad física y los recursos relacionados con los servicios de salud.

Estos fueron corroborados por otras observaciones: Blazer, (1982). Las numerosas búsquedas y hallazgos permiten subrayar el carácter protector de

las redes sociales en los estudios concernientes a los riesgos de infarto al miocardio (Reed y otros, 1983) o en los procesos de recuperación luego de un infarto (Medeliel, 1973) en los síntomas físicos y emocionales que han perdido su trabajo.

### **3.9.3.2 Modelo De La Red**

La red social personal puede ser definida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad”<sup>44</sup> Partiendo de esta definición la red social de un paciente incluye al nicho interpersonal del individuo, lo cual contribuye sustancialmente a su propio conocimiento como persona y a su imagen de sí. Las experiencias vividas son piezas claves para la formación de la identidad, bienestar, competencia e incluye los hábitos del cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis.

La red social personal puede ser limitada en forma de un mapa sistematizado en cuatro cuadrantes:

- la familia
- las amistades
- relaciones laborales ó escolares

---

<sup>44</sup> Sluzki, Carlos. La red social: frontera de la practica sistematica, Editorial Gediza. 1966, P. 42.

- relaciones comunicativas, de servicio de salud o credo

Dentro de cada cuadrante es necesario analizar que tipo de relaciones establece el paciente con los demás miembros de la red y es así como encontramos un círculo interior de relaciones íntimas tales como los familiares directos y amigos cercanos; un círculo intermedio de relaciones personales con menor grado de compromiso como por ejemplo aquellas relaciones sociales o profesionales con contacto personal pero sin intimidad; y por último círculo externo de conocidos y relaciones ocasionales tales como conocido de la escuela, trabajo y familiares lejanos.

Para entender mejor la forma como está constituido la red social personal del informante.

**3.9.3.3 Componente de la red social. Elkaim (1989), identifica como componentes que constituyen la red social lo siguiente:**

- Matriz social. Son al totalidad de los contacto y los contextos sociales del individuo. Esta matriz puede estar estructurada pero abarca también las relaciones amorfas e inexpressadas y puede revestir diversas formas.
- Nexos. Las relaciones humanas relativamente durables que se traduce en un contacto visual y tangible. Entre ella encontramos un núcleo familiar y la

relaciones profesionales cotidianas, pero también los amigos, los vecinos, y los comerciantes altamente representados en el espacio y el tiempo.

- **Vínculo.** Es el lazo entre personas. Los vínculos de un miembro de un grupo son los lazos más cargados de afectividad entre todas las relaciones humanas.
- **Grupos.** Los grupos son relaciones humanas con vínculos más o menos lazos, pero que funcionan en un marco estrictamente formal. Un grupo puede estar dotado de reglamentos formales, de una constitución o de decretos, o bien existir como tradición observada por todos de manera implícita y su miembro no obstante estar en condiciones de estar con mucha precisión sobre los criterios de adhesión o exclusión y el tipo de actividades de los otros miembros de la asociación.

En conclusión, en la red se relacionan estos y otros componentes, algunos de los cuales se observan mutuamente y otros no. Desde el punto de vista de las unidades tomadas aisladamente el sistema es ilimitado, pues A puede estar ligado con B que a su vez está relacionado con C y C puede estar vinculado con otras unidades conformando de esta manera la red con sistema abierto, solo se lleva un sistema cerrado si se rastrean todas las relaciones existentes.

### 3.9.4 Características De La Red

Atneave y Ross (1982), afirman que la red social es depositaria de la identidad y de la historia individual y es una fuente de retroalimentación y reconocimiento social, en el sentido de que en tales interacciones cada persona refleja y mantiene una imagen de sí misma, relacionada con el o los roles que cada cual desempeña o asume en esa relación, tales relaciones se caracterizan por ser intensas, recíprocas, valiosas irremplazables y mantenidas voluntariamente, pero no son tanto par el individuo o su familia como para las nuevas relaciones. "Es así como la relación esta estrechamente asociada a un aumento en la frecuencia de perturbaciones psicósomáticas e interpersonales".<sup>45</sup>

Este seria otro factor que influiría en la transacción del paciente con su red, ya que además de su dificultad para comunicarse, también interjuega la migración como factor estresante ante lo cual el paciente puede cronificarse y aislarse a un más de red.

Continua Sluzky: "Parte del larguísimo proceso de socialización en el nuevo ambiente corresponde a la compleja tarea social de organizar una nueva red que pueda satisfacer las necesidades interpersonales. Mientras acontece este proceso de reconstitución de la red, muchas funciones interpersonales cumplidas por la vieja red permanecen insatisfechas". Esto implica que si este

---

<sup>45</sup> ATTHEAVE, ROSS, SPECK. Redes familiares. Argentina: Amorrortu editores, 1972. P.245-248.

tipo de paciente pasa por un proceso de migración va a estar más expuesto a una recaída.

Las circunstancias de una migración conmociona y transfigura la red, generando progresivamente un mapa que contiene: remanentes de la red anterior, aquellos miembros de la red que se reubican juntos frecuentemente la familia nuclear y nuevos vínculos que se van incorporando según el tiempo y las intenciones sociales lo permiten.

Lo habitual es que comparado con lo anterior durante un lapso considerable, la nueva red tendera a ser de menor tamaño, mostrara una distribución en cuadrantes más irregulares, tendrá menor densidad y un repertorio más estrecho de funciones, será menos multidimensional reciproca e intensa. Todo esto caracteriza a una red insuficiente y por tanto que tiende a la sobrecarga y a la descompensación (Crisis interpersonales e individuales), la cual se puede acentuar cuando existen antecedentes de trastornos psiquiátricos.

#### **3.9.4.1 Características Estructurales De La Red.**

Dentro de las características estructurales de la red encontramos:

- **Densidad:** Es la conexión entre miembros independientemente del informante (Amigos míos que son amigos entre sí; parientes cercanos que son a su vez intiman entre sí). El nivel de densidad medio favorece la

máxima efectividad del grupo, ya que cada miembro comparte impresiones (La noto deprimida ¿A ti que te parece?). Una red con nivel de densidad muy alto favorece la conformidad en sus miembros. Un nivel de densidad muy bajo reduce la efectividad por la falta del afecto.

- Composición o distribución: Esto implica que “proporcionan al total de miembros de la red esta localizada en cada cuadrante de cada círculo”.<sup>46</sup> Las redes muy localizadas son menos flexibles y afectivas, generando menos opciones que las redes de distribución más amplias. Encontramos gentes que su red significativa se centra en “Familia” de la que dos miembros (hermano y el marido, por ejemplo) se localiza en círculo interior y el resto en el círculo intermedio lo cual hace al informante muy dependiente de esas dos personas centrales.
  
- Dispersión: “Es la distancia geográfica entre los miembros”,<sup>47</sup> lo que obviamente afecta la facilidad de acceso del informante, afectando así la sensibilidad de la red a las variaciones del individuo como la eficacia y velocidad de respuestas a las situaciones de crisis.
  
- Atributos de vínculos específicos: Hace referencia al compromiso y carga de la relación, durabilidad historia en común.
  
- Tipo de funciones cumplidas por cada vínculo y por el conjunto, lo que será discutido a continuación.

---

<sup>46</sup> SLUZKY, CARLOS. La red social: Fronteras de la practica sistémica, editorial Gedisa. 1966. P.46-47-48.

<sup>47</sup> SLUZKY, CARLOS. La red social: Fronteras de la practica sistémica, editorial Gedisa. 1966. P.48.

### 3.9.4.2 Funciones De La Red

“El tipo prevalente de intercambio interpersonal entre los miembros de la red determinan las llamadas funciones de la red”.<sup>48</sup> Dentro de ellas tenemos:

- **Compañía social:** Es el estar en compañía de una o varias personas realizando actividades como ir al cine, salir de compra, estudiar juntos, etc.
- **Apoyo emocional:** Es poder contar con el apoyo emocional y la buena voluntad del otro, experimentando así un clima de comprensión, simpatía, empatía, lo cual caracteriza a las amistades íntimas y las relaciones familiares cercanas.
- **Regulación social:** Son las interacciones que recuerdan y reafirman responsabilidades y roles, neutralizan las desviaciones del comportamiento que se aportan de las expectativas colectivas y favorecen la resolución de conflictos.
- **Ayuda material y de servicios,** es decir, colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física, incluyendo los servicios de salud. De hecho, los terapeutas y otros trabajadores de salud mental suelen constituir un componente importante de la red de muchos pacientes.

Cada vínculo de la red puede cumplir muchas funciones. Así tal vez tienes una hermana con la que no compartes tus intimidades, pero que es perfecta como acompañante cuando estás enferma: Se constituye en interlocutor apto

---

<sup>48</sup> SLUZKY, CARLOS. La red social: Fronteras de la práctica sistémica, editorial Gedisa. 1966. P.48.

para charlas livianas, mientras pone un poco de orden en tu dormitorio (Compañía social y ayuda material). En cambio una amiga íntima es el paño de lágrimas para las penas del alma (Apoyo emocional), pero no para las miserias del cuerpo, que no pueden entender por que ella no se enferma nunca.

### **3.9.4.3 Atributos De Vinculo**

Cada vínculo puede ser analizado en términos de sus atributos, tales como:

- La frecuencia de los contactos: Es indagar la distancia o contacto entre los miembros; es importante mencionar que a mayor distancia, mayor el requerimiento de mantener el contacto para mantener la intensidad.
- Historia del vínculo: Es indagar desde hace cuanto tiempo se conocen y cual es la experiencia previa de activación del vínculo.
- La intensidad o el compromiso de la relación: Es decir, el topismo o atracción entre los miembros; también puede ser definida como grado de intimidad.

### **3.9.5 Redes: Los Tejidos De Las Relaciones Sociales**

Los procesos de la interacción social son la base para la creación de las relaciones sociales. “una relación social cualquiera patrón de interacción relativamente perdurable entre dos ó más personas”. La mayoría de la gente tiene muchas relaciones sociales, desde conocidos ocasionales hasta las

amistades íntimas y los lazos familiares cercanos. Estos conocidos, amistades y pacientes, a su vez, interactúan con otros y así se desarrolla un cierto conjunto de vínculos sociales que se entre cruzan. “el tejido de relaciones entre conjunto de personas que están unidas directa o indirectamente, mediante varias comunicaciones y compromisos se llama red”.<sup>49</sup> Para ver la fórmula como las redes pueden utilizarse para cumplir las metas de las personas, consideramos el proceso de redes para encontrar un empleo.

Karl E., es un ingeniero recién graduado de la universidad, su padre también es ingeniero oyó de un colega que había una posibilidad de empleo que en una compañía cercana. El colega había oído sobre esa posibilidad de un vendedor que había visitado la compañía y lo había oído de su jefe. Karl presentó su hoja de vida y más tarde lo aceptaron para el empleo.

La búsqueda del empleo de Karl E., empezó con una de esas relaciones de su red personal, los vínculos con su padre. Pero la red personal de Karl, también incluye otras muchas relaciones, no precisamente vínculos con otros pacientes, sino también con amigos, antiguos maestros y conocidos de varias clases. Todas estas personas que él conoce y con quienes interactúan, forman la red de vínculos sociales directos de Karl. Todas las personas de la red de Karl también tienen su propia red.

---

<sup>49</sup> DANO. SOCIOLOGÍA.

### 3.9.5.1 La Importancia De Los Patrones De La Red:

Debido a que los patrones que encierran la redes sociales son tan importantes, los sociólogos ha desarrollado múltiples conceptos para describirlos. Uno de ellos es el concepto de densidad, que “Es el grado en el que se han efectuado efectivamente todos los vínculos posibles entre las personas dentro de la red”.<sup>50</sup> Esta característica se expresa en forma de porcentaje.(en el ejemplo de Karl E., tal como se ha descrito, solamente cuatro de los diez posibles vínculos entre las cinco personas realmente se efectuaron proporcionando una densidad de 40%). En relación con el concepto de densidad, está el concepto de alcance, “El número de los pasos que necesita una determinada persona en una red para alcanzar otra de esa red”.<sup>51</sup> en el caso de Karl necesita de varios intermediarios para poder tener contacto con otro miembro de la red. Por ejemplo, cuatro pasos le bastaron a Karl, para llegar hasta la secretaria de la compañía que tenía una vacante.

Otro concepto útil para descubrir la estructura de la red, es el concepto de rangos. “el rango es la cantidad de contactos directos que cualquiera persona tiene dentro de una determinada red”.<sup>52</sup> En la red que estamos considerando, el rango de Karl es muy estrecho. El tiene contacto directo solamente con una persona, su padre. El padre de Karl por el contrario tiene dos, sus contactos directos han sido con su hijo y con su colega de trabajo.

---

<sup>50</sup> LIGHT, Donald, Sociología. México: Mc Graw-Hill. 5ta. Edición. 1991, P. 64.

La densidad, el alcance y el rango son aspectos de la red que pueden cuantificarse. Otras características de la red son más cualitativas. Una de las más importantes es el contenido "el significado que las personas atribuyen a sus relaciones de red". El vínculo entre Karl y su padre es el de una familia cercana, mientras que el vínculo de los amigos relacionados por el trabajo. Las personas pueden atribuir muchos otros significados posibles a sus conexiones sociales dependiendo de las finalidades sobre las cuales se han formado los vínculos particulares la identificación de esta finalidades es muy importante para entender la forma como funcionan las diferentes redes.

También es importante entender la forma como funcionan las redes, la dirección de los vínculos, es decir, el grado en el que la comunicación, las influencias, y demás fluyen en varias direcciones o solamente en una dirección.

La habitual es que, comparada con la anterior, durante un lapso considerable, la nueva red tendrá a ser de menor tamaño, mostrará una distribución en cuadrantes más estrecho de funciones, será menos multidimensional, recíproca e intensa. Todo esto caracteriza a una red insuficiente y por tanto, que tiende a la sobrecarga y a la descompensación (crisis interpersonales e individuales), la cual se puede acentuar cuando existen antecedentes de trastorno psiquiátricos.

---

<sup>51</sup> Ibid.

La construcción de una red social se hace a través del lineamiento de un mapa. Sluzky (1990) afirma que un mapa de red comprende o abarca a todas las personas con las que interactúan el individuo e incluye un < círculo intermedio > de relaciones personales, con los cambios que establece un grado de intimidad y de menor compromiso (ejemplo: los conocidos, los miembros medio distantes de la familia) y un < círculo exterior > de conocidos y de relaciones que son ocasionales (los compañeros de escuela, los colegas de trabajo, la familia distante, los practicantes de su mismo culto). Podemos encontrar también de forma más precisa el mapa de una red agregando las “Secciones” que delimitan los cuatro sectores siguientes: la familia, los colegas de trabajo, contactos dentro de la comunidad o la iglesia, la unión en un momento dado de todas estas conexiones y lazos puede constituir la red social de un individuo.

Un mapa de red se construyen indicando por puntos cada relación dentro del espacio que le corresponde y empalmando o uniendo con una línea las personas que se conocen y una línea que une a cada uno de los puntos a un punto central el cual representa a la persona sobre la cual se ha diseñado el mapa de red.

Construir una red es un proceso continuo, a la vez que colectivo es individual igualmente durante los períodos más notables se unen o son aislados

---

<sup>52</sup> Ibid.

emocionalmente, ellos evolucionan de una esfera o de un cuadrante al otro y las cualidades de las relaciones donde ellos funcionan pueden modificarse. Entonces, nosotras consideramos que la red social, es pues un sistema viviente y dinámico que evoluciona con el tiempo y las circunstancias, las cuales ayudan a la construcción de un nuevo mapa donde se mezclan los antiguos y los nuevos lazos que se crean cuando se genera los cambios tanto individuales como sociales.

Sluzky (1990), menciona que los elementos de una red se puede analizar y evidenciar más fácilmente cuando la familia, se muda o se instala en un nuevo lugar, demuestra como cada uno de los miembros se moviliza para adaptarse y construir una red. Sin dejar de ser un hecho consciente, cada miembro sufre un proceso durante el cual las relaciones con ciertos miembros de la red que ha dejado son retenidas y mantenidas por los intercambios de cartas y llamadas telefónicas, o simplemente a través de recuerdos, mientras que otros hacen uso de la construcción de la realidad lo cual es pertinente tanto si posibilita una acción eficaz, como si genera una diferencia observable responde a un período de duelo, el cual está minimizado o subestimado por la necesidad prioritaria de adaptación a su nuevo medio ambiente. Dentro de las aptitudes adaptativas intervienen los esfuerzos emprendidos para construir una nueva red que podría reemplazar al menos, en parte las funciones y los vínculos afectivos perdidos durante el proceso de desplazamiento. Los esfuerzos en este sentido serán más difíciles según las características del nuevo ambiente, por ejemplo los medios urbanos pueden demostrarse más o menos acogedores que los medios rurales para el establecimiento de una red

social y por supuesto, en función de la manera en que el recién llegado se moviliza para penetrar dentro de la estructura social existente.

Dentro de este largo proceso de reconstrucción de una red, muchas de las relaciones interpersonales reemplazadas anteriormente por las viejas redes quedan vacías. Es decir que en este período se pueden durar años, la familia se estreza de manera crítica, lo mismo ocurre, si los miembros del sistema no se dan cuenta de la ausencia de ciertas funciones iniciales para su propio bienestar. En estas circunstancias cada miembro de la familia padece de una gran necesidad de los otros, pero por esta razón está menos disponible a los otros.

En conclusión, si comparamos esta red con la anterior, esta última quedará un poco más pequeña, presentará una distribución menos regular, una densidad más reducida y un repertorio de funciones más estrechas menos recíprocas y menos intensas. Todo esto va a crear una red que podría ser insuficiente y entrar fácilmente en estado de sobrecarga (necesidades proyectadas sobre la posibilidad interpersonales).

La toma de conciencia del estrés que estaba olvidada, que provoca la ruptura de la red, el duelo de las funciones y de los lazos perdidos y de los conflictos potenciales suscitados por la sobrecarga de relaciones y de malos entendidos tiene implicaciones tanto a nivel individual como de relaciones.

### **3.9.5.2 Análisis De La Red Como Una Poderosa Herramienta**

El análisis de la red existente entre muchas personas es una poderosa herramienta para conocer las diferentes tipos de interacciones entre la comunidad. El análisis de red puede definir los bloques fundamentales del edificio de la vida social.

Un status, por ejemplo, puede considerarse como una posición dentro de una red social, un rol es un acuerdo sobre quien hace cosas dentro de las redes. “Los investigadores también pueden utilizar los conceptos de red para comparar las organizaciones sociales”.<sup>53</sup>

El análisis de red también puede mostrarnos como diversos factores la información, el influjo, los recursos, la asistencia, fluye de un individuo a otro a lo largo de los vínculos de la red, proporcionando un cuadro muy dinámico de la sociedad. “Este análisis repetidamente demuestra que los tipos de vínculos sociales que tenemos interesan en forma frecuentemente inesperados por las personas, por ejemplo, si se estuviera buscando un empleo para iniciarse en administración de empresa, ¿Qué clase de red piensa que sería más provechosa para usted?, ¿Una red que está conformada principalmente por personas muy cercanas a usted con las cuales tiene lazos muy fuertes? ¿O una red que incorpora una gran cantidad de conocidos casuales, personas con quien usted está apenas débilmente vinculado. El sentido común podría surgir

---

<sup>53</sup> Ibid, P. 65

que la red de vínculos fuertes podría proporcionar más asistencia”. Las personas cercanas a usted, después de todo, están motivadas fuertemente a proporcionar a sus necesidades una alta prioridad. El hecho de que Karl encontrara su posición a través de su padre, es atípico. Comúnmente, nuestros contactos más fructíferos son las personas que no vemos con frecuencia y con los cuales tenemos vínculos emocionales débiles, ¿Cuál es la razón de este patrón? La respuesta descansa en el beneficio de ampliar los recursos personales de información. “los vínculos más cercanos en su red social tienden a estar conectados a muchas de las mismas personas de las cuales usted formará parte, mientras que los vínculos débiles, por lo tanto, ofrece una escala mayor de información que aquellas que sus amigos cercanos y familiares pueden suministrarle”.<sup>54</sup>

Más de una década de investigación sobre el valor de los vínculos débiles en las redes sociales, ha ayudado a mejorar la comprensión de cuando y para quién esas relaciones son más benéficas. Por ejemplo, los estudios muestran que en la búsqueda de empleos, los vínculos débiles son utilizados más por personas mejor adecuadas que están buscando posiciones gerenciales y profesionales (Erickson y Yancey, 1980; Langlois, 1977). Tales personas tienden a mantener una red grande de colegas que sabían de posibles oportunidades en muchos lugares (Bridgers y Villmez, 1986; Marsden y Hurbert, 1986).

---

<sup>54</sup> Ibid, P. 65.

### 3.9.5.3 Narrativa Del Modelo Sistémico

Así como la terapia de familia ha crecido y evolucionado bajo la influencia de la cibernética de primer y segundo orden, de igual forma lo ha hecho los modelos de red llegando al construccionismo posmoderno el cual está centrado en la Narrativa.

Al respecto Sluzky (1996), comenta:

Así como el salto cualitativo que permitió el desarrollo de la Cibernética de primer orden fue provisto por la noción de recursividad o retroalimentación que dio la luz a la noción de circularidad del sistema, el salto generado por la Cibernética de segundo orden fue facilitado por la realización de que la relación entre el observador y lo observado es también circularmente sistémica y por lo tanto no existe un sistema allá fuera del que el observador es testigo imparcial, privilegiado, excluido de los procesos sistemáticos.

Desde este punto de vista tanto como el paciente como los miembros de su red se mueve en un patrón circular de interacción con respecto al problema; lo cual indica que todos de alguna manera describen o narran consensualmente el problema de tal forma que se mantiene.

Es así como la Narrativa se adopta como un nuevo nivel de análisis de los procesos sistémicos.

Siguiendo a Sluzky, la Narrativa es un sistema constituido por actores o personajes, guión (incluyendo escenarios donde transcurre la acción y acciones, historia y contextos previos) y contexto, ligados entre sí por la trama Narrativa, es decir, por un conjunto de conectores, lógicos explícitos o implícitos que establece la relación entre actores, guión y los actores (y viceversa), etc. A su vez, este conjunto de actores-guión-contexto y trama posee corolarios morales (propone víctimas y victimarios, héroes y villanos, nobles y bastardos), corolarios interpersonales (con quién la gente se conecta, como y por que) y corolarios comportamentales (la gente basa su conducta en esas historia, que operan como guía así como contexto de justificación). Estos corolarios, a su vez reconstituyen, reafirman, solidifican, la historia y forman, por lo tanto, parte del sistema de la Narrativa.

Es así como la red que concuerda con una descripción de un problema dado no sólo mantiene una descripción consensual de que constituye el problema y cuales son sus posibles soluciones, sino que esta conversación consolida el sistema y lo mantiene funcionando como tal,

Es por eso que el paciente no es único foco de análisis sino las personas con las que interactúan, las que hacen parte de su red.

Todos ellos constituyen el sistema Narrativa alrededor del trastorno en donde los actores son el paciente y los miembros de su red, el guión son todas las

conversaciones con respecto al síntoma, entre los diferentes actores (entre los profesionales de la salud mental, el hogar, el barrio, el trabajo, la iglesia, etc., en donde las situaciones que se generan son construidas por los personajes para dar sentido y mantener la estabilidad del macrosistema (en el caso de la red, esta continúa con una visión reducida sobre la enfermedad mental).

En el trasfondo de esta trama interjuegan creencias, temores, valores sobre la enfermedad mental que de alguna u otra forma sirve para proteger la estabilidad de cada sistema, donde el paciente continúa siendo el foco de intervención.

Pienso que las instituciones de la salud mental de nuestro país necesitan enfrentarse a esos temores y definir sus creencias y valores adoptando los niveles de observación, aceptando que son partícipes de esta problemática y no que están fuera de ella.

El modelo de Red Social planteado por Sluzky (1996), es el que será base de esta investigación. Quien opina: los contextos culturales y subculturales en los que estamos sumergidos, los contextos históricos, políticos, económicos, religiosos, de circunstancia medioambientales, de existencia o carencia de servicios públicos, económicos, religiosos, de circunstancias medioambientales, de existencia o carencia de servicios públicos, de idiosincrasias de una región o un país o relacional del individuo. En un nivel

más microscópico, a su vez, la Red social Personal (sobre la cual se basará esta investigación) puede ser definida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad.

Esta red corresponde al inicio interpersonal de una persona y contribuye substancialmente a su propio reconocimiento como individuo y a su imagen de sí.

La red social personal puede ser registrada en forma de mapa mínimo que incluye a todos los individuos con los que interactúan una persona dada. El mapa puede ser sistematizado en cuatro cuadrantes: familia, amistades, relaciones laborales o escolares (compañeros de trabajo o estudio) y relaciones comunitarias, de servicio (por ejemplo, servicios de salud) o de credo.

Sobre estos cuadrantes se inscriben tres áreas: un círculo interior de relaciones íntimas (tales como familiares directos con contacto ciudadano y amigos cercanos); un círculo intermedio de relaciones personales con menor grado de compromiso personal pero sin intimidad, amistades sociales y familiares intermedios) y un círculo externo de conocidos y relaciones ocasionales (tales como conocidos de escuela o trabajo, buenos vecinos familiares lejanos, o cofeligreses).

Para efecto de esta investigación, se define miembro significativo como la persona con la cual se tiene un vínculo biológico y/o afectivo, funcional o disfuncional, que ha desempeñado un rol importante en el ciclo vital de la paciente diagnosticado con anorexia. Para la selección de los miembros significativos se tendrá en cuenta los siguientes criterios: se seleccionarán en primera instancia las personas ubicadas en los otros círculos que tengan un significado afectivo para el paciente, por haber compartido momentos cruciales de la vida del paciente o porque el paciente las haya definido como importantes. Estas personas se entrevistarán dependiendo de su disponibilidad de tiempo y su deseo de colaborar en la entrevista.

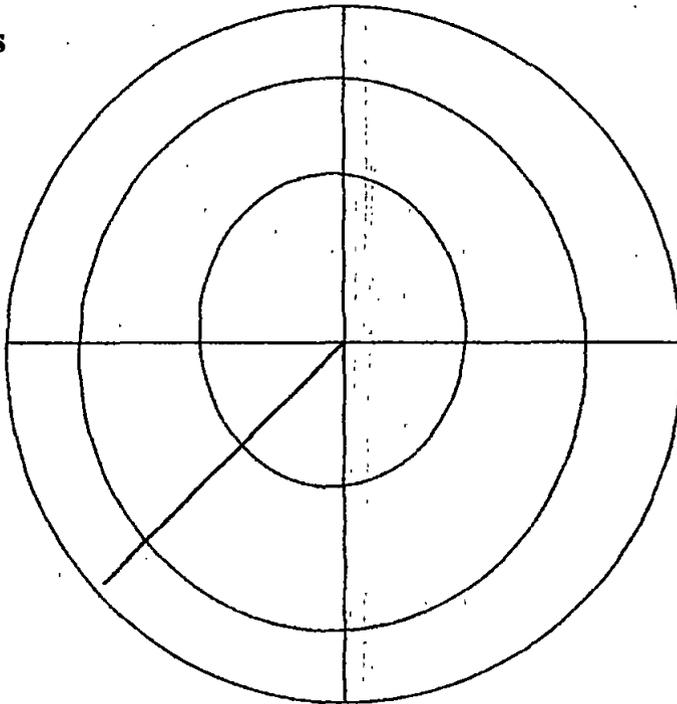
El conjunto de los habitantes de ese mapa mínimo (marcado con puntos), a aún mejor, de estos vínculos (marcados con líneas entre dos o más puntos), constituye la red social personal del informante.

Este mapa constituye, por cierto, un registro estático del momento que se revela, o de algún momento del pasado reconstruido por el informante. (Ver Figura N. 1).

## MAPA DE RED

**Amistades**

**Familia**



**Relaciones comunitarias**

**Relación de trabajo ó  
Estudio.**

### 3.9.5.4 Terapia De Redes

Los trabajos realizados en otros países sobre redes y terapia familiar comparten con este programa unos planteamientos generales comunes, ya que permiten resolver problemas graves y situaciones del bloqueo o crisis de un modo coordinado y conjunto.

Las características propias de una red social, una red asistencial o una red posibilitan un marco de relaciones privilegiadas para ofrecer alternativas terapéuticas operativas en situaciones donde la respuesta no puede darse desde una sola instancia”.<sup>55</sup>

La mayor parte de los trabajos de “Terapia de red” o “Intervención de red” descritos por Ross V. Speck (1973), Mony Elkaim (1989) o Navarro Góngora (1982), hacen referencia a redes sociales con grupo amplios de personas vinculadas al problema por lazos de parentesco, amistad o vecindad. Las técnicas de intervención descritas se refieren a la condición de grandes grupos de apoyo para plantear soluciones múltiples a un problema, proporcionando un apoyo social como alternativa a otras respuestas institucionales como el internamiento crónico, la hospitalización y la reclusión. Las técnicas empleadas en estas sesiones de red desde este planteamiento van dirigidas a evitar efectos de contraposición de medidas terapéuticas, a facilitar los procesos de situaciones de crisis las pautas repetitivas disfuncionales entre los subsistemas intrafamiliares o interinstitucionales.

### **3.9.5.5 Objetivos De La Terapia De Redes**

- Resolver un problema individual o familiar grave cuando las alternativas del sistema familia-terapeuta son insuficientes o han fracasado.

---

<sup>55</sup> GONGORA NAVARRO, José. Avances en terapia familiar sistémica. Barcelona: ediciones Paidós. 1995.

- Facilitar los procesos de comunicación entre redes familiares, sociales y asistenciales.
- Evitar situaciones de confrontación de instituciones asistenciales que inciden sobre un mismo problema.
- Acelerar los procesos de resolución de crisis agudas en sistemas con alta incidencia social o institucional.
- Plantear nuevas alternativas asistenciales en situaciones de cronicidad clínica o institucionalización prolongadas.
- Prevenir posibles etapas de alto riesgo en sistemas familiares con problemas crónicos.
- Optimizar los recursos terapéuticos y asistenciales en determinadas áreas de trabajo educativo, clínico o social.
- Evitar disfunciones relacionales institucionales.
- Aplicar programas de salud mental en instituciones asistenciales de alto riesgo profesional.
- Generalizar adquisiciones educativas o relaciones adquiridas en contextos a ámbitos familiares y/o viceversa.

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La anorexia es un trastorno de la alimentación caracterizado por una percepción distorsionada de la imagen corporal, que se ve reflejado por el deseo irrefrenable de delgadez con resistencia a comer o a retener lo ingerido; se desarrolla por lo general por periodos que van desde la pubertad pasando por la adolescencia hasta la juventud. En la actualidad este trastorno es considerado de origen multifactorial y que solo puede comprenderse desde un enfoque biopsicosocial de allí surge la necesidad de estudiar la red social personal de la paciente indagando los vínculos interpersonales e interacciones que la sujeto mantiene con su familia, amigos compañeros de trabajo y/o estudio y de la comunidad. Para describir la red social de la paciente es necesario estudiar tanto la estructura, la funcionalidad y vínculos establecidos con cada miembro que la paciente ubique en el mapa de red. En una investigación realizada por SELVINI PALAZZOLI (1974) y MINUCHIN (1978) estudiaron a profundidad los aspectos culturales y dinámicos de la familia de los anoréxicos, en el cual encontraron que el modelo familiar que con frecuencia se encuentra en el entorno de muchos de estos pacientes se caracteriza por la rigidez para cambiar y adaptarse a nuevos patrones de exigencia y la sobreprotección especialmente a hijos mayores afectando así la autonomía e independencia que va adquiriendo el adolescente en la etapa de su desarrollo de allí este es un factor que predispone al individuo a presentar características propias de este trastorno como lo es : el temor

a crecer, a madurar , a manejar la independencia, el individuo puede percibir claramente el temor de sus padres a que eso suceda y sufren en realidad por la falta de estímulos por parte de ellos para animarse a entrar en ese mundo adulto. Otro de los factores más significativos para que el trastorno pueda desarrollarse es el sociocultural en donde se sobre valora la delgadez, el cambio del rol de la mujer en la ciudad y la presión publicitaria que resalta “El cuerpo esbelto de una mujer”. Esa presión hace que la enfermedad se presente con mayor frecuencia en mujeres y se desarrolla en un 80 % en adolescentes, debido a que esta es la etapa en la que el individuo experimenta cambios físicos y Psicológicos. Y en muchos de los casos no ser diagnosticados desde el mismo momento en que se presentan los síntomas; los padres pueden pasar por desapercibidos durante un largo tiempo hasta que la adolescente pase a la etapa de adulto joven y es cuando los síntomas se hacen mas notorios.

Teniendo en cuenta lo anterior la presente investigación busca las características de la red social personal de una paciente de 22 años de edad diagnosticada con anorexia que asiste a tratamiento Psicológico en consulta privada en la ciudad de Barranquilla.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir las características de la red social personal de una paciente de 22 años de edad diagnosticada con anorexia, que asiste a tratamiento en consulta privada en la ciudad de Barranquilla.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar las características estructurales de la red social personal de la paciente anoréxicos.
- Conocer la funcionalidad de las interacciones que se dan entre la paciente y su red social personal.
- Identificar los vínculos establecidos entre los miembros de la red social de la paciente.

## 6 DEFINICIÓN DE VARIABLES

### 6.1 Definición Conceptual

### 6.2 Definición Operacional

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADOR
<b>ANOREXIA:</b> Es una enfermedad de etiopatogénica, sólo parcialmente conocida, en la que la alteración nuclear no es rigor la anorexia, sino el deseo irrefrenable de adelgazar, con resistencia a comer o a retener lo ingerido <sup>49</sup> .	<b>TIPO RESTRICTIVO</b>	Conducta de rechazo hacia la comida. Hacer dietas rigurosas. Realizar ejercicios Tiempo Frecuencia Deseo de comer sola.
	<b>TIPO COMPULSIVO PURGATIVO</b>	Purgas después de ingerir alimentos.  Consumo compulsivo y rápido de grandes cantidades de alimentos. Repetición de las comidas.
<b>RED SOCIAL PERSONAL:</b> “ Es el sistema de un individuo que incluye a todo el conjunto de vínculos interpersonales del sujeto como lo es la familia, amistades, relaciones de trabajo, de estudio, de inserción comunitaria y de práctica social” <sup>50</sup> .	<b>CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES :</b> Se dividen en:  DENSIDAD  DISTRIBUCIÓN  DISPERSIÓN	Miembros de la red social personal que se conoce entre sí. Contacto distante o cercano de los miembros que se ponen de acuerdo para ayudar a la paciente.  Número de miembros de la red de la paciente diagnosticada con anorexia ubicada en los cuadrantes del mapa de la red.  Ubicación geográfica de los miembros más significativos de la red social de la paciente diagnosticada con anorexia (lugar donde viven). Distancia geográfica entre los miembros de la red de la paciente diagnosticada con anorexia. Acceso de la paciente a los miembros de la red en situaciones de crisis teniendo en cuenta la ubicación geográfica de los miembros.

<sup>49</sup> VALLEJO, Ruiloba, Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona Masson, 1994. Pág. 274.

<sup>50</sup> SLUZKI, Carlos la red social frontera de la practica sistémica; Editorial Gedisa 1996. Pag 37.

	<p><b>CARACTERISTICAS FUNCIONALES:</b> Se divide en:</p> <p>Apoyo Emocional</p> <p>Compañía Emocional</p> <p>Regulación Social</p> <p>Ayuda material y de servicio</p>	<p>Personas de la red que le brindan apoyo emocional cuando se le presenta un problema a la paciente diagnosticada con anorexia. Tipos de problemas que antes los cuales estas personas le brindan apoyo emocional.</p> <p>Personas con las que compartes actividades de recreación en el tiempo libre.</p> <p>Personas que regulan el comportamiento desviado que presenta la paciente.</p> <p>Personas que ofrecen ayuda material en especie y en dinero cuando la paciente presenta una enfermedad o crisis de anorexia.</p>
	<p><b>ATRIBUTO DEL VINCULO</b></p> <p>Frecuencia de contacto</p> <p>Historia del vinculo</p> <p>Intensidad ó compromiso de la relación</p>	<p>Ubicación geográfica de los miembros de la red.</p> <p>Frecuencia ó número de contactos que establece los miembros de la red con la paciente en presencia o ausencia de crisis.</p> <p>Tiempo que conoce la paciente a los miembros de su red.</p> <p>Características de la red interacciones que establece la paciente con los miembros de la red:</p> <p>Descripción de la relación</p> <p>Agrado que siente hacia ellos</p> <p>Factores asociados con la duración de la relación</p> <p>Personas con las cuales ha perdido contacto</p> <p>Motivo por los cuáles ha perdido contacto.</p>

## 7. METODOLOGIA PRELIMINAR

### 7.1. DISEÑO

Para llevar a cabo la investigación se utilizará la metodología de diseño de estudio de caso. Robert Yin define un estudio de caso como “una indagación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real de existencia y que no son claramente evidente”.<sup>61</sup> En virtud de la definición anterior se desea conocer de forma exhaustiva la red social personal de una paciente diagnosticada con anorexia. Indagar detalladamente el ambiente en el que se desarrolla la paciente, analizando los diferentes factores que interactúan como lo son las características estructurales, funcionales y atributos de vínculos de red que mantiene, y su relación con la paciente.

De acuerdo al nivel de profundidad del conocimiento que se desea obtener, está investigación es de tipo cualitativo descriptivo. Briones(1981), define la definición descriptiva “ Como aquella encaminadas a presentar las características o manifestaciones de un fenómeno o problema”.<sup>62</sup> Teniendo en cuenta la anterior definición es necesario utilizar el método descriptivo para el cumplimiento de los objetivos.

---

<sup>61</sup> SANDOVAL CASILINAS, Carlos. Investigación cualitativa. Correas, 1997.p. 88-89

<sup>62</sup> CORRALES SILBAJAS, Marcos manual para la elaboración de propuestas, proyectos y anteproyectos , P.127 – 128.

## **7.2 POBLACION**

La población escogida para aplicar los instrumentos es de 29 miembros que conforman la red social personal de la sujeto de estudio; entre ellos tenemos miembros que establecen vínculos con la paciente de amistad, familiar, relaciones comunitarias o de salud y educativas.

## **7.3 MUESTRA**

La muestra seleccionada para llevar acabo la investigación fueron 6 miembros que pertenecen a la red social personal de la sujeto estudio entre ellos tenemos:

- La paciente: es una persona del sexo femenino de 22 años de edad, perteneciente al nivel socioeconómico medio, estudiante de la facultad de fisioterapia de la Universidad Simón Bolívar; y que actualmente asiste a tratamientos Psicoterapéutico en consulta privada.
- La dueña de la pensión donde reside la paciente.
- El primo paterno de la paciente.
- Dos amigas significativas de la paciente.
- Una compañera de estudio.

## **7.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

Para la recolección de la información durante el desarrollo de la investigación se utilizará las siguientes técnicas e instrumentos.

### **7.4.1 Historia Clínica**

La historia clínica que se va a aplicar se compone de datos de identificación, historia personal, familiar, escolar, laboral, social, antecedentes familiares, enfermedades padecidas, tratamiento, ciclo vital y familiar de la paciente entre otros.

Esta historia se aplicará con el fin de recolectar el mayor número de información con el propósito de que sirvan para aumentar el conocimiento respecto a la forma en que interactúa el sujeto y cómo ha llegado a construir su Red Social.

En la parte de anexos se presenta un diseño de la historia clínica a aplicar (Anexo 1).

### **7.4.2 Cuestionario para diagnosticar la anorexia**

Este instrumento fue elaborado teniendo en cuenta los criterios del DSM IV, para confirmar si el sujeto de estudio padecía de este trastorno; el cual fue valorado por la doctora ADRIANA ALTAMAR (ver anexo B).

### **7.4.3 Mapa De La Red Social**

El mapa de la red será sistematizado en cuatro cuadrantes: familia, Amistades, Relaciones laborales ó escolares y relaciones comunitarias. Dentro de este será registrado todos los individuos con los que interactúa el sujeto de estudio.

El modelo de este mapa fue retomado del libro “La red social frontera de la práctica sistémica. SLUZKI, Carlos (ver Anexo H).

### **7.4.4 Entrevista Semiestructurada**

“La guía de entrevista es un plan de información donde el investigador prepara un listado de preguntas que permite conducir la discusión, profundizar y ampliar los aspectos más revelantes para el estudio. Así mismo la guía no es un esquema rígido sino un medio para asegurar que la información fluya de manera lógica y flexible sin descuidar los objetivos de la entrevista”.<sup>63</sup>

A su vez la entrevista se define como una conversación que se da entre dos o más personas, en donde uno hace el papel de emisor y otro de receptor; para crear un clima de confianza y obtener información necesaria sobre el tema.

---

<sup>63</sup> SABINO, Carlos. El proceso de investigación 2º edición. Bogotá panaAmerica P. 178.

La entrevista semiestructurada es una interacción que se establece entre el entrevistador y el entrevistado donde el primero hace muy pocas preguntas directas y deja hablar al entrevistado siempre que vaya tocando los temas señalados en la guía.

“Las preguntas circulares abiertas y cerradas son una herramienta útil para reunir información puesto que provee a la familia la oportunidad de mirarse así misma sistemáticamente, desarrollando una conciencia de interrelación recíproca en sus propios compartimientos promoviendo significativos y espontáneos cambios”<sup>64</sup>

La entrevista a emplear será semi – estructurada ya que se definió de manera organizada y sistemática las variables que se desean conocer; para ello fue necesario elaborar una guía de entrevista para los familiares, una para el sujeto de estudio y otra para evaluar las características, Psicológicas del sujeto. Cabe anotar que estos instrumentos pueden sufrir modificaciones a lo largo de su curso por que en ocasiones se harán anotaciones personales. La técnica se aplicará con el objetivo de conocer los datos relacionados con la red social que tiene el sujeto a quien se está estudiando. La guía de entrevista se tomó de investigación de la doctora Adriana Altamar, la cual fue reestructurada a las características Psicológicas de la sujeta de estudio.

---

<sup>64</sup> PENN, Selvini y Palazzoli y Rosenthal M, David. La evolución de preguntas circulares.

#### **7.4.5 Guía de auto observación para el entrevistador.**

Esta fue diligenciada por el investigador inmediatamente después de la entrevista; ver anexo E, el cual debió observar los aspectos relacionados con su rol como investigador, tales como:

- Manejo y dominio de la guía de la entrevista.
- Explicar al entrevistado claramente el motivo de la entrevista (encuadre de la entrevista).
- Establecimiento de rapport con el entrevistado.
- Controlar Las interferencias que surjan durante la entrevista.
- Cuidarse de no involucrar al observador en la entrevista y en la solución de las interferencias que se presentaron.
- Aclarar dudas.
- No establecer alianzas o coaliciones con el entrevistado o con algún tercero.
- Que el entrevistador conservará su rol jerárquico.
- Coherencia entre la comunicación verbal del entrevistado.

Así mismo, debió registrar cómo se sintió durante la entrevista, qué contenido psicológicos se removieron en el entrevistado; con el fin de redefinirlos y lograr un cierre.

#### **7.4.6 Guía de auto observación para el observador.**

En esta, se tuvo la intención de observar la relación entre los diferentes miembros del sistema investigativo: entre el entrevistador y el entrevistado, y

al mismo tiempo el observador no podía dejar de auto observarse. Ver anexo F.

Esta guía contempla las siguientes variables:

1. Comunicación: En este el observador debió registrar la coherencia entre la comunicación verbal y no verbal, en cuanto al contenido que construye el entrevistado con su familia, y el contenido que construía el entrevistador con el entrevistado.

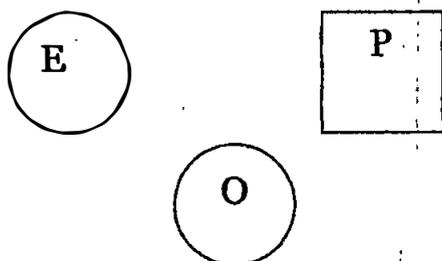
También se observaron las interferencias o problemas que bloquearon y perturbaron la continuidad de la entrevista.

2. Empatía: Contempló la confianza, afectividad y espontaneidad, entre el entrevistador y el entrevistado.

El observador debió registrar si el entrevistador fue claro en la explicación de los objetivos de la investigación ( encuadre), si empleó un lenguaje accesible al entrevistado, seguridad y dominio al responder las inquietudes del entrevistado y de los contenidos tratados; así mismo si se permitió expresar sus inquietudes y emociones.

3. Ubicación espacial del sistema investigativo: Dependiendo del sitio donde se ubicó el entrevistado, se ubicaron el entrevistador y el observador, este último debió colocarse en una posición estratégica que le permitió observar

interacciones que se generaron entre el entrevistador y el entrevistado, con relación al contenido tratado. La posición estratégica se representó gráficamente así:



**P** = Padre o Madre

**E** = Entrevistador

**O** = Observador.

Se tuvo en cuenta, las posiciones asumidas durante del sistema investigativo para saber la coherencia entre los contenidos tratados y las interacciones establecidas entre los mismos.

4. estructura de la interacción: Se observó si tanto el entrevistador como el observador, desempeñaron los roles preestablecidos para el desarrollo de la entrevista.

Las funciones que debió cumplir el observador fueron:

- No intervenir entre el entrevistado y el entrevistador.
- El observador no debió hacer manifestaciones verbales al entrevistador y al entrevistado, con respecto a los contenidos tratados durante la entrevista, sólo era posible en la intercesión ( interrupción acordada para la retroalimentación entre observador y entrevistado).

- Registrar las posibles alianzas y coaliciones que se podían generar, entre el entrevistado y el entrevistador, entre el entrevistado y un miembro de la familia y entre el entrevistador y un tercero del que se hablaba.
5. Normas y Limites: Son los acuerdos que establecían los miembros del sistema investigativo que participaba en el momento de la entrevista. El observador debió registrar que estas se cumplieron.

#### **7.4.7 Guía para el cierre de la entrevista.**

Esta guía. La utilizó el entrevistador, con el fin de explorar que tipo de contenidos o procesos Psicológicos se reactivaron en la vida individual y/o familiar, del entrevistado, con el fin de brindarle las pautas, herramientas que le facilitarán el manejo de estas. Ver anexo G.

### **7.5 PRODEDIMIENTO**

Para llevar a cabo este estudio se procedió a seleccionar el tema de interés y se delimitó la temática a investigar, planteando la pregunta problema, posteriormente se realizó una revisión bibliografica a fin de obtener un marco conceptual de referencia.

Una vez definido el tema y establecido el diseño metodológico de este se procedió a plantear los capítulos y subcapítulos del Marco Teórico, los objetivos generales y específicos.

La fase siguiente consistió en elaborar la metodología preliminar, inicialmente se escogieron unos pacientes que asisten a tratamiento en el seguro Social de la Palmas de la Ciudad de Barranquilla, pero al indagar sus historias clínicas se encontró que solo presentaban periodo de inapetencia más no eran diagnosticada con anorexia. Al no encontrar la población necesaria para el estudio se buscaron en hospitales, clínicas y consultorios privados solo se encontró una paciente de 22 años de edad de sexo femenino y estudiante de Fisioterapia de la Universidad Simón Bolívar y que actualmente asiste a tratamiento Psicológico.

Cabe anotar que inicialmente la investigación estaba dirigida por un enfoque Psicodinámico, en la cual se pretendía descubrir las características de personalidad de las pacientes anoréxicas; esta investigación era desarrollada por cinco participantes: cuatro investigadoras y una paciente (unidad de análisis).

Durante la investigación se continuó con el proceso de visita en diversas instituciones públicas y privadas, con el fin de aumentar la muestra la cual no fue posible conseguir.

Ante tal situación no era viable el desarrollo de la investigación con cuatro investigadoras y un sujeto de estudio, por tal razón la investigación tomó dos enfoques diferentes ( conductual y sistémico) con la misma muestra.

El estudio que se desarrolló en esta investigación está dirigido a dar interpretación al fenómeno de anorexia desde una paradigma sistémico.

Al obtener una visión más amplia de las variables de estudio “ anorexia y red social Personal” se procedió a elaborar la introducción, justificación, definición de variables etc.

Al analizar la entrevista semi-estructurada para aplicarla a la paciente y algunos miembros de la red entre estos (primo, señora de la pensión. Amigas, compañera y la Psicóloga). La entrevista fue elaborada por las investigadoras y elevada por unos jueces. Así mismo utilizamos, una historia clínica para mayor información.

Durante la investigación de hizo el contacto con la sujeto de estudio el día 16 de mayo donde hubo un diálogo acerca de la investigación.

Antes de iniciar las entrevistas, las investigadoras explicaban sus funciones que eran de entrevistador y observador y el rol que asumirá cada participante (entrevistador, entrevistado, observador), se aclara que algunas veces el entrevistador asumía el rol de observador y viceversa.

Por otro lado, se le pedía la autorización para hacer uso de la grabadora, haciéndoles ver que esta sería una herramienta útil, puesto que se podía tener un contacto directo con ellos sin perder estrictamente confidencial, por lo que nadie diferente al sistema investigativo tendría acceso a esta información.

También se les informó que la entrevista tendría una duración de una hora y que la intención de la investigación era conocer la red de la sujeto de estudio.

Luego se tuvo el contacto con el sujeto de estudio del día 21 y 23 de mayo para realizar la aplicación del instrumento el cual constaba de una entrevista para diagnosticar la anorexia, una historia clínica y una entrevista semiestructurada.

La aplicación de las entrevistas dirigidas a los miembros de la red de la sujeto de estudio se realizaron en las siguientes fechas:

Entrevista dirigida a la señora de la pensión ⇒ días 25 de mayo / 2001.

Entrevista dirigida al primo y amigas ⇒ días 7,8,9 de junio / 2001.

Entrevista dirigida a la compañera ⇒ día 11 de Junio del 2001.

Entrevista dirigida a la Psicóloga ⇒ día 13 de Junio del 2001.

Una vez recolectada la información del instrumento, se procedió a la transcripción de cada una de las entrevistas grabadas, para posteriormente proceder a su análisis.

El análisis fue elaborado requiriendo una serie de pasos entre los cuales tenemos:

Organización de los datos recolectados que incluye el proceso de categorización y descripción; conclusiones y recomendaciones de la investigación.

## 8. RESULTADOS

En el presente capítulo se presentarán los resultados obtenidos en el estudio de la red social personal de una paciente diagnosticada con anorexia; el proceso de análisis de los resultados comprendieron 3 fases: El primero consistió en la fase de codificación o categorización en donde se sistematizaron los datos recolectados en el proceso de la entrevistas; en donde se indagaron las características estructurales, funcionales, y atributos de vínculos dicha información se organizó en matrices que contenían una categoría deductiva, las preguntas o ítem consignadas en las guías de entrevistas, las respuestas dadas por cada uno de los entrevistados, y con base a la revisión cuidadosa de todo el material, se identificaron aquellas categorías que emergen de los mismos datos y que entran a enriquecer, complementar, o redefinir las categorías iniciales terminando así por identificar unas definitivas.

Posteriormente se pasó a la fase de descripción que consiste en la reconstrucción teórica recurriendo a un lenguaje cotidiano corriente del informante y haciendo uso del lenguaje científico coherente con el enfoque manejado por la investigadoras; allí se describió las características estructurales, funcionales, y las de atributos de vínculos de la red social personal del sujeto de estudio y teniendo en cuenta estas categorías indagadas se realizó una descripción integral de la red paciente.

La tercera fase consistió en la interpretación de los resultados obtenidos el cual nos llevo a realizar un análisis y síntesis de la descripción integral allí se le buscó explicación a los resultados obtenidos basándonos en las teorías manejadas por el enfoque sistémico.

CUADRONº 1

8.1 DESCRIPCIÓN DE LA RED SOCIAL PERSONAL DE LA PACIENTE DIAGNOSTICADA CON ANOREXIA DE 22 AÑOS DE EDAD QUE ASISTE A TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN CONSULTA PRIVADA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

CATEGORÍA DEFINITIVA	Fuente Nº 1	Fuente Nº 2	Fuente Nº 3	Fuente Nº 4	Fuente Nº 5	Fuente Nº 6	Descripción integral
	PACIENTE	Dueña de la pensión	Primo	Amiga significativa	Amiga significativa	Compañera de estudio	
<p><b>CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES</b></p> <p><b>DENSIDAD DE LA RED.</b></p> <p>Miembros de la red que se conocen entre sí.</p> <p>Miembros de la red entre los cuales existen relaciones cercanas.</p> <p>Miembros de la red entre los cuales existen relaciones distantes.</p> <p>Personas que se contactan para vigilar el estado de salud físico y emocional de la paciente.</p> <p>Personas más significativas para la paciente.</p>	<p>Los miembros de la red que se conocen entre sí son: el sistema parental (padre e hijo mayor) con el sistema de amigas (Ellis y Karina). Así mismo el sistema parental se conoce con el sistema de salud (Medico y Psicóloga) "Mis padres y mi hermano mayor se conoce con mis amigas, y toda mi familia se conoce con el médico familiar".</p> <p>Los miembros de la red que tienen contacto son: el sistema educativo con el sistema de amistades. "Ellis y Karina" (Amigas tienen un contacto cercano con todas mis compañeras Liliana, Sandra, Nini, Sugey, Yutzy)".</p> <p>Por otro lado quienes tienen un contacto distante son el sistema familiar (padre, hermano y un primo) con el sistema educativo (Liliana, Sandra, Nini, Sugey, Yutzy).</p> <p>"Mis padres y mis compañeras (Sandra, Liliana, Nini, Sugey, Yutzy).</p> <p>Los miembros que ayudan a la paciente en situaciones de crisis son las amigas significativas "Ellis y Karina están siempre pendientes de todas las actividades y me invitan a salir para distraerme".</p>	<p>El sistema parental se conoce con las amigas significativas. Porque sus padres han estado aquí en la pensión.</p> <p>Los miembros que al interior del sistema tienen un contacto cercano son el sistema fraternal con alguno de los miembros de la familia extensa como lo es el primo paterno (Jairo).</p> <p>Por otro lado quienes tienen un contacto distante son el sistema parental con el educativo y con algunos miembros de la familia extensa como es la tía y los primos paternos. Los padres de la paciente con sus compañeras (Sugey, Sandra).</p> <p>Aquellos miembros que se han puesto de acuerdo para vigilar el estado emocional y físico de la paciente son: el sistema parental, educativo, amistades y un miembro de la familia extensa (primo Jairo)... los padres de la paciente hablan con las amigas para que la acompañen y no la dejen sola. Igualmente lo hace con el primo Jairo que vive cerca de la paciente.</p> <p>Las personas más significativas para la paciente son su mamá y su hermano Guillermo.</p>	<p>El sistema parental se conoce con las amigas significativas... Ellis y Karina y los padres con el médico familiar. Al interior del sistema aquellos miembros que tienen un contacto cercano son las amigas significativas con el sistema educativo y de salud (Psicóloga).</p> <p>"Su compañera Sandra con las amigas (Ellis y Karina) y con la Psicóloga Nelly".</p> <p>Aquellos que tienen un contacto distante son el sistema de salud (Psicóloga) con el sistema parental a su vez la Psicóloga y las amigas significativas y el médico familiar (cesar) con la Psicóloga (Nelly)..."</p> <p>Los miembros que la ayudan en momentos de crisis son el sistema parental, amistades y la dueña de la pensión... su mamá siempre la está llamando..."</p> <p>Aquellos miembros significativos para la paciente ubicados en el mapa de red con: su mamá y 2 amigas significativas. "... Ellis y Karina".</p>	<p>Las dos amigas significativas se conocen con el sistema parental".</p> <p>Aquellas que tienen contacto cercano son la paciente con el sistema parental y de amistades".</p> <p>Paulina con sus padres y su hermano Guillermo, Paulina con Ellis y yo (amigas).</p> <p>Por otro lado lo que tienen contacto distante son la Psicóloga con su primo Jairo y el sistema parental con el educativo "Nelly la Psicóloga con su primo Jairo"..."</p> <p>Aquellas personas le ayudan en momentos de crisis son las amigas significativas y la dueña de la pensión (Ellis y yo estamos pendientes del estado de salud que presenta Paulina y la señora Aracelis que está pendiente de la alimentación).</p> <p>Los miembros más significativos para la paciente son el sistema fraternal y de amistades.</p>	<p>El sistema parental y un miembro de la familia extensa (primo) se conoce con el sistema de amistad. El sistema educativo se conoce con un miembro del sistema de salud (Psicóloga)... los padres de Paulina se conoce con Sugey, Liliana, Cielo, Nini, Digna y Lucy)..."</p> <p>Los miembros que tienen un contacto cercano son la paciente con el sistema de amistades, un miembro del sistema de salud (Psicóloga) y la dueña de la pensión.</p> <p>"Karina, Paulina y yo andamos... para todos lados... por otro lado aquellos miembros que tienen contacto distantes son: el sistema educativo con el sistema parental y un miembro de la familia extensa (Jairo) "... mi primo Jairo con las compañeras (Liliana, Yutzy, Cielo, Nini, Digna).</p> <p>Las persona que ayudan a la paciente en momentos de crisis son el sistema de amistades, parental y la dueña de la pensión " Si Karina y yo (amigas) al igual que sus padres".</p> <p>Los miembros más significativos para la paciente son aquellos que pertenecen al sistema de amistades, parental y la dueña de la pensión " Si Karina y yo (amigas) al igual que sus padres".</p> <p>Los miembros más significativos para la paciente son aquellos que pertenecen al sistema de amistades (amigas significativas).</p>	<p>El sistema de amistades se conoce con el sistema educativo y un miembro de este último sistema (Sandra) se conoce con el primo de la paciente (Jairo). " Karina, Ellis y Paulina (amigas) se conocen con Sugey, Liliana, Cielo, Nini, Digna y Lucy)..."</p> <p>Los miembros que tienen un contacto cercano son: la paciente con el sistema de amistades y la dueña de la pensión "Karina, Ellis y Paulina mantienen un contacto cercano..."</p> <p>Por otro lado aquellos que tienen contacto lejano son un miembro del sistema de salud (Psicóloga) con un miembro de la familia extensa (Jairo).</p> <p>La Psicóloga (Nelly) con Jairo (primo de la paciente). Aquellas personas que ayudan a la paciente en situaciones de crisis son el sistema de amistades, el sistema de salud (Psicóloga) y dueña de la pensión). Las personas significativas para la paciente ubicadas en la red son: un miembro del sub-sistema parental (madre) y dos amigas significativas.</p> <p>En cuanto a la distribución, el tamaño de la red de la paciente es de 29 miembros distribuidos de la siguiente manera: 10 miembros en el cuadrante de familia, 8 en el cuadrante de amistades, 3 en el cuadrante de salud/comunidad y 7 miembros en el cuadrante de educación.</p>	
<p>♦ DISTRIBUCIÓN</p> <p>Tamaño de la red</p>	<p>El tamaño de la red de la paciente fue de 28 miembros distribuido de la siguiente manera:</p> <p>Familia = 10</p> <p>Amistades = 8</p> <p>Comunidad = 3</p>	<p>El tamaño de la red de la paciente fue de 13 miembros distribuidos de la siguiente manera:</p> <p>Familia = 6</p> <p>Amistades = 4</p> <p>Comunidad - Salud = 1</p>	<p>El tamaño de la red de la paciente fue de 18 miembros distribuidos de la siguiente manera:</p> <p>Familia = 11</p> <p>Amistades = 3</p> <p>Comunidad - salud = 3</p>	<p>El tamaño de la red de la paciente fue de 13 miembros distribuidos de la siguiente manera:</p> <p>Familia = 4</p> <p>Amistades = 3</p> <p>Comunidad/Salud = 1</p>	<p>El tamaño de la red de la paciente fue de 18 miembros distribuidos de la siguiente manera:</p> <p>Familia = 5</p> <p>Amistades = 5</p> <p>Comunidad/Salud = 2</p>	<p>El tamaño de la red de la paciente fue de 10 miembros distribuidos de la siguiente manera:</p> <p>Familia = 1</p> <p>Amistades = 3</p> <p>Comunidad - Salud = 2</p>	<p>Se observó un mayor número de miembros en el cuadrante del sistema familiar.</p> <p>Con relación a la dispersión los miembros que ayudan a la paciente en momentos de</p>

	Compañeros = 7	Compañeros = 2	Compañeros = 1.	Compañeros = 5	Compañeros = 6	Compañeros = 4	crisis se encuentran ubicadas fuera de la ciudad, como es el caso del sistema parental y un miembro del sistema de salud (Médico familiar); con ellas la paciente mantiene vínculos a través de los medios de comunicación específicamente mediante llamadas telefónicas con una frecuencia de 2 veces por semana.
--	----------------	----------------	-----------------	----------------	----------------	----------------	--

<p>♦ <b>DISPERSIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambiente situacional ante el cual se presenta las crisis de ansiedad.</li> <li>- Miembros de la red a quienes acude frecuentemente en situaciones de crisis.</li> <li>- Miembros de la red que viven fuera de la ciudad.</li> <li>- Actitud asumida por la paciente frente a la ausencia de miembros significativos.</li> </ul>	<p>Las situaciones ante las cuales la paciente experimenta las crisis de ansiedad es el experimentar ansiedad caracterizado por el temor irracional a estar gorda activado por una percepción distorsionada de su imagen: "Cuando hay un ambiente negativo las amigas me empiezan a criticar que estoy gorda, en estos momentos todo me fastidia..."</p> <p>En situaciones de crisis la paciente presenta aislamiento con una marcada reducción en sus interés de interacción social". Porque estas a gusto con lo que estas haciendo, tu nunca te ves delgada, nunca bajas, no te provoca nada..."</p> <p>Hay miembros de la red de la paciente que viven fuera de la ciudad entre estos el sistema parental. Con relación a la ausencia de este sistema la paciente adopta una actitud negativa hacia los miembros que la rodean..." Cuando entre a la universidad, me separe de mis padres fue una época muy dura..."</p>	<p>La paciente cuando presenta crisis de ansiedad manifiesta un aislamiento total: "Yo he observado que cuando ella no sale los fines de semana le cae como un encierro en sí misma, se la pasa acostada la mayor parte del día"....</p> <p>Cuando la paciente presenta situaciones de crisis le es más fácil acudir a un miembro del sistema parental (madre) y ha un miembro de la comunidad (señora de la pensión) "A los padres, ella cuando tiene problema llama a su mamá cuando son de atención urgente acude a la señora de la pensión".</p> <p>Existen miembros dentro del sistema fraternal de la paciente que viven fuera de la ciudad entre estos "Sus padres y sus hermanos". Durante la ausencia del sistema de salud (señora de la pensión) la paciente adopta una actitud positiva "Cuando llegan las vacaciones ella se va para monteibano, me dio que me va a estar llamando para hablar"...</p>	<p>Esta fuente entrevistada desconoce información acerca de las situaciones de crisis que se presentan en la paciente.</p> <p>Cuando la paciente se encuentra en situaciones de crisis acude frecuentemente a un miembro del sistema de comunidad (Aracelis) y al sistema de amistad (Ellis y Karina) igualmente lo hace con un miembro del sistema parental (mamá) A. la señora de la pensión (Aracelis) y a sus (Ellis y Karina) claro está no deja de llamar a su mamá Maithe".</p> <p>Todo el sistema fraternal de la paciente vive fuera de la ciudad. " los padres de Paulina viven fuera de la ciudad" los padres de Paulina y su hermano Guillermo, José, Cesar, viven en monteibano".</p> <p>Uno de los miembros de la familia extensa (primo) manifiesta no tener vínculos afectivos con la paciente "Yo nunca he establecido vínculos muy cercanos con ella"...</p>	<p>El medio que se observa cuando la paciente presenta crisis es cuando el sistema educativo manifiestan sobre temas relacionados con la sobre valoración de la delgadez " Yo no me he dado cuenta que cuando nosotras (amigas Elly y Karina) algunas compañeras le decimos que se está engordando".</p> <p>En situaciones de crisis a la paciente le es más fácil acudir a su sistema parental y de amistad. " acude con mayor rapidez a su madre quien le confía todo y en segundo lugar a su papá y después nos comenta a nosotras en especial Elly y a mí (Karina)".</p> <p>El sistema parental de la paciente vive fuera de la ciudad "Sus padres viven en monteibano".</p> <p>En época de vacaciones la paciente regresa al sistema parental con una actitud positiva "En temporada de vacaciones la verdad ella se nota muy contenta porque se ira a ver a su familia"....</p>	<p>Las situaciones que se observa cuando la paciente presenta crisis es cuando no planea salidas con su sistema de amistades al igual cuando en su ambiente universitario hay una sobre valoración de la delgadez. "Cuando nos distanciamos, no planeamos salidas los fines de semana y al regresar a clases en algunas ocasiones la he notado como triste"...</p> <p>Durante las situaciones de crisis la paciente acude con frecuencia a un miembro del sistema de comunidad (Aracelis) quien le avisa inmediatamente a uno de los miembros del sistema parental (mamá) y al sistema de amistades (Ellis y Karina) la señora Aracelis (dueña de la pensión quien llama inmediatamente a la mamá y le comenta la situación".</p> <p>El sistema fraternal de la paciente viven fuera de la ciudad "Los padres y hermanos" la actitud que asume la paciente es de felicidad porque se encontrará con su sistema fraternal "Cada vez que terminamos un semestre la forma de reaccionar es de felicidad porque cada quien se va por su pueblo".</p>	<p>Esta fuente entrevistada desconoce información con respecto a las situaciones de crisis que presenta la paciente.</p> <p>Cuando el paciente se encuentra en situaciones de crisis le es más fácil acudir a su sistema de amistades (amigas significativas). "Acude a Karina y a Ellis (amigas de Paulina) ya que tiene más confianza"....</p> <p>Todo el sistema parental de la paciente vive fuera de la ciudad "Sus padres".</p> <p>La actitud que asume la paciente es de alegría, porque se encontrará con su sistema fraternal "La verdad que la separación que hemos tenido no le afecta mucho ya que somos compañeras de estudio nada más, pero supongo que se siente alegre al estar nuevamente con sus padres".</p>	<p>Por otro lado se encontró que la red social personal de la paciente se caracteriza por el apoyo emocional entre su sistema parental, amistades significativas y la paciente reflejado por un clima de comprensión, empatía, confianza y comunicación lo cual es propio de las amistades - estimas y relaciones familiares cercanas. De igual forma la compañía social se ve reflejado cuando estos miembros frater. Cambian actividades sociales tales como: salir de compras, ir a cine, reuniones sociales etc.</p>
---	--	--	--	---	--	---	--

<p><b>FUNCIONES DE LA RED SOCIAL</b></p> <p>♦ <b>APOYO EMOCIONAL</b></p> <p>Miembros de la red que se inspiran confianza a la paciente y con los cuales comparten problemas académicos familiares y emocionales.</p>	<p>Las personas a quienes la paciente muestra gran dependencia y confianza son a su mamá, y a su dos amigas.</p> <p>Amigas significativas con las cuales comparten sus problemas académicos, académicos y familiares. "A mi mamá y a mis dos amigas Ely y Karina".</p>	<p>Los miembros de la red con que la paciente siente apoyo emocional y confianza para compartir sus problemas de tipo académico, familiares y emocionales son a sus amigas y a su mamá.</p> <p>"Se que ella le tiene mucha confianza a su mamá y a las amigas Ely y Karina".</p>	<p>Las amigas significativas de la paciente son los miembros de la red a quienes la paciente le confía sus problemas de tipo "familiares, académicos, y seguramente emocionales".</p>	<p>El miembro de la red a quien la paciente le confiesa sus problemas académicos y familiares es la madre.</p> <p>"Ella dice que en la que más confía es en su mamá Maideth".</p>	<p>Los miembros ubicados en la red a quien la paciente le confía sus problemas académicos, familiares y sentimentales son: las amigas significativas, su mamá y un miembro del sistema de salud (Psicóloga). "A su mamá (Maideth) la Psicóloga (Nelly) y a sus amigas significativas Ely y Karina".</p>	<p>Las personas a las cuales la paciente le cuenta sus problemas son a su mamá y "... me imagino que a sus amigas (Ely y Karina)".</p>
<p>♦ <b>COMPañIA SOCIAL</b></p> <p>Miembros de la red con las cuales comparten actividades como salir de compra, pasear entre otras.</p>	<p>Aquellos miembros que intercambian actividades con la paciente como salir de compras o pasear entre otras son las amigas significativas "...Ely y Karina".</p> <p>"Rumbear ir de paseo a Santa Marta.</p>	<p>Los miembros de la red con las cuales la paciente comparte actividades como salir de compra y pasear son aquellas ubicadas en el sistema de amistad (amigas significativas Ely y Karina). "...Elas tres andan para todos lados".</p>	<p>Las personas con quienes la paciente realiza actividades como salir de compra y pasear con sus amigas significativas y un miembro del sistema de educación (Sandra). "Con sus amigas Ely y Karina y con su compañera Sandra".</p>	<p>La paciente comparte actividades como salir de compra o pasear con miembros del sistema de salud como lo es la dueña de la pensión, con el sistema parental en épocas de vacaciones y con el sistema de amigos (amigas significativas) en periodos académicos. ...Además comparten con sus padres cuando viajan a montelibano y cuando están en la universidad comparte con Ellis y conmigo (amigas significativas)".</p>	<p>Los miembros que comparten con la paciente actividades como salir de compra o pasear son aquellos ubicados en el sistema educativo y con las amigas significativas. "Con nosotras Karina y yo, que somos sus amigas más cercanas y una que otra veces con alguna de nuestras compañeras, Liliana, Nini, Digna, Sugey y Sandra".</p>	<p>Las personas que comparten actividades como salir de compra o pasear, con la paciente son las amigas significativas. "Con sus amigas Ely y Karina".</p>

<p>♦ <b>REGULACIÓN SOCIAL</b></p> <p>Miembros que y como regulan el comportamiento disfuncional de la paciente.</p>	<p>Los miembros de la red que ayudan a la paciente a controlar su comportamiento disfuncional son el sistema parental de amistad (amigas significativas), el sistema de salud (Psicóloga) y un miembro de la familia extensa, el primo Jairo.</p> <p>"La Psicóloga Nelly, mis padres, mi primo Jairo y mis amigas... La forma como regulan este comportamiento fue indagado.</p>	<p>Las personas que ayudan a la paciente a controlar su comportamiento disfuncional son aquellos ubicados en el sistema de amistad (amigas significativas), estas personas la aconsejan y la motivan buscando actividades en que distraerle. "Las dos amigas que te he mencionado, siempre han estado muy pendiente de ella, cuando la vemos que está volviendo a las cosas la aconsejamos y la motivamos, la invitamos a divertirse salir a pasear".</p>	<p>Las amigas significativas, el sistema parental y un miembro del sistema de salud (Psicóloga), ayudan a la paciente a controlar su comportamiento disfuncional. La forma como regulan ese comportamiento no fue indagado.</p>	<p>Los miembros que ayudan a la paciente a controlar su comportamiento disfuncional, son aquellos que hacen parte del sistema de salud (dueña de la pensión) y las amigas significativas. Estas personas la motivan a salir a divertirse.</p> <p>"Inicialmente la señora Arcadio (dueña de la pensión); Ellis y yo (amigas) siempre estamos pendiente y la motivamos a salir a rumbear y a pasear.</p>	<p>Los miembros de la red que ayudan a la paciente a controlar su comportamiento disfuncional son las amigas significativas y la dueña de la pensión (sistema de salud).</p> <p>"Aquí en Barranquilla Karina y yo (amigas) y la señora Arcadio dueña de la pensión".</p> <p>La forma como la ayudan no fue indagado.</p>	<p>Las personas que ayudan a la paciente a controlar su comportamiento disfuncional son las amigas significativas y uno de los miembros del sistema de salud (Psicóloga). "Ellis y Karina son las que están pendiente de ella y también la Psicóloga la ayuda a controlar su comportamiento. " La forma como ayudan a la paciente no fue indagado.</p>
---	--	---	---	--	--	--

<p>♦ <b>AYUDA MATERIAL Y DE SERVICIO</b></p> <p>Miembros que le ayudan en momentos de crisis económicas.</p>	<p>Los miembros de la red que le colaboran a la paciente en momentos de crisis económicas son el sistema de amistad (amigas significativas) y el sistema parental. "Mis amigas Ely, Karina y mis padres".</p>	<p>Los miembros que ayudan a la paciente en momentos de crisis es el sistema parental. "De eso sí tengo idea, cuando ella ha necesitado plata yo he escuchado pedirle a la mamá o al papá".</p>	<p>Esta información no fue suministrada por un miembro de la familia extensa (primo) porque desconoce de estas situaciones. "No sabría como contestarle".</p>	<p>Las personas que le ayudan a la paciente en momentos de crisis económicas es el sistema parental. "Sus padres le envían el dinero que ella necesita para la universidad".</p>	<p>Esta información no fue expuesta por el miembro entrevistado con claridad.</p>	<p>Este miembro entrevistado desconoce la información.</p>
<p><b>ATRIBUTO DEL VINCULO</b></p> <p>♦ <b>FRECUENCIA DEL CONTACTO</b></p> <p>Frecuencia de contacto entre la red y la paciente.</p> <p>♦ <b>HISTORIA DEL VINCULO</b></p> <p>- Conocimiento que tiene los miembros de la red con las personas con las cuales conviven la paciente.</p> <p>- Tiempo de vivir en el barrio actual y motivos del traslado.</p> <p>- Percepciones que tienen los miembros de la red frente al traslado de la paciente a otra ciudad.</p> <p>- Tiempo de conocer a las amigas significativas.</p>	<p>La paciente vive actualmente pensionada, hijos del sistema fraternal, por motivos de estudio hace 3 años; aunque esta situación a fortalecido más la intensidad afectiva de las relaciones padres e hija(paciente). Las personas que conviven con la paciente son la dueña de la pensión (Aracelis), sus dos hijas, y compañera de habitación con las cuales tiene poca comunicación... con ellas muy poco hablo, porque ellas permanecen fuera de la casa".</p> <p>El tiempo que tiene la paciente de conocer a sus amigas significativas es de 3 años exactamente, cuando inició la universidad la paciente no recuerda la experiencia previa de activación del vinculo.</p>	<p>La paciente vive en la ciudad pensionada, acompañada de la dueña de la pensión y sus hijas (2 profesionales que permanecen la mayor parte del tiempo en sus lugares de trabajo). El miembro de esa familia con el que mantiene mayor comunicación es con la señora Aracelis es ella quien permanecen la pensión es la señora Aracelis. "Conmigo habla más. "El vinculo de amistad que ha establecido la paciente con la señora mencionada anteriormente es de 3 años; se traslado a otra ciudad se debió a cambios en el desarrollo intelectual y académico.</p> <p>"Porque se vino a estudiar una carrera en la universidad..." Este miembro entrevistado considera este traslado como una excelente decisión. Porque se vino a la ciudad a prepararse para ser una profesional".</p>	<p>Actualmente la paciente se encuentra distanciada física y espacialmente de sus familiares ya que por motivos académicos fue necesario el trasladarse a la ciudad de Barranquilla a estudiar Fisioterapia, esto hace aproximadamente 3 años; está decisión es considerada por esta fuente (primo paterno) como buena porque hace parte de su crecimiento y preparación como persona culta. "Es una decisión porque ella tiene que prepararse para ser una profesional en el futuro".</p>	<p>La paciente hace tres años vive lejos de sus padres a causa de su traslado a la ciudad para avanzar satisfactoriamente en una etapa de su vida (adulto joven - desarrollo intelectual). Hace aproximadamente 3 años la paciente estableció vínculos de amistad con esta fuente (amiga significativa).</p>	<p>La paciente vive distante del sistema familiar, hace tres años se trasladó para la ciudad de Barranquilla a estudiar una carrera; en esta ciudad sólo vive un primo paterno que hace parte de la familia extensa, pero es poca la comunicación entre ellos. Se considera importante este traslado porque le permite a la paciente avanzar satisfactoriamente en un área de su vida como lo es el desarrollo intelectual, así mismo en el desarrollo Psicológico, responsabilidad, moral, emocional etc.</p> <p>"Fue necesario porque ella quiere ser una profesional"... el tiempo en que estableció vínculos de amistad con la paciente es de aproximadamente tres años.</p>	<p>La paciente actualmente vive lejos de su familiar, hace tres años se trasladó a la ciudad de Barranquilla a prepararse en el área de Fisioterapia; este traslado es considerado como buena decisión y necesaria para superarse y avanzar en su ciclo vital individual. "Es bueno ya que ella piensa en superarse. Los vínculos de amistades se estableció hace aproximadamente tres años cuando ingresó a la universidad a estudiar Fisioterapia.</p>

<p>♦ <b>INTENSIDAD Y COMPROMISO DE LA RELACION</b></p>	<p>La paciente describe la relación que mantiene con cada uno de los miembros de la red que la ayudan en momentos de crisis como afectivas, sostenidas por interacciones llenas de comunicación, confianza,</p>	<p>El vinculo de compromiso social establecido entre la paciente y uno de los miembros del sistema de salud (dueña de la pensión); es considerada por esta como estable, flexible en donde inter-actúan la</p>	<p>La relación entre el miembro de la familia extensa con la paciente es distante ya que los contactos entre ellos son pocos. "Mi relación con Paulina es un poco distante, porque yo ando en mi trabajo y es</p>	<p>La percepción tiene la amiga significativa (Karina) del vinculo de amistad establecido entre ellas es estable e intenso</p>	<p>El vinculo de amistad establecido entre la paciente y una de las amigas significativas (Ely), es considerada funcional, flexible en lo cual se mueve un clima de armonía, comunicación y</p>	<p>La percepción que tiene un miembro del sistema educativo (compañera) de la relación establecida entre paciente - compañera es eventual y distante ya que sólo comparten cuando es necesario trabajar en</p>
--	---	--	---	--	---	--

<p>Percepción de los miembros de la red con respecto a la relación afectiva con la paciente.</p>	<p>específicamente con las amigas significativas y su madre. Con la terapeuta (Psicóloga) y con el miembro de la familia externa (primo - Jairo), se observa dificultad en la comunicación. "Con Jairo (primo) un poco distante, sin conflicto, aunque a veces me fastidia, porque me regañan cuando le dicen que no quiero comer... Con la Psicóloga no es muy buena porque no me inspira confianza". Con uno de los miembros del sistema de salud la relación es estable, se comunican lo necesario, regido por la prestación de un servicio, carente de confianza.</p>	<p>armonía y la comunicación. "Mi relación con Paulina esta llena de armonía, nosotras nos sentimos a conversar, nos reímos unas a otras, nos buscamos, aunque ella es muy cerrada en la que tiene que ver con su vida sentimental de eso nunca hemos hablado"....</p>	<p>poco el tiempo que tengo para visitarla".....</p>	<p>ella es estable e intensa ya que comparte frecuentemente en la universidad y fuera de ella, de la cual es posible pensar en una durabilidad de la relación.</p> <p>"Primero porque fue una de las primeras personas con quien me relacione en la universidad y he compartido momentos agradables, la relación la considero muy buena porque creo que se mantendrá por mucho tiempo".</p>	<p>confianza. "Yo la describo como una relación armoniosa, comunicativa de poco conflicto; se mantiene porque hemos sido compañeras desde que comenzamos la universidad y hasta el momento nos hemos llevado bien".</p>	<p>equipos (compromiso social - académico). "La relación que mantengo con Paulina es buena ya que compartimos lo necesario, cuando tenemos que agruparnos para trabajar una tarea asignada por los profesores".</p>	
--	---	--	--	---	---	---	--

## 8.2 INTERPRETACIÓN

Según los resultados obtenidos, la estructura de la red social de la paciente se caracteriza por un tamaño de 29 miembros, el cual muestra una distribución amplia reflejada en cada uno de los cuadrantes y círculos, el cuadrante que se caracteriza por su mayor número de miembros es el sistema familiar; aunque existe dos miembros del sistema de amistades que son significativas para la paciente (2 amigas significativas). Al analizar las interacciones entre los dos sistemas mencionados anteriormente y la paciente, se considera que los padres y las dos amigas de la paciente tiene una influencia marcada en el comportamiento de la sujeto estudio; esto es confirmado por lo que postula Attheave y Ross (1982) “la red social es depositaria de la identidad e historia individual de una persona...” Así mismo se pudo observar en las interacciones una dependencia de la paciente hacia estos miembros, lo cual es una de las características psicológicas propias de la paciente con anorexia, esto reafirma lo que dice NORA TANNENHAUS (1995) . “Cosa que hace que la sujeto dependa de las personas centrales y de la familia en general”.....

Otras variables de la estructuras de la red social es la densidad y dispersión; en este estudio la red de la paciente posee una densidad media ya que muchos de sus miembros se conocen entre sí, lo cual favorece la máxima efectividad del grupo. Con relación a la dispersión, los miembros que momentos de crisis

ayudan a la paciente, viven distante (otra ciudad) como es el caso del subsistema parental, con ellos mantienen los vínculos a través de los medios de comunicación como son las llamadas telefónicas que se hacen dos veces a la semana; esta situación afecta la facilidad de acceso a la paciente; así como también la velocidad de respuestas a las situaciones de crisis. Aquellos miembros que de alguna manera cumplen funciones propias del subsistema parental hacia la paciente son sus amigas significativas y un miembro del sistema de comunidad (dueña de la pensión).

Toda esta situación afecta negativamente la percepción que tienen los padres de la enfermedad de la paciente; ya que ellos no pueden tener un claro conocimiento del comportamiento desviado de la paciente; a su vez impide que haya patrones de autoridad por lo tanto es poca la probabilidad que el sistema parental actúe efectivamente como regulador del comportamiento de la paciente. Esto hace que la enfermedad sea más permanente y que ella no desarrolle sus habilidades para enfrentar las crisis.

Es importante aclarar que debido a la etapa del desarrollo por la cual está atravesando la paciente (adulto Joven) se dio paso en ciclo vital familiar a una crisis normativa llamada plataforma de lanzamiento lo cual trajo consigo el desplazamiento de la paciente a otra ciudad para estudiar una carrera, situación que le exigía formar una nueva red en el ambiente universitario donde tenía que ingresar. Lo antes mencionado confirma lo postulado por

GARCIA Y BRODY (1990) “La familia en la que los hijos mayores empiezan a abandonar el hogar por distintas razones, la más importantes es viajar a estudiar a una universidad, etc”.....

Al analizar los vínculos establecidos entre los miembros de la red se observó que cada miembro de la red puede cumplir muchas funciones como por ejemplo un miembro del sistema parental, específicamente la madre comparte intimidades con la paciente (apoyo emocional) y viceversa; a su vez funciona como compañera social y ayudadora material. De igual manera lo hacen sus amigas significativas con quienes mantienen contacto permanente con la sujeto de estudio. Esto confirma lo que dice SLUZKI (1996) “Esta relaciones favorecen el intercambio interpersonal entre los miembros de la red y determina las llamadas de la red, características propias de las amistades íntimas y relaciones cercanas que a su vez favorece la máxima efectividad del grupo”.....

## 9. CONCLUSIÓN

Mediante el análisis de los resultados obtenidos en este estudio sobre la red social personal de una paciente diagnosticada con anorexia, se pudo dar respuesta a los objetivos propuestos en el inicio del estudio determinado así:

Se identificaron las características estructurales de la red de la paciente mediante la aplicación de un mapa en el cual se ubicaron los miembros que componen la red social.

El desarrollo de una entrevista semiestructurada, aplicada a la paciente y 6 miembros de la red que fueron relacionados en mutua acuerdo con está. Por su disponibilidad de tiempo que facilitó el proceso de entrevista. Todo esto permitió establecer que la estructura de la red social personal de paciente se caracterizó por tener un tamaño reducido (29 miembros), con una densidad media y una dispersión entre sus miembros que afecta negativamente la facilidad que podía tener la paciente para acudir a al subsistema parental en los momentos de crisis; está situación impide que los padres tenga un conocimiento claro de el comportamiento desviado de la paciente.

Mediante este mismo proceso se pudo describir las interacciones que se dan entre la paciente y su red social determinado así las relaciones establecidas por la paciente y aquellos miembros significativos para la (amigas significativas), el subsistema parental y un miembro del sistema de salud (dueña de la pensión), las cuales se caracteriza por el apoyo emocional reflejado a través de la confianza, empatía y comunicación social ya que comparten actividades sociales como salir de compras, ir a cine, asistir a reuniones sociales entre otras.

De igual forma se observo una reciprocidad entre estas interrelaciones, debido a que unos a otro se ofrecen ayuda material y de servicio como por ejemplo en dinero, prestamos de libros, en los momentos en que esa necesario.

Lo anterior nos lleva a concluir que la funcionalidad de las interacciones entre los miembros de la red esta dada a cubrir las necesidades y a regular el comportamiento desviado que presenta la paciente.

De igual manera se pudo determinar que los vínculos establecidos entre los miembros de la red social de la paciente, predominante en sus interacciones son de carácter familiar, y de amistad (amigas significativas y el subsistema parental); con los cuales mantiene contactos permanentes, exceptuando al subsistema parental ya que se encuentran ubicado fuera de la ciudad. El

vínculo establecido con las amigas se inicio aproximadamente 3 años desde el momento que ingreso a la universidad para avanzar en una etapa más de su vida.

En conclusión se puede decir que la red social de la paciente afecta su salud, específicamente el sistema de amistades y el de educación ya que cuando en sus interacciones se trata sobre temas como sobre valoración de la delgadez, en la paciente se hacen evidentes los síntomas propios del trastorno como deseo irrefrenable de bajar de peso, pérdida del apetito, baja autoestima entre otros. Y ya estando activado los síntomas, los contactos con los diferentes sistemas de la red disminuyen.

Desde la teoría de SLUZKI (1996) el afirma que “Dentro del proceso migración en la dinámica familiar se rompe algunas funciones”.... en este estudio se observo que algunas funciones como por ejemplo el regular el comportamiento de la paciente y de ejercer autoridad entre ellos reduce la frecuencia de sus contactos, los cuales solo se mantienen dos veces por semana a través de llamadas telefónicas. Situación que cambia durante la temporada de vacaciones haciendo que sus vínculos familiares se intensifiquen.

## 10. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES

Diversidad de estudio han demostrado evidencias que muestran como el apoyo familiar y social contribuyen a la relación de la salud de un paciente; al igual hay casos que han demostrado que las familias pueden ser decisivas en el cumplimiento de las indicaciones, prescripción médicas y terapéuticas, particularmente en el control adecuado de las enfermedades.

De igual forma el profesional de salud juega un papel importante, de allí que este debe adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que le permitan observar y analizar aquellos aspectos que van más allá de la descripción de los componentes de la red social las interacciones de sus miembros. Con respecto a esto se recomienda:

- elaborar un perfil sistémico del profesional de la salud que trabaja en terapia de redes en donde se describan los conocimientos, habilidades y actitudes que estos deben tener para realizar un trabajo eficiente.
- Realizar un programa de capacitación en donde se desarrollen los conocimientos y actitudes que deben poseer todo profesional de la salud que trabaje con el enfoque sistémico.

Desde esta misma perspectiva es pertinente mencionar que sería benéfico para aquellos pacientes que padecen de anorexia la creación de un programa de intervención sistémica enfocado en la terapia en redes, en el cual se estudia el contexto en el que se mueven las personas y las interacciones entre estas personas.

Esta intervención hace que la red social de la paciente sea más que la suma de sus componentes, y esto es lo que permite una mejor evaluación del problema y elaboración de una estrategia que alcance los objetivos de la intervención.

El compromiso de trabajar en redes es buscar el bienestar y no solo el enfoque de la enfermedad. Para ello es necesario una visión amplia para comprender contextos y marcos Psicosociales; una permanente educación y el trabajo en equipo. Todos estos elementos llevarán a una práctica más racional, eficaz, y gratificante.

De la misma manera sería interesante que se siguiera desarrollando otras investigaciones con este tipo de pacientes como por ejemplo:

- La descripción de la estructura familiar de los pacientes anoréxicos.
- Descripción de la autoestima en pacientes anoréxicos.

- Elaboración de programas dirigidos al manejo del autoestima, el autoconcepto y autoimagen de los mismos.
- Realización de una lista de estrategias dirigida a los padres de los pacientes que padecen de este trastorno para un mejor manejo del comportamiento desviado del paciente.

## BIBLIOGRAFIA

- ANDERSON, C., Reiss, redes y familia . Argentina : Amorrourtu Editores. 1982.
- ATTENAEVE, ROSSO, SPECK. Redes familiares . Argentina :
- BERGER, MILTON. Más allá del vínculo. Barcelona: Ediciones Paídos, p. 112.
- BERTALANTY VON. Teoría general de los sistemas. New york. 1968, P. 310.
- BASEDO, Cección y otros . Terapia familiar sistémica de Milán. Argentina : Amorrourtu Editores.
- BOWERS, T. K., ECKERTC, leukopenia in anorexia lack of incrrased risk of infection archives. of internal medicine. Vol. 138, 1978. P. 1520.
- BRONFENBRENNER, Urie. La ecología del desarrollo humano. Barcelona : Paídos.
- BRUCH, H. Anorexia nerviosa : Therapy and theory. American journal of Psychiatry. Vol. 139 ( 12), 1982, P. 1531.
- CALDERON G. Salud mental comunitario. México : trillas, 1992.
- CEPEDA POZZANO, Racedo, Prevengamos la farmacodependencias. Barranquilla, I.C.B.F., Uninorte. 1990. CERDA, Hugo. Los elementos de la investigación. Santafé de Bogotá : el buho. 1990.

COMMUNITY MENTAL HEALTH JOURNAL. Recidius and mental illness  
: The role of comunities. Vol. 29 N. 1

CRISPO, Rosina; FIGUEROA, Eduardo, CUELLAR, Diana.

Anorexia y bulimia odisea, p. 49

DABAS, Elina. Red de redes. Barcelona : Paídos, 1993.

ELKAIM, Móny. Las prácticas de la terapia en red. España.

Gedisa. 1989.

FELDEMAN, Psicología general con aplicaciones para Iberoamérica, Mc  
Graw-Hill. 1995. P. 315-316.

GONGORA NAVARRO, José . Avances en terapia familiar sistemas.  
Barcelona : Ediciones Paídos. 1995.

HERNANDEZ Y BRUNO. Diseño de evaluación de un modelo de  
intervención sobre la evaluación de un modelo de perspectiva sistematica. 1993.

HERDREN, R. BARBER, J.R, Sigafos A eating disordered Syptoms in a un  
clinical populatio : audy of femele adolescents in two private shools-journal of  
the Amercan academy of child psichiatty. Vol. 25(6), 1986, P. 386.

HOWARD, H, Goldman. Psiquiatría general manual moderno. 4at Edición,  
1996.

HUGHE, J j. Manual de psiquiatría . México : Limusa, 1984 p. 131.

KOMBIT, Analia, Semiotica de las relaciones familiares.

MINUCHIN, Salvador, Familias y Terapia Familiar. España : Gedisa, 1982.

MURRAY, J.B. psychological aspects of anorexia nerviosa.

Genetic Social, and Genral Psychoogy monographs.

NICHOLS Y EVERETT. Sistem family therapy. New York : Guilfor.

PENN , Selvini y Palazzoli. Tomma. Citados por THOKONA; COLETTE, FLEURIDAS Y RORENTHAL. La evaluación de preguntas circulares. Entrenamiento Terapéutico Familiar. P. 29-32.

POPE, J.R., HUDSON, M.L. YOURGELUM, Todd. D. Anorexias nerviosa and bulimia among 300 subordan women shoppers. American journald of psychiatry . Vol. 141(2), 1984 P. 283.

RATZ, R.L. , C.LITT, IF. Anorexia nerviosa byproxy, journal of pediatricis. Vol 107 (2) P. 248.

RICE . Desarrollo humano. Prentice hall.: 1996. 2ad edición P. 354.

SANDOVAL, Albert. Enciclopedia ce psicología. Océano. Kaplann. P. 84-88.

SARASON, Irwin. Psicología anormal. Prentice Hall. P. 484-490.

SILVERMAN, J.A . Anorexia nerviosa in seventeenth centuey Englan as Viewed by Phisical, philosopher and Pedagogue. And eassay internacional Journal of Eating disordenes. Vol. 5 (5), 1986. P.847-853.

SLUZKI, CARLOS. La red social frontera de la practica sistémica. Editorial Gedisa. 1996 P. 37-45.

TANNENHAUS, Nora. Anorexia y bulimia. Barcelona: Plaza & Janes. 1995. P.48-60.

TORO G. YEPES, R. Fundamentos de medicina psiquiátrica. 3ª Edición, 1997. P.223-229.

VALLEJO, Ruibiola J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría.

Barcelona: Masson S.A., 1994.P. 279.

WATZLAWICK, Paul, BEAWIN, Janeth y Don D; Jackson. Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder, 1993.

# ANEXOS

## ANEXO A

### HISTORIA CLINICA

#### I. IDENTIFICACION

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

DIRECCIÓN

FECHA DE ELABORACIÓN

#### II. MOTIVO DE CONSULTA

#### III. GENOGRAMA

#### IV. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTUDIOS	OCUPACION	ESTADO CIVIL	CONVIVE CON LA PAREJA	PROCEDENCIA

#### CICLO FAMILIAR

Sus padres hace cuanto tiempo se casaron y como es su relación?

Que tipo de conflicto ha tenido la familia y como lo han solucionado?

#### INDICES SOCIOECONÓMICOS

**Índice familiar mensual: indican número de salario mínimos que recibe**

Vivienda propia:

Vehículo propio:

Actualmente cual es la situación económica de la familia?

Describe como es la relación con tu padre?

Describe la relación con tu madre?

Cómo es la relación con cada uno de tus hermanos?

## **V. EVENTOS ESTRESANTES QUE HAN AFECTADO A LA FAMILIA A LO LARGO DE SU HISTORIA**

### **TENSIONES LABORALES**

Quiénes de los miembros de la familia trabajan?

Le gusta lo que hacen?

Se le ha presentado a las personas anteriores dificultades en las Relaciones con sus compañeros de trabajo?

### **TENSIONES POR ENFERMEDAD Y CUIDADO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA**

Algunos de tus familiares han padecido alguna enfermedad/ que tipo?

Cómo lo han manejado?

Cuál es el estado actual de esa persona?

### **ACONTECIMIENTOS SIGNIFICATIVAS**

En la familia alguien ha fallecido?

Cómo fue la relación de los miembros de la familia?

Que significado tiene para la familia la ausencia de estas personas?

### **CAMBIOS O TRANSIONES**

Quiénes de los miembros de la familia han salido del hogar, porque lo han hecho?

Qué significado tiene para la familia, el hecho de que estas personas hayan salido del hogar?

### **PROBLEMAS CON LA LEY**

Qué miembro de la familia ha tenido problema con la justicia?

Cómo han reaccionado ante este hecho?

Qué significado ha tenido para la familia?

## **VI. ANTECEDENTES FAMILIARES**

Algunos de los miembros de la familia ha tenido problemas emocionales o Psicológico?

A quien han acudido?

Cuál es el estado actual de esa persona?

Actualmente quién esta en tratamiento Psicológico / Psiquiátrico?

Hace cuanto presentó el problema?

Cuanto tiempo pasa para que asistiera a tratamiento psicológico?

Asistió por iniciativa propia ó porque alguien te motivo?

Qué cosas has aprendido a manejar a través del tratamiento?

Qué opina la familia del tratamiento?

## **SUEÑO**

Tienes dificultades para conciliar el sueño?

Durante el sueño tiene pesadillas, cada cuanto?

Duermes en habitación compartida?

## **VIII. HISTORIA ESCOLAR**

A que edad ingresaste al preescolar?

Te adaptaste con facilidad al ambiente escolar?

Cómo era la relación con tus compañeros?

Cómo es la relación con tus profesores?

Tuviste alguna dificultad para asimilar los conocimientos aprendidos?

Cuando iniciaste la primaria cambiaste de escuela?

Cómo fue tu adaptación al nuevo colegio?

Tu desempeño académico fue:

Has repetido algún grado / porque?

Durante tu etapa escolar, que acontecimiento significativo has experimentado.

Cuales?

## **ESTUDIOS UNIVERSITARIOS**

Qué carrera estudias?

Porque decidiste estudiarla?

Te adaptaste fácilmente al ambiente universitario?

Como enfrentaste al cambio al pasar de un ambiente escolar a uno universitario?

Cómo crees que han sido tu desempeño académico?

En algún momento has sentido el deseo de cambiar de carrera?

## **IX. HISTORIA SOCIAL**

Tienes amigos

Tienes algún amigo ó amiga en especial?

Quien(es)?

Con quién(es) compartes la mayor parte de tu tiempo?

Te consideras una persona sociable?

Que haces en tu tiempo libre?

Participas en eventos sociales en tu comunidad ó en la universidad? Cuáles?

## **X. HISTORIA SEXUAL**

Mantienes relaciones sexuales?

Cuando fue la primera vez que tuviste relaciones sexuales?

Tienes alguna dificultad en la sexualidad con tu pareja?

Tienes novio?

Cómo es la relación con tu pareja?

## **ANEXO B**

### **CUESTIONARIO PARA DIAGNOSTICAR LA ANOREXIA**

#### **CONDUCTA DE RECHAZO HACIA LA COMIDA.**

##### **DIETA RIGUROSA.**

1. Has experimentado rechazo hacia la comida?
2. Hace cuánto?
3. Qué entiendes por dieta?
4. Sigues alguna dieta en especial?

##### **EJERCICIOS INTENSOS, TIEMPO, FRECUENCIA?**

5. Qué tipo de ejercicios realizas?
6. Cuanto tiempo te tomas para hacer ejercicios?
7. Cuantas veces a la semana realizas ejercicios?
8. Qué otra actividad haces para mantenerte en forma?

##### **DESEO DE COMER SOLO?**

9. En compañía de quién acostumbras a comer?
10. Qué significado tiene para ti comer sola?
11. Cuáles son las ventajas y desventajas?

##### **COMPULSIVO PURGATIVO**

12. Acostumbras a vomitar después de ingerir alimentos? (En que cantidad)
13. Conocer el nombre de algunos laxantes ó purgantes?
14. Usar algunos de ellos?
15. Qué otro método utilizas para provocar los vómitos?

##### **CONSUMO COMPULSIVO Y RAPIDO DE GRANDES CANTIDADES DE ALIMENTO**

16. Qué entiendes por consumo compulsivo?
17. Acostumbras a repetir alimentos durante la comida?
18. Tienes algún alimento en especial el que más te guste?
19. Cómo le podríamos llamar a estos síntomas?
20. Cada cuanto aparece la crisis

## **ANEXO C**

### **GUIA DE ENTREVISTA PARA EL PACIENTE**

#### **ESTRUCTURAL**

##### **Densidad de la red.**

1. Quienes de estas personas se conoce entre si?
2. Quienes de ellas (al interior del sistema y entre sistemas) tienen un contacto más cercano o íntimo entre sí?
3. Quienes tiene un contacto más distante o lejano?
4. Sabe usted si alguna vez estas personas se han puesto de acuerdo ayudando a usted cuando presenta crisis de anorexia?
5. Señale en el dibujo cual(es) de estas personas serían las más significativas o importantes para usted?

##### **DISTRIBUCIÓN**

6. Cuántas personas fueron ubicadas en cada uno de los cuadrantes: Familia, Amistades, Comunidad y trabajo y/o Educación?

##### **DISPERSIÓN**

7. Cuáles son las situaciones ante las cuales experimenta las crisis de anorexia?

##### **¿HAS TENIDO IDEAS SUICIDAS?**

8. En situaciones de crisis ó de problemas, al paciente le es más fácil acudir a quien (amigos, familiares, compañeros de trabajo, personal del hospital y de la religión) ?
9. Quienes viven en un barrio muy distante, fuera de la ciudad ó en otro país?
10. En algunas ocasiones tuvo que separarse de las personas que le ayudan en momento de crisis, como se sintió y como reacciono la paciente?

##### **APOYO EMOCIONAL**

11. A quien(es) en especial le cuentas tus problemas?
12. Que tipo de problemas compartes con estas personas ¿
13. Con quien(es) en especial, compartes actividades como salir de compra o pasear?
14. Qué otro tipo de actividades recreativas compartes con estas personas?

## **REGULACIÓN SOCIAL**

15. Cuándo se presenta una crisis de anorexia que personas le ayuda a controlar su comportamiento?

## **AYUDA MATERIAL Y DE SERVICIO**

16. Cuando has pasado por crisis económicas, quienes te prestan dinero u objetos?

## **ATRIBUTOS DEL VINCULO**

17. Con que frecuencia dialogas con las personas que te han ayudado en momentos de crisis?

18. con respecto a la familia quienes viven con la paciente?

19. Hace cuanto conoció a sus amigas y como recuerda el primer momento en que usted tuvo contacto con ella? Como recuerda ese momento

## **INTENSIDAD O COMPROMISO DE LA RELACION**

20. Cómo describiría la relación con estas personas que le ayudan en momento de crisis?

21. Qué le agrada de ellas?

22. Cuáles de estas personas no han vuelto a tener contacto y porque?



## **ANEXO D**

### **GUIA DE ENTREVISTA PARA LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA, AMIGOS Y COMPAÑEROS Y TERAPEUTA.**

#### **DENSIDAD**

**Incluyéndose usted.**

1. Quienes de estas personas se conocen entre sí?
2. Quienes de ellas (al interior de los sistemas y entre sistemas) tienen un contacto más cercano o íntimo entre sí?
3. Quienes tienen un contacto más distante o lejano?
4. Sabe usted si alguna vez estas personas se han puesto de acuerdo para ayudar al paciente? Usted se ha puesto en contacto con ellas para tal efecto?
5. Señale en el dibujo cuál(es) de estas personas es (son) la (as) más significativas o importantes para el paciente?
6. Cuántas personas fueron ubicadas en cada uno de los cuadrantes?

#### **DISPERSION**

7. Cuales son las situaciones ante las cuales experimentan crisis de anorexia?
8. En situaciones de crisis ó de problema, la paciente le es más fácil acudir a quien (familiares, amigos, compañeros de trabajo, personal del hospital y de religión)?
9. Quienes viven en barrio muy distante, fuera de la ciudad o en otro país?
10. En alguna ocasión tuvo que separarse del paciente cómo se sintió y como reaccionó el paciente?

#### **CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES DE LA RED**

11. Sabe usted a quien(es) en especial (de la familia, amigos, compañeros, etc) le cuenta el paciente sus problemas?

#### **APOYO EMOCIONAL**

12. Qué tipo de problemas compartes con estas personas?

#### **COMPANÍA EMOCIONAL**

13. Sabe usted a quien(es) en especial (de la familia, amigos, compañeros, etc.) el paciente comparte sus actividades?

## **REGULACIÓN SOCIAL**

**13.** Sabe usted si alguna de estas personas lo ha ayudado a controlarse en su comportamiento? Usted ha sentido esa necesidad?

## **AYUDA MATERIAL**

**14.** Sabe usted si alguna de estas personas le ha ofrecido prestamos o regalo de dinero, objetos o comida al paciente?

## **ATRIBUTOS DE VINCULO**

### **Frecuencia del contacto**

**15.** Con que frecuencia dialogas con las personas que la ayudan en momentos de crisis?

**16.** Con respecto a la familia quienes conviven con el paciente?

**17.** Hace cuánto vive el paciente en el barrio?

**18.** Con respecto a los amigos, hace cuánto, cómo o en qué circunstancia el paciente conoció a estas personas?

**19.** Hace cuánto vive el paciente en el barrio?

**20.** Sabe usted sobre los motivos de traslado a este barrio?

**21.** Qué opina usted de este traslado?

**22.** Hace cuanto conoció a sus amigas y como recuerda el primer momento en que usted tuvo contacto con ella? Como recuerda ese momento.

## **INTENSIDAD O COMPROMISO DE LA RELACION**

**23.** Cómo describiría su relación con el paciente porque cree usted que continua manteniendo esta relación con el paciente?

**24.** Cómo describiría su relación con el paciente porque cree usted que continua manteniendo esta relación con el paciente?

## ANEXO E

### GUIA DE AUTOOBSERVACION PARA EL ENTREVISTADOR

#### 1. COMUNICACION.

##### 1.1. Coherencia entre la verbal y la no verbal.

- a) Entre el entrevistado y la familia
- b) Entre el entrevistador y el entrevistado

#### 2. EMPATIA

- a) Claridad de la de los objetivos de la Lenguaje accesible al entrevistado
- b) Lenguaje accesible al entrevistado
- c) Seguridad y dominio de los contenidos tratados
- d) Expresión espontánea de las emociones y sentimientos que aseguran un ambiente adecuado para el desarrollo de la entrevista.

#### 3. UBICACIÓN ESPACIAL

#### 4. ESTRUCTURA INTERACCIONAL

##### 4.1 Jerarquía y roles.

- a) ¿El entrevistador ha cumplido los roles?
- b) ¿El entrevistador mantuvo su posición jerárquica?

##### 4.2 Normas y límites

- a) El entrevistador cumple con los acuerdos establecidos.
- b) El entrevistador cumple con los acuerdos preestablecidos con el observador para la entrevista.

##### 4.3 Alianzas y

###### 4.3.1. Alianzas

- a) Entre quienes
- b) de qué contenidos

###### 4.3.2. Coaliciones

- c) Entre quiénes
- d) Alrededor de qué contenido.
  - No involucrar al observador para la resolución de las interferencias.
  - Aclarar dudas al entrevistado.
- e) ¿El entrevistador mantuvo su posición jerárquica?

## **ANEXO F**

### **GUIA DE OBSERVACIÓN PARA EL OBSERVADOR**

La participación del observador dentro de la entrevista debe ser netamente pasiva, es decir no debe involucrarse de forma activa en ésta, evitando expresiones de forma verbal o no verbal.

#### **1. COMUNICACIÓN.**

1.1. Coherencia entre la comunicación verbal y la no verbal.

- a) Entre el entrevistado y la familia
- b) Entre el entrevistador y el entrevistado

#### **2. EMPATIA**

- a) Seguridad y dominio de los contenidos tratados.
- b) Expresión espontánea de las emociones y sentimientos que aseguran un ambiente adecuado para el desarrollo de la entrevista.

#### **3. UBICACIÓN ESPACIAL**

#### **4. ESTRUCTURA INTERNACIONAL**

##### **4.1 Jerarquía y roles.**

- a) El entrevistador ha cumplido los roles.
  - Explica claramente el motivo de la entrevista.
  - Desarrollar guía de entrevista.
  - Controlar las interferencias imprevistas que surjan durante la entrevista.
  - No involucrar al observador para la resolución de las interferencias.
  - Aclarar dudas al entrevistado.
- b) ¿ El entrevistador mantuvo su posición jerárquica?

##### **4.2 Normas y límites**

- c) El entrevistador cumple con los acuerdos establecidos.
- d) El entrevistador cumple con los acuerdos preestablecidos con el observador para la entrevista.

##### **4.3 Alianza y coaliciones**

###### **4.3.1 Alianzas**

- e) Entre quiénes

- f) Alrededor de qué contenido
- 4.3.2 Coaliciones
- g) Entre quiénes
  - h) Alrededor de qué contenido

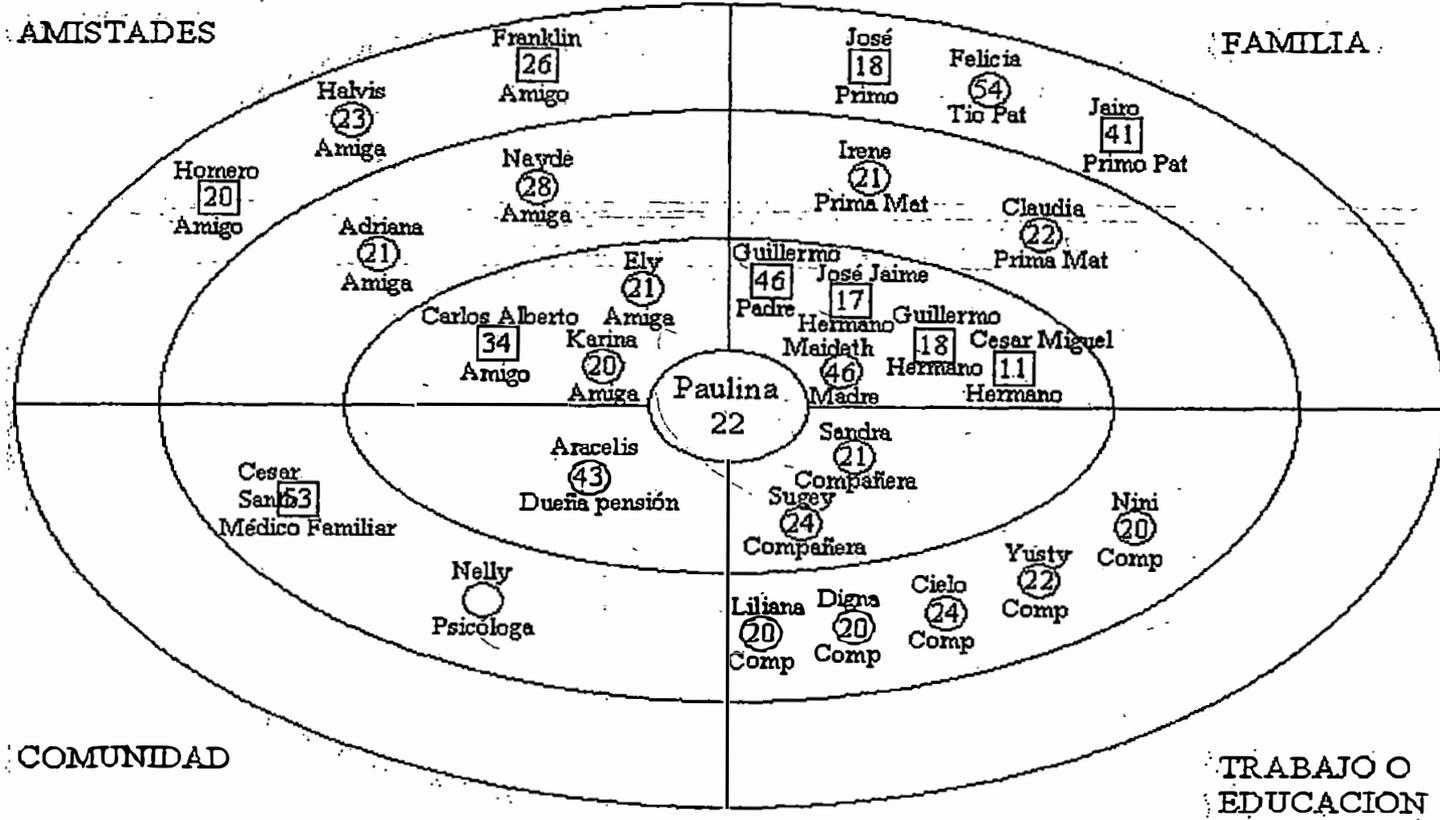
## **5. OBSERVACIONES**

## **ANEXO G**

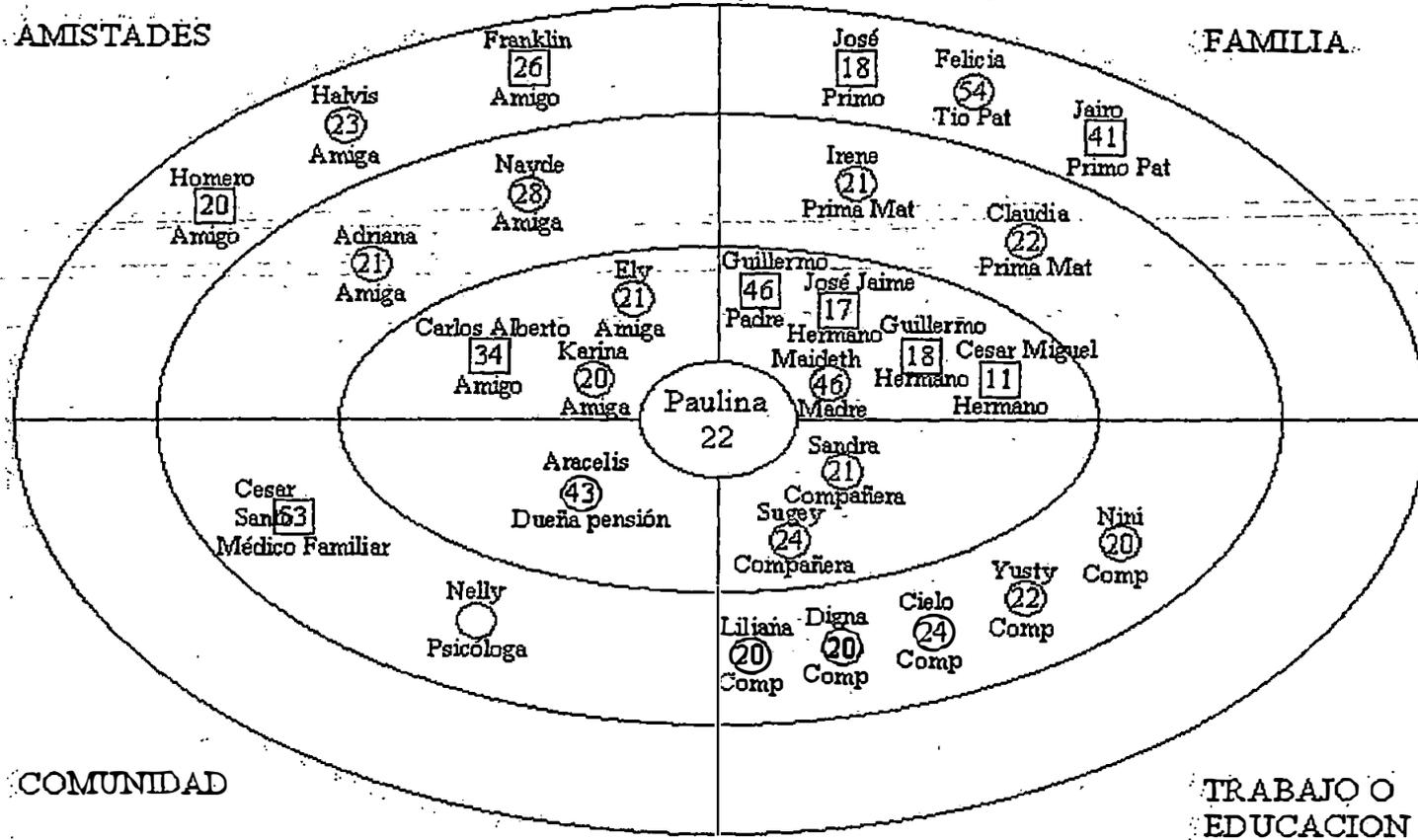
### **GUIA PARA EL CIERRE DE LA ENTREVISTA**

- 1. ¿Cómo se sintió durante la entrevista, conversando conmigo?**
- 2. ¿Después de esta entrevista, le han surgido inquietudes?**
- 3. ¿Después de esta entrevista que ha reflexionado?**

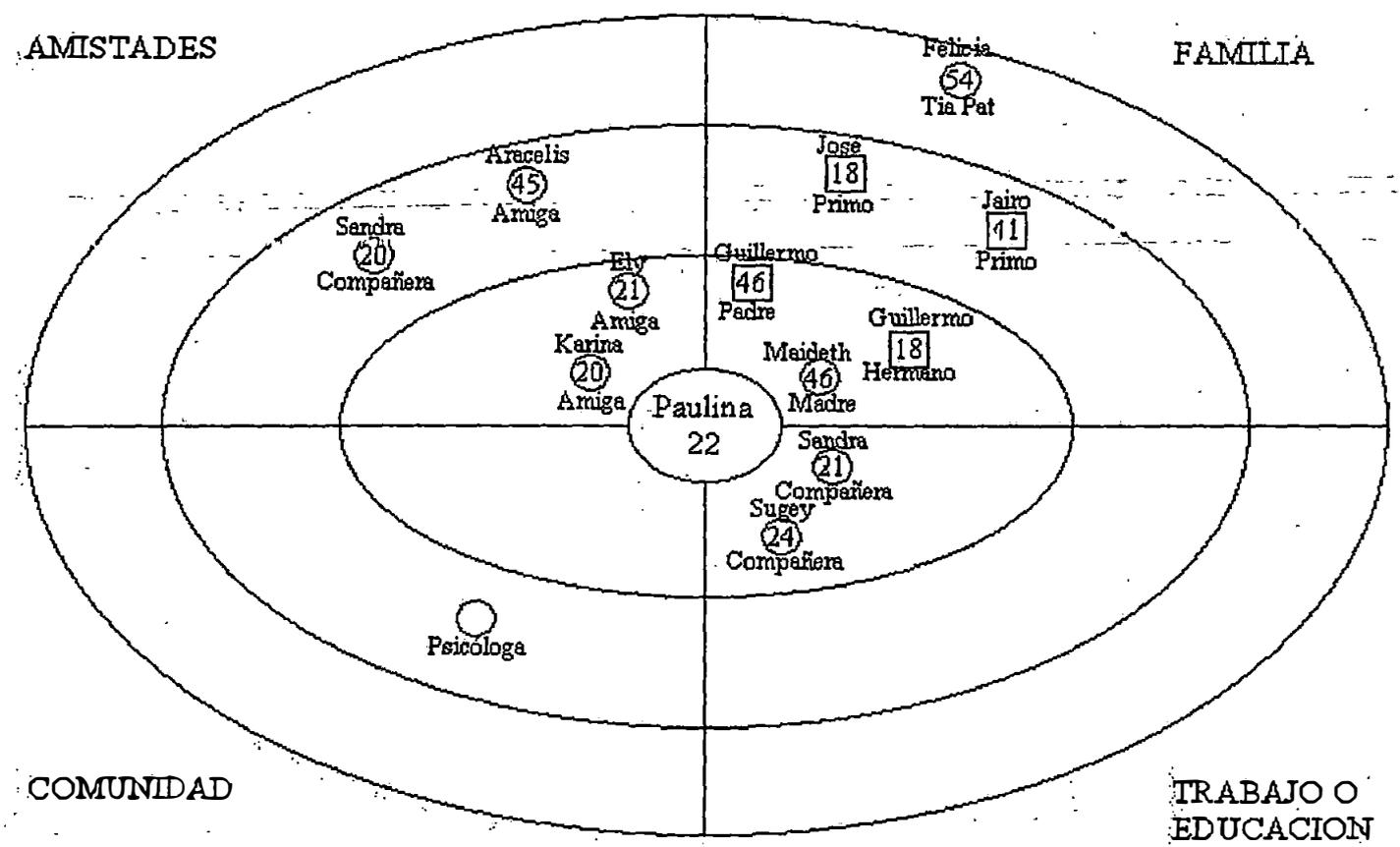
ANEXO H  
 MAPA INTEGRAL DE LA RED SOCIAL PERSONAL  
 TAMAÑO 29 MIEMBROS



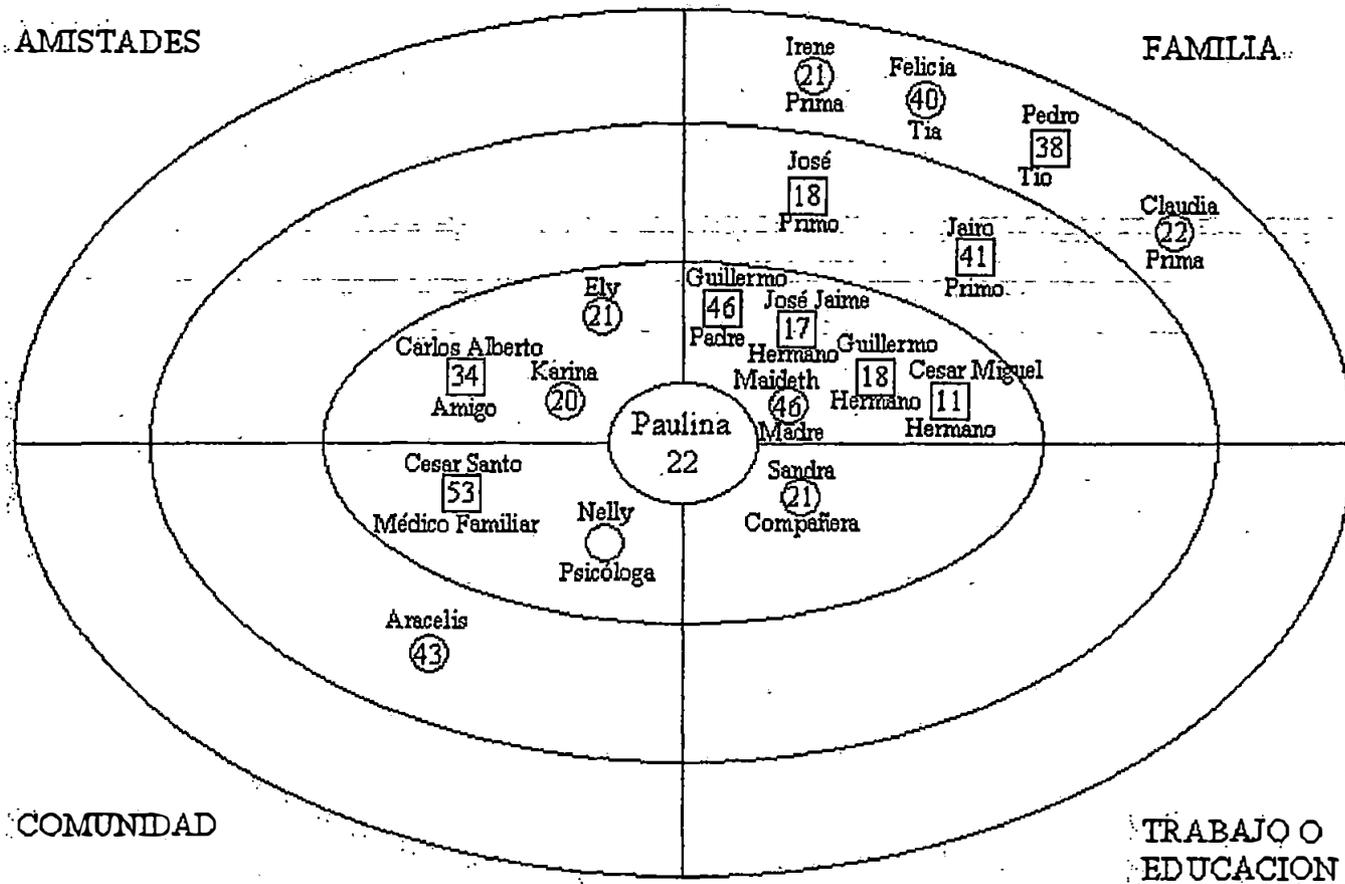
ANEXO I  
 FUENTE 1  
 MAPA DE LA RED SOCIAL PERSONAL  
 TAMAÑO 29 MIEMBROS  
 DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE



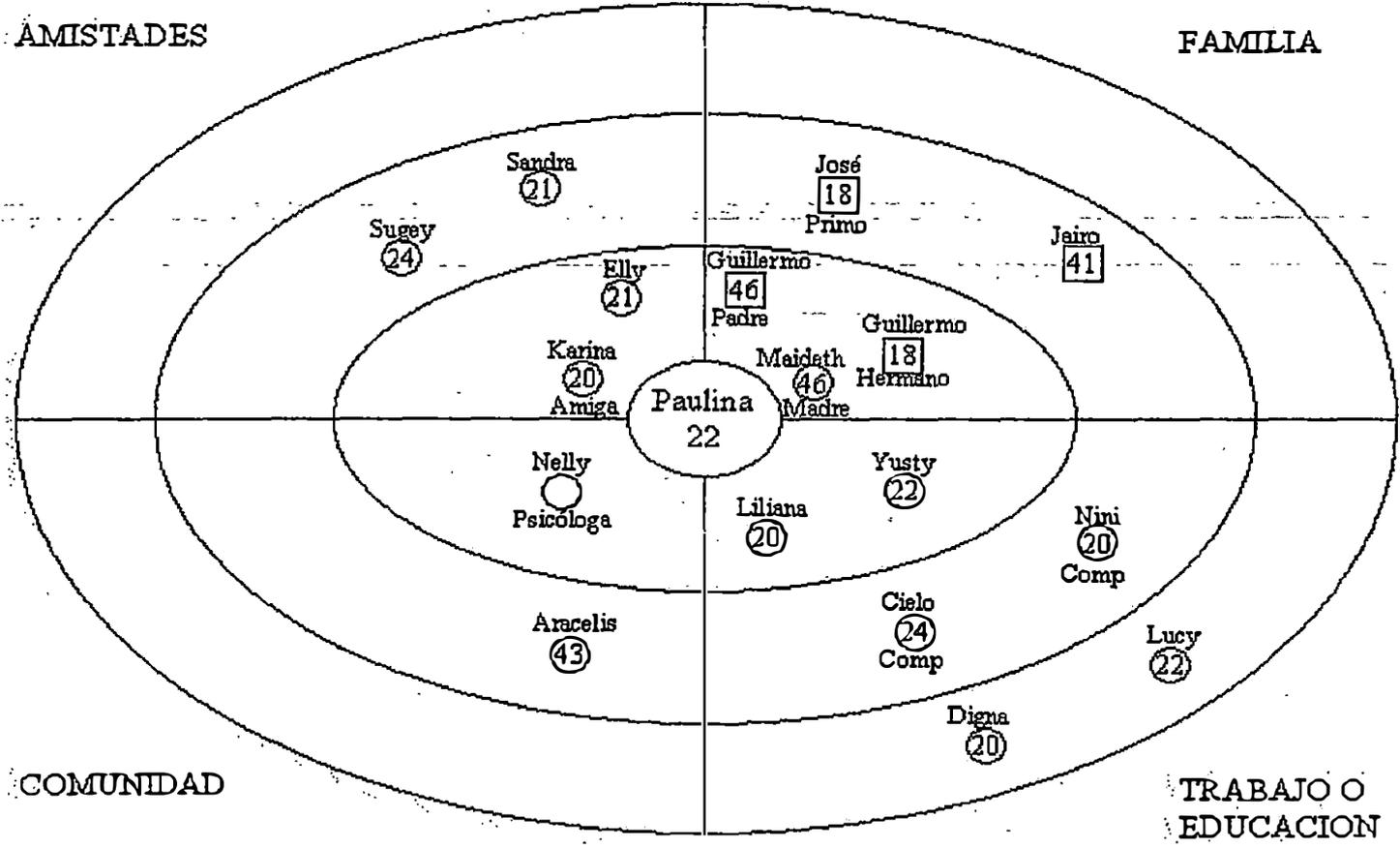
ANEXO I  
 FUENTE 2  
 MAPA DE LA RED SOCIAL PERSONAL  
 TAMAÑO 15 MIEMBROS  
 APLICADO A UNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DE LA PACIENTE  
 DUEÑA DE LA PENSION



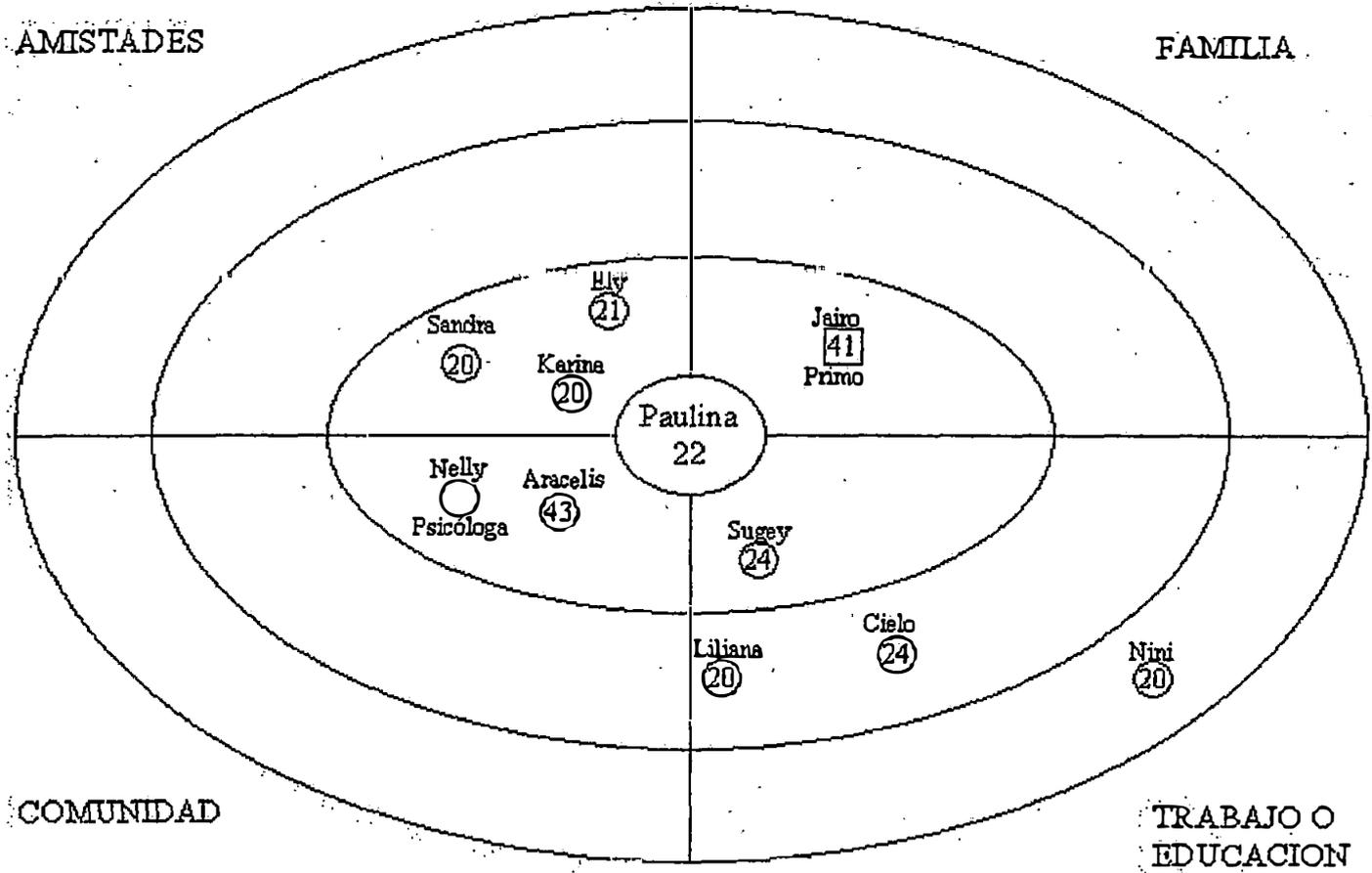
ANEXO K  
 FUENTE 3  
 MAPA DE LA RED SOCIAL PERSONAL  
 TAMAÑO 17 MIEMBROS  
 DESDE LA PERSPECTIVA DE UN FAMILIAR (PRIMO PAT) DE LA PACIENTE (JAIRO)



ANEXO M  
 FUENTE 5  
 MAPA DE LA RED SOCIAL PERSONAL  
 TAMAÑO 18 MIEMBROS  
 DESDE LA PERSPECTIVA DE UNA AMIGA SIGNIFICATIVA (ELLY BERDUGO) DE LA PACIENTE



ANEXO N  
 FUENTE 6  
 MAPA DE LA RED SOCIAL PERSONAL  
 TAMAÑO 11 MIEMBROS  
 DESDE LA PERSPECTIVA DE UNA COMPAÑERA DE CLASE (SANDRA)



**CATEGORIA DE LA INFORMACIÓN  
CUADRO Nº 1**

PROCESO DE CATEGORIZACIÓN DE LA RED SOCIAL PERSONAL DE UNA PACIENTE DE 22 AÑOS DIAGNOSTICADA CON ANOREXIA NERVIOSA QUE ASISTE A TRATAMIENTO EN CONSULTA PRIVADA

CATEGORIA DEDUCTIVA	PREGUNTAS Ó ITEMS	R E S P U E S T A S						CATEGORÍA INDUCTIVA
		Fuente Nº 1 PACIENTE	Fuente Nº 2 Dueña de la pensión	Fuente Nº 3 Primo	Fuente Nº 4 Amiga significativas	Fuente Nº 5 Amiga Significativas	Fuente Nº 6 Compañeras de estudio	
<b>CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES</b>  DENSIDAD DE LA RED. Miembros que se conocen entre sí.	¿ Quienes de estas personas se conocen entre sí?	Mis padres y mi hermano mayor se conocen con Ellis y Karina (amigas), toda mi familia se conoce con Cesar Santos (Médico familiar).	La mamá de Paulina se conoce con Ellis y con Karina (amigas) y Sandra (compañeras); porque sus padres han estado aquí en la pensión.	Se que Ely y Karina que son las mejores amigas de Paulina se conocen con sus papás; el Médico familiar Cesar con los padres.	Los papás de Paulina con Ely (amigas) y conmigo (amigo). Los padres de Paulina con jairo (el primo). Las compañeras (Nini, Liliانا, yulsy, digna, cielo, con Ely y yo (amigas).	Los padres de paulina ser conocen con Karina y conmigo (amigas) nuestras compañeras (Liliana, yulsy, cielo, Nini, digna, Lucy) conocen a (Nelly) la Psicóloga porque nos da clases, Karina y yo conocemos a su primo Jairo.	Karina, Ellis y paulina (amigas) se conocen con Sugey, Liliana, Cielo, Nini y yo que somos compañeras yo (Sandra) me conozco con Jairo (primo).	Miembros de la red que se conocen entre sí.
Miembros que al interior de la red tienen contacto cercanos.	¿ Quienes de ellas al interior del sistema tienen un contacto más cercano o íntimo entre sí?	Eli y Karina (amigas) tienen un contacto cercano con todas mis compañeras (Sandra, Liliana, Nini, Yulsi, Sugey).	Obviamente los padres de Paulina con su hermano, estos con el primo Jairo.	Paulina con sus amigas (Ely y Karina) y con la Psicóloga Nelly. Amigas (Ely, Karina) y con la Psicóloga Nelly.	Paulina con sus padres y su hermano Guillermo, Paulina con Ely y yo (amigas).	Karina, Paulina y yo andamos para todos lados; Paulina con la Psicóloga tienen un contacto cercano por que es su Terapeuta, Paulina con Aracelis (dueña de la pensión) con su primo Jairo.	Karina, Ellis y Paulina mantienen un contacto cercano y la señora Aracelis (dueña de la pensión) a su vez con paulina.	Miembros de la red entre los cuales existen relaciones cercanas.
Miembros entre los cuales existen contactos distantes.	¿ Quienes tienen un contacto más distante o lejano?	Mis padres con mis compañeras (Sandra, Sugey, Liliana, yulsi, Nini). Mi primo Jairo, con todas mis compañeras (Sandra, Sugey, Liliana, Digna, Cielo, Yulsi y Nini).	Paulina con su tía Felicia y con su primo José. Los padres de Paulina con sus compañeras Sandra y Sugey.	El médico familiar (Cesar) con la Psicóloga (Nelly). Los padres con la Psicóloga (Nelly). Las amigas (Ely y Karina) con el médico familiar.	Nelly la Psicóloga con su primo jairo. Los padres de Paulina y las compañeras (Nini, Yulsy, digna, y cielo).	El primo jairo con las compañeras (Liliana, Yulsy, Cielo, Nini, Lucy, Digna) al igual que con los padres (Guillermo y Maldeth).	La Psicóloga (Nelly) con Jairo (primo de Paulina).	Miembros de la red ante los cuales existen relaciones distantes.
Personas que se contactan para ayudar a la paciente en momentos de crisis.	¿ Sabe usted si alguna vez estas personas se han puesto de acuerdo para ayudarlo a usted cuando presenta crisis de anorexia? ( para la paciente).	Si Karina, Ellis (amigas), están siempre pendientes de todas las actividades y me invitan a salir para distraerme.	<b>ESTA INFORMACIÓN NO SE ABORDÓ EN LOS MIEMBROS DE LA RED PORQUE SE INDAGA EN EL SIGUIENTE ITEM</b>				Personas que se contactan para vigilar el estado de salud físico y emocional de la paciente.	

	¿ Sabe usted si alguna vez estas personas se han puesto de acuerdo para ayudar al paciente? Usted se ha puesto en contacto con ellas para tal efecto? ( para los miembros de la red entrevistados).	Esto se indagó en la pregunta anterior.	Los padres de Paulina algunas veces han hablado con Ely y Karina (amigas) para pedirle que no la dejen sola, que estén pendientes de ella, la inviten a divertirse a pasear. A si mismo con el primo Jairo que vive aquí cerca.	Su mamá siempre la está llamando, la señora dueña de la pensión (Aracelis) y sus amigas Karina y Ellis.	Ely y yo (amigas) estamos pendiente del estado de salud que presenta Paulina y la señora Aracelis que está pendiente de la alimentación.	Si Karina y yo (amigas) al igual que sus padres Guillermo y Maideth quien llaman constantemente a la señora Aracelis (dueña de la pensión).	Karina y Ellis (amigas de Paulina) están muy pendientes de la salud de Paulina ya que ellas mantienen más comunicación con la Psicóloga (Nelly) quienes la que le ha brindado ayuda cuando entra crisis.	
Personas más significativas para la paciente.	¿ Señale en el dibujo cual(es) de estas personas serían las más significativas o importantes para usted.	Mi mamá (Maideth) y Carlos (amigo de Montelíbano).	Su mamá (maideth) y su hermano (Guillermo de 18 años).	Su mamá y sus amigos (Ely y Karina).	Su mamá, su papá y su hermano Guillermo, Ellis y yo (amigos).	Confía mucho en su mamá, Karina y yo quienes la apoyamos.	Karina y Ellis (amigas)	Personas más significativas para la paciente
<b>DISTRIBUCION</b> Número de personas ubicadas en cada uno de los cuadrantes de la red.	Cuántas personas fueron ubicadas en cada uno de los cuadrantes.	Familia 10, Amistad 8, comunidad/ salud 3, Compañeros 7.	Familia 6, amigos 4, Comunidad 1, Compañeros 2.	Familia 11, Amistad 3, Comunidad 3, Compañeros 1.	Familia 4, amistad 3, comunidad 1, compañeros 5.	Familia 5, amistad 5, comunidad 2, compañeros 6.	Familia 1, amistad 3, comunidad 2, compañeros 4.	Tamaño de la red
<b>DISPERSION</b> Situaciones en las cuales se presentan las crisis de anorexia.	¿ Cuales son las situaciones ante las cuales la paciente experimenta las crisis de anorexia?	Cuando hay un ambiente negativo, las amigas me empiezan a criticar que estoy gorda. En estos momentos todo me fastidia como en un mundo de depresión, al ver que tú quieres conseguir algo y no lo puedes conseguir, sabes que hay anorexicas que cuando llegan a una crisis son capaces hasta de morirse, sientes que tu no tienes amigas; y sientes que todo el mundo te aísla; solamente trato de portarme fuerte y ser consciente de lo que está pasando, que lo que estas haciendo no está bien. Cuando a mi me dicen que estoy gorda me provoca tirarme a un carro y que me estrelle, eso para mi es patético has tenido ideas suicidas? Uff muchas	Yo he observado que cuando ella no sale los fines de semana cae como en un encierro en sí misma y se la pasa acostada la mayor parte del día y a veces no quiere pasar al teléfono; y desde ahí empieza a buscar excusas para no comer.	La verdad no sabría responderle, porque yo me la paso trabajando y es poco el tiempo que comparto con ella.	Me he dado cuenta que cuando nosotros (amigas Ely y Karina) y algunas compañeras le decimos que se está engordando, ella empieza a hacer dieta pero se excede en ellas. Cuando estamos hablando con las compañeras de clases para evitar que ella creya nuevamente en la crisis.	Cuando nos distanciamos, no planeamos salidas los fines de semana y al regresar a clases en algunas ocasiones la he notado como triste, deprimida. Le he preguntado que le pasa y me responde que esta aburrida y que extraña a su mamá. Pero en realidad es cuando en la universidad hacemos comentarios a cerca de le gordura, las modales de los nuevos vestidos en moda.	Exactamente no sé	<b>Ambiente situacional ante el cual se presenta las crisis de anorexia.</b>
Miembros de la red a quienes acude fácilmente en situaciones de crisis	¿ En situaciones de crisis o de problema, al paciente le es más	A nadie, estas a gusto con lo que estas haciendo, tu nunca te ves delgada, el	A los padres, ella cuando tiene problemas, llama a su mamá cuando son de	A la señora de la pensión (Aracelis) y a sus amigas (Ely y Karina) claro está no	Acude con mayor rapidez a su madre quien le confía todo y en segundo lugar a su	La señora Aracelis (dueña de la pensión) quien llama inmediatamente a la	Acude a Karina y a Ellis Amiga de Paulina. Ya que tiene más	Miembros de la red a quienes acude fácilmente en situaciones de crisis.

	¿fácil acudir a quien (familiares, amigos, compañeros de trabajo, persona del hospital y de la religión)?	contrario más gozada, nunca bajas, no te provoca nada; el año pasado me internaron en la clínica del Caribe durante 10 días, me encontraba en cuidados intensivos porque estaba deshidratada.	atención urgente acude a la señora de la pensión.	dejan de llamar a su mamá Mabelth.	papá y después nos comenta a nosotras en especial a Elly y a mí (amiga de Paulina).	mamá y le comenta la situación igualmente sus amigas (Elly y Karina).	confianza en cuanto a sus problemas personales.	
Miembros de la red que viven fuera de la ciudad.	¿ Quiénes viven en un barrio muy distante, fuera de la ciudad o en otros países?	Mis padres viven fuera de la ciudad (Montelibano) y mis hermanas	Sos padres y sus hermanos (viven en Montelibano).	Los padres de Paulina y su hermano Guillermo, José, Cesar. (viven en montelibano).	Sus padres viven en Montelibano, al igual que la mayoría de sus familiares.	Los padres y sus hermanos.	Sus padres.	Miembros de la red que viven fuera de la ciudad.
Actitud asumida por la paciente frente a la ausencia de miembros significativos	¿En algunas ocasiones tuvo que separarse de las personas que la ayudan en momentos de crisis, cómo se sintió y como reaccionó la paciente?	Cuando entre a la universidad me separa de mis padres, fue una época muy dura porque tuve que acostumbrarme a vivir alejados de mis padres y esto me ocasionaba tristeza, pérdida de apetito, sentimientos de soledad.	Cuando llegan las vacaciones y ella se va para montelibano, me dice que me va a extrañar mucho y me llama dos o tres veces durante esa temporada de vacaciones.	Yo nunca he establecido vínculos muy cercanos con ella; ahora porque se vino a estudiar a Barracuilla y nos vemos de vez en cuando.	En temporada de vacaciones la verdad ella se nota muy contenta porque se iba a ver a su familia	Cada vez que terminamos un semestre; la forma de reaccionar es felicidad porque cada quien se va para su pueblo.	La verdad que la separación que hemos tenido no le afecta mucho ya que somos compañeras de estudio nada más, pero supongo que siente alegre al estar nuevamente con sus padres.	Actitud asumida por la paciente frente a la ausencia de miembros significativos

<b>FUNCIONES DE LA RED SOCIAL PERSONAL ACTUAL DEL PACIENTE APOYO EMOCIONAL</b>	¿A quienes en especial le cuentas sus problemas?	A mi mamá ya mis amigas (Elly y Karina)	Se que ella tiene mucha confianza a su mamá y a la amiga Elly y a Karina.	A su mamá y me imagino que a sus amigas Elly y Karina.	Elly dice que en la que más confía es en su mamá Maldeth.	A su mamá (Maldeth), la Psicóloga (Nelly) y a sus amigas significativas. (Elly y Karina)	A su mamá y me imagino que a sus amigas ( Elly y Karina).	Miembros que te inspiran confianza a la paciente y con los cuales compartes sus problemas académicos, familiares y emocionales.
Tipos de problemas que comparte con las personas de confianza.	¿ Que tipo de problemas compartes con estas personas?	A mi mamá y a mis amigas (Elly y Karina)	Se que ella tiene mucha confianza a su mamá y a la amiga a Elly y a Karina.	A su mamá y me imagino que a sus amigas Elly y Karina.	Todo lo relacionado con la familia y la universidad.	Académicos, familiares y sentimentales.	Todo lo que tenga que ver con la universidad.	
<b>COMPANIA SOCIAL</b> Personas con las cuales compartes actividades en los tiempos libres. Tipo de actividades compartidas con las personas mencionadas en los Items anterior.	¿con quienes en especial, compartes actividades como salir de compras o pasear?	Con Karina y Ellis (amigas)	Con Elly y Karina sus amigas ellas tres andan para todos lados.	Con sus amigas (Elly y Karina) y con su compañera Sandra.	Con la señora Aracelis en la pensión, además comparte con sus padres cuando viajan a montelibano y cuando entra a la universidad comparte con Elly y con mi amigo (amigo)..	Con nosotras Karina y yo, que somos sus amigas más cercanas y una que otras veces con alguna de nuestras compañeras Iliana, Nini, Digna, Sugey y Sandra.	Con sus amigas (Karina y Ellis).	Miembros de la red con los cuales comparte actividades como salir de compra, pasear entre otras.
	¿Que tipo de actividades recreativas compartes con estas personas? (paciente)	Rumbear, ir de paseo a Santa Marta.	ESTA INFORMACIÓN NO FUE INDAGADA PORQUE LA PACIENTE ES QUIEN CONOCE Y MANEJA ESTA INFORMACIÓN					
<b>REGULACIÓN SOCIAL</b> Miembros que ayudan a controlar el comportamiento de la paciente.	¿ Cuando se presenta una crisis de ansiedad que personas le ayudan a controlar su comportamiento?	La Psicóloga (Nelly), mis padres, mi primo Jairo y mis amigas Elly y Karina.	Las dos amigas que les he mencionado siempre han estado muy pendiente de ella, cuando la vemos que está volviendo a la crisis la aconsejamos y la motivamos, la invitan a divertirse, salir a pasear.	Sus amigas Elly y Karina, la Psicóloga (Nelly) y los padres que siempre la está llamando.	Inicialmente la señora Aracelis (dueña de la pensión) Ellis y yo (amigas), siempre estamos pendientes y la motivamos a salir a rumbear ó pasear.	Aquí en Barranquilla Karina y yo (amigas) y la señora Aracelis dueña de la pensión.	Ellis y Karina son las que más están pendientes de ella y también la Psicóloga la ayuda a controlar su comportamiento.	Miembros que y como regula el comportamiento disfuncional de la paciente.
<b>AYUDA MATERIAL Y DE SERVICIO</b>	¿Cuándo has pasado por crisis económicas, quienes te prestan dinero u objetos?	Mis amigas Elly y Karina y mis padres	De eso si no tengo idea cuando ha necesitado dinero, yo he escuchado pedirselo a la mamá ó al papá.	No sabría contestarla.	Sus padres le envían el dinero que ella necesita para la universidad.	Entre nosotras las compañeras y amigas nos hemos dado regalo como lo es el día de amor y amistad.	La verdad no sé	Frecuencia de contacto entre la red y la paciente.
<b>ATRIBUTO DEL VINCULO FRECUENCIA DEL CONTACTO</b>	¿ Con que frecuencia dialogas con las personas que te ayudan en momentos de crisis?	Con las psicóloga (Nelly) dialogaba cada 15 días pero ya tengo 2 meses que no asisto a Psicoterapia. Con mis padres 2 veces a la semana. Con mi primo Jairo 2 veces al mes y con mis amigas (Elly y Karina) durante toda la semana.	Con las amigas Elly y Karina diariamente porque estudian juntas y conmigo todos los días porque viven aquí en la pensión.	Yo la llamo cada 15 días.	Con la señora Aracelis (dueña de la pensión) todos los días con sus amigas (Elly y yo) durante toda la semana.	Cuando nos vemos en la universidad y por teléfono.	Cuando tenemos clases.	

<b>HISTORIA DEL VINCULO</b> Personas que viven con la paciente	¿ Con respecto a la familia quienes conviven con el paciente?	Aquí en Barranquilla estoy pensionada vive con 2 compañeras de cuarto, la señora Aracelis (dueña) y sus dos hijas con ellas muy poco hablo porque ellas permanecen fuera de la casa.	Aquí en la pensión está ella sola, sin sus padres. Aquí en la pensión con mis hijas, dos pensionadaa más y conmigo. Conmigo habla más.	Nadie todos sus familiares están en Montelíbano.	Ella vive sola en la pensión	Aquí en Barranquilla con ninguno, ella está pensionada su familia vive en montelíbano solo conozco a su primo Jairo que vive a unas cuadras de la pensión.	Hasta el momento con nadie ya que los miembros de su familia están en montelíbano.	Conocimiento que tienen los miembros de la red con las personas, con las cuales conviven la paciente.
Tiempo en que vive el paciente en el barrio.	¿ Hace cuanto vive el paciente en el barrio? (miembros de la red)	No fue indagada porque ya se conocía la información en la historia clínica.	Hace tres años.	Desde que comenzó la universidad.	3 años, desde que inició la universidad	Hace tres años	Hace tres años.	Tiempo de vivir en el barrio y motivo del traslado.
Motivos por los cuales la paciente se ha trasladado a otra ciudad.	¿ Sabe usted sobre los motivos de traslado a este barrio? (miembro de la red)	No fue indagada porque está pregunta se desprende de la anterior realizada a los miembros entrevistado.	Porque se vino a estudiar una carrera en la universidad Simón Bolívar.	Por cuestiones de estudio.	Si, porque Paulina quería estudiar en la universidad Simón Bolívar.	Porque se vino a estudiar en la universidad	Se vino a Barranquilla a estudiar en la universidad.	
Percepción que tiene los miembros de la red frente al traslado de la paciente a otra ciudad.	¿ Que opina usted de este traslado?	No fue indagada porque esta pregunta se desprende de la anterior realizada a los miembros entrevistado.	Es una excelente decisión porque se vino a la ciudad a prepararse para ser una profesional.	Es una buena decisión porque ella tiene que prepararse para ser una profesional en el futuro.	Es una manera adecuada, yo que ella piensa en ser más tarde una profesional.	Fue necesario por que ella quiere ser una profesional; y en su pueblo no puede alcanzar esa meta.	Es bueno ya que ella piensa en superarse.	Percepción que tienen los miembros de la red frente al traslado de la paciente a otra ciudad.
Tempo de conocer a las amigas	¿ Hace cuanto conoció a sus amigas y cómo recuerda el primer momento en que usted tuvo contacto con ella? Como recuerda ese momento.	A mis amigas (Karina y Ellis) cuando empezamos a estudiar. No recuerdo.	Desde el momento en que entro a la universidad en que circunstancia, no sabría decirlo.	Me imagino que desde que entró a la universidad. No sé.	Desde que entro a la universidad; como fue ese momento no sé.	Cuando iniciamos la universidad, hace tres años.	Desde que entraron a la universidad a estudiar la carrera.	Tempo de conocer a la amigas, significativas.

<p><b>INTENSIDAD Y COMPROMISO DE LA RELACIÓN</b></p> <p>Descripciones de las relaciones que mantiene la paciente con los miembros de la red que la ayudan en momentos de crisis.</p>	<p>¿ Como describiría la relación con las personas que la ayudan en momentos de crisis? (Paciente)</p>	<p>Con mis amigas, llena de comunicación, confianza unas a otras. Con la dueña de la pensión llena de armonía comunicación. Con Jairo (primo) un poco distante sin conflicto, aunque a veces me fastidia porque me regaña cuando le dicen que no quiero comer; con Carlos (amigo) conflictivo porque me hace ver las cosas con delicadeza. Con la Psicóloga no es muy buena, porque no me inspira confianza.</p>	<p><b>ESTA INFORMACIÓN NO FUE INDAGADA PORQUE LA PACIENTE ES QUIEN MANEJA ESTA INFORMACIÓN</b></p>				
<p>Cualidades de las personas que ayudan a la paciente en momentos de crisis y que son de su agrado.</p>	<p>¿Que le agrada de ellos (paciente).</p>	<p>De Jairo (primo) el estar muy pendiente de mí, me da consejos, es comprensivo. De Carlos (amigo), te hace ver las cosas como son. Con mis amigas su simpatía y la paciencia que me tienen.</p>	<p><b>ESTA INFORMACIÓN NO FUE INDAGADA PORQUE SE DESPRENDE DE LA PREGUNTA QUE ANTERIORMENTE SE LE REALIZÓ A LA PACIENTE</b></p>				<p>percepción de los miembros de la red con respecto a la relación afectiva con la paciente</p>
<p>Descripción de la relación de la paciente con cada una de las fuentes (miembros entrevistados).</p>	<p>¿ Cómo describiría su relación con el paciente porque cree usted que continúa manteniendo esta relación con el paciente (para los miembros de la red)</p>	<p>Esta información no se indagó porque lo que se busca es conocer la percepción que tiene los miembros entrevistados a cerca de la relación que mantiene con la paciente.</p>	<p>Mi relación con Paulina está llena de armonía, nosotras nos sentamos a conversar, nos reímos, una a otra nos burlamos hacemos broma aunque ella es muy cerrada en la que tiene que ver con su vida sentimental de esa nunca hemos hablado. La relación se mantiene porque ella se ha sentido cómoda y en confianza durante 3 años que ha estado aquí en la pensión.</p>	<p>Mi relación con Paulina es un poco distante, porque yo ando en mi empresa dedicado al trabajo y es poco el tiempo que tengo para visitarla; cuando lo he hecho es porque ha estado enferma.</p>			
<p>Personas que le ayudan en momentos de crisis y con las cuales no ha vuelto a tener contacto.</p>	<p>¿ Con cuales de estas personas no has vuelto a tener contacto y porque? (paciente)</p>	<p>Con Carlos (amigo) porque vive en montelibano y porque se caso. Con Jairo (primo) porque su trabajo lo mantiene ocupado.</p>	<p><b>ESTA INFORMACIÓN NO FUE INDAGADA PORQUE SE DESPRENDE DE LA PREGUNTA QUE ANTERIORMENTE SE LE HIZO A LA PACIENTE</b></p>				<p>Personas que le ayudan en momentos de crisis y con las cuales no ha vuelto ha tener contacto</p>

## ANEXO O DEFINICIÓN DE VARIABLES DEFINICIÓN CONCEPTUAL

<p><b>ANOREXIA:</b> Es una enfermedad de etiopatogenia, sólo parcialmente conocida, en la que la alteración nuclear no es rigor la anorexia, sino el deseo irrefrenable de adelgazar, con resistencia a comer o a retener lo ingerido".<sup>49</sup></p>	<p>• <b>TIPO RESTRICTIVO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conducta de rechazo hacia la comida.</li> <li>- Hacer dietas rigurosas.</li> <li>- Realizar ejercicios</li> <li>- Tiempo</li> <li>- Frecuencia</li> <li>- Deseo de comer sola.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿ Has experimentado rechazo hacia la comida?</li> <li>2. ¿ Hace cuanto?</li> <li>3. ¿ Es de tu agrado comer sola?</li> <li>4. ¿ Qué entiendes por dieta?</li> <li>5. ¿ Sigues alguna dieta en especial?</li> <li>6. ¿ Qué tipo de ejercicios realizar?</li> <li>7. ¿ Cuánto tiempo te tomas para hacer ejercicios?</li> <li>8. ¿ Cuántas veces a la semana realizas ejercicios?</li> <li>9. ¿ Qué otra actividades haces para mantenerte en forma?</li> <li>10. ¿ En compañía de quien acostumbras a comer?</li> <li>11. ¿ Qué significado tiene para ti el comer sola?</li> <li>12. ¿ Acostumbras a vomitar después de ingerir alimentos? En que comidas?</li> <li>13. ¿ Conoces el nombre de algún laxante?</li> <li>14. ¿ Usas algunos de ellos?</li> <li>15. ¿ En que momento los tomas?</li> <li>16. ¿ Qué otro método utilizas para provocarte los vómitos?</li> <li>17. ¿ Qué entiendes por consumo compulsivo?</li> <li>18. ¿ Acostumbras a repetir alimentos en una sola comida? En que cantidad?</li> <li>19. ¿ Cuáles son los tipos de alimentos que más repites?</li> <li>20. ¿ Como le podrían llamar a estos síntomas?</li> </ol>
<p><b>RED SOCIAL PERSONAL:</b> " Es el sistema de un individuo que incluye a todo el conjunto de vínculos interpersonales del sujeto como lo es la familia, amistades, relaciones de trabajo, de estudio, de inserción comunitaria y de práctica social".<sup>50</sup></p>	<p><b>CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES:</b> Se dividen en:</p> <p>DENSIDAD</p> <p>DISTRIBUCIÓN</p> <p>DISPERSIÓN</p>	<p>Miembros de la red social personal que se conoce entre sí.</p> <p>Contacto distante o cercano de los miembros que se ponen de acuerdo para ayudar a la paciente.</p> <p>Número de miembros de la red de la paciente diagnosticada con anorexia ubicada en los cuadrantes del mapa de la red.</p> <p>Ubicación geográfica de los miembros más significativos de</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿ Quienes de estas personas se conocen entre si?</li> <li>2. ¿ Quienes de ellas al interior del sistema y entre sistemas, tienen un contacto más cercano o íntimo entre si?</li> <li>3. ¿ Quienes tiene un contacto más cercano distante ó lejano?</li> <li>4. ¿ Sabe usted si alguna vez estas personas se han puesto de acuerdo para ayudarlo a usted cuando presenta crisis de anorexia?</li> <li>5. ¿ Señale en el dibujo cuales de estas personas serán las más significativas o importante para usted?</li> <li>6. ¿ Cuantas personas fueron</li> </ol>

<sup>49</sup> VALLEJO, Ruiloba, Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona Masson, 1994. Pág. 274.

<sup>50</sup> SLUZKI, Carlos la red social frontera de la práctica sistémica; Editorial Gedisa 1996. Pag 37.

		<p>la red social de la paciente diagnosticada con anorexia (lugar donde viven).</p> <p>Distancia geográfica entre los miembros de la red de la paciente diagnosticada con anorexia.</p> <p>Acceso de la paciente a los miembros de la red en situaciones de crisis teniendo en cuenta la ubicación geográfica de los miembros.</p>	<p>ubicadas en cada uno de los cuadrantes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Familia .Comunidad</li> <li>◆ Amigos .Trabajo y/o Educación</li> </ul> <p>7. ¿ En que lugar/Barrio viven las personas más significativas para ti ubicadas en el mapa de la red?</p> <p>8. ¿ Cuáles son las situaciones ante las cuales experimentas las crisis de anorexia?</p> <p>9. ¿ Quienes han participado en estas situaciones?</p> <p>10. ¿ Cómo han reaccionado estas personas?</p> <p>11. ¿ Cuando experimenta la crisis de anorexia fácilmente ( amigos, familiares, compañeros , etc ).</p>
	<p><b>CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES:</b> Se divide en:</p> <p>Apoyo Emocional</p> <p>Compañía Emocional</p> <p>Regulación Social</p> <p>Ayuda material y de servicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personas de la red que le brindan apoyo emocional cuando se le presenta un problema a la paciente diagnosticada con anorexia.</li> <li>- Tipos de problemas que antes los cuales estas personas le brindan apoyo emocional.</li> <li>- Personas con las que compartes actividades de recreación en el tiempo libre.</li> <li>- Personas que regulan el comportamiento desviado que presenta la paciente.</li> <li>- Personas que ofrecen ayuda material en especie y en dinero cuando la paciente presenta una enfermedad o crisis de anorexia.</li> </ul>	<p>12. ¿ A quienes en especial le cuentas tus problemas?</p> <p>13. ¿ Que tipo de problemas compartes con estas personas?</p> <p>14. ¿ Con quien (es) en especial, compartes actividades como salir de compra o pasear?</p> <p>15. ¿ que otro tipo de actividades recreativas compartes con estas personas?</p> <p>16. ¿ cuando se presenta una crisis de anorexia que personas le ayudan a controlar su comportamiento?</p> <p>17. ¿ En caso de enfermedad y en los momentos en que experimentas las crisis de anorexia, de que personas recibes ayuda?</p> <p>18. ¿ Cuando has pasado por crisis económicas, quienes te prestan dinero u objetos?</p>
	<p><b>ATRIBUTO DEL VINCULO</b></p> <p>Frecuencia de contacto</p> <p>Historia del vínculo</p> <p>Intensidad ó compromiso de la relación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia ó número de contactos que establece los miembros de la red con la paciente en presencia o ausencia de crisis.</li> <li>- Tiempo que conoce la paciente a los miembros de su red.</li> <li>- Características de la red interacciones que establece la paciente con los miembros de la red:</li> </ul>	<p>19. ¿ Con que frecuencia dialogas con las personas que te han ayudado en momentos de crisis?</p> <p>20. ¿ Cada cuanto se ven con estas personas?</p> <p>21. ¿ Hace cuanto conoció estas personas y cómo recuerda el primer momento en que usted tuvo contacto con ella?</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripción de la relación</li> <li>- Agrado que siente hacia ellos</li> <li>- Factores asociados con la duración de la relación</li> <li>- Personas con las cuales ha perdido contacto</li> <li>- Motivo por los cuáles ha perdido contacto.</li> </ul>	<p>22 ¿ Alguna de estas personas han interrumpido la relación con usted?</p> <p>23 ¿ En que época sucedió?</p> <p>24 ¿ Cómo describiría la relación con estas personas?</p> <p>25 ¿ Que le agrada de ellas?</p> <p>26 ¿ Con cuáles de estas personas no has vuelto a tener contacto y porque?</p>
--	--	---	---



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descripción de la relación</li> <li>- Agrado que siente hacia ellos</li> <li>- Factores asociados con la duración de la relación</li> <li>- Personas con las cuales ha perdido contacto</li> <li>- Motivo por los cuáles ha perdido contacto.</li> </ul>	<p>22 ¿ Alguna de estas personas han interrumpido la relación con usted?</p> <p>23 ¿ En que época sucedió?</p> <p>24 ¿ Cómo describiria la relación con estas personas?</p> <p>25 ¿ Que le agrada de ellas?</p> <p>26 ¿ Con cuáles de estas personas no has vuelto a tener contacto y porque?</p>
--	--	---	---

