

Vulnerabilidad y Trastornos Alimentarios: Una Experiencia de Trabajo en Red.

**Mónica Inés Torres
Juan Luis Lovari**

Resumen

La clínica de los trastornos del comer no se limita a las dificultades para la producción de autonomía en hijos de familias de situación acomodada. Como toda problemática relacionada con lo social, su ocurrencia en personas sobredeterminadas por su dificultad para el acceso al cumplimiento de los derechos básicos sugiere como posibilidad su categorización como estrategia de supervivencia, y, complementariamente, a su ocurrencia en las sociedades “occidentalizadas” como otro mecanismo de control social.

La ausencia de alternativas sanitarias suficientemente abiertas a la atención de grupos vulnerables plantea y demarca, para los equipos de asistencia, una necesidad y un espacio específicos para la exploración de estrategias tendientes a la revaloración de los recursos de salud existentes en el mismo ámbito en el que se presenta lo denominado “patológico”.

El reconocimiento de tal condición (la vulnerabilidad psico-social) en el núcleo de convivencia de una persona que padece un trastorno alimentario severo sugiere la necesidad de una delicada exploración de sus condiciones de vida, a los efectos de poder apreciar, a lo largo de un diálogo y un intercambio con las personas involucradas y sus allegados, cuál es el lugar que ocupa el trastorno entre sus estrategias de supervivencia. Dicho intercambio debería, simultáneamente, servir para encontrar en conjunto la manera de suplantar su función con una forma más sustentable de sobrevivir, en la medida en que permita alguna reducción de la vulnerabilidad de dicho grupo.

Se comenta el trastorno alimentario crónico y severo presentado por una adolescente habitante del Gran Buenos Aires. Se describen los elementos que permitieron el diagnóstico de vulnerabilidad para su grupo de crianza. Se explicitan los pasos de una estrategia de red tendiente a un nuevo aprovechamiento de ciertos recursos comunitarios. Se señalan las fuentes teóricas que sustentaron la estrategia de trabajo.

La utilización de la perspectiva de red para obtener una descripción de la situación homologada por sus protagonistas permitió la construcción del mapa de la red social personal de la persona involucrada. Los elementos de Análisis de Redes Sociales que se desprendieron del mismo exigieron una lectura en los términos de la Clínica de la Vulnerabilidad a fin de darles un sentido en su especificidad y una funcionalidad en la reducción de la misma, punto clave de la tarea en estas condiciones.

La información científica disponible sobre los trastornos alimentarios fue incluida en las reuniones de tal red personal, que se promovieron siguiendo los pasos descritos por Speck, Attneave y Rueveni. Para dimensionar los alcances y las consecuencias de dichas reuniones se utilizó el modelo de la Investigación-Acción Participativa, toda vez que sus participantes se erigieron en nuevos protagonistas del diálogo terapéutico, que llegó a incluir una internación judicial, consensuada en una de ellas.

1. Introducción

Durante las últimas décadas, el tema de los trastornos de la alimentación ha ocupado un espacio en la crónica e interrogación de las problemáticas emergentes en las sociedades urbanas “occidentalizadas”. Ya se trate del ocasional redescubrimiento de los alcances de la epidemia de obesidad que tiene epicentro en las grandes ciudades norteamericanas y chinas, como de la invocación de los fantasmas de la anorexia nerviosa y la bulimia, a los que se pinta sobrevolando siniestramente a adolescentes y jóvenes, los perfiles del tema en los medios masivos (fundamentalmente los destinados al mercado joven y/o femenino) han concurrido al mantenimiento epidemiológico de una patología por relaciones sociales. Decíamos que “los trastornos de la alimentación, fenómenos de la multicausalidad, se presentan como disfunciones de transmisión social: se contagian por difusión, por prevención, por cercanía, por competencia”(1)

Las franjas etáreas correspondientes a la adolescencia, cuyo acceso a un nivel de vida que sostenga una educación que promueva habilitación y autonomía no está garantizado para toda la población de casi ningún lugar del mundo, son obviamente sujeto de estas problemáticas. Se suma a esto la escasa y desigual disponibilidad de servicios que atiendan estas patologías, y el exceso de materiales de divulgación que remarcan fronteras entre dos de los trastornos alimentarios (anorexia nerviosa y bulimia) y la normalidad, obviando la existencia de los trastornos alimentarios no específicos, mucho más frecuentes, y de mejor pronóstico. Es dable suponer, entonces, diagnósticos en más y en menos, una subcobertura importante de la patología alimentaria, tal vez un recurso de adaptación frente a la exigencia de “excelente presencia” requerido por el mercado laboral y los standards de éxito social.

La escrupulosidad en la definición de las estructuras y funcionamientos sociales involucrados en los trastornos alimentarios permite hallar una descripción más adecuada para las situaciones en las que la problemática se ve teñida por las dificultades para el acceso a las condiciones mínimas de subsistencia por parte de los grupos de crianza. Representa un desafío en cuanto a comprender las particulares condiciones en que dichas afectaciones tienen lugar, y la manera especial que dichas condiciones sobreimprimen a las mismas. A lo que se suma en lo general la dificultad de acceso a servicios de salud, y en lo particular la posibilidad de confrontar a una persona que atraviese un cuadro severo con un sistema sanitario saturado y sin provisiones al respecto.

La presente comunicación está centrada en la atención, por parte de un equipo interdisciplinario de trastornos de la alimentación (y de sus posteriores co-responsables), de una adolescente residente en un barrio suburbano del Gran Buenos Aires, en situación de vulnerabilidad psico-social, quien padecía una anorexia nerviosa de ocho años de evolución al momento de ser admitida.

A manera de introducción, se describe el conjunto de marcos teóricos utilizados para sustentar la tarea, con los cuales se trabajó conformando una red nocional, concepto que forma parte de uno de dichos marcos y que se explicita a continuación.

1.1 La red nocional

*Lo que está y no se usa
nos fulminará.*

Luis Alberto Spinetta.

La idea de desarrollar, frente a una cuestión compleja, una red de información tendiente a contenerla, permite conectar operacionalmente fuentes diferentes para explorar problemáticas que desborden sus centros de interés pero que puedan beneficiarse con su concurso. Esta operación abre la posibilidad de establecer una situación conversacional en la cual cada disciplina y aún cada persona pueda acercar sus definiciones y relevar puntos de vista diferentes como contrapartida. De tal conversación pueden desprenderse acuerdos que permitan incorporar a lecturas o acciones complejas conceptos o prácticas genealógicamente disímiles: un ensamble de nociones construido *ad hoc*, en tanto útil, y regido por las necesidades de la situación concreta. “La red nocional”, dice Elina Dabas (3), “basada en diversos marcos teóricos, es una co-construcción peculiar, modificable y factible de enriquecerse

permanentemente”. “Es una construcción con otros”.

Ante la situación descrita en el apartado anterior, tal que excedía los marcos de una sola disciplina o práctica, y en la búsqueda de estrategias tendientes a la puesta en valor de los recursos de salud del ámbito en el que se presentaba la dificultad, se incluyeron en la red nocional los siguientes marcos teóricos, que serán descritos a continuación:

1. Perspectiva de Redes
2. Investigación Acción Participativa
3. Modelo de la Clínica de la Vulnerabilidad.
4. Clínica de los Trastornos Alimentarios.

1.1.1. Perspectiva de Redes

La metáfora de la red, basamento para la mirada teórica que explora la trama de interrelaciones que las personas y las comunidades mantienen entre sí, con su medio social, institucional y físico, se fue construyendo desde múltiples raíces a lo largo del siglo XX, y tiene como antecedente la fractura del paradigma positivista en su propio bunker: las ciencias duras. A partir de la mecánica cuántica, que instala las probabilidades y la causalidad circular; del principio de incertidumbre de Heisenberg; de las leyes de la termodinámica, que instalan la noción de entropía y el concepto de irreversibilidad (en el que se filtra la perspectiva histórica por sobre la visión del Universo como máquina inmutable en un tiempo reversible), se iría configurando el abandono del pensamiento lineal por el pensamiento complejo, abriendo un espacio para la historicidad, “*surgimiento de principios otros*”, al decir de Castoriadis.

Precisamente la historia del siglo XX, con las guerras mundiales, los genocidios con sus grandes desplazamientos humanos, las necesidades propias de la superpoblación y el entrecruzamiento de culturas, hizo de catalizadora para desarrollos epistemológicos y fácticos que intentarían situarse a la altura de las circunstancias.

La metáfora de la red, al irse construyendo, desemboca, con el pensamiento complejo, en la red social, que incluye a la red nocional y la red vincular (2), lo que posibilita la construcción de una perspectiva de redes, basada en producir explicaciones para las problemáticas tomando en cuenta su contexto más amplio. La red vincular describe las múltiples relaciones que las personas establecen, y que configuran, junto con sus relaciones con el trabajo, las dos fuentes centrales de la posibilidad de integración social, tal como lo describe Robert Castel (4) (ver Cuadro 1).

Desarrollado desde 1932 y publicado en 1951, el sociograma de Jacob L. Moreno, también creador del psicodrama, se convirtió en la primera aplicación destinada a hacer visible la red de relaciones de grupos y comunidades.(5) John Barnes, estadounidense, publicaría en 1954 el estudio de las redes formales e informales de una aldea de pescadores noruegos (6), y Elizabeth Bott, inglesa, presentaría en 1957 un amplio estudio sobre las relaciones extra domésticas de las familias urbanas (7), que incluía instrumentos para evaluar tanto la composición y estructura de las redes sociales como los contenidos de los intercambios que en ellas se produjeran.

Este primer impulso teórico se fue diversificando rápidamente. Por una parte, las ciencias sociales del área anglosajona desarrollarían el Análisis de Redes Sociales (ARS), con la colaboración de las matemáticas formales, la estadística y las metodologías computacionales (8). conformando una serie de metodologías e instrumentos técnicos (mapas de red, programas informáticos de genealogía, sistemas de geo-referenciación cada vez más sofisticados, etc.) a partir de los cuales ha extendido sus conceptos (red, estructura, densidad, relación, centralidad) a disciplinas que incluyen la economía, la planificación estratégica, las ciencias sociales, la física, y ha acompañado la construcción de sistemas experimentales que intentan simular el funcionamiento cerebral: las redes neuronales.

Miceli (8) dice:

Como señala Freeman (1984) los métodos del ARS proveen aseveraciones formales acerca de propiedades y procesos sociales, e implican, por ende, una visión y un conjunto de supues-

tos densamente articulados acerca de el tipo de semántica inherente a cada configuración relacional.

Desde el punto de vista del ARS el medio social puede ser expresado a través de los patrones y regularidades pertenecientes a las relaciones que ligan a las unidades interactuantes, y es precisamente la consideración de estos atributos relacionales la que conduce al uso de conceptos correlativamente relacionales, ya que:

- *Los actores y sus acciones son vistos como interdependientes más que como unidades independientes y autónomas, ya que lo que le da existencia a la red son los lazos entre ellos y no su existencia per se.*
- *Los lazos o vínculos entre actores son canales de transferencia o flujo de recursos, e incluso pueden representar cualquier tipo de nexo que se pueda representar de modo dicotómico o en cualquier clase de escala ordinal y nominal.*
- *Los modelos de análisis de redes, cuando focalizan su atención en individuos, visualizan a la estructura de la red como proveedora o restrictora de las oportunidades de acción individual.*

La existencia de una teoría específica que permita describir y mensurar la existencia de estas redes provee, entonces, varios beneficios:

- *primer lugar, nos proporciona descripciones formales posibilitadas por el uso de definiciones de carácter teórico que expresan propiedades del marco analítico que se emplea y no del objeto que en particular se analiza.*
- *En segunda instancia, nos permite probar o evaluar las implicaciones de otras teorías acerca de estructuras y procesos relacionales, contra las cuales ofrece procedimientos analíticos y validatorios propios.*

El ARS ha generado una gran cantidad de trabajos pero además de una gran diversidad interna, ya que se han abordado cuestiones tan dispares como la movilidad ocupacional, el impacto de la urbanización en el bienestar individual, la toma de decisión en la elite de las comunidades, la difusión y adopción de innovaciones, etc.

El impacto de la metáfora de red en la psicología comunitaria comenzó prontamente: en 1958 se producen las primeras experiencias de Speck (9), luego compartidas con Attneave y Rueveni, tendientes a la utilización del concepto de red social en el trabajo con la salud mental. En diferentes lugares del mundo (Elkaim (10) y Pluymaekers (11) en Bélgica, Desmarais (12) en Canadá, Dabas en Argentina (13) se extendió la utilización del concepto al trabajo barrial, y a la planificación de políticas tanto locales como de sector.

Klefbeck (14) habla de la perspectiva de red, y presenta al modelo socio-ecológico de Uri Bronfenbrenner como un marco teórico de referencia para el trabajo clínico con redes. (15). Es un modelo de desarrollo ecológico que muestra al individuo y a su medio como partes de un sistema de redes cuyas influencias son mutuas y circulares. Describe un **microsistema** que incluye al entorno inmediato de un niño (familia y/o persona cuidadora), en el que estaría incluido e interactuaría permanentemente hasta que iniciara sus interacciones con otros microsistemas en los que se iría incluyendo, simultánea o progresivamente: el de los chicos de la cuadra, la escuela, el club, el grupo de amigos, etc.

Bronfenbrenner considera básico el contacto entre los diferentes microsistemas: a tal campo de relaciones lo denomina **mesosistema**. Lo considera básico dado que si las fronteras entre los distintos microsistemas están demasiado cerradas, es más probable que los procesos se lentifiquen y se favorezcan las acciones (en cualquiera de los microsistemas) compulsivas y poco funcionales.

Un tercer nivel de complejidad en el que el niño no interactúa pero que tiene peso directo sobre las condiciones de los otros dos, es el nivel de los **exosistemas**. Son los anclajes sociales de las diferentes

personas o instancias relacionadas con él: trabajos, jefaturas, fuentes presupuestarias, inclusive causas aún más remotas de incertidumbre. Cualquier cambio en los exosistemas puede afectar a una instancia inmediata del niño, y así influir directamente sobre su cotidianeidad.

El nivel abarcativo de todos los demás, dentro del cual interactúan, modifican y son modificados sus integrantes, se denomina **macrosistema**, e incluye los diversos elementos culturales condicionantes, tales como las instituciones políticas, jurídicas, económicas y religiosas, y aún las cuestiones internacionales.

Sluzky (16), por su parte, desde la terapia familiar sistémica, define características estructurales de la red a tener en cuenta en la clínica: tamaño (número de personas), densidad (cantidad de conexiones entre los miembros), composición o distribución (en qué cuadrantes se ubican los miembros), dispersión/ accesibilidad (distancia geográfica entre los miembros), homogeneidad/ heterogeneidad (demográfica y socio-cultural), atributos de vínculos específicos (función prevaleciente, multidimensionalidad, reciprocidad o no, intensidad, frecuencia de los contactos, historia) y tipo de funciones de cada uno de ellos (compañía social, apoyo emocional, guía cognitiva y consejos, regulación social, ayuda material y de servicios, acceso a nuevos contactos). Refiere cómo la salud de la persona afecta a la composición de su red, y a la inversa, como la composición (o las características estructurales, para ser más descriptivos) de la red influye sobre la salud de las personas. También presenta líneas de tiempo que muestran las variaciones vitales de las redes sociales personales.

Si aplicáramos la metáfora de la red a las diferentes estrategias existentes en las sociedades urbanas para la gestión de problemáticas cuya resolución exceda los ámbitos individual y familiar (por encontrar raíces en la trama relacional con los mesosistemas y el macrosistema) permitiría describir en el ámbito local al menos cuatro tipos de redes:

Las redes sociales personales: Son las que tienen a una persona como centro, incluyen a todas las personas con las que la misma mantiene algún tipo de relación, y que permiten, al ser mapeadas, aclarar su acceso a otras redes, su llegada a otros círculos, su capacidad vincular y la calidad de su vinculación con el medio.

Las redes locales de instituciones y grupos, y aún las redes que tienen los recursos volcados desde diferentes instancias sobre una determinada población, y sus efectos sobre las redes locales. Los nexos que producen la economía oficial y la no oficial. Los espacios de afiliación y sus reductos de poder. El peso de la sociedad globalizada.

Las redes transinstitucionales informales, en las cuales es común que quienes las integran acepten compartir responsabilidades sobre situaciones problemáticas con otros que han decidido hacerles frente desde su puesto de trabajo, muchas veces contraviniendo tanto las políticas como los usos y costumbres institucionales.

Las redes comunitarias, que surgen de la toma de una posición que supone un grado de organización autónoma (marginal al asistencialismo y al clientelismo) de la demanda para la resolución de una dificultad común, generando cambios cuantitativos y cualitativos en los vínculos, enriqueciéndolos con una tarea compartida, y dejando así una huella organizativa en la historia del grupo humano que toma la decisión de erigirse en comunidad.

No del todo fuera de esta clasificación quedan las **redes de redes**, cuya característica central es la conectividad y la representación horizontal (sin jerarquías ni lugares fijos) que fueron construyendo las comunidades como herramientas de producción de polos de poder alternativo(17) y formas de negociar en mejores condiciones frente al *establishment*.

Las intervenciones en red (en general, operar técnicamente sobre las primeras para generar conjuntamente las cuartas, teniendo en cuenta las características y aportes de todas las demás) ameritaron su investigación desde el paradigma de la complejidad, y han permitido movilizar los recursos existentes pero no articulados hacia nuevas formas de resolución de problemas, de una manera que cada red termina definiendo según sus condiciones locales de negociación. El sentido de tal intervención es la producción conjunta de una nueva información, lo que permite amplificar las excepciones y generar otras prácticas, obteniendo la expansión del repertorio de habilidades y posibilidades.(18)

Ensayando una definición más amplia, se podría decir que las redes sociales son sistemas abiertos que, a través de un intercambio entre sus integrantes y sus conexiones con otros grupos, son capaces de posibilitar la potenciación de los recursos que poseen.

La existencia de la red, contrariamente a la noción de grupo, no requiere de la representación recíproca: no todos los integrantes se conocen, pero por definición hay alguna forma de interrelación, graficable a manera de mapa relacional, entre sus miembros. Las redes, en sí, preceden al operador que trabaje con ellas, por lo que la capacidad de autogestión es una de sus propiedades constitutivas.

La función estructural de la red es articular versiones diversas (y a menudo contradictorias) de un mismo problema, efectivizando una función amortiguadora. A su vez, la función de un problema en una red debiera leerse también en su contexto, dado que su existencia puede mantener una configuración reticular estabilizada tanto por sus causas como por sus consecuencias.

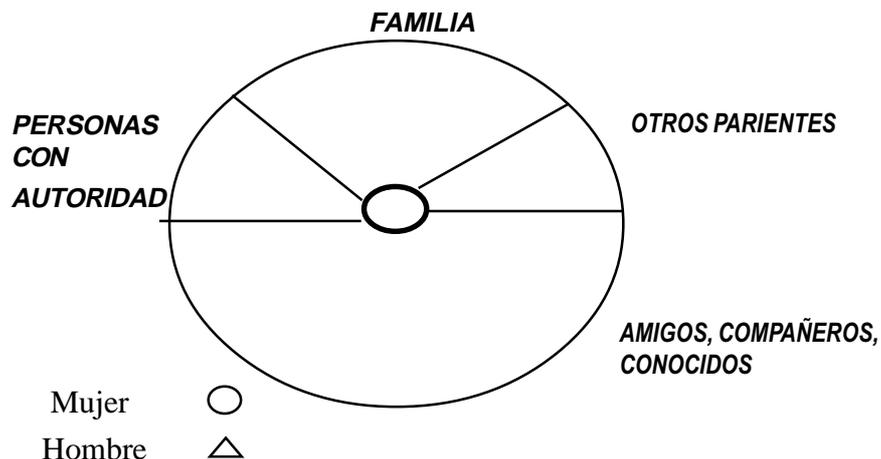
1.1.1.2. Las prácticas de la «terapia de red», o intervenciones en red

A partir de la literatura antropológica de los años 50, básicamente de Barnes y Bott, el psiquiatra Ross Speck desarrolló en 1958, preocupado por la dificultad que constituía la imposibilidad de contar con un grupo familiar continente en algunas situaciones graves, una experiencia consistente en considerar la red social de una persona que padecía esquizofrenia, reunirla semanalmente y trabajar así en conjunto la ocurrencia de crisis en esta persona y la manera de atenuarlas (9). El intercambio con un contexto ampliado le permitió encontrar nuevas explicaciones a ciertos comportamientos que no las tenían en uno más restringido, y al poder intercambiar con sus integrantes (y los mismos entre sí) participar en la reducción de la frecuencia e intensidad de los episodios críticos.

A partir de la experiencia de Speck, se desarrolló la de Attneave, Speck y Rueveni, también en EEUU, y después la tarea de diferentes equipos en otras regiones del mundo, (Canadá, Francia, Bélgica, Argentina, Suecia), en las que se consolidó una línea de trabajo tendiente a la congregación de la red social con una técnica tendiente a promover el entramado de grupos centrados en tareas relacionadas con el motivo de la convocatoria.

La línea de trabajo incluye reuniones preliminares para construir el mapa inicial de la red, solicitando a las personas atendidas que confeccionen un listado que incluya a todas las personas que podrían estar interesadas o motivadas para ayudar a la resolución de la problemática que se consulta.

Según el procedimiento manual descrito por Klefbeck (14) (Estocolmo, 1995) se dibuja un círculo en cuyo centro se coloca una figura geométrica que simboliza a la persona cuya red se está graficando, trazando líneas que dividen al círculo en cuatro campos: Familia, parientes, compañeros y conocidos, y un cuarto compartido entre amigos y personas con autoridad. La distancia al centro del círculo se determina por su nivel de interacción desde el límite externo (casi o ningún intercambio) al centro (interacción intensa) y por el tipo de vinculación, trazando además líneas que conecten las personas que se conocen e intercambian marcando con líneas diferentes las diferentes calidades de intercambio, mostrará un panorama útil del ambiente humano del conflicto en cuestión.



Al interconectar a las personas según su relación, las líneas del mapa marcarán:

Nexos o nodos: personas por las cuales pasa una gran cantidad de información.

Plexos o grupos: agrupaciones de personas que se conocen todas entre sí, y que interactúan habitualmente.

Speck (9) describe el paso siguiente como **movilización** de la red, tarea que el equipo promotor propone que los mismos interesados ejecuten, mediante una serie de llamadas telefónicas o invitaciones personales a quienes hayan elegido a una reunión en la que, se acuerda explicar, se tratarán las dificultades del grupo humano que convoca. Suelen hacerse una serie de cuatrocientos contactos, lo que da como resultado la concurrencia de cuarenta a doscientas personas a una misma reunión, muchas de ellas sin conocerse previamente, aunque con un importante interés en intercambiar.

Ya en la reunión, el paso posterior a las presentaciones generales fue llamado por Speck **“retribalización”**, en el que, con maneras adecuadas y culturalmente aceptables, se tratará de generar un clima propicio a la co-laboración. Describe como **“polarización”** al momento siguiente, en el cual se exponen los problemas y se trata de definir en conjunto los procedimientos para trabajarlo. Los participantes se van distribuyendo según su interés en apoyar a determinada persona del grupo o la discusión de determinada problemática. Generalmente en el plazo de una a dos horas los participantes definen algunos puntos básicos y cauces de acción inmediata, logrado lo cual la primera reunión queda en condiciones de ser disuelta.

Se proponen un total de tres a cuatro reuniones, tras las cuales se evalúa conjuntamente el proceso y los resultados de las tareas emprendidas, y se busca alentar a la red a tomar nuevas problemáticas a resolver.

Como resultado de su experiencia, Speck describe en el tiempo total de la intervención una etapa de **“depresión”** de la red, coincidente con la falta inicial de resultados, y con las situaciones de aparente callejón sin salida (“impasses”); un momento de **“ruptura”** o **“despegue”**, en la que comienza el movimiento y pueden empezar a llevarse a la práctica los acuerdos; una etapa siguiente de **“esperanza”** y hasta de **“euforia”**, con los primeros resultados, en la que es común una sensación notable en lo colectivo de haber avanzado toda la red en algún sentido, y una etapa final o de **“agotamiento”**, que se produce ya reducida la urgencia y a raíz de las fuertes movilizaciones emocionales del proceso (9).

El interés de las terapias de red está centrado en:

1. **Reubicar a personas significativas** de modo tal que se reactiven relaciones establecidas anteriormente.
2. **Abrir canales** entre las personas de la red que no hubieran tenido contacto previo.
3. **Producir la apertura de relaciones establecidas:** Modificar o reducir la importancia de ciertas relaciones entre las personas de la red (se aplica tanto a funciones como a personas).

En otro plano de trabajo, la descripción de la red por sus integrantes, y su nuevo nivel organizativo y de representación mutua generado por medio de las reuniones, permite recabar una calidad de información que excede los objetivos detallados más arriba y que para poder ser aprovechada requiere de métodos específicos, para lo cual el Análisis de Redes Sociales ha aportado poderosos instrumentos desarrollados en las últimas décadas, cuya utilización debiera ser valorada muy cuidadosamente en el plano ético.

Existen sistemas de procesamiento de información que permiten referenciar exhaustivamente la dimensión geográfica de una red estudiada, combinando el mapa digital con las prestaciones de una base de datos. Programas en desarrollo incorporan mapas de red como insumo básico, y a partir de una masa crítica reconocen, a través de la discriminación de regularidades, patrones de interacción, los que se

convierten en una acumulación que irá modulando progresivamente sus respuestas: el sistema, en sí mismo, adquiere “experiencia”.

En los últimos tiempos, McCarty (19) propone el relevamiento de un primer círculo compuesto de 60 personas elegidas por quien es mapeado para representar a sus relaciones, encontrando en este rango una variabilidad importante, al serles aplicados los criterios usados para las redes sociocéntricas, los que funcionan en muestras suficientemente numerosas.

Al incluirse en la tarea prevista, la perspectiva de redes podría aportar un punto de mira amplio y protocolos probados tanto para la exploración del contexto y su descripción, como para el inicio del diálogo ampliado y el apoyo a la participación, tareas que podrían cobrar una dimensión notable tanto en situaciones de escasez de recursos como en aquellas en las que las opciones disponibles por otras vías pudieran considerarse lesivas.

1.1.2. Investigación-Acción Participativa (IAP)

La metodología de la Investigación-Acción fue conceptualizada por Kurt Lewin en los años 40 (“Una investigación que no produzca más que libros no será suficiente”) como operativización de la Teoría del Campo en las ciencias sociales, al visualizar la oportunidad y los posibles efectos de compartir recursos, hipótesis y conocimientos entre los investigadores y las poblaciones con las que trabajaban (20). Previamente, autores de investigación educativa (Tyler, Buckingham, Dewey con su “experience to learning”) (21) habían intentado estimular a maestros de escuelas públicas estadounidenses para involucrarse en procesos investigativos en los cuales les permitían una escasa participación, no más allá de la recolección de datos, pero a partir de los cuales habían observado cambios favorables y sistemáticos en el funcionamiento áulico, en la medida en que se ampliaban en alguna medida los grados de libertad y decisión tanto de los maestros como de los propios alumnos. En su libro (22), Corey y su equipo describen las condiciones que consideraron necesarias para la investigación-acción: 1) libertad y voluntad para tratar los problemas; 2) oportunidad para desarrollar modalidades creativas en el aprendizaje y los materiales; 3) conocimiento acerca de procesos grupales cooperativos; 4) preocupación por la recopilación de evidencias, 5) tiempo y recursos para la investigación.

La resistencia y las críticas de los investigadores académicos hicieron que el movimiento de docentes-investigadores decayera en las aulas de EEUU mientras se desarrollaba en las de Inglaterra. A partir de entonces, incluyendo experiencias en trabajo social y producción, ha tenido revaloraciones durante los años 70 y 80 en el área anglosajona.(22) .

Es el antecedente de la Investigación-Acción Participativa (IAP). En el Diccionario Crítico de Ciencias Sociales (23), de la Universidad Complutense de Madrid mencionan la dificultad para delimitar el concepto de investigación-acción participativa (IAP). Remarcan el contraste con la investigación-acción, genealógicamente precursora, y que remitía a un proceso continuo en espiral en el que, según la manera en que Lewin lo desarrollaba, estaba aún «*cargada de supuestos elitistas y de concepciones del cambio social alucinadas con la eficacia de la acción instrumental*». Describen a la IAP como «*un tipo de investigación-acción que, incorporando los presupuestos de la epistemología crítica, organiza el análisis y la intervención como una pedagogía constructiva de disolución de los privilegios del proceso de investigación como punto de partida para un cambio social de alcance indeterminable*». Entonces, y a partir de tales supuestos, «*esa búsqueda del conocimiento se caracteriza por ser colectiva, por proporcionar resultados cuya utilización y gobierno corresponde a los propios implicados, que deben haber determinado el proceso de conocimiento a la vez que experimentado en el mismo un proceso de maduración colectiva*».

La Investigación-Acción Participativa (IAP) se presenta en la América Latina de los años 60. Desde 1959, el sociólogo y economista argentino Ezequiel Ander Egg desarrolla una obra centrada en el

trabajo social participativo, la planificación y las propuestas educativas alternativas. Presenta la IAP como un procedimiento de trabajo social cuyas características predominantes son: 1) El objeto de estudio es definido a partir de los problemas y necesidades considerados significativos por la comunidad. 2) La actividad investigativa tiende a generar procesos de educación, movilización y organización, en tanto cada participante es un investigador. 3) Permite la recuperación de la memoria y conciencia histórica de las experiencias populares mediante la “búsqueda de huellas”, que recupera y revaloriza el protagonismo. 4) Hay una dialéctica entre teoría, investigación y práctica. (24)

La obra de Freire, orientada a la educación popular, partiendo de un marco general similar propuso la *Educación para la Libertad*. Estaba signada por las influencias de la antropología y filosofía europeas, (Heidegger, Mannheim, Sartre, Jaspers, Hegel, Marx), habiendo extendido su influencia al resto del mundo y al ámbito de Naciones Unidas. Su método cuenta con tres momentos: a) la investigación temática, en la que educando y educador buscan en el universo nocional del alumno y de la sociedad donde vive, las palabras y temas centrales de su biografía, b) la tematización por la cual ellos codifican y decodifican esos temas; ambos buscan su significado social, tomando así conciencia del mundo en el que viven; y c) la problematización, en la cual buscan superar una primera visión mágica por una visión crítica partiendo hacia la transformación del contexto(25). Los métodos y técnicas tienen un carácter instrumental, y el conocimiento obtenido tiende a ser crítico, desalienante y motivador para la acción. Paralelamente, en otros continentes se desarrollaban metodologías de IAP, aplicadas a la gestión de problemáticas tales como la pobreza y el desarrollo alternativo (India, Tailandia), (26), tareas de reforestación de base comunitaria (27) y acciones participativas de planificación familiar que incluyeron a los hombres (28) en China, como asimismo la gestión de sistemas locales (29) en Nueva Zelanda. En los cuartos mundos de las megalópolis hubo procesos de IAP orientados a las personas sin hogar (“homeless”) valorando su conocimiento de la calle en talleres de fotografía de la ciudad (30). En coincidencia con Lewin, los autores neozelandeses describen su estructura general como secuencias de procesos espirales de planificación, acción, observación y reflexión que no implican la finalización del proceso en total, el que puede ser apropiado por la comunidad. El siguiente cuadro presenta la forma en la que se aplicó a la gestión de problemáticas locales generando procesos cooperativos con la población del lugar (de donde surgieron los participantes que se mencionan en el protocolo):

A. Desarrollando las bases de la participación

1. Iniciación de un grupo de trabajo, asegurando que haya un rango extendido de participantes, para agilizar la recopilación de información. 2. Elección de un coordinador de investigación suficientemente calificado. 3. Identificación de potenciales participantes, incluyendo comunidades interesadas y otras agencias. Identificación de roles y responsabilidades y desarrollo de estructuras para desenvolvimiento de los participantes. 4. Desarrollo de un proyecto breve, que incluya tiempos, equipo y recursos disponibles

B. Recolección de datos y análisis

1. Recolección de información ambiental usando las oportunidades para involucrar a los participantes en la recolección. 2. Determinación de la nueva información necesaria, usando las oportunidades para involucrar a los participantes en la recolección. 3. Análisis de la información por los participantes, determinando criterios comunes.

C. Acción y evaluación:

1. Los participantes generan el planeamiento e implementación de las acciones basados en el análisis de los datos. 2. Monitoreo y evaluación de las acciones por los participantes. 3. Las modificaciones a la acción se basan en la evaluación. 4. Reinicio de la fase de colección de datos y análisis para la nueva situación, si resulta necesario.

La utilización de la IAP como referencia teórica aportaría a la red nocional un lugar desde el cual sería posible relacionarse con quienes se co-laborara desde el rol técnico de una manera tal que impulsara la disolución del lugar del investigador en tanto que planificador y verdadero destinatario de lo actuado, para colocar en su lugar, con tareas y beneficios equivalentes, al participante. La verdadera investigación comenzaría, entonces, al iniciarse el diálogo participativo, momento en el que debiera iniciarse la salida de escena del investigador como tal. Tampoco exigiría su formalización, necesariamente, en un trabajo académico.

1.1.3. Modelo de Clínica de la Vulnerabilidad

Alrededor de mediados del siglo XX, la situación de la post guerra mundial, conjuntamente con la necesidad de nuevas formas de lo estatal y la apetencia de los mercados por expandir el consumo, generan la condición de posibilidad para la concreción y consenso de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, primer consenso en la historia firmado por tantos países para acordar un marco doctrinario que sirviera de base a sistemas legales nacionales e internacionales(31). Al irse incorporando a las legislaciones nacionales, dicho instrumento fue produciendo una serie de áreas de vacancia en lo que respecta tanto a las reglamentaciones como a los recursos técnicos necesarios para implementar el tratamiento de los problemas judiciales en el marco de un nuevo paradigma: la Doctrina de los Derechos Humanos. En términos de control social, dicha Declaración colisiona frontalmente con la Doctrina de la Seguridad Nacional. Genera un vuelco en la legalidad: tanto las personas pueden incumplir la ley, cometiendo delitos, como el propio Estado, al no garantizar a los habitantes el cumplimiento de sus derechos (31).

Los procedimientos técnicos generados por la Doctrina de Seguridad Nacional para el tratamiento de personas, más los cuerpos legales nacionales e internacionales no ajustados a la Convención, quedaron entonces desactualizados frente a una nueva legalidad, firmemente vigente e integrada en la actualidad a muchas Constituciones nacionales (incluida la argentina, desde 1994) que destaca la autodeterminación tanto en lo macropolítico como en lo micropolítico.

A partir de las experiencias de la Escuela Psicológica Argentina (Bleger, Pichón-Riviere, Langer, Goldemberg, Bauleo, etc.) y de su propia experiencia en gestión con adolescentes autores de acto infraccional, como los define, el psicólogo argentino Juan Carlos Domínguez Lostaló hace las primeras presentaciones del Modelo de la Clínica de la Vulnerabilidad al sistema de Naciones Unidas en los años 1977 y 1979 (33) (34) y hace sus primeras aplicaciones en la reforma penal de Costa Rica y en una experiencia piloto de reintegración comunitaria de adolescentes infractores en el mismo país: el Informe Patarrá (35) (1981) Fue utilizado en diferentes iniciativas de ILANUD, UNICEF, PNUD. El modelo de la Clínica de la Vulnerabilidad sostiene que el acceso a derecho, y no su restricción oficiosa en función de una “rehabilitación” de la persona afectada por un proceso del orden de lo socio-bio-psíquico, se constituye en la vía más adecuada para su integración a la vida comunitaria, en tanto la persona y la comunidad transiten ese nuevo acceso de manera de capacitarse en la autoprotección a los fines de garantizarse sus derechos básicos. Textualmente, “El modelo gira alrededor de los siguientes conceptos básicos: 1) La doctrina de los Derechos Humanos, como principio filosófico. 2) El realismo marginal latinoamericano, que reconoce la selectividad de la población por su situación de vulnerabilidad. 3) La factibilidad a través de instrumentos alternativos, por contraste con el abolicionismo penal 4) La interdisciplina, por reconocer la multicausalidad del fenómeno de trasgresión a la ley penal 5) La salud laboral, en tanto atiende el deterioro de los agentes de control social 6) El énfasis en los vínculos interpersonales.” (31).

Dicen Domínguez Lostaló y Di Nella:

“La situación de vulnerabilidad se juega predominantemente frente a lo social. La vulnerabilidad psico-social es el grado de fragilidad psíquica que la persona tiene por haber sido desatendida en sus necesidades sociales básicas, tales como: seguridad afectiva, económica, protección, educación, tiempo de dedicación; como así también, de comida, agua potable, trabajo y salud, lo que la coloca frente a las instancias punitivo-represivas del control social formal e informal. (..)Esta vulnerabilidad, se genera como una falla en la función de sostén, ya sea en la desarrollada inicialmente en la madre u otros dadores de cuidado del grupo de crianza, como así también en la inserción del sujeto en las redes vinculares (grupo de pares, escuelas, integraciones institucionales, comunitarias y otras). Desde el estudio de la comunidad es posible identificar alternativas de acción que permitan estimular la participación y superar la

incapacidad de reacción que presentan los grupos más vulnerables de la misma.(..)Consideramos que en comunidades con situaciones de pobreza estructural, las posibilidades de prevención de situaciones de vulnerabilidad en estos sectores está limitada y debe reactivarse con la intervención comunitaria.

Coincidentemente, Robert Castel (3), en 1991, situaba la vulnerabilidad en un área de intersección entre la inserción laboral y la vincular marcada por trabajo esporádico y relaciones inestables.(Ver cuadro 2) Las estrategias de supervivencia que ocurran en dicha área van a tener una cierta diferencia con las socialmente aceptadas, lo que mantendrá la fragilidad de las inserciones y puede producir una deriva a la desafiliación y aún a la marginalidad. Por lo tanto, un recorte suplementario del acceso a derecho sumará quebranto a una situación desmejorada. Es en este espacio donde las sanciones ejemplares que las sociedades neoliberales reparten (con una largueza digna de mejores fines) sobre quienes pueblan sus márgenes, sumarán injusticias punitivas a una injusticia estructural.(37)

Inserción	Trabajo estable	Trabajo precario o	Ausencia de trabajo
Vínculos estables	Integración		Indigencia integrada
Vínculos inestables		Vulnerabilidad	
Ausencia de vínculos			Exclusión Marginalidad

Cuadro 1: Contexto del concepto de vulnerabilidad en Castel. La pendiente de integración a exclusión en determinadas circunstancias relacionadas con la inestabilidad del medio (catástrofes, cambios económicos o políticos, exilio) o ante situaciones específicas de inestabilidad en la vida personal (causas judiciales, diagnósticos estigmatizantes, etc.) puede ser muy rápida, con lo que sería mayor la distancia entre las estrategias de supervivencia compatibles con una mayor integración y las asequibles en tales situaciones.

En el Informe Final de la investigación sobre Desarrollo Humano y Comunidades Vulnerables: Significación de la Modalidad Vincular en las Estrategias de Supervivencia de Grupos Marginados y Excluidos, (37) los integrantes del P.I.F.A.T.A.C.S. señalan:

“Las siguientes son algunas características comunes a todo proceso de construcción de estrategias de supervivencia en situaciones de extrema vulnerabilidad comunitaria, ya observadas por el Equipo del Programa:

- *el resurgimiento espontáneo de la propiedad social comunitaria, visible en la utilización compartida de los instrumentos de trabajo, el intercambio de vestimenta, la atención espontánea de los sin vivienda y la organización de agrupamientos que se basan en el principio de la cooperativización de sus servicios y bienes (el Sistema del Trueque), entre otros fenómenos;*
- *la horizontalidad en las decisiones, desde la vuelta al estado de asamblea, en temas referidos, por ejemplo, a la seguridad y a la justicia;*
- *la restitución de la ancianidad, como práctica de restitución al grupo, de un Consejo, ya que son considerados como quienes portan la historia y el saber de ese nucleamiento;*
- *la extensión del grupo de crianza, respecto a la atención y cuidado de la prole, desde la*

- familia nuclear del modelo familiar romano hacia la comunidad en su conjunto y*
- *la solidaridad, como el molde que regula las interacciones humanas.*

Estas estrategias no son, al principio, fenómenos de conciencia social o de asunción de nueva moral de co-responsabilidad social. Es en un primer momento, una reacción desesperada. La génesis de todo nucleamiento comunitario se produce o comienza en este momento, bajo condiciones de extrema fragilidad, sobre todo en la crianza y la vivienda.

En el marco del neoliberalismo, los recortes del acceso a derecho suelen tener dos vías troncales: medidas económicas y refuerzos represivos directos. Ante una línea de trabajo con la seguridad que privilegia la seguridad ciudadana, el Modelo de la Clínica de la Vulnerabilidad preconiza el desarrollo comunitario para la seguridad humana como prevención de la vulnerabilidad, remarcando que “*para ser peligroso (para sí mismo o para los demás) primero hay que haber sido vulnerable*” (32) criterio que remarca que la línea de seguridad privilegiada es el cumplimiento de los derechos humanos básicos para todos los habitantes del territorio.

La mera descripción de comunidades por sus indicadores objetivos no permite captar la dinámica de los procesos de comunicación y comunión que las generan y sostienen. Debido a ello, la interpretación de estos procesos sólo es posible desde las visiones, experiencias y percepciones de los propios actores, que son quienes construyen su realidad y la expresan en la interacción grupal. En ella el enfoque interdisciplinario permite, desde distintas perspectivas, captar la complejidad del fenómeno en los diferentes actores y dimensiones que operan en él y realizar la transferencia tecnológica necesaria para la resignificación de los vínculos.”(33)

Basando su acción en el resguardo al derecho de vivir en comunidad, inicialmente desarrollado para el trabajo específico con adolescentes autores de acto infraccional, el modelo presenta una manera de acercarse a la tarea en las comunidades que se inicia con un diagnóstico a priori, cuyo método se describe a continuación. Un diagnóstico de equipo que, acto seguido, y en el marco de una metodología denominada «Operación en Comunidad» se coteja con la opinión de los habitantes sobre sus problemas.

1.1.3.1. El diagnóstico de Vulnerabilidad

Como método, desarrollado por el PIFATACS, (38) la Operación en Comunidad es un caso particular de la Investigación-Acción Participativa, se apoya en el Trabajo Comunal Universitario y se basa en el Diagnóstico de Recursos Institucionales y Vinculares de la Comunidad, mediante el cual se recaban los siguientes datos:

Acceso a los servicios de salud, educación y asistencia social;

Acceso a la protección y seguridad;

Acceso a espacios de recreación,

determinando el grado de acceso a dichos derechos, la vía por la cual se cumplen, la presencia o ausencia de recursos volcados desde diferentes instancias, y el grado de cobertura o la vacancia de la función que debieran cumplir, en el caso de existir el recurso. Configurando, ante el defecto de acceso a derechos básicos, la figura de vulnerabilidad psicosocial, pre-requisito para la construcción de estrategias de supervivencia tendientes a acceder a ellos por vías alternativas. Su objetivo general es resignificar la prevención en el área del conflicto social a través de experiencias de Investigación-Acción Participativa, buscando, rastreando y diagnosticando necesidades sentidas, en una construcción conjunta con los destinatarios-participantes. Siguiendo la línea de trabajo grupal, se facilitan recursos vinculares para organizarse comunitariamente alrededor de su atención, siguiendo dos principios básicos: la intervención mínima y la promoción de los Derechos Humanos, a través de dos ejes metodológicos: la interdisciplinaria y la grupalidad.

Uno de los resultados a los que aspira la metodología es el aumento de la inserción relacional, lo que generaría una reducción de la vulnerabilidad a las formas punitivo-represivas del control social, y la resolución de una problemática puntual que dejaría circulando en el lugar una huella histórica propia de la

comunidad, pasible de ser rescatado como nuevo recurso organizativo. La operación en comunidad se da por cumplida al producirse la transferencia tecnológica de la re-vinculación, definida como el paso de la dependencia a la cogestión, y luego a la autogestión de la posición comunitaria. Esto garantizaría acciones de prevención perdurables en el tiempo, en tanto habrían sido apropiadas por el grupo humano erigido en comunidad.

La presencia de la Clínica de la Vulnerabilidad en la red nocional aportaría la búsqueda de contextualización socio-histórica para las actividades cotidianas; el concepto de «estrategia de supervivencia» como la manera en que cada persona o comunidad se agencia su acceso a los derechos básicos, muchas veces conculcados; la valoración especial de las iniciativas comunitarias, remarcando que la seguridad de los habitantes (no sólo de los ciudadanos) se garantiza con el cumplimiento de sus derechos básicos, y el aporte de un concepto ético axial, centrado en el logro de la sustentabilidad por medios alternativos e independientes.

1.1.4 Clínica de los Trastornos Alimentarios.

Los trastornos de la alimentación han tenido su representación en las civilizaciones antiguas. La palabra “boulmuth” del hebreo se podría traducir como “hambre de buey”. En griego existía la palabra “bulimy” con un significado parecido. Existía referencia a la bulimia y la anorexia en las mitologías.

Mónica Facchini, en “Trastornos Alimentarios: Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento” (39) describe tres momentos históricos en las sociedades occidentales en los que habrían cobrado especial relieve (lo que es discutido aún por los historiadores, según ella misma aclara): el primero, «el catolicismo del siglo XIII al XVI (Anorexia Mirabilis) ligado a la piedad, la fe y la búsqueda de perfección a los ojos de Dios, que diera lugar a las “Santas Anorecticas”, luego degradadas a poseídas». El segundo, «la era post-industrial de fines del siglo XIX (Anorexia Victoriana) del pensamiento médico-científico de fines del siglo XIX y las anorexias de Gull y Lasegue». El tercero, «la era actual, de fines del siglo XX (Anorexia Nerviosa, AN), culto a la delgadez como forma secular de perfección, en una sociedad paradójica donde consumo e identidad están profundamente ligados y donde la AN hace del no consumo la pieza fundamental de su identidad.» Agrega que «el pivote central de estos tres períodos desde lo sociocultural son la necesidad de control y la enajenación de lo corporal, que dificulta la conexión con la realidad»

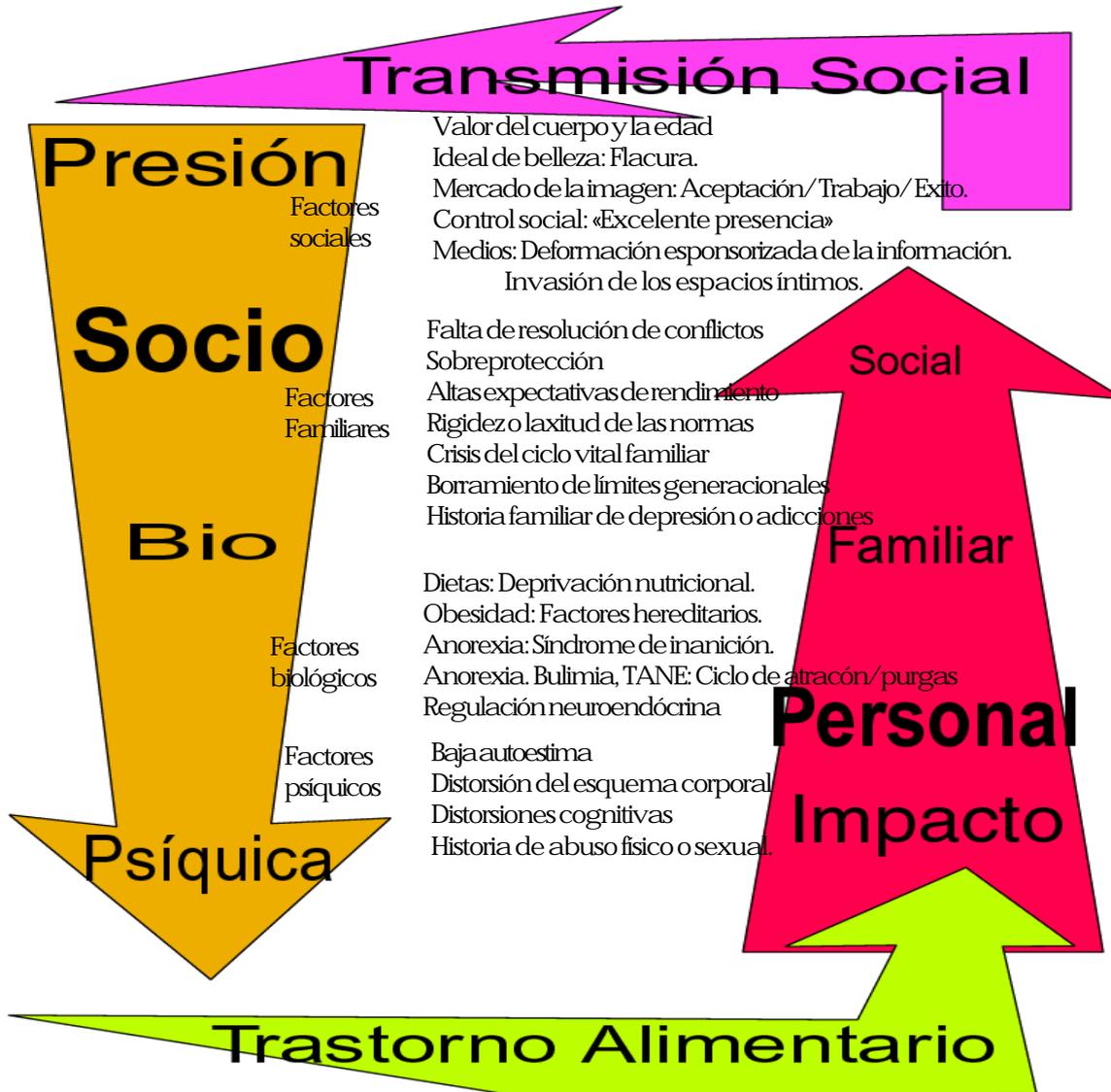
Coincidiendo con esta última apreciación, en una comunicación anterior remarcábamos:

Los trastornos alimentarios, como cada una de las adicciones, y más exquisitamente que todas (con un menor gasto adicional en represión de sus excesos), mantienen bajo control social a los figura-dependientes, mantienen bajo riesgo a una gran parte de la población, sobre todo los jóvenes (sujetos predilectos para todo control), que necesariamente deben responder a la exigencia más repetida del mercado laboral: la “buena presencia”. (...) La prevención y el tratamiento de los trastornos alimentarios permiten la extensión de la influencia de ciertos grupos autoritarios, que ofrecen una propuesta fundamentalista e impactante para el tratamiento de las personas pasibles de sujeción por este medio, así como en el campo de la adicción a sustancias.(1)

Agregaríamos ahora que la calidad de ese control social lo ubica como restrictor del acceso a derecho, apareciendo como sobrenadante de operaciones sobre los standards de éxito social, bajo las cuales sólo basta ver quién paga determinadas campañas publicitarias para sospechar que existen intereses económicos que juegan su rol en la perpetuación de esta situación (industrias textiles, alimentarias, medios de comunicación masiva relacionados con la moda, etc.)

El aprovechamiento y la facilitación histórico-social de los trastornos de la alimentación no les quita la complejidad. Un experimento desarrollado a fines de la segunda guerra mundial en Minnesota (40) produjo cuadros semejantes a la anorexia primero y a la bulimia después en varones sanos voluntarios de alrededor de 30 años de edad, a los cuales se redujo la alimentación a la mitad durante seis meses

Ecología y Multideterminación de los Trastornos Alimentarios



los TA.

Se propone una derivación de presión social/familiar al ámbito personal por medio del trastorno alimentario, con una gran absorción de la misma por quien lo padece, impactando a su vez a su círculo íntimo. El excedente que no logra ser absorbido por las personas con TA ni por sus allegados es recirculado socialmente a través de su utilización como contenido cultural, consolidando un mecanismo de control social por retroalimentación y amplificación..

y luego liberándolos de esta limitación. La mayoría acusó el efecto de la restricción presentando conductas obsesivas, rituales, pensamientos intrusivos sobre la comida: algunos aprendieron a cocinar excelentemente y hasta encaminaron sus actividades hacia la gastronomía. Hubo conductas disímiles al terminar la restricción: desde comer hasta romper las costuras de la ropa hasta organizar metódicamente seis comidas diarias sin resentirse en lo mínimo. La biología había mostrado categóricamente su peso en los trastornos alimentarios.

Los TCA son fenómenos policasuales, lo que implica que ninguna de las causas alcanza para justificar la aparición de un TA, y se necesita una combinación de ellas, particular de cada caso, para construirlo. La división que hacen Garner y Garfinkel (41), del Hospital de Toronto (Canadá) de las causales en tres campos (relacionados con el papel que cumplen en la construcción del trastorno) que las dividen en

predisponentes, precipitantes y perpetuantes (ver Cuadro 2)

<i>Factores predisponentes</i>	<i>Factores precipitantes</i>	<i>Factores perpetuantes</i>
Socioculturales Familiares Personales	Estresores Actitudes anormales con peso y figura Dietas extremas y pérdida de peso	Atracones y purgas Secuelas físicas y psíquicas

Cuadro 2 Factores de construcción de un trastorno alimentario. Tomado de Crispo, Guelar, Figueroa: “Anorexia, Bulimia: lo que hay que saber.”

Los factores predisponentes son aquellos que, actuando de manera general antes del hecho clínico, “predisponen el ánimo” (42) para centrar más la atención en los factores precipitantes, de los cuales la excesiva preocupación por la figura o el peso podría llevar a las dietas. En el marco que prestan estos factores, algún acontecimiento (en lo social o personal) sumado a la preocupación (en lo psíquico) puede llevar a la decisión de iniciar dietas (con sus efectos en lo físico) con lo que las consecuencias de intentar manipular el peso corporal se instalan, generando un nuevo candado (los factores perpetuantes) para quien ha llegado hasta ese punto, en el cual la biología se ha comprometido y juega sus mecanismos de adaptación.

El trastorno alimentario tendrá su nombre en la medida en que complete los criterios de diagnóstico corrientes, en general los de la American Psychiatric Association, (DSM IV). (43)

La anorexia nerviosa es la que cuenta con la mayor antigüedad (la primera descripción médica es de Morton en 1694, y se la reconoce en el siglo XIX con Gull y Lasegue) y los siguientes criterios: Negativa a mantener el peso corporal en un nivel normal mínimo esperado (85% del peso normal para edad y talla). Temor mórbido a engordar./ Perturbación en la manera en que se vivencia el peso, tamaño o formas del cuerpo./ Negación de la gravedad del bajo peso/ Amenorrea en mujeres postmenárquicas (falta de por lo menos 3 períodos menstruales consecutivos) Se describen dos subtipos: la anorexia restrictiva y la bulimiforme, que comparten todos los criterios anteriores pero en el caso de la segunda se agregan la presencia de atracones y vómitos.

Existe un trabajo muy interesante(44) en el que se define claramente a la AN como una estrategia adaptativa («para sobrevivir, no para morir») que responde a una ecología social y familiar determinante. Presenta algunas «buenas razones» por las cuales las mujeres jóvenes podrían desarrollar el trastorno, a saber: **1.Minimización de expectativas de separación/ 2. Control interno./ 3. Defensa contra la psicosis. / 4. Escape de la presión sexual./ 5.Protesta no verbal./ 6. Consolidación de una identidad./ 7.Ascetismo./ 8. Incitación del cuidado de los otros.** Tales ventajas harían que la anorexia se convirtiera, para quienes se involucran en ella, en un método de resolución de problemas más que en un problema en sí, permitiéndole iniciar una denuncia masiva sin necesidad de demandas directas(44).

La bulimia se reconoce en el sistema diagnóstico DSM en 1980, con los siguientes criterios: A Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo./ C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses./ D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales./ E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Presenta dos tipos: Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Finalmente en 1989 se reconoce la existencia de los trastornos alimentarios no específicos (T.A.N.E.) y se los define como grupo de trastornos del comer que no concuerdan con los criterios de AN ni de BN, con los siguientes criterios: A- Se encuentran todos los criterios para una AN pero las menstruaciones son regulares./ Se encuentran todos los criterios para AN pero el peso esperado está dentro del rango normal./ Se encuentran todos los criterios para una BN pero los atracones ocurren menos de 2 veces por semana, o desde hace menos de 3 meses. / Persona con normopeso que se embarca en comportamientos compensatorios inadecuados después de comer pequeñas cantidades./ Rumia./ Binge-eating disorder (Desorden compulsivo): Episodios recurrentes de atracones en ausencia de comportamientos compensatorios inadecuados.

Trastorno alimentario	Anorexia restrictiva	Anorexia buliniforme	Bulimia nerviosa	TANE
Rasgo característico				
Preocupación extrema por el peso y la figura	<i>Presente</i>	<i>Presente</i>	<i>Presente</i>	<i>Presente</i>
Prácticas de control de peso	<i>Presente</i>	<i>Presente</i>	<i>Presente</i>	<i>Presente</i>
Mantenimiento de peso corporal bajo	<i>Presente</i>	<i>Presente</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente o Ausente</i>
Episodios de atracones	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>	<i>Presente</i>	<i>Presente o Ausente</i>

Cuadro 3. Los trastornos alimentarios. Tomado de Crispo, Guelar, Figueroa: *op.cit.*

La vulnerabilidad selectiva para los trastornos alimentarios ha sido estudiada por la genética y la neuroendocrinología. La genética ha aportado estudios en los que gemelas mujeres han sido más susceptibles de desarrollar ambas TA que mellizas no idénticas. (45) La discusión sobre la influencia genética y la distribución central en las clases altas y medias de las sociedades occidentales, implicaría que, al igual que las otras condiciones de construcción de un TA, no sería una causa suficiente, y que en otras condiciones sociales no se cumplirán con tanta frecuencia las demás (46). A su vez, los estudios ambientales dicen que madres que han estado muy preocupadas por el peso y atractivo de sus hijas probablemente las han puesto en una mayor riesgo de padecer un TA, así como las familias con más de un integrante con sobrepeso.

Se ha estudiado la regulación neuroendocrina de la ingesta, hallándose que el centro de la ingesta se ubica en el núcleo lateral del hipotálamo, y que el núcleo ventral-medial regula la saciedad, mientras que el núcleo paraventricular reúne el input sensitivo. Este grupo de núcleos es regulado por estímulos periféricos (dilatación gástrica, colecistoquinina, hormonas pancreáticas), por monoaminas (noradrenalina, serotonina, dopamina) calcitonina, neuropéptidos, dinorfina y otros neurotransmisores(46). Estudiada en los últimos años, la leptina se está sindicando como reguladora del peso corporal y del índice de masa grasa, como así también con la activación del eje hipotálamo-gonadal, y especialmente con el inicio del empuje puberal. A partir del estadio II de Tanner, la leptina disminuye en los varones y aumenta en las mujeres (47). Producida en el tejido adiposo, la reducción de la grasa corporal que conlleva la anorexia nerviosa hace que disminuya su nivel en sangre, mientras aparece aumentada en la obesidad, participando en los mecanismos de resistencia a la insulina. Su deficiencia se relaciona con la hipotermia por déficit de las hormonas tiroideas y con las deficiencias gonadales que acompañan a la emaciación, como la amenorrea, el borramiento de los caracteres sexuales secundarios, etc.

En los trastornos alimentarios, más marcadamente en la anorexia, se encuentran anormalidades de la función serotoninérgica, aún previamente al desarrollo de la enfermedad, y que se normalizan con la regularización estable de la ingesta. Dichas anomalías coexisten también con depresión, dificultad en control de impulsos y conductas suicidas (48). El eje hipotálamo-hipofisario está afectado por la regulación metabólica en menos a consecuencia de las dietas, con las consiguientes disminuciones de producción de las hormonas tiroideas, sexuales y adrenales. La resonancia magnética nuclear registra una disminución de la masa cerebral con agrandamiento de los ventrículos (49) reversible con demora luego de la realimentación. En la bulimia aparece una pseudoatrofia del volumen cerebral, también reversible con normalización alimentaria (50).

En resumen, y según un estudio retrospectivo de 45 años en Rochester (EEUU) recabado por la Clínica Mayo, la gran preponderancia de trastornos alimentarios en adolescentes y mujeres jóvenes implicaría a factores biológicos asociados con empujes puberales rápidos, crecimiento de los depósitos grasos y estrés ambiental en la adolescencia, incluidos los temas sexuales, los que podrían ser factores precipitantes. En la adolescencia tardía y la juventud, la emancipación pendiente, el cortejo, y el emparejamiento precoz pueden sumar factores precipitantes para estos trastornos (51).

Las estadísticas de los TA son inciertas, no hay registro oficial, y se extrapolan de estudios con poblaciones pequeñas. En Estados Unidos, la National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders (52) estableció que 8 millones de personas en EEUU padecen trastornos alimentarios. 1% de las mujeres jóvenes padecen anorexia nerviosa 3-4% de las mujeres jóvenes padecen bulimia. Según cifras del National Eating Disorder Screening Program, el 15% de las mujeres jóvenes padecen algún tipo de desorden alimentario, así como el 1% de los hombres. Hay números variables, como en las tasas de recuperación. La Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios remarca que la anorexia nerviosa no muestra diferencias en áreas rurales o urbanas, mientras que BN y TANE son más frecuentes en las áreas urbanas (53).

La clínica da cuenta de las dificultades del organismo al tener que regularse con una ingesta insuficiente o mal distribuida, generando impactos en variados sistemas, y hasta situaciones de emergencia (déficit de electrolitos, lesiones cardíacas, deshidratación, insuficiencia renal, descontrol de impulsos, tentativas de suicidio, etc.) que recuerdan que estos trastornos tienen una mortalidad importante (alrededor del 13 al 20% para la anorexia).

Con respecto al pronóstico, un estudio prospectivo de 21 años de duración realizado en la Universidad de Heidelberg controlando durante ese lapso 84 personas con diagnóstico de anorexia nerviosa, arrojó los siguientes resultados: el 50,4 alcanzaron una recuperación completa, el 10,4 todavía mantenían criterios diagnósticos completos para AN, mientras que el 15,6 % habían muerto por causas relacionadas con su cuadro alimentario. (54)

La importancia de los conocimientos clínicos en una red nocional que intente contener a una persona que padece anorexia nerviosa debiera quedar fuera de discusión. Necesarios para la comprensión y diagnóstico y la oferta de un tratamiento efectivo, pero también y sobre todo porque, en una medida razonable, debieran compartirse con quien la sufre y con quienes acompañan su situación a efectos de contrarrestar la información deformante que es de amplia circulación en las sociedades «occidentalizadas». A partir de ese momento se convertiría en materia básica para la toma conjunta de decisiones.

2. Crónica de un tratamiento

*Hace falta toda una aldea
para criar a un niño.
Proverbio africano*

2.1. La Llegada

El relato que sigue surge a partir de la atención de una persona que padeció una anorexia nerviosa. Lo acontecido se presenta a modo de crónica a los efectos de incluir los detalles que hacen a la comprensión de las características puntuales de la situación en la que esta persona se encontraba. Se resguarda su identidad, y los datos concretos que se presentan son estrictamente necesarios para comprender el enlace de la red nocional que permitió su tratamiento.

Un día de octubre de 1999 el equipo de trastornos alimentarios al que pertenecen quienes presentan esta comunicación recibió una llamada telefónica convocando al mismo a asistir a una paciente internada en un hospital interzonal de la ciudad de La Plata. El cuadro era, según comunicaba la madre de la afectada, una anorexia. El equipo de Salud Mental de la institución no atendía estas patologías. Así lo habían asentado en la historia clínica, y habían sugerido la búsqueda de un equipo interdisciplinario o institución especializada. Mariela, con casi 18 años, se negaba a comer y también a la alimentación por vías de excepción que se le había propuesto, habiendo producido ya una fuga y posterior reingreso, lo que la tornaba una “paciente conflictiva” para el hospital, habida cuenta de su edad y su estado físico, que incluía desnutrición avanzada, deshidratación y excitación psicomotriz.

Al llegar, encontramos una mirada muy atenta, desconfiada. Le preguntamos por su vida en general, cómo había llegado allí, etc. Establecimos una relación lo más cercana posible.

Al rato, apareció Susana, su madre. Lloraba. Estaba preocupada. Nos contó desde hace cuánto vivía este “calvario”: desde los 10 años de Mariela. Vivían en una localidad del Gran Buenos Aires, en una casa precaria. La madre se dedicaba a cuidarla, y no tenían fuente de ingresos, salvo ocasionales changas que sólo podía cumplir cuando lograba que su hija aceptara quedarse con alguien, lo que no era nada frecuente. Ella estuvo siempre a cargo de sus tres hijos. Mariela era la única mujer, y la menor de los tres hermanos. El más cercano afectivamente a ambas, Carlos, es deportista y vive en el exterior. El otro hijo, el más desapegado, es casado, tiene un hijo y ocupaba un cargo jerárquico, aunque Susana lo homologaba al padre, ausente desde hacía muchos años. El padre vive en otra ciudad de la provincia, tiene comercio, aparece para visitar a su hijo mayor y por ese entonces, cuando trataba con Mariela lo hacía como si tuviera 5 años. Nunca cumplió con la cuota alimentaria. Al ir de visitas en años anteriores, M. había vuelto con muchos kilos de menos y en crisis.

La novia de Carlos (que vivía cerca de M y S), se mostró muy interesada en la recuperación de Mariela, y aparecía en primera instancia como el único contacto de las dos mujeres. Psicóloga de profesión, se había ocupado de investigar opciones posibles para el tratamiento de Mariela en esta instancia, y había dado con nuestro equipo.

En esa semana pudimos negociar con Mariela la alimentación por vías de excepción y la posibilidad de traslado a otro hospital de la ciudad en la que la médica clínica de nuestro equipo podría internarla en su servicio de Terapia Intensiva.

Antes del traslado, Susana nos alcanzó una carta. Allí nos contaba del accidente automovilístico que sufrió toda la familia y en el cual M., a poco de nacer, tuvo pérdida de conocimiento; de la medicación que tomó durante años, de los cambios que produjo en la familia el accidente (lo relacionaba directamente con el divorcio que sobrevendría años más tarde), y de su dedicación “semiexclusiva” a esta hija desde muy temprano. Hablaba de su sufrimiento por no tener modelos parentales ni familia (creció en un Instituto de Menores regentado por religiosas). En un momento de la carta decía: “a veces creo que es mejor que Dios se la lleve”. Como en otras anoréxicas crónicas en la clínica, y acordando con la escuela sistémica alemana, la historia familiar, la madeja entre las causas y las consecuencias en los trastornos alimentarios hacía su presentación con toda nitidez.

El planteo que el equipo se hacía era ir aprovechando los recursos de las redes informales hospitalarias,

(mientras se hacían las averiguaciones pertinentes, y hasta las consultas legales) acompañando el paso de Mariela por las diferentes instancias a las que fuese necesario acudir. Las posibilidades del equipo estaban rebasadas en la situación inicial, pero no sus capacidades de agenciar un tratamiento digno en la situación de emergencia, resuelta la cual podría continuarse con la rutina de trabajo para la recuperación en sistema ambulatorio. La idea era no sumarnos al ejército de derivadores que ven esfumarse los conflictos por el horizonte, teniendo en cuenta la dificultad en el acceso a los recursos de salud, las políticas institucionales que operaban en lo concreto, y las fugas reiteradas de M.

En el nuevo hospital fue evaluada y seguida por Salud Mental y Terapia Intensiva, hubo apoyo de Servicio Social, comenzó a aceptar alimentos y toleraba bastante bien la alimentación por vía de excepción, que se le administraba por las noches. Estamos hablando de una adolescente de 18 años, 1,67 metros y 38 kilogramos. El índice de masa corporal era de 13.6, con un mínimo normal de 18.5. Amenorrea primaria, emaciación, hipotermia, lanugo que se depilaba constantemente, lastimándose.

De trato agradable, presentaba crisis de llanto e hiperactividad en las que insultaba, fundamentalmente a su madre, se iba, rompía cosas, sin poderse contener, frente a negativas o límites. Su comunicación era reiterativa, sus temas eran persistentes, y no alcanzaba a ciertos niveles de abstracción.

Ya se había fugado del Hospital en un primer momento. Las “fugas” se hacían posibles y hasta cómodas gracias a su mamá, que, en los momentos claves, solía dejar la billetera cerca de Mariela, y se iba a caminar (“a fumar, lejos...” diría más tarde), en general con suficiente dinero para que M. hiciera en taxi el largo viaje desde los hospitales hasta su casa. Luego de unos días, al pasarla a una habitación luego de una corta estadía en Terapia Intermedia, se repitió la escena, y pudimos reconstruirla con S. A esta altura, sabíamos que ya había estado asistiendo al hospital de día de una institución de la Ciudad de Buenos Aires, al cual se negaban absolutamente a regresar, y en una fundación del conurbano, dedicada al tema de TA, a lo largo de tres años. Luego de las fugas, M. se retiraba del tratamiento “para siempre” y la madre acataba su decisión.

Lo nuevo que sucedió fue que nos comunicamos rápidamente con ella por teléfono, y aceptó conversar y una nueva cita, a la que concurrió con su madre. Tratamos de aclarar lo sucedido y, frente a su negativa en cuanto a internarse se refiriera, reencuadrar la situación para tratamiento ambulatorio. Corría el mes de diciembre. Hasta mediados de enero se produjo una leve mejoría en el peso. Lo que notamos es que la enfermedad ocupaba, desde hacía mucho, todo el tiempo de las dos mujeres, y no entendíamos cómo se arreglaba Susana para comer, viajar, comprar ropa, para cubrir los tratamientos a los que habían acudido, etc., ya que el padre no aportaba a la manutención, y los hermanos sólo ocasionalmente. Nos fuimos dando cuenta de que había todo un barrio que las sostenía y ayudaba... Se habían organizado rifas, quermeses, «vaquitas» para cubrir gastos de atención, en otros años. Hasta las latas de suplemento nutricional se gestionaban comunitariamente: se juntaba entre varios algo, la farmacéutica del barrio descontaba lo que no se juntaba... y Mariela las tiraba al inodoro, pero esa era la punta de otro ovillo.

S. llegó a mencionarlos como “mi familia”. Había otros aportes de amigos que no eran del barrio, o de personas que no se conocían entre sí, pero se conectaban a través de Susana en acciones co-operativas relacionadas con la salud de Mariela.

Habíamos detectado la existencia de una red de sostén lo suficientemente organizada y funcional como para garantizarles una supervivencia ajustada pero homeostática con respecto al síntoma. También parecía persistir a pesar de la falta de resultados, lo que permitía suponerle otras funcionalidades.

Comenzó a delimitarse un diagnóstico de grupo vulnerable, compensado por un grupo de crianza extendido, pero cuya estrategia de supervivencia central estaba cercana al trastorno alimentario de M., lo que podía estar jugando gravosamente en su cronificación, estabilizando su situación (que les imposibilitaba generar sus propios recursos) pero “entregando a cambio” la conservación del atractor patológico. Los accesos a derecho de las dos mujeres estaban limitados estrictamente a la subsistencia, sin contar los “caprichos” que las obsesiones de M. (propias de su cuadro psíquico, agravado por cierta posible disfunción cerebral, agravada por el estado nutricional actual, fruto del accidente a temprana edad) como tinturas, maquillajes, ropa muy pequeña pero cara, etc., imprimían a la situación.

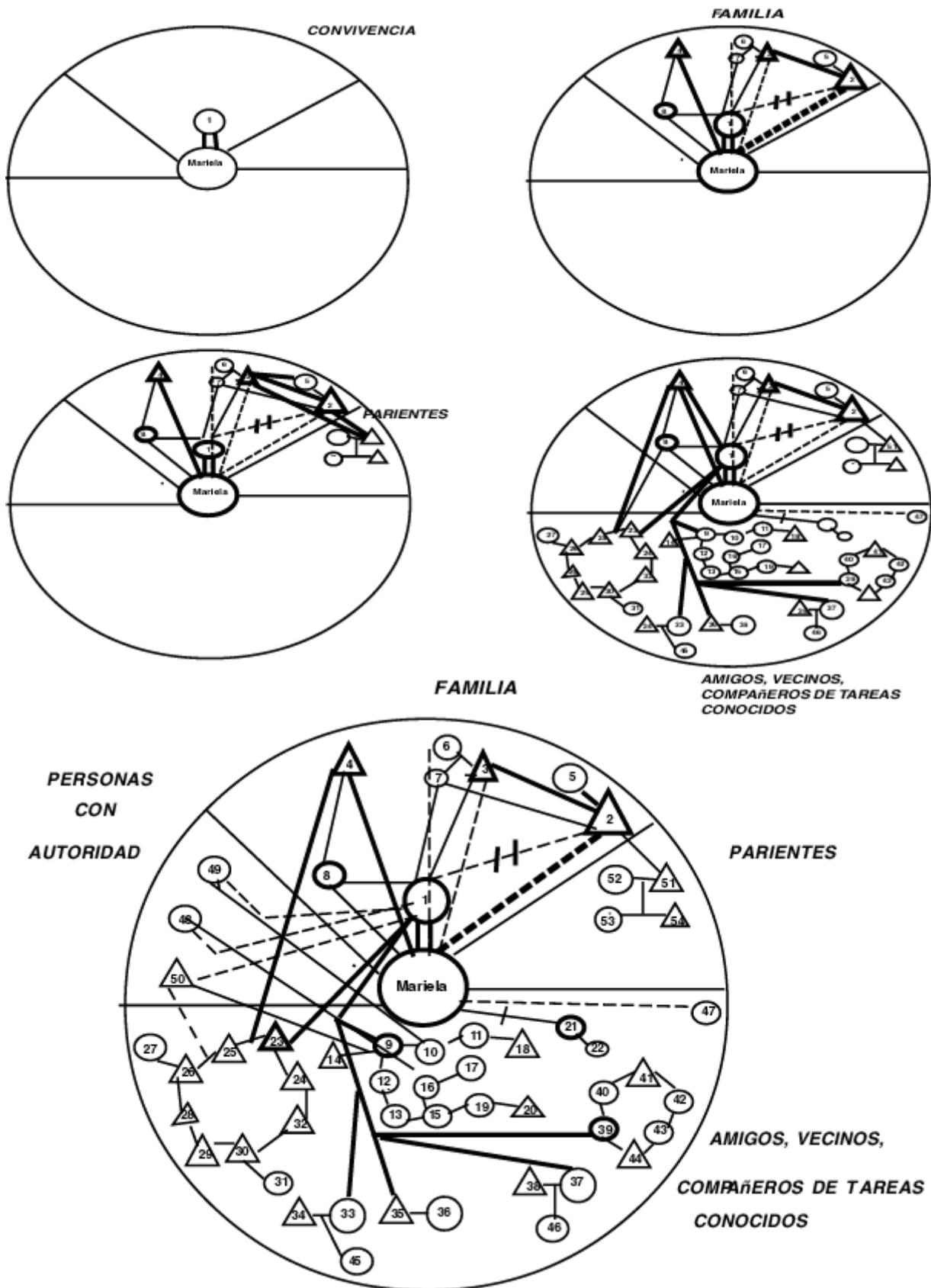


Figura 1: Mapeo inicial de la red social personal de Mariela. Los mapas más reducidos muestran las características de cada compartimento por separado. El momento restrictor de la red con respecto a Mariela queda graficado a través de la presencia de un conmutador general (S) que traduce y comunica todo, y de la ausencia de vínculos directos de M. En la página siguiente están detalladas las referencias.

Red Social Personal de Mariela

Referencias

Familia

1. Susana (mamá)
2. Padre (en otra ciudad)
- 3- Hermano mayor casado.
4. Hermano futbolista (en el exterior)
5. Esposa del padre.
6. Esposa del hermano mayor
7. Sobrinito.
8. Novia del hermano futbolista (psicóloga).

Amigos, Vecinos, Compañeros de Tareas, Conocidos

9. Vecina de la cuadra. Comadre.
10. Vecina de la cuadra. Señora mayor.
11. Vecina de la cuadra. Amiga de S.
12. Compañero de la vecina de la cuadra.
13. Vecina del barrio.
14. Marido de la vecina 9.
15. Quiosquera.
16. Vecina del barrio.
17. Vecina del barrio.
18. Marido de la vecina 17.
19. Amiga de la quiosquera.
20. Marido de la amiga de la quiosquera.
21. Amiga de Mariela. Mamá precoz.
22. Bebé de amiga de Mariela.
23. Amigo del hermano futbolista.
24. Amigo del hermano futbolista.
25. Amigo del hermano futbolista.
26. Amigo del hermano futbolista.
27. Novia del amigo del hermano futbolista 26.
28. Amigo del hermano futbolista.
29. Amigo del hermano futbolista.
30. Amigo del hermano futbolista.
31. Novia del amigo del hermano futbolista 30.
32. Amigo del hermano futbolista.
33. Vecina de la cuadra que prestó su casa para las primeras reuniones.
34. Esposo de la vecina.
35. Amigo de S. que acondiciona unas habitaciones en su casa para que M. y S. se muden.
36. Esposa del amigo de S. Embarazada.
37. Amiga de S. Practicante religiosa.
38. Esposo de la amiga de S.
39. Amiga y compañera de S. de cuando empezó el secundario nocturno.
40. Compañera y amiga de S. cuando empezó el secundario nocturno.

41. Compañero de S. de cuando empezó el secundario nocturno.
42. Esposa del compañero de S. de la escuela nocturna.
43. Compañera de la escuela nocturna de S.
44. Novio de la compañera 44.
45. Hija casada de la vecina que prestó la casa.
46. Hija adolescente de la amiga practicante religiosa.
47. Compañera de la escuela primaria de M. (nunca más vista, ahora convocada a la reunión)

Personas con autoridad

48. Farmacéutica (rebaja la medicación)
49. Dueña de supermercado que ofrece trabajo «para cuando M. se mejore».
50. Barrabrava, hijo de vecina, manda ofrecer «cualquier tipo de ayuda».

Parientes

51. Hermano del padre. Comerciante.
52. Esposa del hermano del padre.
53. Prima de M.
54. Primo de M.

Cuando fuimos armando el mapa de la red de Mariela, surgió a las claras que tenía un gran conmutador o plexo: Susana. Casi todas las relaciones de Mariela estaban mediatizadas por ella, porque en general “no quería ver a nadie”, con lo que estaba tácito ya que no se las visitara, o que las visitas serían prolijamente filtradas. La ausencia absoluta de familiares consanguíneos de Susana se compensaba con una gran cantidad de amigos, vecinos, ex compañeros. Varios grupos bien estructurados, capaces de generar recursos, estaban relacionados con Susana. Mientras tanto no había, al momento del mapa, ninguna amiga de M. con la que ella tuviera contacto. Las presencias adolescentes eran periféricas y eran aportadas por la red de S. en calidad de “hijas de la misma edad” pero sin vínculo significativo con M. El hermano preferido estaba afuera, lejos...La distribución en bandos de la familia original completaba los trazos más fuertes del mapa.(ver Figura 1)

Si bien los datos provenían de escasas fuentes (Susana, Mariela y una integrante más de la red), lo que establecía que la información debía tomarse dentro de un plano muy general (55), el precario análisis posible sugería la presencia de un momento restrictor en la configuración de la red que podía describirse alrededor de M y S(9). La garantización de las condiciones mínimas sostenía la tarea continua de Susana alrededor de Mariela, lo que generaba, a su vez, un malestar creciente entre madre e hija. Este malestar reforzaba la sensación de encierro. La red, en tanto, se había estabilizado en una situación en la que “no había mucho que hacer”, aunque sus integrantes continuaban aportando a las demandas de M y S. Al mismo tiempo, S. operaba aparentemente como conmutador entre varios grupos de integrantes, gestionando intercambios, acceso a recursos ubicados en otros puntos de la red (puestos de trabajo, gente para hacer changas, recomendados para tareas de confianza), etc. Con lo que parecía haber circulaciones laterales que aportaban concretamente a las estrategias de supervivencia de los integrantes, y que explicarían su persistencia a pesar de la falta de resultados con respecto al tema inicial (la anorexia de Mariela) (ver figura 2).

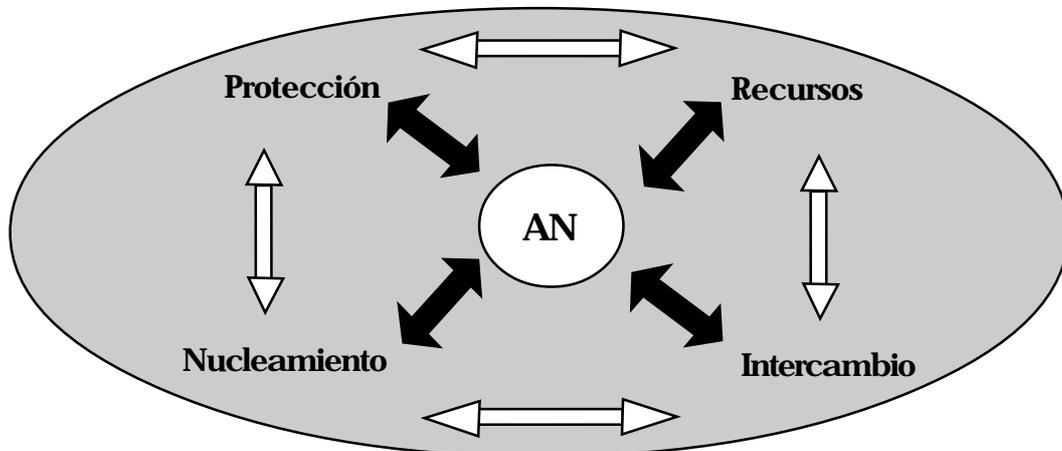


Figura 2: Circulación de beneficios en la red personal de Mariela: En el momento mapeado, su funcionamiento parecía girar alrededor de un atractor (55): la anorexia de Mariela (círculo blanco), y aprovechar su conmutador (Susana) quien interconectaba sus distintos compartimientos y plexos o grupos. La presencia del atractor y de la función conmutador producía acceso a tales beneficios para M y S (flechas negras). Pero además producía un campo (óvalo gris) para tejer interacciones (flechas blancas) que tendían a estabilizarla por fuera de sus objetivos iniciales, diversificándola y enriqueciéndola, pudiendo incluirse como recurso en las redes personales los demás integrantes, como una fuente más de las funciones que se detallan. La interconexión de los diferentes grupos abría la posibilidad de un nucleamiento más allá de la propia red. A partir del nucleamiento producido, los intercambios podían incluir una variedad mayor, al igual que el acceso a ciertos recursos presentes. Tal circulación emanaba algún tipo de protección contra imprevistos. (Si bien excede el propósito de esta comunicación, creemos importante referir brevemente que en la casa en que se hicieron las reuniones empezó a funcionar un pequeño almacén y que hubo nuevas vendedoras de cosméticos en el barrio. La función de protección fue evidente al ser intrusionada la casa de M y S durante una internación: en menos de una semana, frente a la ausencia de acción policial, fue recuperada, higienizada y pintada por integrantes de esta red para sus dueñas).

El dispositivo del equipo incluye reuniones quincenales conjuntas con los familiares y allegados de todas las personas en atención, informativas y de intercambio, organizado como grupo informativo multifamiliar, basado en la experiencia del Hospital de Clínicas (56). Invitamos a S a incluirse y así pudo encontrar otras experiencias similares de adultos que convivían con personas que padecían TA. El equipo contaba en ese momento con pasantes de Trabajo Social y Psicología que compartían el espacio grupal con los familiares y allegados. En ese espacio hubo lugar para intercambios intensos de escenas con los demás asistentes, que permitieron a S encontrar en otros los pensamientos que la atormentaban, y un grupo reflexivo que le permitió rescatar un tipo diferente de recursos.

M. venía a atenderse con puntualidad y buena disposición a veces, y otras en franca rebeldía. Muchas veces interrumpía bruscamente las sesiones, sin poder contenerse.

2.2. Llamando a las puertas

La situación se complicaba. M. seguía inestable, tiraba las latas de suplemento, lloraba para no tomarlas, y restringía su alimentación, con lo que la tensión iba en aumento. Como no toleraba las internaciones en hospitales generales, como no era posible una internación en una clínica cerrada, al no estar mutualizada, hacíamos contactos con instituciones y hospitales para encontrar una vía. Los contactos que hacíamos nos iban derivando siempre a opciones más remotas. Todos sabían perfectamente a quién derivarnos. Los únicos recursos con los que parecíamos contar eran las personas solidarias que nos iba mencionando Susana en las reuniones. Y el recurso a lo legal.

Se empezó a delinear la posibilidad de una “intervención en red”, por el escaso avance y para ampliar la posibilidad de acción y, coincidentemente con la primera experiencia de Speck, para intentar suplir ausencias del grupo primario (9), lo que luego nos llevaría aún más lejos. Primero a S. en privado y luego en el grupo de familiares, y después a M, les explicitamos la propuesta y les sugerimos que cada una por separado hiciera una lista de personas que sintieran interesadas en ayudarlas, o a quienes querrían invitar a una reunión para conversar sobre la situación que estaban pasando. Las dos aceptaron, y M, en una segunda reunión, aclaró que quería participar. Pensaron juntas en hacerla en la casa más grande de la cuadra, previendo que vendrían muchas personas. Hicieron todos los contactos, demostrando su capacidad de convocatoria y organización, y una expectativa muy alta.

Allí todos nos presentamos, cada cual explicó brevemente las razones que lo habían llevado a concurrir a la reunión, incluidas Mariela y su mamá, quienes hablaron de sus expectativas y de su agradecimiento por la concurrencia (había cuarenta personas). Luego hablamos brevemente del momento en el que se encontraba Mariela, evacuando algunas preguntas, sobre todo acerca de los trastornos alimentarios, y sus consecuencias. Los concurrentes se dirigían a M. o a S con propuestas o comentarios. Propusimos armar dos “comisiones”: una alrededor de Mariela y otra alrededor de Susana. Hubo decantación por edades y también por afinidades: cada cual fue encontrando su lugar en las ruedas.

Había venido, por ejemplo, una compañera de la primaria mencionada por Mariela como importante, a quien convocó a pesar de no haberla visto desde los 12 años. También su “mejor amiga”, de 16 años, madre precoz, con quien hacía un año que no hablaba... Pudieron conversar y darse cuenta de que lo que había cambiado “entre ellas”, tan buenas amigas que eran, era alguien que requería mucha atención... tironeando de su mamá y pidiéndole mamadera.

Las dos comisiones funcionaron muy bien: concluyeron en que M y S debían, en algún momento del día, relacionarse con gente de sus respectivas edades y comunicarse con otros espacios. El espacio social de M. fue importante, con un grupo de alrededor de diez personas conversando por espacio de dos horas sobre intereses, cosas posibles a hacer, conversaciones de chicas, etc.

En las semanas siguientes, tuvimos noticias de que las comisiones cumplían sus propuestas, y se vio que había habido varios movimientos en la red: la frecuencia y la intimidad de los contactos había aumentado, la ex-compañera que no había vuelto a ver a Mariela desde la primaria volvió tres veces a verla, las amigas de Susana caían a tomar mate sin que hubiera rechazo... Pero Mariela insistía y amenazaba con conseguir un trabajo. En general encontraba –dentro de la red estaba la dueña de un supermercado que le tenía reservado

“un puesto para cuando mejorara”- y abandonaba a los dos días, por no poderlos sostener. Empezó a trabajar, pero no lograba comprender las órdenes. Se retiró a la semana sin ir a cobrar. En esos días desayunaba antes de ir a trabajar.

Luego de esa semana, S. llamó angustiada: se había ido a casa del padre dejándole una carta de despedida “definitiva”. A los 10 días volvió, aparentemente en mal estado, porque pidió internarse por TE y le sugerimos que se acercara al Hospital de su localidad. Al contactarnos con la guardia, nos informaron que había llegado deshidratada y confusa, y que estaba mejor, con hidratación parenteral, reponiendo potasio. A las 7 de la mañana del día siguiente, después de arrancarse la vía, descalza y en camión, volvió a fugarse.

Esta urgencia exigía una nueva reunión de la red. A los dos días los mismos participantes se habían convocado entre sí y había nuevos integrantes “que querían venir”. En el grupo abierto habíamos introducido con Susana el tema de la internación judicial compulsiva para protección del derecho a la vida de Mariela. Lo tendría que gestionar ella ante el Juez, y nosotros acercaríamos toda la información que el Juzgado considerara necesaria.

Al llegar a la reunión, armada la rueda y las presentaciones, habiéndose sentado Mariela entre nosotros, le preguntamos a cada uno de los participantes cómo la veían en ese momento.

Fueron cerca de cincuenta respuestas coincidentes: la veían muy mal, y cada persona expresó su preocupación y su necesidad (¡para eso habían venido!) de que algo pasara. La última que recibió la pregunta fue Mariela, después de la madre, que casi ni respondió, trabada por el llanto. Tuvo que decir que se veía, coincidentemente, mal. Hicimos, entre todos, una reseña de lo sucedido desde el inicio del tratamiento, y le planteamos que no podíamos abandonarla en esta situación a sus propias fuerzas, en un momento en el que no lograba contener sus impulsos...El espacio terapéutico quedaba rebasado, y los momentos de atención de la urgencia era cortados con “fugas”. Abrimos el tema del Juzgado como garantía para que pudiera salir de esta situación, como una ayuda para ella y no como un castigo a su conducta. Lloró, los demás opinaron, casi todos de acuerdo, varios pidiendo precisiones y seguridades...

Después se fue, corriendo, a su casa, en la vereda de enfrente. La reunión siguió. La madre iba y venía mientras se debatían detalles, preguntas y modos de apoyo. Logramos conversar con ella por la ventana, ya que se había encerrado, y tranquilizarla un poco, hasta que abrió la puerta y nos permitió la entrada. Fue posible entonces conversar, en privado y con mayor tranquilidad, algunos detalles de lo que vendría.

2.3. El sargento

Susana inició la presentación ante la justicia, encontrando un espacio suplementario de contención en su contacto con el secretario del juzgado que tomó el problema. Hubo una citación para M., a la cual concurrió sin demoras. Conversó con un perito psiquiatra y con el Juez de Menores. Un día después, un patrullero se detuvo en la cuadra y bajó un clásico sargento, a buscarla...Mariela tenía el bolso listo, y subió sin comentarios. El Juzgado, previamente, había averiguado sobre sus posibilidades de derivación y no encontraba demasiadas posibilidades, pero entendía que tenía que tomar cartas en el asunto.

Por una cuestión administrativa, fue llevada a un Instituto de entrada al sistema de Minoridad de la Provincia de Buenos Aires..Un día después fue derivada a un centro de rehabilitación de adicciones, que tenía convenio con la Justicia de Menores, en la cual contaba con atención médica periódica, enfermería, y atención psicológica. Recibió también (de parte de sus compañeras) una descarga de hostilidad hacia su gesto de reina anoréxica: un fuerte golpe en la nariz, lo que generó una nueva intervención del juez y su derivación a otra institución que trabaja con adolescentes con retardo mental.

Mariela se sentía muy mal en ese lugar, se quejaba...Se aburría, no hallaba compañeras para conversar, pero pudo recibir medicación adecuada, la dieta general con ciertos refuerzos y empezó a entablar una relación terapéutica importante con la psicóloga del establecimiento, con quien habíamos tomado contacto.

Entonces empezaron los resultados confluyentes. El primero fue que Susana, quien seguía viniendo a La Plata a los grupos abiertos de familiares, compartió con otros padres que se había dado cuenta de que si no hubiera estado el Juez, ella la hubiera ayudado a escapar nuevamente, y que tal vez seguirían en el mismo punto, encerradas en la casilla, una vez más «mirándose las caras». El segundo es que, a lo largo del tiempo de las internaciones, aquellas “comisiones” de la primera reunión de red habían organizado una sólida pre-

sencia en el horario de visitas a Mariela y en la casa de Susana, variada y bien orientada, con lo que no quedaban tan expuestas madre e hija a los choques por saturación de la soledad anterior.

El tercero, y fundamental, es que, enmarcada por estos cambios ambientales, cubierta de su imprevisibilidad por una internación enmarcada legalmente y apoyada por el equipo de trabajo de la institución, Mariela entendió que esa vez no iba a poder escaparse tan fácil, y que la salida venía en plato playo...Lo dijo, y empezó a comer. Bruscamente. Sorprendió al personal y a sus visitantes por la cantidad: repetía los platos, en las visitas pedía que le llevaran comida de todo tipo y se la comía ni bien le llegaba. Recibió autorización para hacer ejercicios (una camioneta la llevaba a un gimnasio de la zona, donde conoció a quien luego sería su novio) cada sábado viajaba (acompañada por S.) para integrarse al grupo psicoeducativo con otras chicas con TA en nuestro lugar de atención. En poco tiempo (dos meses) obtuvo el alta provisoria bajo control judicial, con un peso adecuado para su talla y edad.

La tercera reunión se organizó un mes después de la externación de Mariela. Se centró en la evaluación del proceso, en el reconocimiento general del enorme esfuerzo y dura prueba que había soportado Mariela, su mamá y ellos mismos, y el valor de los resultados, a saber: el inicio de la recuperación física de Mariela, la confianza en el trabajo en común, y otras pequeñas cosas (en el lugar en que se habían hecho las primeras reuniones había ido creciendo un almacén, había nuevas vendedoras de Avon en el barrio) Luego de esto, lo que dominó la reunión terminó siendo cómo apoyar a madre e hija en temas centrales para su supervivencia más autónoma, tales como la búsqueda laboral y la decisión de retomar el estudio, respectivamente.

En el mes siguiente, Mariela continuó con el tratamiento ambulatorio, se integró al grupo psicoeducativo para personas con trastornos alimentarios, empezó a pensar en estudiar Enfermería y tuvo su primer novio. No todo son rosas: la irrupción del novio, mayor que ella, posesivo, abarcador, y con auto, sensibilizó a los vecinos y fragilizó la línea de solidaridad y contacto que siempre las sostuvo, a lo largo de casi toda la vida de M.

Pasados seis meses, Susana había conseguido trabajo en un almacén, y estaba con planes de reiniciar la escuela nocturna. Mariela cuidaba, junto a su novio, un embarazo de tres meses, con dificultades. Había empezado Enfermería, pero estaba faltando a partir de las dificultades con el embarazo y de que el novio le dijo que no quiere que ejerza. Vivían los tres juntos en la misma casita, que el barrio ayudó a arreglar. El Juzgado les había concedido un subsidio para viáticos en razón del tratamiento. Alrededor de esa época, dejaron de concurrir.



Figura 3. Panorámica de la ecología social de Mariela. El grupo de crianza comprende a quienes aportaban para los requerimientos básicos de Mariela, grupo que no incluía a toda su familia ni terminaba en ella. La presencia de otros recursos en el mapa no implica que hayan intervenido sino que consideramos que su presencia modulaba de alguna manera la situación. En el sistema terapéutico están incluidas todas las instancias que recorrió Mariela en el tramo comentado.

3. Conclusiones

La presentación de este momento del trabajo terapéutico con Mariela nos puso en el problema de tener que escribir sobre el trabajo en condiciones límite, en las que se puede sentir que la situación excede las posibilidades del equipo tratante, y en las que, a la vez, la derivación de la persona a otra instancia terapéutica enfrenta al peligro de dejarla a la deriva, en ausencia de recurso instalado competente.

Domínguez Lostaló dice que “las lesiones producidas por lo social se compensan por lo social”. Tal vez por buscar por ese lado nos fue posible encontrar compañeros de trabajo en donde siempre los había habido: alrededor de Mariela y, sobre todo, de Susana. La exploración de fenómenos complejos con instrumentos apropiados, si bien sin utilizarlos en toda su magnitud y profundidad, nos permitió visualizar posibilidades donde en principio sólo parecía haber trabas.

La idea de “red nocional” nos permitió utilizar sin contradicciones, y en la medida de nuestro interés, productos de genealogías diferentes. Se configuró así una red en la base de la gestión conjunta entre los afectados, sus allegados y los técnicos, a partir de una pregunta a la que una adolescente buscaba una respuesta en el límite de sus fuerzas. “Participación” fue el término clave en el rastreo de las fuentes teóricas que pudieran configurarla. Tuvo que ser así en la medida que era la única fuente de recursos visible para intentar una tarea. De esa manera, al poder valorar, con el aporte de la perspectiva de redes, las funciones de los vínculos con el entorno barrial para S. y M., pudimos ir comprendiendo cuánto tenía que ver ese entorno proveedor con la co-dependencia que se había ido construyendo, fuente importante pero no exclusiva para la perpetuación del trastorno. Al detectar la configuración restrictora de la red, el acercamiento a la experiencia de Speck para reunirla marcó una diferencia al promover el inicio de la apertura de la relación exclusiva entre madre e hija. La IAP, aportando las nociones de búsqueda colectiva y de creación participativa, nos permitió prever que los integrantes de la red promoverían acciones diferentes a partir de ser convocados no sólo como contribuyentes casi anónimos, demostrando su centralidad en la red y multiplicando las funciones de sus vínculos. La noción de que la tarea se inicia al presentar el tema frente a la asamblea fue muy visible, ya que se sucedieron acciones en las que las decisiones se tomaron más en el ámbito de las reuniones de red que en todos los otros.

El Modelo de la Clínica de la Vulnerabilidad nos permitió encontrar sentidos no patologizantes ni sociologizantes a las configuraciones dinámicas que los métodos exploratorios y de investigación nos fueron delimitando, y nos proveyó de un marco teórico para la intervención en situación de emergencia, en la defensa del derecho de Mariela a la vida. También nos sugirió que el acompañamiento al reclamo de protección jurídica, la promoción de acciones comunitarias locales y la búsqueda metódica de protagonistas para estas acciones pueden constituirse en alternativas a la figura del abandono de persona que se desliza detrás de la derivación de los “inmanejables” a instancias metodológicas lesivas para su dignidad humana, que se encuentran en conflicto con las normas legales en vigencia, representando residuos de la Doctrina de Seguridad Nacional. La escena de Mariela entrando al patrullero es fundamental: desde temprano tenía listo su bolso, y en los dos meses posteriores soportó la dureza de las únicas condiciones que nos fue posible conseguirle para su recuperación. Podemos aformar que nunca se negó a vivir: su tarea estaba centrada en mantener, para su madre y para sí misma, las condiciones de supervivencia que su experiencia le había impuesto como posibles. Al producirse un movimiento real en su red, movimiento al que interrogó con sus dramáticos movimientos entre reuniones, y ante su persistencia y confirmación, terminó permitiéndose una apertura en sus procedimientos que amplificó la diferencia y le permitió reducir su propia vulnerabilidad. No sólo, entonces, el asistencialismo de los partidos políticos o las agencias oficiales produce parálisis y acostumbramiento en los asistidos.

Desde el plano ético, la experiencia, si bien acotada y de corta duración, nos ha remarcado el límite más básico a las acciones, exploraciones y mapeos: tales acciones debieran tener como objetivo central una utilidad concreta para quienes se avienen a ellos. La tarea que surge de una dificultad local debe volver a lo local como algo conseguido en común, con el intercambio de saberes, disposiciones y acciones, a través de la participación: una transferencia posible solamente en el seno de una comunidad que se pone en marcha.

La participación real es la que incluye a los participantes en la planificación, la acción y todo lo que se

relacione con los resultados: debiera tenerse en cuenta, entonces, el impacto de acciones intrusivas y/o regidas por segundas intenciones en ecologías sociales cuya supervivencia, con la de muchos de sus integrantes, se debe mucho más a una prudencia cargada de escepticismo que al respeto recibido por su condición humana. Así, la experiencia de incluir a un grupo de trabajo especializado en el contexto será favorable a quienes lo reciben en la medida en que tal grupo cuente con recursos metodológicos que le permitan algún grado de inclusión en la red, el mínimo necesario para promover el rescate efectivo de los recursos locales y para apoyar la exploración de las gestiones externas imprescindibles.

Debemos ser claros: en la situación inicial de la historia que nos ocupa, la adherencia a los tratamientos no sólo estaba comprometida desde el lado de Mariela: una serie de actores e instancias sociales mostraban sus áreas de vacancia. En tales términos, la gestión de los habitantes puede revertir ciertas realidades con recursos comunitarios (sobre todo los vinculares) pero nos parece también central la importancia del reclutamiento de los recursos sociales, en este caso de la nítida acción de la Justicia en salvaguarda de los derechos básicos de estas dos personas.

Mónica Inés Torres

Prof. y Lic en Psicología

Especialista en Gestalt – Terapeuta Familiar Sistémica

Coordinadora del Equipo Interdisciplinario de Trastornos de la Alimentación (E.I.T.A.)

Organizadora y JTP del Seminario de Grupalidad y Redes-

Escuela Superior de Trabajo Social – Universidad Nacional de La Plata

E-mail: eita@infovia.com.ar

Juan Luis Lovari

Operador en Comunidad

Coordinador de Grupos

Integrante del Equipo Interdisciplinario de Trastornos de la Alimentación (E.I.T.A.)

Organizador y docente del Seminario de Grupalidad y Redes

Escuela Superior de Trabajo Social – Universidad Nacional de La Plata

E-mail: lovari@speedy.com.ar

4. Índice

Resumen.....	1
1. Introducción	
1.1 La red nocional	2
1.1.1. Perspectiva de redes.....	3
1.1.1.2. Las «terapias de red» o intervenciones en red.....	6
1..1.2. La Investigación-Acción Participativa.....	8
1.1.3. Modelo de la Clínica de la Vulnerabilidad.....	10
1.1.3.1. El diagnóstico de vulnerabilidad.....	12
1.1.4 La clínica de los trastornos alimentarios.....	13
2. Crónica de un tratamiento	
2.1. La llegada	18
2.2. Llamando a las puertas.....	23
2.3. El sargento.....	24
3. Conclusiones.....	25
4. Índice.....	28
5. Bibliografía.....	29

5. Bibliografía

1. Galli, Miryam; Lovari, Juan Luis; Torres, Mónica Inés: Un Taller De Prevención en Magdalena: la Difícil Tarea de no Vulnerar. II Jornadas De Prevención de los Trastornos Alimentarios. AIPA, Córdoba, 1999. Publicación en trámite.
2. Tobon Tobon, S.: El Pensamiento Complejo y la Construcción de Términos Científicos: Un enfoque desde la Cartografía Vincular Conceptual «CVC» Fundación Universitaria del Oriente. [en línea] Disponible en: <http://www.funorie.edu.co/ponencia/pensamiento.htm> Visitada: 12-11-01
3. Dabas, E.; Perrone, : Redes en Salud. Secretaría de Ciencia y Tecnología, Argentina. [en línea] Disponible en: <http://www.pasteur.secyt.gov.ar/formadores/RedSal-Dabas-Perrone.pdf> Visitada: 15.1.02
4. Castel, R.: La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión, revista El Espacio Institucional, Lugar Editorial, 1991
5. Moreno, J.L.: Sociometry. Experimental Method and the Science of Society. Beacon House, New York, 1951.
6. Barnes, J.A.: Class and committees in a Norwegian island parish. Human Relations, 7 (1): 39-58, 1954.
7. Bott, E.: Family and Social Networks: Roles, Norms and External Relationships in Ordinary Urban Families, Tavistock Publications, Londres, 1957.
8. Miceli, Jorge: Análisis de Redes Sociales. Revista Virtual La Salamandra, setiembre 2000. [en línea] Disponible en: <http://www.psiconet.com/salamandra/index.htm>. Visitado 6-10-00.
9. Speck, Ross: La intevención de red social: las terapias de red, teoría y desarrollo. En: Las prácticas de la terapia de red. Mony Elkaim y otros. Ed Gedisa, Barcelona, 1989
10. Elkaim, Mony. Redes, sistemas de intervención barrial. En: Las prácticas de la terapia de red. Mony Elkaim y otros. Ed Gedisa, Barcelona, 1989.
11. Pluymaekers, Jacques: Redes y práctica de barrio. En: Las prácticas de la terapia de red. Mony Elkaim y otros. Ed Gedisa, Barcelona, 1989.
12. Desmarais, D; Lavigueur, H; Roy, L., et al: Paciente identificado, red primaria e ideología dominante: El campo de intervención en salud mental. En: Mony Elkaim y otros: Las prácticas de la terapia de red. Ed. Gedisa, Barcelona, 1989.
13. Dabas, Elina Nora: Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales. Paidós. Col. Grupos e Instituciones. Buenos Aires, 1993.
14. Klefbeck, Johan: Los conceptos de perspectiva de red y los métodos de abordaje de red. En: Dabas, Najmanovich y otros: Redes, el Lenguaje de los Vínculos. Paidós. Ideas & Pespectivas. Buenos Aires, 1995.
15. Bronfenbrenner, U.: The experimental Ecology of Human Development. Harvard University Press, Cambridge, Mass, 1979.
16. Sluzki, Carlos: La red social: frontera de la práctica sistémica. Ed. Gedisa Colección Terapia Familiar. Barcelona, 1996
17. Forni, Pablo: Las redes interorganizacionales y el desarrollo de las ONG de base. Estudios de caso en el Gran Buenos Aires durante la década del 90. *Organizaçao & Sociedade*. Universidade Federal de Bahia. Vol 8 Nro 20, pp. 93:105. Salvador, abril de 2001.
18. Selekman, M.: Organizar una ecología social: colaborar con auxiliares procedentes de sistemas más amplios. En: Abrir caminos para el cambio. Colección Terapia Familiar. Gedisa. Barcelona, 1996.
19. McCarty, Chris: "Structure in Personal Networks" [en línea] Disponible en: <http://www.library.cmu.edu:7850/JoSS/McCarty/McCarty.htm>
20. Lewin, K. Resolving social conflicts; selected papers on group dynamics. Gertrude W. Lewin (ed.). Harper & Row, New York, 1948.
21. (Olson, Mary (comp) La Investigación-Acción entra al Aula. Aique Grupo Editor. Buenos Aires, 1991.
22. Corey, SM: Action Research to Improve School Practices. Teachers College Bureau of Publications, Colombia University, New York, 1953.
23. Reyes, Román (director): Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Universidad Complutense de Madrid. ISBN: 84-7658-067-3; 261-7 [en línea] Disponible en: <http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/>
24. Ander-Egg, E.: Investigación y Diagnóstico para el Trabajo Social. Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1987.

25. Gadotti, M.: A Prática À Altura Do Sonho. [en línea] Sitio del Instituto Paulo Freire. Disponible en: <http://www.paulofreire.org/pf/vozMG.htm>. Visitado 30.5. 01.
26. Allen, W.: The role of action research in environmental management [en línea] Disponible en: http://nrm.massey.ac.nz/changelinks/ar_working.html Visitado 20-7-2000.
27. Comprehensive social forestry programme: Native silvicultural management in China - Indigenous Knowledge and Development Monitor. Marzo 1998. [en línea] Disponible en: <http://www.nuffic.nl/ciran/ikdm/6-1/myer.html> Visitado: 15-08-1999.
28. Wang CC, Vittinghoff E, Lu S, Wang H, Zhou M. "Reducing Pregnancy and Induced Abortion Rates in China: Family Planning with Husband Participation." *American Journal of Public Health*. 88 (4): 646-648, 1998.
29. Aimers J (1999) 'Using Participatory Action Research in a Local Government Setting' in Hughes I (Ed) *Action Research Electronic Reader* [en línea] The University of Sydney. Disponible en: <http://www.behs.cchs.usyd.edu.au/arow/reader/aimers.htm>
30. Wang CC, Cash JL, LS Powers. "Who Knows the Streets as Well as the Homeless?: Promoting Personal and Community Action Through Photovoice." *Health Promotion Practice*. 1 (1): 81-89, 2000.
31. Programa de Investigación, Formación y Asistencia Técnica en Alternativas al Control Social: Hacia un Programa Integral de Desarrollo Comunitario para la Seguridad Humana en Latinoamérica (Prevención del Conflicto Social en el Marco Doctrinario y Técnico de las Naciones Unidas). Cuadernos del Caleuche. Serie Programas. La Plata, 1999.
32. Domínguez Lostaló, J.C.; Di Nella, Y.: ¿Es necesario encerrar? El derecho a vivir en comunidad. Cuadernos del Caleuche, La Plata, 1996.
33. Domínguez Lostaló, J.C. Capítulo: El Diagnóstico Criminológico: Metodología y Encuadre Teórico. En: *Sistemas de Tratamiento y Capacitación Penitenciaria*. Instituto Latinoamericano para Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (ILANUD) San José de Costa Rica, 1979.
34. Domínguez Lostaló, J.C. Capítulo: Diagnóstico del Menor Infractor. Encuadre metodológico y una gnoseología de los grupos familiares. En: *Curso de Capacitación para Personal de Centros de Menores Infractores*. Instituto Latinoamericano para Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (ILANUD) San José de Costa Rica, 1979.
35. Domínguez Lostaló, Juan Carlos: Informe Patarrá. Instituto Latinoamericano para Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (ILANUD) San José de Costa Rica, 1979.
36. Torres, M.; Di Nella, Y.; Lovari, J.L.: Despreveni2: Buscando formas de resguardar el acceso a la escuela. Sitio de P.I.F.A.T.A.C.S. [en línea] Disponible en: <http://www.sinectis.com.ar/yagodin>
37. Programa de Investigación, Formación y Asistencia Técnica en Alternativas al Control Social:: Investigación sobre Comunidades Vulnerables. Informe Final. Universidad de La Plata, 2000.
38. Programa de Investigación Formación y Asistencia Técnica en Alternativas al Control Social (PIFATACS): Programa de Incentivos a la Investigación: Prevención del Conflicto Social. *Alter-Nativas del Control Social*. Número 1. Pp 138-145. La Plata, 1999. E-m: pifatacs@sinectis.com.ar
39. Facchini, Mónica: Reseña histórica. En: *Trastornos Alimentarios. Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento*. Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios. Buenos Aires, 1999.
40. Keys, A. Brozek, J.: *The biology of human starvation*. Minneapolis, The Minnesota University Press, 1950.
41. Garfinkel, P.; Garner, D.M.: *Anorexia nervosa: A multidimensional perspective*. New York, Bruner/Mazel, 1982.
42. Crispo, R.; Figueroa, E.; Guelar, D.: *Anorexia, Bulimia: Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*. Ed Gedisa, Barcelona, 1996.
43. Pichot Pierre y otros: *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson S.A., Barcelona, 1995.
44. Johnson, A.; Sansone, F.; Chewing, J.: "Good reasons why young women would develop anorexia nervosa" *Laureate Clinic and Hospital, Tulsa, Oklahoma*, 1993. pp 731-737.
45. *Internet Mental Health: Causes of Eating Disorders* National Institute of Mental Health 1993. [en línea] Disponible en: <http://www.mentalhealth.com/fr20.html>. Visitado: 30 de octubre de 2000.
46. Hirst, J.: *Biological causes of eating disorders*. Colegio Bryn Mawr. Serendip. [en línea] Disponible en: <http://serendip.brynmawr.edu/bb/neuro/neuro98/202s98-paper3/Hirst3.html>. Visitada: 20-5-00

47. Ovies Carballo, G.; Verdeja Varela, L.; Santana Pérez, F.: Leptina y Reproducción. *Revista Cubana de Endocrinología*, 1999; 10 (3): 191-97.
48. Walsh, T.; Devlin, M.: *Eating Disorders: Progress and Problems. Science*. Vol. 280 1387:1390. 1998
49. Golden NH, Ashtar, M., Koh MR, et al: Reversibility of cerebral ventricular enlargement in anorexia nervosa, demonstrated by quantitative magnetic resonance imaging. *J. Pediatr.* 1996, 128; 296:301.
50. Moisesowicz, J.: Tratamiento psicofarmacológico la bulimia y la anorexia nerviosa. En: *Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria*. Atuel, Buenos Aires, 1996.
51. Lucas, A.; Beard, R.; O Fallon, W., et al: Anorexia Nervosa in Rochester, Minnesota: a 45 year study. *Mayo Clinic Proc.* 63:433-442, 1988.
52. National Association of Anorexia Nervosa and Associated Disorders. [en línea] Disponible en: <http://www.anad.org/>
53. Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios: *Trastornos Alimentarios: Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento*. SAOTA, Buenos Aires, 1999.
54. Zipfel, S.; Lowe, B.; Reas, D., et al: Long term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21 year follow-up study. *The Lancet*. Vol 355; 721:22; 2000.
55. Hanneman, R.: *Introducción a los métodos de análisis de redes sociales*. Universidad de California, Riverside. Sitio web de Lista de Distribución Redes. [en línea] Disponible en: <http://seneca.uab.es/antropologia/redes/redes.htm>, Visitada 15-7-00
56. Kiektik, M.: “Caos y control en la era global” Sitio de la Universidad Nacional Autónoma de México, Unidad Xoximilco, Maestría en Psicología Social de Grupos e Instituciones. Visitado el 20-4-00.
57. Chandler, E.; Rovira, B.: “Grupo psicoeducacional multifamiliar (GMF) en la prevención y el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria: nuestra experiencia.” Hospital de Clínicas, Departamento de Salud Mental, Universidad de Buenos Aires, 1999.