

En *Los aportes del Análisis de Redes Sociales a la Psicología*. Mendoza (Argentina): Editorial de la Universidad del Aconcagua.

Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención.

Pasarin, Lorena.

Cita:

Pasarin, Lorena (2011). *Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención*. En *Los aportes del Análisis de Redes Sociales a la Psicología*. Mendoza (Argentina): Editorial de la Universidad del Aconcagua.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/lorena.pasarin/21>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pksH/ogW>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ITINERARIOS TERAPÉUTICOS Y REDES SOCIALES: ACTORES Y ELEMENTOS QUE DIRECCIONAN LOS PROCESOS DE SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN¹.

Lorena Pasarin

Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas

“Prof. Dr. Fernando E. Viteri”-Hospital de Niños de La Plata (MS/CIC-PBA)

Introducción

Los **procesos de salud/enfermedad/atención** (PSEA) implican la interrelación de diferentes actores sociales. Estas relaciones, con pautas y valores particulares, tienen efectos directos en la salud, especialmente aquellas vinculadas con la búsqueda del tratamiento, el cumplimiento de actividades terapéuticas y la obtención de recursos (humanos, económicos y materiales) relacionados con el reestablecimiento de la salud, entre otros aspectos (Menéndez 1994, 2002; Enríquez Rosas 2000; Bronfman 2001).

Numerosos estudios señalan que la mayor parte de la población recurre a diversas estrategias de atención a la salud, no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud (Sturzenegger 1994; Haro Encinas 2000; Idoyaga Molina 2002; Menéndez 2003, entre otros). En este sentido, se plantea la necesidad de abordar en profundidad los contextos socioculturales en que ocurre la atención de la salud, contemplando los diferentes actores sociales que participan en el PSEA, así como las relaciones que se establecen entre ellos.

Estas **redes sociales** pueden afectar positiva o negativamente la salud de los individuos y las familias (Bronfman 2001; Sluzki 1996 citado en Enríquez Rosas 2000). Se observa que múltiples tareas involucradas en el manejo de la enfermedad recaen fuertemente en miembros del grupo familiar y/o conocidos o allegados a quien padece una enfermedad, por ello existe la necesidad de explorar el conocimiento acerca de los modos en que se responde a diferentes enfermedades y las interpretaciones acerca de las mismas, desde la perspectiva de los propios actores sociales involucrados (Price 1997). Asimismo, las representaciones sociales en torno a la salud, llevan a las personas a tomar una postura ante la enfermedad y con ello sobre la forma en que debe ser manejada y atendida. Si los profesionales de la salud no tienen en cuenta estas representaciones es muy posible que sus propias representaciones en torno al padecimiento no coincidan con la de los enfermos y las de sus familiares, produciendo interferencias en la atención (Torres López 2002)

Identificar a las personas a las que se consulta por temas de salud, ayudará en la detección de los agentes más influyentes en una comunidad, facilitando que se puedan promover nuevas prácticas de salud entre poblaciones siguiendo sus propias pautas de interrelación, reduciendo así el “impacto de los factores que atentan o afectan la salud” (Molina y Aguilar 2004; Maldonado, 2004, p.11). Visualizar esta diversidad en torno a las representaciones y prácticas vigentes en la comunidad, posibilitará, a los actores sociales involucrados en la atención de la salud, actuar e interrelacionarse con respeto y comprensión de sus diferencias, resultando en una mejora del PSEA.

¹ Este trabajo forma parte del manuscrito de tesis para la aprobación del título de Magíster de Lorena Pasarin, titulada “Proceso salud/ enfermedad/atención de niños de 1 a 5 años de edad, en la localidad de Arturo Seguí, Provincia de Buenos Aires”, Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (Universidad Nacional de Lanús, Argentina). Parte de esta investigación fue financiada con una beca de estudio otorgada por la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires.

El objetivo de este trabajo es visibilizar y representar los itinerarios terapéuticos, identificando los actores sociales involucrados en la secuencia de atención de la enfermedad de niños/as de 1 a 5 años de edad que habitan en la localidad de Arturo Seguí y asisten al Centro de Salud N°11 (Arturo Seguí, Buenos Aires, Argentina). Reconstruir los itinerarios permite identificar actores y elementos que direccionan las elecciones de atención y los factores que se conjugan para definir los recorridos.

Marco teórico-conceptual

Los procesos de salud/enfermedad/atención operan en un campo sociocultural heterogéneo compuesto por técnicas, valores culturales e interpretaciones ideológicas diferenciales, que deben ser entendidos y analizados dentro del **campo relacional** del cual forman parte. Aunque el análisis se encuentre centrado en sólo uno de los niveles (de los sujetos, de las instituciones o de los conjuntos sociales) la articulación entre los mismos debe ser reconocida para una mejor comprensión de la problemática planteada (Menéndez 1994, 2002). Asimismo, a través de este campo relacional que se da a partir de los PSEA podrán vislumbrarse cuestiones que impactan más allá de esos procesos mismos.

Para la comprensión de los PSEA es necesario describir y analizar los procesos terapéuticos, individuales y colectivos, involucrados en la búsqueda de la salud. En estos recorridos se toman diferentes decisiones y se desarrollan acciones que siempre se encuentran vinculadas al contexto en el cual se produce el “padecimiento”, implicando cambios en la subjetividad del sujeto que padece “entendiendo por ésta aquella percepción que el sujeto tiene de sí mismo y la que otros tuvieran de éste incluyendo su posición social en el campo de relaciones de poder” (Veena Das y Kleinman 2000 citado por Sánchez Hernández 2008, p.185)

Una forma de visibilizar y representar esta secuencia es a través de la descripción de los **itinerarios terapéuticos**: secuencia de actividades que son emprendidas en el proceso de búsqueda de resolución del padecimiento por parte de los propios actores sociales, constituyendo un indicador de los recursos utilizados (Kleinman y Psordas, 1996). La construcción de itinerarios permite comprender los discursos y prácticas expresados en diferentes lógicas, resultado de las propias experiencias (Bellato et.al. 2008).

En estos trayectos, el recorrido no es solitario sino que involucra también a las **redes sociales** de los individuos y/o de sus familias (Leite y Vasconcellos, 2006). Una **red social** está conformada por actores sociales, ya sean individuos, grupos, organizaciones, comunidades, etc., que se encuentran vinculados unos a otros a través de un conjunto de relaciones sociales que podrían afectar positiva o negativamente la salud de los individuos y las familias (Lozares 1996; Enríquez Rosas 2000; Sluski 2002; Bronfman 2001).

El Análisis de Redes Sociales (ARS) se ha desarrollado como herramienta teórica y metodológica en diversas disciplinas (Wasserman y Faust 1994; Lozares 1996; Molina 2001). En cuanto a su utilidad metodológica permite medir y analizar los entramados sociales que emergen de las relaciones que ocurren entre distintos actores sociales (individuos, organizaciones, naciones, etc.), permitiendo aplicar un conjunto de técnicas específicas en el análisis de esas estructuras sociales (Rodríguez 1995; Scott 2000; Molina 2001).

Respecto de la utilidad metodológica y/o teórica de las redes sociales para el abordaje de las problemáticas en salud se han efectuado diversos estudios entre los que se distinguen investigaciones sobre: la organización de servicios de salud en Red (Rovere 1999, Johanson 2000, Ríos 2005, Benbenaste 2008); la incidencia directa de las redes sobre el nivel de bienestar durante el padecimiento de una enfermedad o en la resistencia a ciertas enfermedades y/o en las probabilidades de contagio; la vinculación entre la disponibilidad de apoyo social con la existencia de ciertos niveles de salud y enfermedad: efecto positivo o negativo de las redes sociales sobre la salud de los individuos y las familias (Sluski 1996 citado por Enríquez Rosas 2000, Castro et. al 1997, Bronfman 2001, Crivos et.al. 2003, Maldonado 2004; Pham-Kanter 2009; Pasarin 2009) y,el

“trabajo en red” de instituciones, donde se parte de la institución y se recuperan los vínculos con otros actores, para fortalecer las redes y mejorar los recursos de las comunidades, las personas y las organizaciones (Dabas y Perrone 2006).

Metodología

La metodología utilizada en esta investigación es básicamente cualitativa, considerando la aplicación de la metodología del Estudio de Casos² como fuente de información acerca de episodios concretos de enfermedad.

Se trabajó con 12 episodios de enfermedad de patologías respiratorias y/o parasitarias en niños de 1 a 5 años. A partir de allí, se realizaron entrevistas semiestructuradas a sujetos involucrados en su atención (madres, abuelas, pediatra), partiendo de sus relatos para obtener información acerca de sus comportamientos y perspectivas, sobre el papel que cada uno de ellos juega en este proceso, y sobre las relaciones mantenidas durante el mismo.

Posteriormente, se realizó un análisis inductivo de las entrevistas. Para profundizar en el análisis de la información relacional, se aplicó el análisis de redes sociales (ARS) como estrategia para pensar la enfermedad dentro de su contexto relacional.

Análisis de redes sociales

Se aplicó el análisis de redes sociales (ARS) a la información relacional que refería a los vínculos específicos existentes entre los actores sociales involucrados en el PSEA de cada uno de los niños.

En primer lugar se realizó una descripción de las características de la red:

- Tamaño de la red: cantidad de contactos que se mantienen durante el evento a estudiar.
- Atributos de las personas involucradas (sexo/edad) (Molina 2005; Enríquez Rosas 2000).
- Tipo de relación mantenida con ese actor social, observando la manera en que se distribuyen sus miembros respecto a distintas áreas definidas por los investigadores, por ejemplo familiar (por consanguinidad y/o alianza), vecinal, amistad, etc. (Enríquez Rosas 2000; Molina 2005; Bronfman 2001).

En segundo lugar, cada red social se estudió más profundamente, más allá de lo que puede verse a simple vista, observando aspectos muy específicos. Para ello resultó de utilidad analizar aspectos de la estructura de las redes relevadas, a partir de medidas específicas para representarlas (Rodríguez 1995; Requena Santos 1989, 2003; Enríquez Rosas 2000; Hanneman 2000; Bronfman 2001; Molina JL 2001, 2005):

² Este término debe ser diferenciado de los estudios epidemiológicos de casos y controles, donde los denominados "casos", representan un grupo de sujetos (u otras entidades) caracterizados por presentar el evento o enfermedad que se desea estudiar y los compara con un grupo de "controles", que no presentan el evento. Mientras en ciencias sociales, los estudios de casos constituyen investigaciones de casos particulares, conducidos de una forma holística que incluyen observación, reconstrucción y análisis de los casos bajo estudio (Hamel 1993).

- *Rango* (degree): que representa el número de lazos directos que un integrante de la red posee, es decir, con cuántos otros actores se encuentra directamente conectado.
- *Grado de intermediación* (betweenness): que permite identificar a las personas que actúan como intermediarias entre otras dos personas del mismo grupo que no se conocen entre sí (lo que podríamos denominar “persona puente”).
- *Cercanía* (closeness): es una medida que indica la cercanía de un nodo respecto del resto de la red y que representa la capacidad que tiene un nodo de alcanzar a los demás.
- *Índice de poder de Bonacich*: permite observar la centralidad de cada actor integrante de la red en relación a la cantidad de conexiones que tenga y las conexiones que tengan sus vecinos. Es decir, cuantas menos conexiones tengan sus vecinos, más poderoso es ese actor.
- *Densidad*: permite observar las conexiones existentes entre los integrantes de una red independientemente de la persona entrevistada. La densidad de las redes, presenta variaciones respecto al número de vínculos que existen dentro de ella, por ejemplo: una red que presenta todos sus nodos conectados tiene una densidad máxima, pero en redes donde los miembros se encuentran vinculados con algunos y no con todos, hay zonas de mayor o menor densidad (Requena Santos 1989).

Toda la información de redes fue analizada con el soporte del software UCINET³, un programa que permite analizar matrices sociales, calculando los indicadores del Análisis de Redes Sociales antedichos. Posteriormente, se visualizaron cada una de las redes obtenidas a partir del software NET_DRAW, que permitió representar a los diferentes actores de las redes, con sus relaciones y características propias, en forma de grafos (gráficos de red) simples (2 dimensiones), permitiendo completar la lectura y el análisis de las mismas.

³ Versión de Prueba. UCINET es un programa de análisis de redes sociales desarrollado por Steve Borgatti, Martin Everett y Lin Freeman. El programa es distribuido por [Analytic Technologies](http://AnalyticTechnologies.com).

Resultados

Las madres relataron los recorridos efectuados en relación a la enfermedad actual del niño, entrelazando estos relatos con narraciones de los caminos realizados en sucesos pasados. En los discursos de estas mujeres, se visualiza claramente que los episodios de enfermedad eran eventos conocidos por ellas dado que el niño, o alguno de sus otros hijos, habían padecido con anterioridad algún problema similar. Esta experiencia les proporcionó cierto conocimiento sobre el problema que las llevó a identificar los síntomas y percibirlos como un problema de salud, para luego realizar un primer diagnóstico sobre la existencia de una enfermedad y decidir los pasos a seguir.

En general, la decisión sobre el tratamiento de la enfermedad fue tomada en relación a la percepción de la gravedad de los síntomas. Si los síntomas eran percibidos como “leves”, la atención era realizada, en primer lugar, por la madre del niño en la casa. Allí las madres proporcionaban algunos tratamientos indicados por un médico en eventos previos de enfermedad o aconsejados por algún pariente, dependiendo de la manifestación que ocurriera, y generalmente utilizando métodos preventivos de un problema mayor. Luego se observaba la evolución del niño, si los síntomas subsistían o empeoraban recurrían al pediatra del centro de salud (1 a 3 consultas). Las mujeres mencionan que en otros eventos no realizaban otra terapia, además de la atención en el hogar, si observaban que el problema de salud estaba resuelto.

“Él, bueno... él le agarra, cada 2 por 3, bronquiolitis, se agita mucho... y bueno... Primero, cuando no tenía el puff le hacía...que ella...a ella era la primera que bueno, que nació que tenía así... le hacía nebulización. Cada vez que estaba agitada le hacia las nebulizaciones yo. Y bueno, después la traje acá y le dieron un... el puff. Y ya ahí, cada vez que veo que están agitados o tienen...están resfriados, ya empiezo con el puff” (VC.9.10).

“Y no, yo lo cuido así nomás porque yo siempre lo traigo al médico o no hago otras cosas, así que... que digamos... Algunos hacen la cura antes de traerlos, yo no, por ahí no. Le nebulizo cuando empieza a toser feo, le nebulizo y después traigo acá. Lo que me dicen le hago” (LM.11.12).

“Yo le tomo la temperatura y si no tiene 38 por ejemplo, si tiene 37 y un poquito más, 37 y 9, está teniendo... Yo tengo así para... el que viene... ranita sana sana, que dice poner, con ese le bajo la temperatura. O le baño con agua medio templadito, pero no frío ni tampoco caliente. Y si le pasa con eso, empiezan a jugar otra vez. A jugar... y después le tomo otra vez la temperatura y no tienen más, bueno, me tranquilizo. Y si a la noche le tomo otra vez cuando siento que tiene un poquito y tiene más de... cuando llega a los 38 y un poquito más ya le doy remedio, lo que siempre me dice su pediatra para que le de. Porque siempre tengo. Esta vez traje 2 frascos de remedios de...para la temperatura” (EE.2).

“Y entonces y...bueno, le mostré a mi marido. Le pregunté cómo eran los parásitos porque yo no los conozco (Ah, no los conocías? Nunca le habías visto a ella?) No, ni a ella ni al nene más grande, nada. Yo no sabía. Le pregunté a mi marido y tampoco sabía mi marido. Digo, bueno, como el martes lo tengo que traer a él, bueno, digo, lo llevo a él mañana y ya le pregunto a MS, le digo. Pero como no llegué a la mañana, entonces vine a la tarde con L (OTRA PEDIATRA). Entonces L agarró y le dio un remedio” (VC.9.10).

Para realizar la visita al centro de salud, siempre y cuando los síntomas eran percibidos como “leves”, se tomaba en cuenta el día de la semana y horario en que se producían los síntomas. Por ejemplo, si los síntomas se presentaban durante fin de semana o en horas de noche, se realizaba la consulta al Centro de Salud durante la mañana del día hábil posterior de su aparición.

“No, vine al otro día, porque había empezado a la noche a estar así con fiebre, entonces al otro día nomás ya lo traigo. Yo los traigo nomás cuando empiezan con fiebre o lo veo agitadito, ya al otro día lo traigo, sino...” (SR.1).

Si la enfermedad se percibía como “grave”, luego de la atención en el hogar se acudía en forma directa al hospital para su atención inmediata, al igual que si no se obtenían resultados positivos luego de la atención en el Centro de Salud o los síntomas ocurrían en horas de la noche o fines de semana (cuando no hay atención pediátrica en el Centro de Salud). También se concurría al Hospital cuando se realizaban derivaciones médicas desde el Centro de Salud debido a que los cuadros de enfermedad precisaban de una atención de mayor complejidad que el Centro no podía ofrecer (extracción de placas, análisis, internación, etc.).

“Porque empezó con... tipo con fiebre, que le subía la fiebre, que le subía la fiebre. Y bueno, agarré... llamé la ambulancia, lo llevé a Gonnet, y en Gonnet me dieron la... los pinchazos enseguida por vena, que estaba muy atacado. Me dijo: mamá, es la primera vez viene? Sí, digo, la primera vez, me agarró con él. Porque eso le pasaba con la mamá, pero conmigo nunca. Si es la primera vez esto. Y bueh, me dice, hay que tener paciencia mamá. Sí, le digo. Yo tengo una nena de... también mía, chiquita, que tiene ahora ya 20 años, que también le pasa lo mismo, desde que nació, tipo asma, asma, asma, y vivía con ella en el hospital, noche y día, sin dormir, así. Ahora me pasa con él (...). (Y por qué lo llevó al hospital? Usted qué vio...) Porque no había... acá doctora... de noche y me fui” (JEF.8).

“... No, le agarró una... Respiraba muy rápido y tosía, tosía... y la llevé a la guardia y sí, en un taxi a la guardia (La llevaste directamente al hospital?) Sí, porque no había acá... vine un día jueves acá y no, no había. Y después me fui un viernes allá...(Directamente) Sí. No, no, pero no pensé que la iban a internar yo...(Estaba más grave de lo que vos pensabas? Vos pensabas que no estaba...) Ehh, no, yo pensé que iba a volver, viste, yo me fui y no era para volver... (...). Sí y después empezó DT. Estaba tosiendo hacía muy poco y con el trajinar parece lo hice enfermar a él más. Sí... estaba... ahora está bastante bien. Lo cuido así, cuando empieza ya a toser y fiebre. Cuando tienen ya le traigo acá o sino lo llevo a guardia, o sino de acá lo llevo allá, o Gonnet o Niños...” (LM.11.12).

“Sí, devolvía por la boca. Entonces ahí yo la traje, la traje acá. Y de acá me la llevaron para el Gonnet y ahí ya... la dejan internada” (R.7).

“No, no, no; esa vez no. Tenía fiebre, por eso le llevé. Porque si era gripe, gripe así nomás no le llevo. Ya tiene que ser con fiebre y tos, con catarro, y todo eso para que le lleve. Sino yo le hago lo que siempre me dicen los doctores para que le haga” (EE.2).

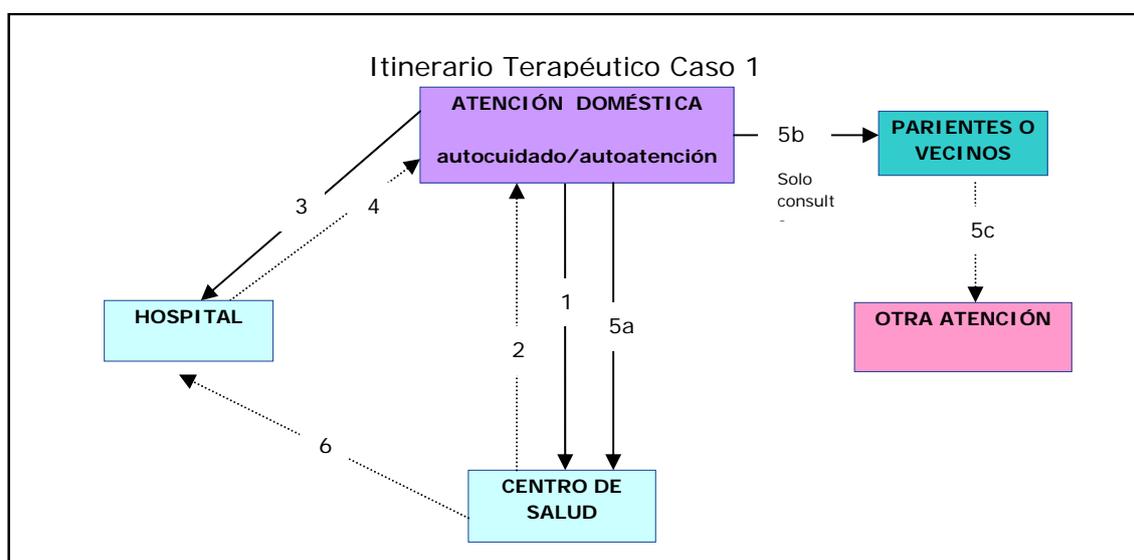
Sólo en un caso, por la ocurrencia de algunos síntomas específicos y la persistencia del problema, se realizó una consulta con otro terapeuta que se encontraba fuera del sistema oficial, en esta ocasión un curandero.

“Ayer, porque mi cuñada me jodía, decía: llevalo, llevalo. Pero yo tampoco no sé de mucho. Mi cuñada se enoja y dice, pero dice: a vos te tenés que salir un poco de los médicos, también. Y dice, por ahí es algo que los médicos no saben. Pero no, no me guío por eso mucho tampoco (...). Cuando lo vio nomás dijo, que estaba... por ahí estaba ojeado. Después de todo esto dijo que sí, que estaba re ojeado”(SR. 1).

En cuanto al tipo de enfermedad, no se encuentran diferencias significativas en los itinerarios sucedidos para la resolución de los casos de enfermedades respiratorias y parasitarias.

Para la representación del itinerario de cada caso se realiza una adaptación de los modelos propuestos por Bellato, Santos de Araujo y Castro (2008), pensando estos esquemas como mapas de los recorridos seguidos de forma que puedan representar los “trayectos” de búsqueda de cuidados (Bellato et. al. 2008, p.178). Estos diseños (ver ejemplo en GRÁFICO 1) muestran el itinerario seguido por la familia desde su hogar hacia diversos recursos de atención de la salud elegidos. Estos esquemas sintetizan los recorridos de cada uno de los casos analizados indicando, a través de las flechas, la dirección del camino recorrido como las diversas trayectorias emprendidas por la familia, numeradas por la secuencia temporal de su ocurrencia (Bellato et.al. 2008).

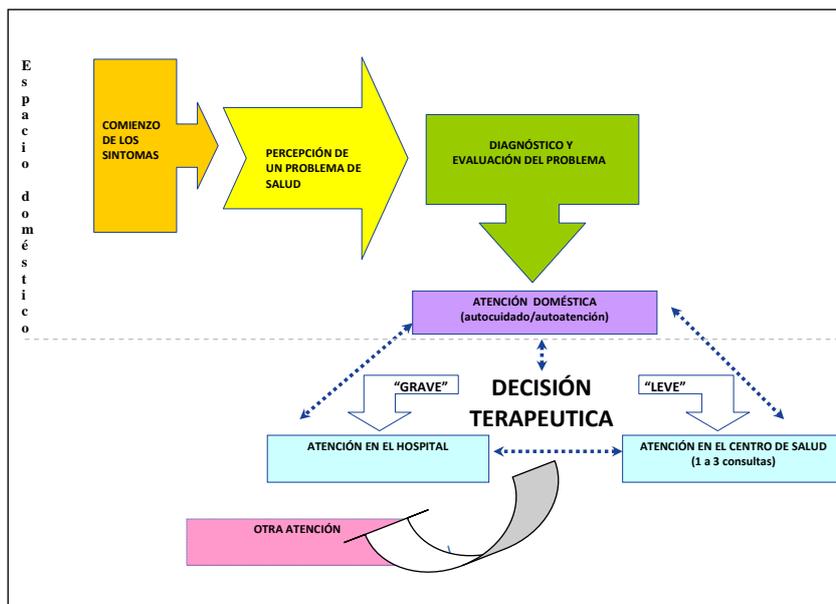
Gráfico 1. Esquema que expresa el itinerario terapéutico realizado en el Caso 1.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, adaptación de los modelos de Bellato et.al. 2008.

A continuación, se presenta un diagrama de flujo que muestra, en resumen, los itinerarios terapéuticos seguidos por los niños y sus familiares para la atención del problema de salud (Ver GRÁFICO 2).

Gráfico 2. Diagrama de flujo sobre los itinerarios terapéuticos en general



Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

Redes Sociales

A partir de la nominación de las personas que tuvieron participación en decisiones correspondientes al PSEA de cada niño fue posible acceder a las redes sociales, permitiendo asimismo identificar algunas conexiones entre estas redes y el uso de distintos recursos para la atención de la enfermedad. Debe aclararse que sólo se relevó información relativa a cada proceso que específicamente permitiera identificar a los diversos actores sociales que acompañaron al niño enfermo en su itinerario terapéutico.

Características de las redes durante el PSEA

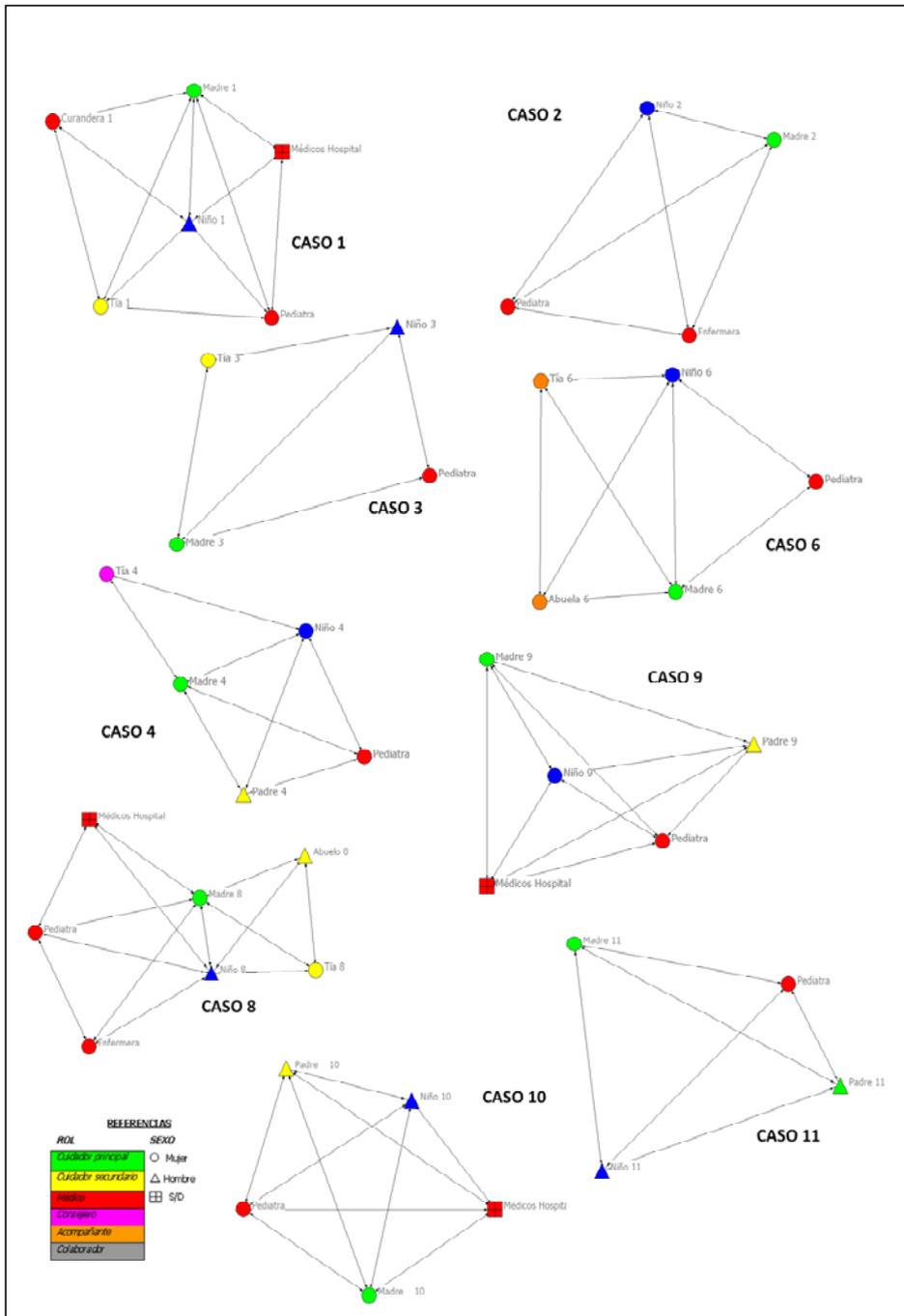
Se trataron específicamente los vínculos existentes entre los niños y las personas que se relacionaron a propósito de su enfermedad, constituyendo un total de 58 actores sociales que conformaron 196 relaciones.

En este estudio, las redes sociales desplegadas durante la trayectoria de enfermedad en los casos estudiados tuvieron un tamaño de 4 a 7 integrantes, distribuidos de la siguiente manera:

1. Autoatención: madre (12); abuela (3); tía (5); padre (5); abuelo (1), comadre (1).
2. Atención Médica Profesional: enfermera (1), hospital (1), pediatra (1).
3. Atención de tipo "popular" y "tradicional": curandera (1)

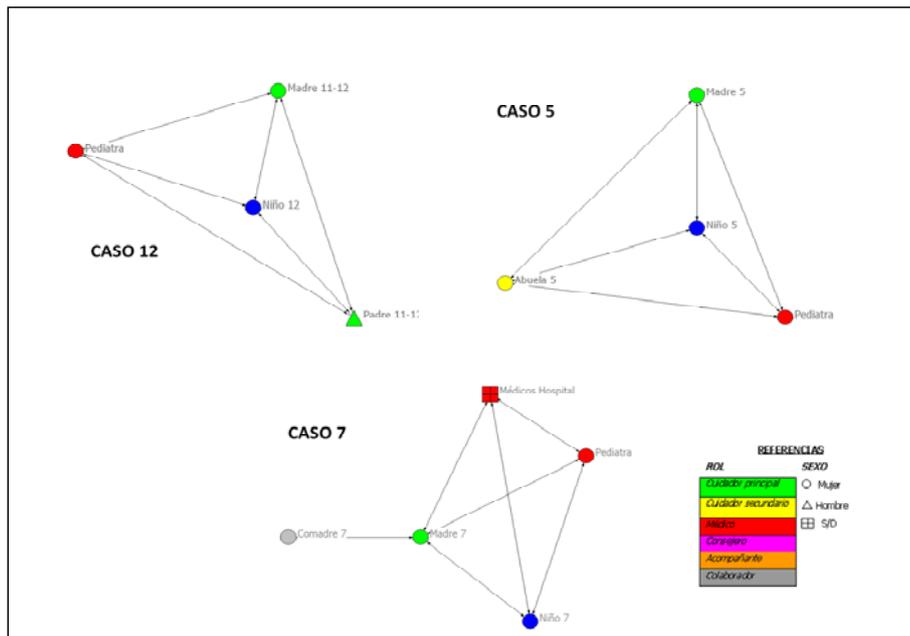
A continuación se presentan los gráficos de las redes obtenidas:

Gráfico 3. Redes de casos de enfermedades respiratorias



Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, utilizando software UCINET 6.282 Copyright (c) 1992-2010 Analytic Technologies.

Gráfico 4. Redes de casos de enfermedades parasitarias



Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación, utilizando software UCINET 6.282 Copyright (c) 1992-2010 Analytic Technologies.

Como puede observarse, la red social desplegada para la atención de la enfermedad se concentró principalmente en el ámbito del hogar y en las relaciones de parentesco (84%). En segundo lugar, se observa la presencia de vínculos con personas o instituciones relacionadas con la salud (13%).

Respecto a la composición se observa cierta homogeneidad respecto al sexo, ya que sus integrantes son, en su mayoría, mujeres (78%).

A partir de la información relevada, al interior de cada una de las redes pudieron identificarse a los actores sociales involucrados asumiendo seis roles diferenciados, entre los que se encuentran:

- *Cuidador principal:* madre del niño, encargado de la toma de decisiones relacionadas con la búsqueda de atención, cuidado de la salud y bienestar del niño, desde el momento de la identificación de los primeros síntomas hasta la resolución del problema de salud.
- *Cuidador secundario:* persona con vínculo de parentesco (tía, abuelo, padre) que asume las funciones de complementación en el cuidado en el hogar del niño, mientras se encuentra enfermo.
- *Médico:* persona reconocida socialmente como especialista en el tratamiento de diversos problemas de salud (médico profesional/curandera). También es poseedor del recurso terapéutico (medicamento, tecnología que ayude al diagnóstico, etc.).
- *Consejero:* persona que brinda orientación respecto a la consulta que debe realizarse (tía).
- *Acompañante:* persona que concurre junto a la madre y su hijo a la consulta con el médico, pero que no tiene ninguna intervención en otro momento del PSEA (abuela, tía).
- *Colaborador:* persona que no tiene intervención directa en el PSEA del niño pero que ayuda a la familia en algún aspecto que resulta necesario (ej. cuidado de otros hijos) (comadre, abuelo, abuela, tía).

Es de destacar, con la identificación de roles que fue realizada, que al considerar el PSEA aparece como relevante no solo la relación médico-paciente sino también toda otra serie de actores sociales que se visualizan claramente en los esquemas.

Estructura de las redes

En primer lugar, se observó el rango (degree) (número de personas con las cuales un actor se encuentra conectado), dentro de las redes desplegadas para la atención de la enfermedad en los casos estudiados. Los individuos más conectados son, en primer lugar, la madre y, en segundo lugar, la pediatra.

También fue analizado el índice de poder de Bonacich (centralidad de cada actor en cuanto a la cantidad de conexiones que posee en relación a las conexiones de sus vecinos), identificando que para las redes de enfermedad, los individuos más poderosos también fueron, en primer lugar, la madre y, en segundo lugar, la pediatra.

Otro aspecto de gran interés fue el análisis del grado de intermediación (betweenness) (persona intermediaria entre dos personas del mismo grupo que no se conocen entre sí), donde la figura de la madre aparece presentando el mayor grado de intermediación, mientras que la pediatra fue la persona con menor grado en la mayoría de los casos.

Por otro lado, fue analizada la cercanía (closeness) (que indica la proximidad de un nodo respecto del resto de la red y representa la capacidad que tiene un nodo de alcanzar a los demás) descubriendo que las personas que presentaban un mayor grado de cercanía fueron la madre y la pediatra.

Por último, en las redes desplegadas para la atención de la salud de estos niños pudo encontrarse una densidad promedio de 0,50, lo cual expresa que existen 50 relaciones realizadas de cada 100 relaciones posibles (TABLA 1)

Tabla 1. Densidad de las redes durante la enfermedad.

| CASO | Miembros de la red | Nº de relaciones efectivas | Densidad de la red |
|----------------|--------------------|----------------------------|--------------------|
| 1 (PR) | 6 | 24 | 0.80 |
| 2 (PR) | 4 | 12 | 1 |
| 3 (PR) | 4 | 10 | 0.83 |
| 4 (PR) | 5 | 16 | 0.80 |
| 5 (PP) | 4 | 12 | 1 |
| 6 (PR) | 5 | 16 | 0.80 |
| 7 (PP) | 5 | 14 | 0.70 |
| 8 (PR) | 7 | 28 | 0.66 |
| 9 (PR) | 5 | 20 | 1 |
| 10 (PR) | 5 | 20 | 1 |
| 11 (PR) | 4 | 12 | 1 |
| 12 (PP) | 4 | 12 | 1 |
| TOTALES | 58 | 196 | 0,5 |

Fuente: elaboración propia a partir de los datos relevados en esta investigación.

*Ref:

PR, corresponde a padecimientos respiratorios.

PP, corresponde a padecimientos parasitarios.

De los itinerarios a las redes, algunas consideraciones.

Reconstruir los itinerarios permite analizar los modos en los que se desarrolla el PSEA con la evidencia proporcionada por la propia experiencia de enfermedad vivida por los niños y sus familias. Por intermedio de ellos, se pueden identificar los elementos que direccionan las elecciones de atención y los factores que se conjugan para definir los recorridos.

En el caso de esta investigación, trabajar con los itinerarios proporciona un medio de gran utilidad para “analizar las facilidades, dificultades y limitaciones en la búsqueda en relación al acceso y los resultados encontrados” (Bellato 2008, p.181). Esto muestra que la búsqueda por los cuidados no se restringe al ámbito de los servicios de salud y sus profesionales, sino que involucra a diversos miembros de la familia del niño y, en menor medida, a otros miembros de la comunidad. De esta forma, permite visualizar quienes son las personas que se articulan con ellos y que funcionan como redes de apoyo para la resolución de sus problemas de salud (Bellato 2008, p.181).

En coincidencia con la bibliografía, el espacio doméstico se configura como la primera instancia para los cuidados de la salud (Leite et.al. 2006). Como puede observarse, los recorridos terapéuticos parten desde el sector doméstico hacia la búsqueda del recurso médico y regresan nuevamente al espacio doméstico. La decisión del camino a elegir depende principalmente de la percepción de la gravedad de la enfermedad (Leite et.al. 2006). En este recorrido, las familias emprenden un trayecto que no se restringe a los servicios de salud como espacio privilegiado, sino que involucra otros actores que son con frecuencia invisibilizados y que también proporcionan una estructura de cuidados específicos en relación al problema de salud, dando a la enfermedad una dimensión social donde puede ser contenida. Estas acciones se constituyen socialmente y parecen remitir a un mundo compartido de prácticas, creencias y valores (Alves y Rabelo 1999 citado por Leite et.al. 2006).

En cuanto a la red, como pudo visualizarse en los casos de referencia, tanto en padecimientos respiratorios como parasitarios, los recursos humanos preferidos y utilizados para la atención de la enfermedad resultaron fundamentalmente endógenos, centrados en sus parientes más cercanos. En segundo lugar, se elige el sistema de salud oficial, utilizando los recursos de atención primaria de la localidad. La recurrencia a terapeutas tradicionales fue reportada sólo en un caso, mostrando la preferencia de recurrir al médico profesional para la resolución de este tipo de cuestiones que afectan la salud. Notablemente se relega la participación de compañeros de trabajo, amigos y vecinos, al punto de no existir ninguna mención a ellos en todos los casos analizados, lazos que se encuentran con fuerte presencia en otros estudios realizados en contextos similares (Bronfman 2001, Lomnitz 2003).

Por otro lado, es de destacar un mayor número de relaciones y recursos humanos involucrados en padecimientos respiratorios respecto a los padecimientos parasitarios, tanto fuera como dentro del círculo familiar.

En cuanto a sus características, las redes están compuestas por pocos individuos. Como lo señala Enríquez Rosas (2000), redes de estas características tenderían a ser menos efectivas, debido que se comportarían con menor eficacia en situaciones de sobrecarga o tensión de larga duración. Sin embargo, la presente investigación y otros estudios coinciden en demostrar que las redes sociales de pequeño tamaño se comportan efectivamente en la atención y resolución del problema de salud (Crivos 2003; Crivos, Teves y Sy 2003).

Otra característica que puede observarse, es que las mujeres se comportan como principales cuidadoras en los PSEA de los niños, adquiriendo gran centralidad la figura materna para la resolución de los casos de enfermedad, lo que coincide con la extensa bibliografía sobre la atención de la salud de los niños en Argentina y Latinoamérica (Databuit Godás 1992; Osorio Carranza 2001; Bronfman 2001; Digirolamo y Salgado de Snyder 2008; Remorini 2005, 2006, 2009b).

En cuanto a la conectividad, estas redes alcanzan una densidad media, conformando redes de tejido mediano o de conectividad media, es decir, con la mitad de sus individuos conectados. Esta densidad, favorece la máxima efectividad del grupo al permitir el cotejamiento de impresiones entre los miembros de la red (Sluski 1996 citado por Enríquez Rosas 2000).

Otro aspecto interesante que puede visualizarse a partir de la utilización del análisis de redes sociales, es la posibilidad de visibilizar actores que tradicionalmente no han sido considerados (como los tíos, abuelos, etc.) y que funcionan, ocupando diversos roles, como sostén en todo el PSEA, emergiendo a propósito de las necesidades que van surgiendo a lo largo del proceso.

Conclusiones

La presente investigación refuerza lo hallado en diversos estudios que demuestran que son las mujeres, especialmente en su rol materno, quienes se desarrollan en el **rol principal de cuidadoras del niño** durante la ocurrencia de la enfermedad (Databuit Godás 1992; Osorio Carranza 2001; Bronfman 2001; García Calvente 2002 citado por Jofré y Mendoza 2005; Alarcón-Muñoz y Vidal-Herrera 2005, Jofré y Mendoza 2005; Menéndez 2005; Desai y Johnson 2005; Digirolamo y Salgado de Snyder 2008; Remorini 2005, 2006, 2009b). La madre también genera -a través de sus prácticas- **articulaciones** entre distintos sectores de atención de la salud y se presenta como el actor más central en este proceso. Se presenta, además, ejerciendo **mayor poder dentro de la red social de atención de la enfermedad** del niño en lo que respecta a la toma de decisiones, concordando con Desai y Johnson (2005) quienes remarcaron especialmente que son las mujeres las que concentran el mayor poder respecto a las decisiones relacionadas con el cuidado de la salud. Lo antedicho sugiere el **carácter multidimensional materno**, ya que la madre resulta la encargada de diagnosticar el padecimiento, evaluar la gravedad o levedad del caso, decidir por su cuenta -o acordando con otros miembros de la familia- la demanda de atención, efectivizar y proporcionar el tratamiento, acompañando así al niño en todas -o en la mayoría- de las instancias (Menéndez 1992a, 2005, 2010).

En cuanto al resto de los actores, realizan sus actividades con la aprobación del cuidador primario, demostrando nuevamente el poder adquirido por la madre en la toma de decisiones. El cuidador secundario complementa el rol del cuidador primario, mientras que los otros individuos cubren acciones periféricas al PSEA, es decir, atienden otras necesidades derivadas, pero no directamente vinculadas al cuidado/atención del niño enfermo, actuando en tiempos breves pero brindando un apoyo efectivo. Entre esas acciones pueden destacarse el cuidado de los hermanos del niño enfermo, el acompañamiento al binomio madre/hijo durante la hospitalización o consulta al médico, o simplemente el ofrecimiento de consejos. Estos hallazgos son semejantes a los estudios de Robles Silva (2003) en ancianos enfermos, quien presenta la red social durante la enfermedad, destacando el rol asumido por estos "otros" actores como fuente de apoyo que intervienen en la periferia del cuidado.

Aplicar la metodología de casos en esta investigación proporcionó la posibilidad de indagar en diferentes formas de abordar un mismo tipo de padecimiento, dando la oportunidad de reconocer concepciones culturales de este grupo. En particular, al acotar cada caso por el tiempo y lugar de ocurrencia, permitió delimitar la selección de las fuentes de información y reducir los tiempos de búsqueda. También permitió, al utilizar varios tipos de informantes, obtener un cuadro

más completo de cada PSEA.

Asimismo, se convirtió en una estrategia de investigación adecuada para describir el PSEA en el contexto real en el cual ocurrió, partiendo desde la experiencia vivida por cada una de las personas entrevistadas. Esto facilitó la reconstrucción de los recorridos realizados y permitió un mejor acercamiento a los actores efectivamente involucrados en torno a los PSEA, visualizando la red social implicada.

Es en este marco, que el análisis de redes sociales (ARS) adquirió un valor original como herramienta teórico-metodológica para el análisis de la información relacional, la visualización de los vínculos y el abordaje heurístico en el estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención (Pasarin 2009). En términos de Almeida Filho “el modelo de redes permite extraer de un conjunto de observaciones una estructura de explicación, es decir, crear un mecanismo explicativo” que permite dar cuenta, aunque todavía parcialmente, de la complejidad de los procesos o fenómenos de salud-enfermedad (De Almeida Filho 2006, pp. 134-137).

En el caso particular de este estudio, gracias al aporte del ARS, se accedió a estructuras más profundas del PSEA, mostrando tanto la presencia efectiva de distintos actores, como también la diferenciación de roles hacia el interior mismo de la red desarrollada en torno a cada caso de enfermedad. Esto concuerda con Robles Silva (2003) quien destacó la utilidad de estudiar cómo funcionan las redes sociales, para dar cuenta de la necesaria interrelación entre distintos actores sociales que responden a las necesidades de salud y operan como un “sistema de cuidado” donde responsabilidades y tareas son compartidas por distintos miembros de la familia.

En conjunto, se considera que utilizar el estudio de casos y ARS, permitió conocer y comprender la multiplicidad de relaciones (redes) que conectan al conjunto de actores sociales involucrados, las cuales ejercen distintas influencias sobre el PSEA. Partir de las relaciones interpersonales que ocurrieron en torno a los casos de enfermedad, permitió vislumbrar los mecanismos inter-individuales, y si se quiere, inter-organizacionales de esta población, revelando algunas características subyacentes como, por ejemplo, la ausencia de relaciones con los vecinos y amigos para resolución de los casos de enfermedad y la preferencia a utilizar el círculo familiar más cercano en este momento crítico. El ARS puso de manifiesto la forma en que las redes sociales intervinieron en los comportamientos relacionados con la salud, distinguiendo los mecanismos intrínsecos de apoyo y las interrelaciones producidas, destacando el valor vital que adquiere el ámbito doméstico en la atención de la salud de los niños.

Bibliografía

- Alarcón-Muñoz, AM y Vidal-Herrera, AC. “Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres”, *Salud pública Méx*, vol. 47, no.6, 2005: 440-446. En línea: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000600008&lng=en. doi: [10.1590/S0036-36342005000600008](https://doi.org/10.1590/S0036-36342005000600008) (Revisado 17 de Abril de 2009).
- Bellato, R, Santos de Araújo, LF y Castro, P. “O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde”. En: Pinheiro, R, Gomes da Silva, A y Araújo de Mattos, R (org). *Atenção Básica e Integralidade: Contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC IMS/UERJ ABRASCO, pp. 167-187, 2008.
- Benbenaste, V. *Análisis de redes sociales de la Red Infanto-Juvenil de Salud Mental de Ciudad de Buenos Aires: Flujo de información y derivaciones de usuarios*. Buenos Aires: Colección Tesis CEDES-FLACSO, 2008.
- Bronfman, M. *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2001.
- Castro, R, Campero, L y Hernandez, B. “La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos”. *Revista de Saúde Pública*, vol 31, no. 4, 1997: 425-435.
- Crivos, M. “Contribución al estudio antropológico de la medicina tradicional de los Valles Calchaquíes [Provincia de Salta]”, Tesis de doctorado, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP, 2003.
- Crivos, M, Teves, L y Sy, A. “El análisis de redes en la consideración de las parasitosis humanas”, Ponencia presentada en la *XXIII Conferencia Internacional de Análisis de Redes Sociales*, 12 al 15 de febrero de 2003. *REDES. Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 2003. En línea: <http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/parasitosis.doc>. (Revisado el 30 de agosto de 2008).

- Dabas, E y Perrone, N. "Redes en salud". En: Dabas, E. (comp.), *Viviendo Redes: experiencias y estrategias para fortalecer la trama social*. Buenos Aires: Ed. Ciccus, 2006.
- Daltabuit Godas, M. *Mujeres Mayas: Trabajo, Nutrición y Fecundidad*. México: Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Autónoma de México, 1992.
- de Almeida-Filho, N. "Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones", *Salud colectiva*, vol.2, no.2, 2006: 123-146. En línea: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000200003&lng=es&nrm=iso (Revisado el 27 de junio de 2010)
- Desai, S y Johnson, K. "Women's Decision Making and Child Health: Familial and Social Hierarchies". En Kishor, S. *A focus on gender: Collected papers on gender using DHS data*, ORC Macro, Calverton, Maryland, pp. 55-68, 2005.
- Digirolamo, AM y Salgado de Snyder, N. "Women as primary caregivers in Mexico: challenges to well-being", *Salud pública Méx*, vol.50, no.6, 2008: 516-522. En línea: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000600013&lng=pt&nrm=iso (Revisado el 26 de noviembre de 2009).
- Enríquez Rosas, R. "Redes sociales y pobreza: mitos y realidades". *Revista La Ventana*, no. 11, 2000: 36-72.
- Hamel, J. "Case Study Methods". *Qualitative Research Method, Series 32*. London: Sage Publications, 1993.
- Hanneman, RA. *Introducción a los métodos del análisis de redes sociales*. Riverside: Departamento de Sociología de la Universidad de California, 2000.
- Haro Encinas, JA. "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud". En: E Perdiguero y JM Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ed. Bellatera, pp. 101-162, 2000.
- Idoyaga Molina, A. *Culturas, enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*. Buenos Aires: Prensa del Instituto Universitario Nacional del Arte, 2002.
- Jofre, AV y Mendoza, PS. "Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales". *Cienc. enferm.*, vol.11, no.1, 2005: 37-49. En línea: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100005&lng=es&nrm=iso (Revisado el 11 de marzo de 2010).
- Johanson, JE. "Formal structure and intra-organisational networks. An analysis in a combined social and health organisation in Finland", *Scand. J. Mgmt.*, vol. 16, 2000: 249-267.
- Kleinman A, y Csordas, T. "The therapeutic process". En: Sargent C, Johnson T (comps), *Medical anthropology: contemporary theory and method*, Praeger Publishers, Westport, pp. 3-21, 1996.
- Leite, SN y Vasconcellos MPC. "Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 13, no. 1, 2006: 113-28.
- Lomnitz, L. *Cómo sobreviven los marginados*. México: Editores Siglo XXI, 2003.
- Lozares, C. "La teoría de redes sociales". *Papers* no. 48, 1996: 103-126.
- Maldonado, A. "Perspectiva de redes. Revista de Atención Primaria de la Salud". *Comunicando Salud* no. 1, 2004: 10-12.
- Menéndez, EL. "Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del 'teoricismo' al movimiento continuo", *Cuadernos Médico Sociales*, vol. 59, 1992: 3-18.
- Menéndez, EL. "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?". *Revista Alteridades*, vol. 4, no. 7, 1994: 71-83.
- Menéndez, EL. "El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad". En: E Menéndez, *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Ed. Belaterra, pp. 309-374, 2002.
- Menéndez, EL. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Revista Ciencia e Saúde Colectiva*, vol. 8, no. 1, 2003: 185-207.
- Menéndez, EL. "Intencionalidad, experiencia y función". *Revista de Antropología Social*, vol.39, no.14, 2005: 33-69.
- Menéndez, EL. *De sujetos, saberes y estructuras*. Buenos Aires: Ed. Lugar, 2010.
- Molina, JL. *El análisis de redes sociales: una introducción*. Barcelona: Editorial Bellaterra, 2001.
- Molina, JL. "El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas". *Revista Empiria*, vol.10, 2005: 71-106.
- Molina, JL y Aguilar J. *Redes sociales y antropología: un estudio de caso (redes personales y discursos étnicos entre jóvenes en Sarajevo)*, En: Larrea, C y Estrada, F, *Antropología en un mundo en transformación*, Barcelona: Editorial Icaria, 2004.
- Osorio Carranza, RM. *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CONCULTA-INI-CIESAS, 2001.
- Pasarin, L. "Estudio antropológico de redes sociales de madres adolescentes durante el embarazo". *Avá*, no.14, 2009: 213-225. En línea: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942009000100011&lng=es&nrm=iso (Revisado el 11 de mayo de 2010).
- Pham-Kanter, G. "Social comparisons and health: Can having richer friends and neighbors make you sick?". *Social Science & Medicine*, vol. 69, 2009: 335-344.
- Price, L. "Ecuadorian Illness Stories". En: D Holland & N Quinn (Eds), *Cultural Models in Language and Thought*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
- Remorini, C. "Mujeres Mbya: vida cotidiana y cuidado infantil". *Cuadernos 20 del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano*, 2005: 301-316.
- Remorini, C. "Las relaciones intergeneracionales en la vida cotidiana. Sobre el rol de los abuelos en las actividades de cuidado infantil en comunidades Mbya (Misiones, Argentina)". *VIII Congreso de Antropología*

- Social, Simposio 14: Cultura y envejecimiento. Abordajes multi e interdisciplinarios. CD – ROM, Univ. Nacional de Salta, Argentina, 2006.*
- Remorini, C. "¿De qué y por qué se enferman los niños Mbya? Representaciones y prácticas en torno a la salud en contextos socioculturales y ecológicos vulnerables". En: Drovetta R y Rodríguez ML (Comp.), *Medio siglo de padecimientos en grupos vulnerables en el interior argentino*. Argentina: Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba, 2009.
 - Requena Santos, F. "El concepto de red social". *REIS: revista española de investigaciones sociológicas*, no. 48, 1989: 137-152.
 - Requena Santos, F. *Análisis de redes sociales. Orígenes, teorías y aplicaciones*, Colección Monográfica no.198. Madrid: CIS, 2003.
 - Ríos, R. "Redes en Salud. Salud en Red. Desenredando la terminología", *Rev Chil Salud Pública*, Vol 11, no. 1, 2007: 28-37.
 - Robles Silva, L. "La red social del anciano durante la enfermedad: Un acercamiento cualitativo", *Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social, 51 Congreso Internacional de Americanistas*, Santiago de Chile, jul 14-18, 2003.
 - Rodríguez, JA. *Análisis estructural y de redes*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1995.
 - Rovere, M. *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte, 1999.
 - Sánchez Hernández, MJ. "El proceso de salud/enfermedad/atención en el caso de los pacientes con anorexia nerviosa; Egilea", *XI Congreso de Antropología 'Retos teóricos y nuevas prácticas'*, Donostia, 2008.
 - Scott, J. *Social Network Analysis*. Newbury Park: Sage, 2000.
 - Sluski, C. "De como la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta la red social". En: Dabas, E y Najmanovich, D (comps.). *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Ed. Paidós, pp. 114-123, 2002.
 - Sturzenegger, O. "El camino a tientas. Reflexiones en torno a un itinerario terapéutico". *Suplemento Antropológico* vol. 29, no. 1-2, 1994: 163-227.
 - Torres López, TM. "Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales", *Revista Universidad de Guadalajara*, no. 23, 2002. En línea: <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art4dossier23.html> (Revisado en marzo de 2009).
 - Wasserman, S y Faust, K. *Social Network Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

LORENA PASARIN

lopasarin@gmail.com

LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA. Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata. MAGISTER EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD. Universidad Nacional de Lanús.

Docente de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata.

Trabaja desde 2005 en el Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP), "Prof. Dr. Fernando E. Viteri" Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Superiora Sor María Ludovica" de La Plata (Buenos Aires, Argentina) en temáticas relacionadas con la vinculación entre las redes sociales y la salud poblacional, las redes sociales y la alimentación y la evaluación de programas.