

LA SALUD COMUNITARIA: UNA COMPRENSIÓN RELACIONAL DEL SER HUMANO



Adriana María Rojas Angarita¹

1. Psicóloga Social Comunitaria. Magíster en Psicología Clínica y de la Familia. Docente UNAD. Investigadora en salud comunitaria. Correo: Adrianarojas82@gmail.com / Adriana.rojas@unad.edu.co
-

INTRODUCCIÓN

Comprender el origen y mantenimiento de una enfermedad mental ha ocupado por mucho tiempo el interés de la ciencia; se han construido diferentes posibilidades para entender lo que algunos llaman locura, otros anormalidad y otros dilemas de la vida.



Desde este punto tan importante para los profesionales de la salud y las ciencias sociales, se retoma la salud comunitaria y se construyen algunas reflexiones que surgen desde las revisiones realizadas en diferentes documentos que toman como eje este foco de explicación de la salud, así como el modelo biopsicosocial.

REFLEXIONES

Para dar inicio es necesario reconocer que no puede concebirse la vida desde un solo punto de comprensión; sin duda la complejidad de la vida propone la concepción del ser desde su integralidad. A través de la revisión realizada, se pueden plantear las siguientes reflexiones para hablar de salud comunitaria:

NOCIÓN DE SER HUMANO: PENSAMIENTO LINEAL - PENSAMIENTO COMPLEJO

El modelo biomédico que ha planteado muchas de las explicaciones y abordajes en el campo de la salud ha hecho contribuciones importantes; sin embargo, presenta ausencias de comprensión sobre el origen de algunas enfermedades por justificarlas desde una postura conectada meramente con el aspecto biológico, obviando los matices que surgen en la vida, desde el ser relacional, emergente en diferentes contextos con emociones, sentimientos, afectos, creencias y rituales desde los cuales construye la vida, los hábitos y las acciones. Esta postura tradicional ha liderado hasta mediados del siglo XX el campo de la salud; no obstante, la Segunda Guerra Mundial trajo una apertura a las comprensiones del ser que permitieron promover otras posibilidades de concebir y abordar la salud o enfermedad.

Las lógicas lineales que comprenden la salud desde un pensamiento simple obvian la riqueza y la variedad de momentos, personas, conexiones y circunstancias que componen la vida del ser humano. “Con relación al pensamiento, cuidado y atención de la salud consideramos que el modelo de la simplicidad ha sido estructurado a partir de la conjugación de cinco oposiciones dicotómicas fundamentales: cuerpo/mente, individuo/sociedad, humano/naturaleza, normal/patológico, público/privado” (Najmanovich, 2001), comprensiones que surgen de la noción sujeto/objeto desde las cuales se crean polaridades que separan al ser y reducen la vida.

La salud comunitaria se posiciona desde un pensamiento complejo, una salud que emerge en entramados relacionales, que permite la mirada a las tonalidades de la vida, la comprensión de diversidades, singularidades de los contextos y las conexiones pues no enferma un cuerpo, enferma un ser humano que tiene una conexión con una familia, con una empresa, con una comunidad y con un país. Hay dinámicas que se dan

desde esta comprensión que no pueden obviarse en el momento de hablar de salud; es así como prevenir la salud no solo es responsabilidad de una entidad prestadora de servicios sanitarios, ni de un profesional a cargo, sino que hay una relación directa con la cultura, la ciencia, la economía y la política, entre otros factores relacionados directamente con el ser.

Retomar la complejidad invita a pensar lo multidimensional rescatando el sentido del contexto en la comprensión del ser que enferma; al respecto, los profesionales de la salud y las ciencias sociales tienen un reto interesante pues se dirige la mirada a comprender la salud desde las comunidades. Morin (1990), señala:

..... Nunca pude, a lo largo de toda mi vida, resignarme al saber parcelarizado, nunca pude aislar un objeto de estudio de su contexto, de sus antecedentes, de su devenir. He aspirado siempre a un pensamiento multidimensional. Nunca he podido eliminar la contradicción interior. Siempre he sentido que las verdades profundas, antagonistas las unas de las otras, eran para mí complementarias, sin dejar de ser antagonistas. Nunca he querido reducir a la fuerza la incertidumbre y la ambigüedad. (retomado por Solís, s.f., p. 3)

El paradigma de la complejidad retoma la red compleja de relaciones, procesos y componentes que se configuran desde metasistemas de reflexión, los cuales posibilitan una gama infinita de comprensiones resignificadas en cada interacción; comprender al ser como hombre, como mujer, como hijo, como hermano, como estudiante, como trabajador, como ciudadano, como amigo teniendo como referencia su *self* y el de los otros vinculándose a los sistemas familiares y amplios lleva a reconocer la existencia de una realidad global y relacional que está presente de manera permanente en el ser.

Comprender los procesos relacionales del ser no consiste en construir un reflejo de lo exterior en la mente del profesional experto, ni una representación de la ideas; propone un nivel existencial del lenguaje como ese operador que pierde sentido metafísico sin interactuar con la realidad misma, desde sus diferentes agentes y contextos. El lenguaje natural es la primera modelización, representación y simulación de la realidad (Vilar, 1997, p. 223). Esto abre un campo amplio para posicionar el acto comunicativo como un elemento dinamizador en los procesos de diagnóstico y abordaje del ser humano; observar desde la mayor cantidad de lugares posibles dando la oportunidad de acceder a múltiples comprensiones, alejando la verdad absoluta que enmarca la vida del ser y acercando lo objetivo desde la diversidad, la singularidad y lo contextual. Cada vida es un oportunidad de conocimiento de lo que se llama “realidad” o “ideal” emergente en el acto comunicativo.

Pensar la salud desde la complejidad es permitir al acto dialógico y participativo de las comunidades para comprender y dinamizarse frente a la promoción de la calidad de vida y la prevención de la enfermedad; es pensar un ser que construye su bienestar cada segundo del día, con las decisiones, pensamientos, emociones, afectos y acciones que permite en su relación con otros. La salud es un acto democrático que no corresponde a los expertos ni a la clase dominante: es un acto voluntario de cada ser humano, de cada sistema, de cada comunidad; por lo anterior, debe empoderarse al ser del manejo de esta voluntad desde recursos y posibilidades.

Comprender al ser desde un pensamiento complejo articula la salud con diferentes aspectos psicológicos y sociales que, conectados a la composición biológica, permiten la concepción de la salud como un aspecto posibilitador de una visión holística del ser humano; es así como se retoma el modelo biopsicosocial promovido por Engel (1977), quien en el siglo XX parte desde una postura científica que retoma al ser conectivo, no fragmentado como se suele estudiar y abordar, para construir unas comprensiones ecológicas, reticulares, complejas y sistémicas que posicionan la vida, la salud, la enfermedad y el ser desde otras posibilidades (Najmanovich, 2001).

Engel (1977), dinamiza elementos importantes para tener en cuenta en el modelo biomédico; un aspecto es la conexión de las enfermedades con aspectos biológicos. Existen aspectos psicosociales que se encuentran como factores protectores y de riesgo ante situaciones de salud, lo cual conecta la relación profesional-consultante; se posibilita cambiar el término de paciente por un rol más activo de este último, quien consulta y determina las rutas que se deben seguir para promover la calidad de vida en todos los aspectos.

Es importante resaltar que esta dinamización en el campo de la salud se articula con los planteamientos científicos de Bertalanfy (1966), quien tiene como interés comprender qué es la vida y propone las interacciones que tejen el ser humano, no desde la división mente-cuerpo, sino desde la comprensión relacional que efectiviza la comprensión del ser que se construye en y desde la interacción; es así como la teoría general de los sistemas (TGS) posiciona la relación de sujeto - objeto, por una relación sujeto - sujeto - contexto - acto comunicativo - vinculaciones - posibilidades, entre otros elementos necesarios para comprender al ser humano. Abrir el abanico de posibilidades amplía la comprensión de la salud y su abordaje permitiendo la causalidad circular (multicausalidad). El hombre, afirma Morin (1990), es un ser biológico, pero también es un ser cultural metabiológico en tanto vive inmerso en un universo de lenguaje, ideas y conciencia.

LA COMPRENSIÓN DE SALUD-ENFERMEDAD.

El concepto de salud ha sido determinado por la aparición o ausencia de enfermedad; sin embargo, la salud es un estado de bienestar que conecta las diferentes dimensiones del ser humano. Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde la década de los 50 se ha concebido que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esto en el contexto colombiano se está visibilizando desde hace muy pocos años en las políticas públicas; la comprensión de una salud desde la promoción de la calidad de vida y la prevención de la enfermedad es un reto que se propone a los profesionales de la salud pues implica la resignificación de los mitos y creencias en torno a la salud desde las comunidades y la dinamización de escenarios participativos donde puedan crearse hábitos saludables.

Onnis (1990) en su texto *Terapia familiar de los trastornos psicossomáticos* presenta ideas interesantes relacionadas con la comprensión compleja y sistémica de la enfermedad psicossomática desde la búsqueda de conexiones entre las partes de un fenómeno, partiendo del hecho de que cada una adquiere un sentido y fisonomía en las interacciones recíprocas; “como expresa Bateson: de la *estructura que conecta*” (Bateson, retomado por Onnis, 1990, p. 16). Desde lo anterior, despliega una serie de comprensiones que invitan a concebir la enfermedad como una conexión entre lo biológico, lo psicológico y lo social del hombre.



Es interesante construir otros significados de la enfermedad desde la complejidad, obviando la explicación simplista que durante años ha estado regulando la concepción de enfermedad desde la polaridad cuerpo/alma, idea que ha separado al ser humano holístico para estudiarlo en partes. Esto sin duda ha sido reforzado por discursos dominantes que se movilizan en los sistemas políticos, sociales, educativos y de salud.

Hablar de enfermedad psicosomática invita a “la restitución al individuo humano del sentido global de su ser, al mismo tiempo biología, emociones, afectos, pensamientos, relaciones con los demás y con el ambiente; de su ser en una palabra, *sujeto que vive y que hace historia*” (Onnis, 1990, p. 13). Desde allí se comprende al ser desde sí mismo y no desde sus partes, ampliándose dicha comprensión cuando se comprende al ser en un entramado relacional desde el cual se construye y construye la vida de otros.

Desde lo anterior, se resalta a Najmanovich (2001), cuando señala:

Es necesario componer otro paisaje conceptual, buscar otros puntos de partidas y forjar otras formas de interacción y de producción de sentido y experiencia que nos permitan pensar la salud como una problemática del vivir humano como “sujetos entramados” en lugar de concebirla como un desperfecto mecánico. (p. 6)

Esta es una invitación a pensar la salud como un constructo dado en el entramado desde el cual se movilizan los seres que hacen parte de una red; es decir, la salud no podría individualizarse y centralizarse en un punto, sino que invita a reconocer los tantos puntos de conexión e interacción que conectan al ser y desde los cuales se gestan enfermedades y dilemas que metacomunican lo que sucede en el interior del entramado.

Comprender la realidad desde la complejidad lleva a concebir “la salud, desde el itinerario que la misma vida fija, a los valores que el hombre construye, a las prácticas culturales que le dan sentido” (Najmanovich, 2001, p. 7), es decir, los sistemas de significados desde los cuales se gestan las dinámicas relacionales que construyen el ser, el pensar y el hacer del humano, donde la vida requiere de cambios y procesos de adaptación continuos desde los cuales se posibilita el bienestar de los sistemas. Los sistemas que difícilmente alcanzan los procesos de adaptación y autorregulación ante las demandas de los diferentes ciclos de la vida abren la posibilidad a la tensión existencial, lo cual, si no se logra dinamizar, lleva a enfermedad; en este sentido, la enfermedad es una manera de mantener la rigidez y metacomunicar la necesidad de cambio del sistema: es una señal de alarma ante la necesidad de ajustes. Desde esta comprensión el cuerpo habla, a través de sus síntomas, sobre dicha necesidad.

Desde lo anterior, se “abandona la posibilidad de lo inmutable; comienza a pensarse en el cambio como un proceso que se da en forma discontinua a través de sistemas

autoorganizados. Estos nuevos desarrollos nos llevan a tratar de entender sistemas desde el interrogante de “cómo generamos nosotros ese sistema” (Dabas y Perrone, 2006, p. 3). En la acción psicosocial, comprender los sistemas desde sus interconexiones y posibilidades de cambios optimiza la autoorganización y los reajustes necesarios para la movilización; es allí donde los profesionales son parte del cambio en la medida que al conectarse con su consultante ingresan al entramado relacional; esto permite comprender la acción psicosocial como un punto de conexión con las redes que pre-existen en la vida de quienes nos visitan para conversar sobre dilemas de la vida. Como señala Dabas (1999):

⋮ [...] la metáfora de la red nos ubica en que las singularidades no son las partes que se suman para obtener un todo, sino que construyen significaciones en la interacción; en que una organización compleja es un sistema abierto de altísima interacción con el medio; donde el universo es un entramado relacional. (p. 11)

Como señala Najmanovich (2006), “la salida del universo de la simplicidad implica adentrarse en los territorios de la diversidad y por lo tanto renunciar a la ilusión de crear una concepción universal de la salud diametralmente diferente al mecanicista” (p. 12); es decir, abandonar las medidas universales que han configurado el ser lleva a rescatar la singularidad del ser y su contexto para desde allí movilizar la red que están construyendo en sus interacciones y potencializarla desde recursos generadores de bienestar, autonomía y esperanza.

Comprender al ser desde la complejidad invita a reconocer su unicidad, multidimensionalidad y constructo de interacciones desde las cuales se moviliza, siendo acá donde la transdisciplinariedad adquiere un sentido en la acción psicosocial, como señala Watts (2006):

⋮ La elaboración de la ciencia de las redes es, por tanto, una tarea que requerirá un importante esfuerzo dinámico coordinado por parte de todas las disciplinas e incluso las especialidades profesionales, poniendo en juego la sofisticación matemática de los físicos, las ideas de los sociólogos y la experiencia del emprendedor (p. 74).

COMPRENDIENDO LA “ANORMALIDAD” DESDE LA COMPLEJIDAD

Comprender lo psicopatológico desde la complejidad lleva a resaltar los marcos desde los cuales se están movilizandolos profesionales para concebir dichos fenómenos; Gergen (1996, p. 167) señala que “el lugar del conocimiento ya no es la mente del individuo sino más bien las pautas de relación social”; desde allí se abren otras concepciones sobre lo psicopatológico que remiten la mirada no a la pauta severa y a puntuar al ser como “loco” o “anormal” sino a comprender el sufrimiento humano encarnado en un cuerpo, en un sistema que paraliza las vidas de sistemas relacionales, perpetuando dinámicas que frenan el desarrollo y bienestar de quienes lo viven.

Al pasar la comprensión de lo psicopatológico de la cognición al construccionismo el lenguaje pasa a ocupar un lugar muy importante en la medida que las expresiones incrustan las prácticas de vida. No es el concepto de esquizofrenia, ni anorexia, ni ansiedad, ni fobia lo que nos permitirá comprender las pautas severas, sino los relatos que traen los sistemas consultantes; son esas historias que contienen las vidas y las interacciones que dieron vida propia a los dilemas existenciales y de allí a los trastornos desde las cuales se moviliza el cambio. Los cambios de las pautas de interacción exigen que se dinamicen los relatos.

Al revisar los trastornos psicóticos y la esquizofrenia podrían retomarse diferentes ponentes que han intentado dar cuenta de los procesos relacionales que se ven articulados con dicho síntoma y las rutas construidas para abordarlo. Desde Cancrini y La Rosa (1996), la desvinculación es el proceso dado en el ciclo vital por el cual transita el sistema familiar en el cual se da la individuación del ser humano; desde dicha fase el individuo busca una separación de la familia para vincularse a otros sistemas de tipo extrafamiliar. Desde lo anterior, esta comprensión del proceso de desvinculación abre otras concepciones sobre los trastornos psicóticos dados desde el ciclo vital de la familia, donde estos se dan como una expresión sintomática a una patología dada en la desvinculación. Cancrini y La Rosa (1996) señalan cuatro situaciones desde las cuales puede considerarse la psicopatología de la desvinculación: la *desvinculación aparente* (depresión y manías) empieza en la fase de desvinculación, donde se pueden alcanzar buenos niveles de individuación; sin embargo, dicho proceso de desvinculación sufre bruscas detenciones y regresiones con cada crisis para reanudarse gradualmente después de dicha crisis y cuando el sistema se ha equilibrado; en la *desvinculación por compromiso* el hijo se mueve por la vida como un delegado de sus padres, lo que caracteriza representaciones dirigidas hacia los otros, dando lugar a una separación de

la familia más aparente que real y creando una divergencia entre la vida real y la vida emotiva; en la *desvinculación inaceptable* (catatónico o paranoide) el paciente designado tiene vínculos con el mundo interpersonal, pero es difícil alejarse de los vínculos familiares; se da una pérdida de control de la conciencia con invasión del campo de atención por parte de los procesos de referencias llamados pensamientos semejantes a sueños o fantasías; desde esta situación se da un curso regresivo en el que se pierden las habilidades sociales y el lenguaje como fin de comunicación, entre otras. Se consolidan experiencias de carácter preadolescente. Se presenta un conflicto entre necesidades personales y necesidades de seguridad. En la *desvinculación imposible* los procesos de individuación son tan inciertos que no permiten intentar la individuación para el individuo que sufre la desvinculación imposible (hebefrénico); no existen vínculos con el mundo interpersonal.

Desde la teoría del doble vínculo, de Bateson, la esquizofrenia se define como una perturbación que impide identificar e interpretar aquellas señales que deberían servir para decir al sujeto qué clase de mensaje recibe o emite; la hipótesis es que el individuo involucrado en el doble vínculo puede desarrollar síntomas esquizofrénicos. Aquí el “doble vínculo” se define como una situación en la cual una persona, haga lo que haga, “no puede ganar”.



El esquizofrénico de esta hipótesis es producto de la interacción familiar; las experiencias secuenciales son la guía para la discriminación de los modos en la comunicación. No se busca un evento traumático sino una serie de pautas secuenciales específicas que estructuren unos hábitos comunicacionales que no permiten interpretar las señales que se dan en la comunicación.

Otro ponente que permite comprender los fenómenos psicológicos complejos es Watzlawick, quien concibe la esquizofrenia como una reacción posible frente a un contexto comunicacional absurdo e insostenible desde el cual se muestran las reglas del sistema que rigidiza la evolución y el desarrollo de los miembros. Su teoría se enfoca en cinco axiomas exploratorios de la comunicación desde los cuales se comprenden las dinámicas construidas en las relaciones y, por consiguiente, las psicopatologías dadas a partir de dichas interacciones comunicativas (Onnis, 1990).

Una construcción que permite dar cuenta de otras psicopatologías es la comprensión de los trastornos psicósomáticos. El configurar un sentir relacional desde la alteración biológica abre un abanico de posibilidades en torno al síntoma, el tratamiento y el sistema consultante y terapéutico en la medida que adquiere un sentido que lleva a comprender los sistemas de organización y significación en los cuales el cuerpo es un símbolo que recoge el mensaje de la familia a través del cual se comunica el sistema.

Desde lo psicósomático el síntoma es metacomunicacional en la medida que permite comprender cómo se organizan los seres humanos. Onnis (1990) afirma que comprender lo psicósomático lleva a comprender lo relacional. El cuerpo es un emisor que da apertura al mundo interaccional del sistema familiar y lleva a escuchar lo que se evita escuchar, lo que no se acepta. La enfermedad, entonces, adquiere un significado desde las relaciones que configuran los roles de los miembros en las dinámicas.

Desde un enfoque complejo, ecosistémico, construccionista y constructivista, las diferentes comprensiones han permitido crear sistemas de significación desde los cuales los trastornos adquieren un valor relacional e interaccional que invita a descentralizar la puntuación del paciente como “el problema” y pasar a los contextos relacionales con el fin de comprender sus sistemas de significación y organización para movilizar nuevas dinámicas generativas desde las cuales se dignifiquen los seres humanos y se construyan historias de vida que lleven al bienestar de todo el sistema. Otro aspecto que no puede obviarse son las historias que van construyendo en los relatos familiares y que se relacionan con los síntomas psicopatológicos, es interesante comprender cómo dichas historias son parte del síntoma en la medida que lo mantienen y vitalizan.

NOCIÓN DEL CAMBIO EN LOS PROCESOS DE SALUD

Retomando a Sara Cobb y Carlos Sluzki (Diez, 1999, p. 28), “posibilitar el cambio” requiere, en resumen, la creencia constructorista social de que el conocimiento del mundo, la manera en que lo definimos y damos por sentado y el “cómo son las cosas” (y cómo deben serlo) se sostiene a través de los procesos sociales” (p. 28). El construir nuevas formas de narrar y vivir la historia, es dar nuevos aires permitiendo acciones promotoras de la calidad de vida y dinamizadoras de historias solidarias con los sistemas que se interconectan.

Por otro lado, la originalidad del proceso de formación de percepciones de cada persona representa un universo inagotable de oportunidades para generar cambios; esto se debe simplemente a que la originalidad presupone que hay otras maneras distintas de las cuales se puede aprender. Lo variado y lo diverso implica posibilidades de cambio porque presenta contrastes y diferencias que son la base de cualquier aprendizaje y la mediación es un proceso de aprendizaje para las partes y también para el mediador; un aprendizaje en el que primero ayudamos a las partes a explorar sus propias maneras de percibir la realidad en la que ubican el conflicto y luego les proponemos otras exploraciones que, si funcionan, les permitirán introducir algunos cambios (Diez, 1999, p. 73)

Para gestar el cambio, es valioso que como profesionales se dinamicen espacios conversacionales con los agentes implicados en la experiencia de salud para comprender los sentimientos y concepciones desde las cuales interactúan en este sistema, alcanzando reflexiones que lleven a movilizar hacia nuevas narraciones. Diez (1999), manifiesta: “cambiar el modo de ver el problema implicaría cambiar el modo en que significan los hechos o las interacciones asignadas a determinadas personas; poder reflexionar acerca de la interacción de las partes involucradas; poder revisar cómo co-construyo el conflicto” (p. 24). Es así como la acción psicosocial desde un enfoque biopsicosocial sistémico lleva a entrar a las planicies del paisaje, pero también a las zonas montañosas, a las partes cálidas y también a las áridas con la finalidad de comprender desde diferentes puntos, agentes y dimensiones y así facilitar la reconstrucción de caminos que abran oportunidades de cambio. Listovsky (2006) señala: “los modelos organizacionales no se cambian de un día para el otro, no es nada fácil, ni sencillo abandonar una lógica piramidal para compenetrarnos en un modelo de trabajo en red” (p. 293); esto sin duda es un reto para el profesional de la salud que comprende las dinámicas sistémicas dentro de las organizaciones e ingresa a ellas para gestar, en interacción con sus integrantes, nuevas semillas de vida y ecosistemas variados acordes a sus necesidades y expectativas; es decir, la acción psicosocial es una oportunidad para trabajar por la construcción de un mundo que genere bienestar social desde sus gestores organizacionales, pero siempre pensando en la responsabilidad social que tiene cada organización.

EL POSICIONAMIENTO PARTICIPATIVO Y DEMOCRÁTICO DEL SER HUMANO EN LA SALUD: UNA POSIBILIDAD DE TEJER REDES DESDE UNA MIRADA BIOPSIICOSOCIAL

Surgen múltiples preguntas en torno a cómo posibilitar cambios que permitan la construcción de un sistema solidario en pro del bienestar de los miembros de un sistema y garantizando el desarrollo integral del ser; como señala Gómez, Muñoz y Haz (2007):

Más bien se trata de que el profesional cuente con un esquema conceptual clarificador de las características, posibilidades y limitaciones de cada contexto, y así pueda esforzarse por evitar confundir los problemas que enfrenta, los recursos que necesita, y las competencias que requiere para poder intervenir adecuadamente en cada caso. (p. 49)

Obviar el carácter transdisciplinar lleva a perpetuar una dinámica de intervención fragmentaria, en la cual el sistema es porcionado para ser intervenido, sin comprender las conexiones desde las cuales se construyen múltiples realidades que hacen parte de un mismo sistema; no podría darse una realidad como la única de un sistema pues la complejidad de la vida invita a pensarse desde diferentes niveles y focos en los cuales se interactúa. Desde lo anterior, es interesante resaltar cómo revisar diferentes puntos de abordaje, dentro de los cuales se trabaja el empoderamiento y se reconocen los recursos de cada sistema, posicionando la salud desde todos los actores y no solo desde las instituciones encargadas de promover la salud y prevenir la enfermedad; como señala Walsh (2004, retomado en Gómez, Muñoz y Haz, 2007), estos servicios tienden a “basarse en las deficiencias, concentrarse en el individuo y ser fragmentarios, reactivos a las crisis, inaccesibles y definidos por los profesionales para los clientes”; es así como el cambio es opacado por las demandas y los vínculos de dependencia, que a partir de las múltiples necesidades, se gestan en torno a la familia y son reforzadas por la mirada absolutista de los profesionales que asisten el caso.

Revisando la construcción social desde la cual se han comprendido, organizado e intervenido socialmente a las familias que se articulan con sistemas amplios por diferentes demandas, puede reconocerse cómo a lo largo de la historia se han ido separando los problemas para tratarlos desde la especialidad de cada profesional, dificultando una comprensión e intervención ecológica que le permita a la familia verse como un todo en el cual se gestan dificultades, recursos, oportunidades y dificultades. En oca-

siones, dichas intervenciones especializadas y desarticuladas anteponen al sistema dilemas encontrados que dificultan la movilización al cambio pues al ver las múltiples comprensiones que surgen en las intervenciones aumenta su imposibilidad de avanzar. Esta manera de intervenir de manera separada también lleva a promover en las familias vínculos de dependencia a las redes sociales desde las cuales se “acostumbran” a suplir sus necesidades; como señala Matos & Sousa, (2004, retomado en Gómez, Muñoz y Haz, 2007): “De esta forma, en corto tiempo acumulan interacciones con gran cantidad de profesionales e instituciones, reforzando su dependencia y desarticulando la eficiencia de las intervenciones”.

“Los sistemas amplios están situados en el contexto de una política social determinada, de un modo de tomar decisiones políticas y de leyes que conforman y dirigen su trabajo, y que surgen a su vez del contexto socioeconómico de una determinada cultura” (Imber Black, 2000, p. 50). Desde este punto, es importante preguntarse cómo las políticas sociales y las leyes posibilitan procesos generativos para los sistemas y no de intimidación o dependencia. En los procesos de acción psicosocial deben posibilitarse comprensiones y movilizaciones que permitan comprender que la respuesta a la necesidad de un estado de salud no se encuentra en los sistemas amplios sino en la posibilidad de sentirse, pensarse y hacerse capaz; como señalan Dabas y Perrone: “Lo instituyente es la posibilidad de transformación que las personas singulares pueden hacer del mandato recibido” (2006, p. 310); es decir, de transformar los mandatos institucionales en posibilidades de cambio generativos. Esto resalta la esencia de los sistemas en cuanto que pone de manifiesto la posibilidad de autogestionar sus recursos para suplir las diferentes demandas que se presentan en las interacciones sociales desde las cuales gesta su “ser”, cualidad que lleva a la emergencia y autonomía; lo instituyente es dinámico, contextual, facilitador de la cocreación y la coevolución. Parte de lo singular para posibilitar lo colectivo.

Desde lo instituyente, la organización es la construida desde las subjetividades, los acontecimientos, el contexto, el día a día de los miembros y no la planeada desde esquemas preestablecidos; esto sin duda resalta la dinamicidad del sistema y la apertura a la diversidad, llevando a la capacidad de partir del sistema mismo para cocrear sus recursos y optimizar su desarrollo. En *Red de redes*, Dabas (1993) plantea:

Lo característico de la organización del sistema homo es que puede generar grandes variedades de comportamientos y de relaciones sociales. [...] no hay una esencia del hombre sino un sistema homo multidimensional resultante de interacciones organizacionales que presentan caracteres muy diversos. (Dabas, 1993, p. 22)

Las dinámicas relacionales que conectan la familia con los sistemas amplios visibilizan o invisibilizan las voces de algunos actores obviando las conexiones que se dan desde la construcción constante en la cual se encuentran los sistemas al conectarse desde aristas y desde los cuales se mantienen las deficiencias como descripciones y explicaciones de la identidad familiar; sin embargo, esto lleva a reflexionar sobre cómo desmontar el relato y posibilitar otras comprensiones en la familia y lleva a movilizar otra posición. Desde lo anterior, se abandona

la posibilidad de lo inmutable comienza a pensarse en el cambio como un proceso que se da en forma discontinua a través de sistemas autoorganizados. Estos nuevos desarrollos nos llevan a tratar de entender sistemas desde el interrogante de cómo generamos nosotros ese sistema. (Dabas, 2006, p. 3)

En la acción psicosocial, comprender los sistemas desde sus interconexiones y posibilidades de cambios optimiza la autoorganización y los reajustes necesarios para la movilización. Es allí donde el profesional es parte del cambio en la medida que al conectarse con su consultante ingresa al entramado relacional; esto permite comprender la intervención como un punto de conexión a las redes que preexisten en la vida de quienes asisten a procesos de salud para conversar sobre dilemas de la vida. Como señala Dabas (1999),

[...] la metáfora de la red nos ubica en que las singularidades no son las partes que se suman para obtener un todo, sino que construyen significaciones en la interacción; en que una organización compleja es un sistema abierto de altísima interacción con el medio; donde el universo es un entramado relacional. (p. 11)

Otro aspecto para resaltar en la acción psicosocial es la organización “autopoiética” que propone Maturana (s.f.) cuando dice: “Este sistema fabrica sus propios componentes, partiendo de elementos que le procura su medio ambiente humano; además tiene la capacidad de modificar su propia estructura para adaptarse, sin perder su identidad” (retomado por Barudy, 1998); se relaciona con el hecho de permitirle al sistema coconstruir su identidad desde la comprensión de los recursos que se gestan en el interior de su propio ambiente, los cuales no se logran apreciar posicionándose desde la ausencia o el déficit; más aún, hacer visibles los procesos de autoorganización en los cuales se gestan nuevas posibilidades de vida, permite al ser humano reflexionar sobre cómo potencializar herramientas para favorecer un sistema de bienestar.

CONCLUSIÓN

Hablar de participación y democracia en la salud invita a “la restitución al individuo humano del sentido global de su ser, al mismo tiempo biología, emociones, afectos, pensamientos, relaciones con los demás y con el ambiente; de su ser en una palabra, *sujeto que vive y que hace historia*” (Onnis, 1990, p. 13); desde allí se comprende al ser desde su integralidad y no desde sus partes, ampliándose dicha comprensión cuando se comprende al ser en un entramado relacional desde el cual se construye y construye la vida de otros, donde se da vida y se permiten construir otros significados de los derechos; se comprende desde la complejidad en la que cada miembro tiene derecho a ser autónomo, a ser visto desde las posibilidades de cambio y los recursos propios, obviando la explicación simplista que durante años ha estado regulando los procesos de salud desde la cual se divide el ser aislándolo de sí mismo; esto sin duda ha sido reforzado por discursos dominantes que se movilizan en los sistemas políticos, sociales, educativos y de salud.

Como profesional en el campo de la salud, surgen diferentes interrogantes que invitan a conversar sobre cómo tejer redes posibilitadoras de cambio y bienestar en los sistemas con los cuales se construyen y posibilitan nuevas maneras de conocer y comprender el mundo y la vida propia; como plantea Nicolescu (1996): “La visión transdisciplinaria nos propone considerar una realidad multidimensional, estructurada a varios niveles, que reemplaza la realidad unidimensional, a un solo nivel, del pensamiento clásico” (p. 39); es en la transdisciplinaria donde se abre una nueva red de comprensiones sobre el mundo; mirada que no es fragmentaria sino integral, desde la cual se rescata la singularidad del ser y se comprende en su totalidad; esto invita a trabajar por la construcción de un cambio en red; es decir, donde la realidad se complejiza y se construyen múltiples comprensiones desde las cuales emergen nuevas rutas posibilitadoras donde se dan coevoluciones, o sea, cada actor se moviliza al conectarse con la historia de vida de un sistema; desde allí no solo la familia se involucra en un proceso, sino también los sistemas amplios a los cuales acuden.

Al comprender la transdisciplinaria se abre otro foco para comprender el mundo pues esto lleva a varias construcciones que se ponen en juego al comprender la realidad a partir de las vinculaciones que se tejen entre sistemas donde hay múltiples voces y vidas implicadas en la comprensión de un dilema relacional (multireferencia);

como lo señala Nicolescu (1996): “Y cuando nuestra mirada sobre el mundo cambia, el mundo cambia. No es solamente multidimensional -es también multireferencial” (p. 43). Cada profesional, cada intervenido va colocando sus comprensiones del mundo desde las cuales se coconstruyen otras rutas posibilitadoras emergentes de nuevas significaciones y maneras de vivir.



El profesional en el campo de la salud, es un actor relevante en la movilización hacia el cambio pues los sistemas de significación que tiene desde su propia historia, sobre familia, maltrato, consumo, padres, hijos, pobreza y vulnerabilidad, entre otras relacionadas con la acción psicosocial, implican un recurso facilitador o imposibilitador en la evolución del sistema. La noción de la realidad humana como construcción social tiene como consecuencia que el profesional debe “flexibilizar sus propias nociones de familia y hogar para poder intervenir” (Vega, 1997, retomado en Rodríguez, 2003).

REFERENCIAS

Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119 (5), p. 175. Recuperado de <https://bibliotecavirtual.unad.edu.co:2054/science/article/pii/S0025775302733551>

Cuartas, G. y Tamayo, W. (2016). Validación de un modelo de evaluación biopsicosocial de la salud mental positiva. *V Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales*, Universidad Nacional de la Plata, Argentina.

Dabas, E. y Perrone, N. (2006). Redes en salud. En: *Viviendo redes. Experiencias y estrategias para fortalecer la trama social*. Buenos Aires: Ediciones CICCUS.

Dabas, E. (1998). *Redes sociales, familia y escuela*. Buenos Aires: Paidós.

Dabas, E. (1993). *Red de redes*. Buenos Aires: Paidós.

Gómez, E., Muñoz, M. y Haz, A. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *PSYKHE*, 16 (2), pp. 43-54. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96716204>

Imber Black, E. (2000). *Familias y sistemas amplios*. El terapeuta familiar en su laboratorio. Buenos Aires: Paidós.

Morin, E. (1990). *Introducción al Pensamiento Complejo*. París: Du Seuil. Recuperado de file:///E:/Descargas%20Internet/Introduccionalpensamientocomplejo-Morin1990.pdf

Najmanovich, D. (2001). *Pasos hacia un pensamiento complejo en salud*. Ediciones Du Rocher. Recuperado de http://www.denisenajmanovich.com.ar/htmls/0300_textos/pasoshaciaunpensamiento.zip

Nicolescu, B. (1996). *La transdisciplinariedad. Manifiesto*. Recuperado de http://api.ning.com/files/brmkbGf*uSZiTFdCfwe*BVxAhx5RW4xc12VeBTSK1xMckOqSE5uBI9L-8bbdhntWxE-jwu

Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la psicología de la salud. *Revista de psicología*. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Onnis, L. (1990). *Terapia familiar de los trastornos psicósomáticos*. Barcelona: Paidós.

Pakman, M. (1995). Redes: una metáfora para práctica de intervención social. En *Redes: el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción del fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Paidós.

Palazzoli, M. S. (1986). *Al frente de la organización. Estrategia y táctica*. Buenos Aires: Paidós.

Pimentel, J. y Correal, C. (2015). Reflexiones sobre el concepto de salud comunitaria y consideraciones para su aplicación. *Revista Salud Uninorte*, 31 (2).

Ramos, S. (2015) Una propuesta de actualización del modelo bio-psico-social para ser aplicado a la esquizofrenia. *Revista Facultad Filosofía*, Universidad Barcelona, Barcelona, España.

Rodríguez, M. (2003). La familia multiproblemática y el modelo sistémico. *Portularia*, 3, pp. 89-115 Recuperado de <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/151/b15148221.pdf?sequen=1>

Vilar, S. (1997). *La nueva racionalidad. Comprender la complejidad con métodos transdisciplinarios*. Barcelona: Editorial Kairós.

Watts, D. (2006). *Seis grados de separación. La ciencia de las redes en la era del acceso*. Barcelona: Paidós.