

Construcción rizomática del concepto de Salud Mental

Lila M. Almirón¹

El proceso de salud-enfermedad constituye una expresión particular del proceso general de la vida social, es “la síntesis de un conjunto de determinaciones que opera en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o potencialidades características (...)” (Breilh, 2003).

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año XVII, Vol. 14, Nº 4, junio de 2008, págs. 56 a 65.

La cantidad de conocimiento que se genera en todas las disciplinas y particularmente en las ciencias de la salud, aumenta desmesurada y rápidamente. Se señala que “cada disciplina delimita territorios. No obstante, existen pasajes de un territorio a otro que, a veces, se convierten en líneas de fuga” (Díaz, 2007, p.91).

La última macrosemiótica del modelo de las macrosemióticas desarrolladas por Samaja (2007) contiene como un momento de sí a las anteriores, de modo que lo que antes era campo de la filosofía (que podría llamarse epistemología general –y que correspondía precisamente, a la macrosemiótica político-jurídica, en la que nace la reflexión filosófica), se ha transformado en epistemología o filosofía disciplinar, una filosofía o epistemología para cada dominio de especialistas. Esa sería la filosofía considerada desde la perspectiva de la macro-semiótica tecno-económica, o tecno-científica.

Nuestro presente ha generado una *episteme* polifacética. Los territorios de cada disciplina de estudio ya no están determinados de manera férrea. Los márgenes epistemológicos de las distintas ciencias se flexibilizan y sus *corpus* se hacen más complejos (Díaz, 2005).

El análisis de las categorías utilizadas por las ciencias del hombre para definir conceptos como salud y enfermedad, normal y patológico, demuestra la existencia de un campo ambiguo e indefinido, lleno de contradicciones. Esta ambigüedad cumple la función de escamotear el hecho de que los criterios de salud y enfermedad dependen, en las diversas culturas, del desarrollo dialéctico entre dos fenómenos: por un lado el conocimiento científico, por otro el grado de desarrollo humano y social, ambos interactuantes y estrechamente relacionados.

Pensar en la salud a partir de las variaciones y de las anomalías implica negarse a aceptar un concepto que se pretenda de valor universal, y consecuentemente, implica negarse a considerar la enfermedad en términos de disvalor o contra-valor.

¹ Médica Cirujana Especialista en Psiquiatría. Jefe de Trabajos Prácticos. Salud Mental. Departamento Salud Mental, Medicina Legal y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste. Doctorante en Ciencias Cognitivas. Facultad de Humanidades. Universidad Nacional del Nordeste. lalmiron@med.unne.edu.ar

Muchos postulan que la salud mental no debe considerarse como algo independiente de la salud general. Esta perspectiva, sustentada también por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948), implica una concepción global e integral de la persona, que contempla los aspectos físicos, psicológicos y sociales en compleja interacción. Por otra parte, la salud mental desde nuestra posición no es algo estático y definitivo, del todo o nada, sino por el contrario es un estado variable resultante de un proceso dinámico, interactivo y cambiante.

Respecto a esta concepción, consideramos las palabras de Díaz (2007) en relación al rizoma: “El libro raíz se sostiene aislado del resto de la realidad. Se yergue sobre una especie de falo solitario. Tal libro semeja un árbol que, a su vez, representa la realidad. Una imagen del mundo al que pretende imitar”.

En el momento en que se afirma que el “bienestar” es un valor (físico, psíquico y social) se está reconociendo como perteneciente al ámbito de la salud todo aquello que en una sociedad y en un momento histórico preciso calificamos de modo positivo (aquello que produce o que debería producir una sensación de bienestar): la laboriosidad, la convivencia social, la vida familiar, el control de los excesos. Y al hacerlo se descalificará, inevitablemente, como un disvalor, como su reverso patológico y enfermizo todo aquello que se presente como peligroso, indeseado o que simplemente se considera como un mal.

La consideración del cuerpo como algo dado y como un producto llevará a Canguilhem a diferenciar la salud como estado y como orden. Al hablar de la salud como un estado del cuerpo dado, Canguilhem retomará el esbozo de esa definición de salud que en 1943 diera en *Lo normal y lo patológico*. Es “poder caer enfermo y recuperarse” y así al su-

perar las enfermedades convertirse en un cuerpo “más válido”.

Al referirse a la salud como expresión del cuerpo “producto”, Canguilhem dirá que “es una seguridad vivida en el doble sentido de seguridad contra el riesgo y de audacia para corregirlo. Es el sentimiento de tener la capacidad de superar las capacidades iniciales, es poder mandar a hacer al cuerpo aquello que en principio parecía imposible”.

Salud es entonces poseer una capacidad de tolerancia o de seguridad que es más que adaptativa.

La salud es entendida exclusivamente como ausencia de enfermedad y será como respuesta a esa restricción que surgirán otros conceptos “ampliados” que afirmarán que la salud es algo más que esa ausencia. En esta línea deberemos ubicar la definición de salud dada por la OMS.

La salud se define por la unión de conceptos objetivos y subjetivos como “un estado de bienestar completo, físico, mental y social y no simplemente por la ausencia de enfermedad o incapacidad” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1948).

En una primera lectura, la definición de la OMS parece impecable, pero analizándola en profundidad, aparecen inconvenientes:

- Es utópica: “el completo estado de bienestar...” es imposible, al menos en esta vida.
- Es retórica: no sirve operativamente para planificar un programa de salud.
- Es “medicalizante”: todo aquello que no sea “completo estado de bienestar...” es decir, la cotidianidad, pertenece al ámbito de la medicina. La medicalización no es una función de la medicina científica, más bien es un requisito funcional de los sistemas dominantes con el objetivo de control social, a través de funciones de normatividad, disciplinamiento y estigmatización.

- Se afirma, la mayor parte de las veces, que se trata de una definición carente de objetividad por que está fundada en un concepto subjetivo que es el concepto de bienestar. Es necesario pensar, que aunque se restrinja el fenómeno salud al ámbito de lo puramente biológico, existe un elemento, caracterizado y categorizado como síntoma, que no puede ser nunca liberado absolutamente de su carácter subjetivo. Nos referimos al “dolor”. En la medida en que todo dolor es una sensación, necesariamente variará de acuerdo a aquel que lo siente y no siempre podrá ser enunciada del mismo modo por diferentes sujetos, aun cuando pueda ser reducido a un “padrón constante”.

Otra cuestión a considerar es que involucra a las condiciones de vida. Las condiciones de vida son mejores mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social, para los procesos vitales y para la acumulación genética de ventajas biológicas (Breilh, 2003). La categoría de condiciones de vida es incorporada como expresión particular de los procesos generales de reproducción social, actuando como mediador entre el modo de vida de la sociedad y la situación de salud de un grupo poblacional específico. Como resultado de la dinámica de las condiciones particulares de vida de un grupo de población, su articulación con el proceso general reproductivo de la sociedad y las acciones de respuesta social ante los procesos conflictivos, se produce un balance que se expresa en problemas de salud y bienestar o la ausencia de ellos.

Mientras que la Carta de Ottawa (1986) define salud como “un recurso para la vida cotidiana... un concepto positivo enfatizando los recursos personales y sociales así como las capacidades físicas, mencionando que las condiciones fundamentales y los recursos para

la salud son la paz, vivienda, educación, alimentos, ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad”. Esta definición incluye a los estilos de vida.

Desde una concepción mecanicista del comportamiento, el término estilo de vida es definido, y frecuentemente utilizado hoy en día, en el sentido de comportamientos específicos identificados como factores de riesgo para la enfermedad y la muerte accidental, siendo el más corriente el uso del tabaco, los hábitos de alcohol y droga, el control de peso y la dieta, el ejercicio, el manejo de estrés y el uso de mecanismos de seguridad. Subyaciendo a estos usos típicos de *estilo de vida* está la noción de que los hábitos personales son discretos e independientemente modificados y de que los individuos pueden elegir voluntariamente cambiar tales comportamientos.

Tales comportamientos no son discretos, sino que varían a lo largo de una serie de dimensiones. Por ejemplo, cuando hablamos del comportamiento relacionado con la alimentación podemos estar refiriéndonos a una conducta molecular concreta (comer alimentos grasos o “picar” entre comidas) o, desde una perspectiva molar, a un complejo de comportamientos que van desde el número de veces que nos alimentamos al día hasta el cepillado de dientes después de cada comida.

No son independientes entre sí y por ello podemos hablar de un estilo de vida sedentario o de un estilo de vida orientado al logro laboral o un estilo de vida protestante. No son un asunto individual, sino que están determinados en gran medida por el sistema de valores preponderante en una clase social determinada y en un contexto sociocultural concreto, así como por las condiciones de vida a las que los sujetos tienen que hacer frente. Por ejemplo, la lactancia natural es una cuestión de estética en países desarrollados y, en

países en desarrollo es una cuestión de vida o muerte, en la que puede prevenir la muerte de al menos un millón de niños.

El concebir el estilo de vida como un comportamiento o factor de riesgo individual ha tendido a llevar la discusión sobre la salud al sistema sanitario, de una psicología clínica para personas que presentan patologías concretas a una psicología clínica (y de la salud) para personas sin patología específica.

La concepción del estilo de vida como un comportamiento individual obvia la evidencia sobre los determinantes de los comportamientos de salud de origen social, entre los que podemos citar:

1. La socialización. Es innegable que algunos comportamientos de salud están determinados por las primeras experiencias de socialización, generalmente vinculadas al contexto familiar.

2. Los valores asociados a una cultura particular o a un grupo socioeconómico. Cierta tipo de normas, más o menos explícitas, que incluyen desde valores estéticos hasta definiciones del papel que deben jugar los diferentes miembros de la comunidad

3. Las influencias del grupo. Por ejemplo, la presión del grupo de iguales es uno de los factores más significativos en la adquisición del hábito de fumar en los adolescentes

4. Modelo y tipo de asistencia sanitaria a la que el individuo puede acceder, lo que determina su participación en campañas de vacunación y exámenes periódicos.

Se considera por ello más ajustado a la realidad definir el estilo de vida como un conjunto de comportamientos adquiridos que comparten los miembros de una categoría social y que tienden a persistir en el tiempo.

Tanto el género como la clase social son importantes determinantes de los estilos de vida relacionados con la salud porque, en fun-

ción del sexo o de la posición socioeconómica, las personas crecen en entornos culturales diferentes, con distintos valores y oportunidades. Esta concepción pone de manifiesto que los estilos de vida no son conductas individuales, sino que dependen del entorno de la persona.

Otra definición de salud propuesta por el X Congreso Catalán de Médicos y Biólogos, Barcelona, 1988 expresa que: "Salud es la manera de vivir libre, solidaria, responsable y feliz. Es un bien ser y no un bien-estar" (en obvia alusión a la definición de la OMS). Esta definición des-medicaliza a la salud y la considera un derecho humano y como tal es universal, igualitario, innegociable y un deber del Estado asegurar su acceso a toda la población.

El paradigma de la ciencia biomédica conceptualiza la enfermedad como un daño en el funcionamiento o en la estructura de un componente individual o de la relación entre los componentes que constituyen al individuo como organismo, y la salud como el buen funcionamiento de éste; es decir, como la ausencia de enfermedad. El modelo biomédico define la salud como la ausencia de signos objetivos de que el cuerpo no funciona de forma apropiada o de síntomas subjetivos asociados a las disfunciones orgánicas.

Existe una notable confusión entre los términos salud y enfermedad mental. Ambos conceptos no son condiciones que permitan definir a la una como la ausencia de la otra.

Cuando hablamos de Salud Mental encontramos una primera dificultad al tratar de encontrar una definición en la que todos acuerden, ya que existen tantas definiciones como criterios para su acercamiento. Una de las causas es que se trata de un concepto cuyo contenido es, en gran medida, valorativo.

A pesar de que el término Salud Mental es reciente, ya que se empezó a definir por recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1963, y existen innumerables trabajos internacionales al respecto.

Se podría considerar a la salud mental como un rizoma. “El rizoma no es una raíz sino un tallo subterráneo. Se extiende bajo la tierra adquiriendo formas imprevisibles, estalla sobre la superficie regalando una planta, y otra, y otra (Díaz, 2007, p.98). Para comprender el concepto de rizoma en su sentido originario (concepto botánico) la primera diferencia que debe establecerse es la de configuración individual-arborescente y configuración rizomática. Lo que diferencia al rizoma de otras plantas se manifiesta precisamente en la parte que normalmente no se ve: por debajo del suelo también hay una estructura. En la teoría filosófica de Gilles Deleuze y Félix Guattari, un **rizoma** es un modelo descriptivo o epistemológico en el que la organización de los elementos no sigue líneas de subordinación jerárquica de acuerdo al modelo del árbol de Porfirio², sino que cualquier elemento puede afectar o incidir en cualquier otro.

Los estudios sobre salud mental consideran a ésta como un continuo en el que se reflejan diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro psicológico. El concepto salud mental se utiliza tanto en referencia a la salud como a la enfermedad mental y, en la actividad práctica profesional se persigue alcanzar la recuperación de la salud.

La salud mental puede considerarse como una construcción teórica que no tiene una definición directa. No hablamos más de un concepto pues se construye en base a una palabra que alguien inventó alguna vez y que después sirve para atesorar experiencias. Desde esta perspectiva se recurre a conceptos más concretos. Esta opción involucra la presentación de otros problemas ya que se utilizan términos como “bienestar/malestar psíquico” que son abstractos y de difícil operativización de la variable.

Otro problema relacionado con el término salud mental es el de definir su contenido. La salud mental es un campo plural e interdisciplinario que recibe aportaciones de diferentes disciplinas (psicología, psiquiatría, sociología, enfermería, economía, etcétera). Por tal motivo, se busca el trabajo interdisciplinario en el campo de la Salud Mental.

Para Morín (2003) significa situarse en un nivel transdisciplinario que permite concebir, al mismo tiempo, tanto la unidad como la diferenciación de las ciencias, no solamente según la naturaleza material de su objeto, sino también según los tipos y las complejidades de los fenómenos de asociación/organización.

Asimismo, en cada disciplina existen diversas orientaciones que tienen concepciones idiosincrásicas y defienden abordajes diferentes y, a veces, difíciles de conjugar, sobre la salud mental. Se nos presenta la posibilidad de analogía con la teoría filosófica de Deleuze y Guattari, reafirmando nuestra visión. Varios metros separan a veces, una mata de sus múltiples vecinas, conectadas todas a un mismo rizoma. Bajo la superficie, el rizoma

² El Arbor Porphyriana o Árbol de Porfirio ilustra la clasificación que el filósofo dio a las sustancias. En este árbol, los conceptos van de lo universal a lo particular y con él se inició el nominalismo que se podría decir que es el antecedente de las modernas clasificaciones taxonómicas. Disponible en URL: http://medieval2000.blogspot.com/2007/03/rbol-de-porfirio_01.html

de pronto forma bulbos; de pronto, tubérculos. También se proyecta hacia arriba, hacia abajo (Díaz, 2007, p.98).

El que una persona no sea considerada como sana, depende de alteraciones de su personalidad y de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones. Un mismo comportamiento puede ser evaluado de distinta forma según el contexto social en que se realiza.

La salud mental no es algo estático y definitivo sino un estado dinámico y cambiante. Se ha descrito a la salud como una utopía o meta a alcanzar. Es decir, como una tendencia hacia un nivel de salud inalcanzable pero deseable y direccionalmente orientador.

Recordemos los conceptos de rizoma, que no evita el caos sin dejar por ello de establecer aquí y allá distintos órdenes casi siempre imprevisibles, nunca reversibles. Es múltiple (Díaz, 2007, p.98).

Es difícil establecer límites claros entre la salud y la enfermedad mental y generalmente se definen como polos opuestos de un continuo, en el que no existe una línea divisoria tajante. Bajo esta perspectiva, la enfermedad mental es el extremo opuesto de la salud mental. Sin embargo, la mayoría de personas se sitúan entre ambos polos; espacio en el que existen múltiples combinaciones de carácter cualitativo y cuantitativo (más o menos salud o más o menos enfermedad).

Para Foucault en el fondo, todo es ya interpretación; cada signo es en sí mismo no la cosa que se ofrece a la interpretación, sino interpretación de otros signos. “El problema de la pluralidad de las interpretaciones, del enfrentamiento de las interpretaciones, se ha hecho estructuralmente posible por la misma definición de la interpretación que se prolonga hasta el infinito sin que haya un punto ab-

soluta a partir del cual se juzgue y se decida” (Foucault, p. 55).

Las concepciones de la salud y de la enfermedad varían según los enfoques teóricos y criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes. Los criterios de salud-enfermedad llevan implícita una concepción del sujeto, del mundo y de la historia.

La diversidad de modelos explicativos (psiquiatría organicista, modelos psicodinámicos, psicoanalíticos, conductistas, cognitivos, socio-genéticos, comunitarios, etcétera) y la persistencia de diferentes representaciones sociales de la enfermedad mental hacen inviable un modelo integrativo o un criterio de definición único de salud o enfermedad mental

Además, ambos conceptos tienen una carga valorativa que explica por qué las definiciones de lo que es normal y lo que es patológico varían de una sociedad a otra y de un grupo social a otro. Como el saber, que cambia su estatuto al ritmo de los cambios sociales, a los que afecta. Pues los discursos y las prácticas interactúan y se influyen reconstituyéndose mutuamente (Díaz, 2005).

Goffman (1976) llega a definir la enfermedad mental no como un conjunto de síntomas claramente delimitables sino como una “incorrección situacional”. Estas “incorrecciones situacionales” reflejarían una ruptura en las reglas sociales que definen la interacción comunicativa.

Se podría realizar un paralelismo con los conceptos de Deleuze y Guattari que sostienen respecto al Sistema raicilla o raíz fasciculada que “Si se produce un pequeño tajo – más arriba de su extremo inferior- en una raíz pivotante, la superficie herida (unida al resto de la planta) emite raicillas. Una multiplicidad

de pequeñas raíces surge del pivote tronchado” (Díaz, 2007, p.97).

Se puede afirmar que los conceptos de salud y de enfermedad mental son tanto la expresión de problemas de tipo emocional, cognitivo y comportamental como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social.

Otra dificultad importante que complica la definición del término salud mental es el concepto que cada cultura o sociedad tiene sobre la salud y la enfermedad mental. Lo que en una cultura puede ser considerado como normal y sano en otro contexto cultural o en otro momento social puede ser tomado por anormal o patológico. La relación entre individuo y sociedad y la incidencia de esta interacción en la salud/enfermedad es un tema muy debatido por los diversos autores que trabajan en el ámbito de la salud mental.

En nuestro país, Ortiz e Insúa (2005) del Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina, señalan que la evolución del concepto de salud, de una visión vinculada a las enfermedades y la muerte, a una relacionada con las posibilidades de realización personal y colectiva, descubre las limitaciones conceptuales, metodológicas y técnicas de la Epidemiología Clásica. Esto hace necesario que la epidemiología incluya el estudio del contexto social en la descripción y explicación etiológica de la distribución desigual de los procesos de salud y enfermedad en la población.

Ciertas escuelas sociológicas, algunas orientaciones dinámicas y un buen número de tendencias antipsiquiátricas fusionan el individuo y la sociedad de forma que no se diferencia cualitativamente la enfermedad individual de la enfermedad como fenómeno social. Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos tanto afectivos como cogniti-

vos y comportamentales que se utilizan para designar a una persona o grupo social como sano o enfermo varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico.

Así se ha definido a la salud mental como la ausencia de la dolencia llamada enfermedad mental; como el polo positivo de un proceso continuo cuyo polo opuesto es la enfermedad; como cualidades personales observables tales como capacidad intelectual e interpersonal (social), compatibles con la edad y dones naturales que faltan en el enfermo mental; como una conducta social de adaptación manifestada en una familia sana que vive en una sociedad “sana”; como habilidades definidas mediante conceptos de eficacia, lucha y capacidad de relación social, considerando la salud mental como lo opuesto a incapacidad, resignación, desesperanza y egocentrismo.

Es de destacar la importancia del contexto cultural en la interpretación del estar enfermo. El concepto de rol de enfermo representa el primer cuestionamiento sistemático del modelo biomédico, pues la enfermedad es, sobre todo, un proceso social.

La enfermedad es de acuerdo a esta concepción, una desviación social caracterizada por el fracaso o incapacidad de una persona en desempeñar su rol habitual y responder a las expectativas que los demás y él mismo tienen acerca de su conducta, cayendo en una situación de dependencia definida por expectativas institucionalizadas socialmente.

Estas expectativas conforman un tipo ideal y abstracto de rol de enfermo caracterizado por dos derechos y dos deberes:

1. Exención de las responsabilidades sociales. Ésta debe ser legitimada por otros (médico) para evitar los abusos.

2. Exculpación respecto a su condición de enfermo, pues se supone que ésta es involuntaria.

3. Obligación de reconocer que el “estar enfermo” es una situación indeseable, por lo que tiene la obligación de buscar ayuda y cooperar para recuperarse lo antes posible.

4. Responsabilidad (en proporción a la gravedad de la enfermedad) de buscar ayuda profesional y de cooperar en el proceso terapéutico que se le imponga.

Desde este marco, la salud es entendida como desempeño de funciones sociales. De tal forma, que al definir la salud o la enfermedad como un proceso social supone un primer cuestionamiento del modelo biológico y, por consiguiente, un primer paso hacia el modelo biopsicosocial.

Los procesos de enfermedad se inician en cualquier interacción entre los cambios de la actividad fisiológica, la integración afectiva de estos signos corporales y los procesos cognitivos de interpretación de los síntomas. Todo ello llevaría al sujeto a la atribución de un significado concreto a la experiencia de enfermedad, lo que puede desembocar en un malestar subjetivo, iniciándose así la conducta de afrontamiento que incluye aspectos tan variados como el autocuidado, la búsqueda de ayuda profesional o incluso no hacer nada al respecto.

La distinción entre *disease* e *illness*, fundamental en esta conceptualización de la enfermedad, no es más que un intento de diferenciar entre el trastorno biológico (*disease*) como representación de un problema por parte de la cultura profesional médica y la enfermedad (*illness*) como interpretación que un sujeto hace de unos signos corporales en función del significado que su contexto sociocultural les atribuye.

Las repercusiones que tiene el considerar la salud como un problema social son claras, ya que la responsabilidad sobre la salud y la enfermedad ya no es un tema exclusivamente médico. Es más, señala el camino a seguir: la desmedicalización de los problemas relacionados con el binomio salud-enfermedad, algo impensable desde la perspectiva del modelo biomédico.

En el modelo biomédico la salud es algo discontinuo (se trata de afirmar que un determinado individuo se halla bien sano o bien enfermo, siendo las alternativas mutuamente exclusivas). Este modelo sostiene que la mente y el cuerpo tienen funciones independientes, se trata de entidades separadas; una anímica y abstracta, otra corporal y material. Los cambios biológicos son considerados independientes del estado mental, aunque sí pueden tener consecuencias psicológicas.

El cambio cultural suele tener un impacto significativo sobre la estructura de las relaciones sociales, así como sobre el acceso a los bienes materiales y a las fuentes y símbolos de prestigio, todo lo cual contribuye a la identidad social. El impacto de unas condiciones cambiantes varía según el significado que el sujeto atribuye a las formas tradicionales de vida.

Los mecanismos actuales de adaptación al cambio pueden prolongar las estrategias de afrontamiento de los problemas, o por el contrario marcar una ruptura con ellas. Un grupo puede responder a la tensión del cambio cultural desarrollando estrategias de afrontamiento construidas sobre la organización tradicional de las relaciones y las formas de gestionar situaciones difíciles a nivel social; apelaría a los valores clave de la comunidad de origen. En el nuevo entorno, sin embargo, estas estrategias se alterarían, perdiendo su calidad

protectora y convirtiéndose incluso en fuentes de estrés adicional.

La posición que ocupa el sujeto en el contexto social supone patrones de interacción y esquemas de percepción que moldean y modulan sus reacciones biológicas.

Cuando se hace referencia al análisis sociológico de la salud, está implícita la necesidad de profundizar en el estudio de lo particular en su articulación con la totalidad histórico social, pero sobre todo, en el análisis e interacción de los factores sociales.

Para la corriente sociológica latinoamericana actual, las ciencias sociales constituyen nudos centrales para el análisis de la salud y de las formas que asume tanto su tratamiento como las acciones de prevención y promoción.

Al afrontar esta relación entre los factores sociales, la salud y la enfermedad, el profesional de salud se adentra en relaciones de mayor complejidad, tales como la influencia de la enfermedad o la salud sobre las conductas y viceversa; dependencia recíproca que a su vez es influida por la relación del hombre con su entorno social, por la posición socioeconómica que ocupa en este entorno y por su conducta social propiamente dicha.

El modelo biopsicosocial se define como un acercamiento sistémico a la enfermedad³ que enfatiza la interdependencia de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles. Sus bases teóricas se hallan en la Teoría General de Sistemas, ésta sostiene que las cosas naturales se comprenden mejor en términos de jerarquía de sistemas, en la que cada sistema está compuesto por otros sistemas más pequeños, al tiempo que forman parte del otro

mayor. Así, pues, todo sistema es, a la vez, un todo y una parte.

Desde el modelo biopsicosocial la salud es un problema social y político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente, por la participación activa y solidaria de la comunidad. Este modelo plantea una nueva perspectiva sobre la salud, que implica concebir la salud en positivo y una concepción social de las acciones de salud.

De todo lo anterior se desprende que el desarrollo de la salud no es un problema individual, sino una condición y consecuencia de la acción social, pero que, a su vez, tiene una respuesta individual que depende del tipo de afección, la personalidad y el funcionamiento de las mediaciones sociales ante la enfermedad. Y aquí se introduce otro factor que interactúa en el problema y que por su trascendencia fue incluido en la definición aceptada por la Organización Mundial de la Salud, mediante el vocablo bienestar: el aspecto subjetivo de la salud, que no solo es consecuencia de los factores antes mencionados sino que también influye en ellos.

¿Cómo engarzar los distintos elementos de la acción? Aceptar la unidad dialéctica de lo biológico y lo social en el proceso vital humano implica que los esfuerzos de conocimiento y de acción deben recurrir a los métodos, categorías y técnicas de ambos niveles de la realidad y por tanto, requiere el concurso de disciplinas científicas específicas.

Para Foucault, el problema de la pluralidad de las interpretaciones, del enfrentamiento de las interpretaciones, se ha hecho, a mi juicio, estructuralmente posible por la misma definición de la interpretación que se prolonga hasta el infinito sin que haya un punto ab-

3 No se diferencia entre salud y enfermedad, ya que se trata de un mismo proceso (healthy).

soluta a partir del cual se juzgue y se decida (p. 55).

Según los principios de conexión y heterogeneidad, cualquier punto del rizoma puede ser vinculado con cualquier otro punto, a diferencia del árbol y la raíz que siempre fijan un orden unidireccional. El pensamiento moderno remitía a la unidad o a la dicotomía; el pensamiento rizoma, a la multiplicidad (Díaz, 2007, p.100).

Deleuze y Guattari refieren que el dispositivo capaz de permitir derivas deseantes mediante líneas de fuga se “moleculariza”. Lo molecular es liberador, está al servicio de la desterritorialización. En cambio, lo molar implica territorialización, sometimiento. La molarización es la unificación cosificante, la codificación por parte de los aparatos del poder.

De acuerdo con Samaja (2001) “Las personas solemos hablar de la salud como una *calidad* preciada de nuestras vidas. Ahora bien, alguien con una buena dosis de inteligencia, cuando intentó definir esa *calidad*, tuvo que hacerlo diciendo: “la salud es el silencio de los órganos”. ¿Qué quiso significar? Que esa *calidad* no se manifiesta, no se torna algo externamente apreciable sino por vía de negación. Podría haber dicho, la salud es lo que se pone de manifiesto como una negación o pérdida, cuando nos enfermamos. Aunque resulte paradójico decirlo, las ciencias que investigan esa *calidad* que llamamos salud, son ciencias que investigan *su negación*, es decir, las enfermedades”.

Desde un punto de vista objetivo, no podría haber ningún desarrollo de epistemologías particulares o disciplinarias si no se dispusiese de marcos, de modos de reflexionar, de categorías, que provienen de la epistemología general.

Bibliografía

- Alvaro, J.L. (1992). *Desempleo y bienestar psicológico*. Madrid: Siglo XXI.
- Artazcoza L, Moyac C, Vanaclochad H, Ponte P. La salud de las personas adultas. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 1):56-68.
- Bermann, Sylvia. (1995). Trabajo precario y salud mental. Córdoba: Narvaja Editor.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial SA
- Caponi, S.: ‘Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud’. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, IV 1997, (2):287-307. Disponible en URL: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n2/v4n2a05.pdf>
- Deleuze G, Guattari F. (2004) *Rizoma* (Introducción). Fragmento del Libro “Mil Mesetas”. España: Pre-Textos.
- Díaz E. (2005). El desafío de las investigaciones disciplinarias e interdisciplinarias, articuladas con una pedagogía del orden y del caos. Conferencia leída en el Primer Simposio Internacional de Investigación “La investigación en la Universidad: Experiencias Innovadoras Contemporáneas en Investigación y Desarrollo Tecnológico”, UCSE, realizadas en el Teatro Mitre de San Salvador de Jujuy, 19 al 22 de octubre de 2005
- Díaz E. (2007). *Entre la tecnociencia y el deseo*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Foucault M. *Nietzsche, Freud, Marx*. Buenos Aires: Ediciones El Cielo por Asalto.
- Goffman, E. (1976). “Síntomas psiquiátricos y orden público”. En L. Forti (Comp.). *La otra locura*. España: Tusquets Editor.
- Morín, Edgar. *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, España: Gedisa Editorial.
- Ortiz Z, Insúa I. (2005). Los meridianos de la pobreza y la enfermedad. “El rol de la epidemiología en la medición de la vulnerabilidad social”. Ponencia presentada en la Academia Nacional de Medicina. 2005.
- Rojo Pérez N y García González R. Sociología y salud. Reflexiones para la acción. *Rev Cubana Salud Pública* 2000;24(2):91-100)
- Samaja, J. Elementos ontológicos para investigadores. Introducción a las categorías puras de Inmanuel Kant. *Revista de la Maestría de Metodología de la Investigación de la UNLa “Perspectivas Metodológicas”* Año 1 (1) Nov. 2001.)