

PSICOLOGÍA COMUNITARIA Y CLÍNICA-SOCIAL, ACERCAMIENTOS DESDE UN ESCENARIO DE COMPLEJIDAD

COMMUNITY AND CLINICAL-SOCIAL PSYCHOLOGY,
APPROXIMATIONS FROM A COMPLEXITY SCENE

José Alonso Andrade Salazar

Universidad San Buenaventura Medellín - Extensión Ibagué / Colombia

Referencia Recomendada: Andrade-Salazar, J. A. (2012). Psicología comunitaria y clínica-social, acercamientos desde un escenario de complejidad. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (2), 158 - 175.

Resumen: Este artículo tiene como objetivo establecer una acercamiento al concepto de clínica social desde un escenario crítico, con base en la teoría de la complejidad y los aportes de Joel Otero en cuanto estética y psicología. La clínica social desde un escenario de complejidad se ubica como una opción transdisciplinar de análisis del fenómeno social en las colectividades al tiempo que, como practica de intervención posibilita la (de)construcción de los elementos de dominación adscritos a la dinámica del Biopoder, generando espacios de reflexión comunitaria y estructuras de sostén social con base en vínculos, redes y ecologías mentales, por lo que se constituye en un dispositivo liberador para las comunidades.

Palabras Clave: Clínica Social, Psicología Social Comunitaria, Psicología Crítica Social, Psicología de la Liberación.

Abstract: This article has as aim establish an approach to the concept of social clinical from a critical - social scenario with base in the theory of the complexity and Joel Otero's contributions in the aesthetics and psychology. The social clinical from a scenario complexity is located as an transdisciplinary option of analysis of the social phenomenon in the collectivities at the time that, as practice of intervention, it makes possible the (de) construction of the elements of domination assigned to the Biopower dynamic, generating a community reflection space and structures of social support with base in the links, the networks and the mental ecologies, by what it is constituted in a liberating mechanism for the communities.

Key Words: Social Clinical, Social Community Psychology, Psychology of Liberation.

Recibido: 17/08/2012 **Aprobado:** 16/11/2012

José Alonso Andrade Salazar. Psicólogo clínico. Especialista en Gestión de Proyectos de Desarrollo. Coordinador de Investigaciones del programa de Psicología de la Universidad de San Buenaventura Extensión Ibagué en convenio con la Fundación Universitaria San Martín. Correo electrónico: 911psicologia@gmail.com

*"Estamos siempre en la era bárbara de las ideas.
Estamos siempre en la prehistoria del espíritu humano.
Sólo el pensamiento complejo nos permitiría civilizar
nuestro conocimiento"*
- Morin, E (1995)

Introducción

La psicología comunitaria surge como una forma de psicología aplicada al escenario de la comunidad y la sociedad, Rappaport (1977) la define como la búsqueda de alternativas de intervención anexas a las normas sociales establecidas; una posición que contrasta lo anterior, indica que lo comunitario no se reduce a la intervención, pues la interacción mutua entre personas, instituciones y ambientes naturales o artificiales, amplía las posibilidades de entender lo psicosocial, desde los múltiples contextos del saber y del quehacer comunitario. Así reducir lo comunitario a lo normativo, conlleva reinstaurar la característica homogenizante de estados-naciones, cuya democracia es heredera de muchos errores dictatoriales, que se imponen como modelos operantes de dominación en un escenario de democratización de la impunidad (reelecciones políticas, censuras de los medios de comunicación, manipulación de los contratos, expropiación, destierros, ejecuciones extrajudiciales, silenciamientos, leyes de perdón y olvido, etc.); dicha trama de eventos encuentra su máxima expresión en la negación parcial o total de los derechos ciudadanos, es decir en el estado de excepción (Agamben, 1998). A razón de esto la clínica social impulsa el paso del sujeto-biopolítico al sujeto-comunitario, lo que implica la (de)construcción en los colectivos, del pensamiento ideológico del estado, como también de la alienación introyectiva, que funciona como dispositivo de control bajo condiciones de exclusión y violencia; por consiguiente, la dinámica interaccional de las instituciones modernas emerge en contraposición, a las estructuras históricas de organización política en las comunidades tradicionales, generando desde el inicio de la relación comunidad-estado, un conflicto de base cuyas características estructurales alteran el sentido manifiesto de la memoria histórica (Das & Poole, 2008; Das, 1997), situación que se deriva en la formación de una insatisfacción ontológica generalizada, respecto al modo como se reorganiza la realidad social desde el discurso biopolítico.

Es importante mencionar que la biopolítica como modo de abordamiento político, es una característica indisociable de la forma liberal de gobierno (Foucault, 1998), expandida desde el siglo XVIII hasta nuestros días; dicha particularidad establece su praxis en la dinámica reproductiva de los procesos, prácticas y mecanismos de intervención del estado sobre la vida de comunidades, cuya pluralidad de conflictos emergentes desde un plano socioeconómico y político, imprime a lo social una complejidad inherente a razón de la multiplicidad de intereses, territorios de encuentro y actores sociales que se vinculan en la trama social (Cobo, 2012); así la posibilidad de gobernar biopolíticamente tiene como meta el control de la "*variación y aleatoriedad*" (Castro, 2007) de las diversas formas de interacción y reproducción de la vida,

que resultan peligrosas para el mantenimiento homeostático del "orden social que el nuevo arte liberal de gobernar se esfuerza por preservar" (Miranda, C. 2012, p. 213). En este sentido la biopolítica comporta un factor estético, vinculado a la formación crítica del juicio sobre el cuerpo y sus relaciones con otros (personas, grupos e instituciones), espacio en el que el síntoma y la enfermedad se abren paso como corolario de la variación social de las relaciones que el Biopoder instala. La clínica social posee el potencial interpretativo y explicativo, para cuestionar desde un escenario de complejidad el orden social que interviene el cuerpo y sus relaciones, a través de un acercamiento a la sensibilización estética, aspecto que de acuerdo con Otero (2010, 2010a) debe sumarse a la Psicología propiamente dicha, abriendo paso a una propuesta donde la mirada y la escucha, conlleven al re-direccionamiento de lo nocional (impuesto al cuerpo) y la categorización del padecimiento, llevando la clínica hacia un escenario sensorial de desdoblamiento psíquicos inherentes, no reductibles a la mera interacción social, los diagnósticos o a la crisis de los sistemas sociales (Otero, J. 2010).

El Biopoder deja de lado el ideal democrático y legitima las inequidades en el sistema social, llegando a impactar la organización comunitaria a través del lenguaje digital (adscrito a la preservación y reproducción de las normas políticas), y analógico (ligado a la representación somatopsíquica de las leyes y los fenómenos sociales), lo cual hace del "sentir" como función psíquica, una actividad mental influida y condicionada por complejos mecanismos ideológicos de dominación o aparatos ideológicos de estado (Althusser, 1971). En este sentido la clínica social es una invitación de ruptura de dicho condicionamiento, entendiendo que la psicología y la estética (Otero, J. 2011a) como campos epistémicos unidos en el escenario de intervención, provocan el surgimiento de una ciencia del ser, en la que se conjuga el sentimiento, la belleza, el gusto por la forma y el análisis de los trasfondos sociales de las movilizaciones de sentidos. Estos fenómenos son propios del sincretismo cultural y la globalización, aspectos que fomentan un nuevo campo de la experiencia y del conocimiento, en cuyas complejidades el objeto es comprendido de formas múltiples y diversas, a través de una actitud cognoscente hacia el mundo (Morin, 1994;1995), que disipe dos ilusiones cognoscitivas en el pensamiento complejo: *la simplicidad categorial* o generalización de los fenómenos sociales, cambiándola por una búsqueda orientada a la claridad, distinción y precisión en el conocimiento; y *la confusión entre complejidad y completud*, la cual disgrega el pensamiento (Morin, 1995), desorden que se resuelve cuando se genera un pensamiento multidimensional que evita la omnisciencia, puesto que "la totalidad no es verdad" (Adorno, 1960) por lo que se requiere reconocer en los objetos del conocimiento, los principios de incompletud e incertidumbre.

La posibilidad de conocimiento en la clínica social, obliga que el análisis de lo diverso en cuanto dialéctica del síntoma biopsicosocial (y no diferente en cuanto patología), llegue a los límites posibles del saber comunitario y social hasta trascenderlos es decir, ubicando las manifestaciones de legitimidad comunitaria en un Metalugar, donde los sujetos crean-analizan-integran y relacionan los objetos y sus circunstancias, a través de sus realidades biopolíticas,

logrando construir en el encuentro comunitario, la reflexión social y la preservación de la memoria de sus formas y contenidos estéticos. La clínica social posibilita los elementos discursivos necesarios, para llevar a cabo una transformación gradual de las estructuras de poder, y las circunstancias de dominación social entramadas en su historia colectiva. Por ello el método de pensamiento "relacional" (Morín, 2010), ubica el saber en los límites del conocimiento comunitario como posibilidad dialéctica de reconocimiento de sí mismo y del otro como un legítimo otro en la convivencia, puesto que el metalugar implica ante todo, una actitud cognoscente y dinámica hacia el mundo, a fin de entender los objetos de conocimiento en su dinámica intrínseca, múltiple y diversa. Para Morín la complejidad expresa en sí, la confusión al momento de definir de forma simple el orden de las ideas, por lo que dicha complejidad es aparente, si se toma en cuenta que el conocimiento científico en las ciencias sociales, ha tenido como misión "resolver la supuesta complejidad del análisis del fenómeno social"; esta condición en el ámbito comunitario es superado por la clínica social, cuando ésta invita a confrontar el reto de lo complejo, a través de la comprensión de los límites en las relaciones inter e intracomunitarias, y las insuficiencias en los modos sociales y modelos explicativos, usados para entender las dinámicas eco-eto-antropológicas de las comunidades en diversas condiciones de vulnerabilidad.

En relación a este aspecto la relación entre psicología comunitaria y estética, busca una integración de las grandes formas simbólicas presentes en la cultura (Cassier, 1964) a fin de entender la dinámica de las relaciones sociales, en un plano de intersubjetivación de los objetos, a través de un pensamiento direccionado a la transformación biopsicosocial del ser en función de dichas formas; así, la estética psicológica opera en función de la representación de estos elementos en el plano psíquico (Otero, 2012), tomando en cuenta la variabilidad interpretativa, de las formas dialécticas de entender el cuerpo en el plano comunitario, y asumiendo desde este escenario de lenguaje, la constitución de un sistema poiético (acción productora, creadora sujeta a las reglas del objeto en relación al sujeto). Dicho esto, uno de los objetivos de la clínica social es la (de)construcción (Derrida, 1972) de la operatividad destructiva de la biopolítica, la cual presenta un funcionamiento perverso, que reproduce a través de la ideología, las diversas formas de dominación intersubjetiva; la propuesta busca transformar el sentido del Biopoder (terrorista-destructor), en una suerte de sistemas organizados e interconectados en función de lo vivo, es decir en pro de su preservación; por ello al afirmar que los fenómenos biopsicosociales resultan en el maniobrar de los sistemas o en las contingencias propias de su operar como tales (Maturana, 1997, 1998), es pensar al ser humano y la sociedad como sistemas de segundo y tercer orden, en tanto que como sistemas Autopoiéticos de orden superior se ejecutan a través de la realización de la Autopoesis de sus componentes (Maturana, 1998), al tiempo que los sistemas de primer orden (células), tienen su categoría autopoiética propia y preparan los escenarios de singularidad, para que cada proceso sea independiente (no regulado por el observador externo al fenómeno), irrepetible

(experiencia y objetividad sin paréntesis) e irremplazable (solo puede ser categorizado por quien lo experimenta).

De suyo es importante mencionar que una condición social determinada (fenómeno, hecho o corriente social, Durkheim, 2001) puede ejemplificarse a través de la *conjunción multifactorial contingente*, formada por procesos históricos y eventos emergentes, que se interconectan y reactualizan a través del lenguaje en una comunidad, llegando a comportar una validez independiente y propia, de modo que cada persona y colectividad es embestida por dichas condiciones y sus singularidades, lo que establece un espacio en el que lo estético, a modo de reflejo no enteramente fiel de las tendencias culturales de la sociedad, hace posible en la forma artística inscrita a toda interacción social, lo impensable e inefable de los hechos sociopolíticos, es decir visibiliza en la conexión social, la interacción de la comunidad con el contenido ideológico que lo embiste, lo que resulta en una posibilidad de trascender la tecnificación de las relaciones sociales (Adorno, 1970); lo anterior se enlaza a lo estético, articulándose a la vida emocional de las personas y definiendo la forma como se explican los saberes, dolencias, oposiciones y las experiencias vitales con los valores y los derechos humanos (Morris, 1956). Lo inefable es parte del sistema autopoietico constituyéndose en "un espacio de comunicaciones que se parece a lo que distinguimos al hablar de una cultura" (p. 19) por lo que la clínica social es también, una puesta en marcha de procesos de empoderamiento social-comunitario, que transforman la regulación biopolítica de sistemas sociales, que operan naturalmente en una coordinación de coordinaciones conductuales, y son inseparables de procesos de ajuste e irregularidad del sistema. La Autopoiesis abre espacios de posibilidad de resignificación de las condiciones de opresión, adheridas a un Biopoder que controla la salud y el "cuerpo de las clases mas necesitadas para que sean más aptas para el trabajo" (Foucault, M. 1996, p. 105); por tanto la clínica social como posibilidad operativa de la estética psicológica es pues, una psicología de la liberación.

Cabe indicar que desde un escenario de complejidad, los fenómenos sociales humanos se tornan complejos en la medida que emergen de la interacción biopsicosocial, y a partir de la dialéctica intrínseca a los procesos de cambio histórico-comunitarios (Ochoa, Olarzola, Martínez, 2004), posibilitando el análisis eco-eto-antropológico de las realidades psicosociales, y los procesos de transformación comunitaria, que les dan sentido operativo en plano sociocultural y político; por esto el primer punto a preciar en la clínica social, es la complejidad del modo en que el ser constituye su ecosistema, y cómo dicho ecosistema modifica sustancial y gradualmente su identidad, y por ende su condición estética; así, la intervención clínica-social supera la tendencia al diagnóstico que rotula, ubicando la condición humana en un escenario de encuentro discursivo, en el que el otro es reconocido como legítimo otro en la convivencia a través de la comunicación y el lenguaje, puesto que "el lenguaje se constituye cuando se incorpora al vivir, como modo vivir este es un ir de coordinaciones conductuales a coordinaciones conductuales que surgen en la convivencia como resultado de ella" (Maturana. 1990, p.55). Una de las

posturas próximas a la clínica social es la clínica Ecoetoantropológica (Bateson, 1999; Miermont, 1987), la cual busca comprender los sistemas naturales y artificiales de los vínculos, al tiempo que el sentido de las asociaciones culturales y sociofamiliares que resultan de dichas interacciones, tomando en cuenta que desde el punto de vista biológico y social, existen condiciones estructurales que sólo se desarrollan y explican, si están situados en una matriz estructural de contenido diverso, que trascienda la oposición entre ciencias biológicas y ciencias humanas. Para Miermont (1987) de dicho encuentro surgen nuevas orientaciones teóricas tales como, teorías de la comunicación (Berger & Luckman, 1979), de la cognición, de la complejidad y de la autonomía, en las que el fenómeno social tiene una connotación multisistémica indisociable al devenir sociopolítico de la comunidad.

De suyo la clínica social busca en la teoría de la complejidad un escenario de comprensión (acción-reflexión) posible, de la naturaleza de la interrelación e interdependencia de las comunidades con las instituciones sociales, cuyas *acciones* al interior de sus *interacciones* grupales, determinan la particularidad intersubjetiva de sus relaciones a nivel sistémico, tanto en los ambientes naturales como artificiales (Miermont, 1987). Por ello al ajustar los parámetros praxicos de ésta teoría, la condición operativa de la clínica social en el ámbito social-comunitario obliga el análisis e implementación de cinco procesos: *Autoorganización* (tendencia a buscar la reconstitución del sistema, porque la enfermedad mental es emergente del desajuste social y la dificultad de auto organización de las comunidades); *Autonomía* (condición volitiva que favorece la toma de decisiones, la aplicación de medidas de sostén comunitario, el empoderamiento y la liberación de estigmas, prejuicios y posibilidades de dominación histórica); *Inseparabilidad* (Lo biopsicosocial es indisociable, al igual que acción e interacción, formas estéticas y trasfondo social); *Interferencia entre objetos/sujetos* (refiere al cambio mutuo entre sujetos y medio ambiente, la obstrucción y el cambio inherente a toda relación social), y *Cismogénesis*, termino acuñado por Bateson (1999), con el que indica la interrelación de los conceptos de simetría y complementariedad, como básicos para entender la Homeostasis en las relaciones sociales, tomando en cuenta que la enfermedad mental desde un contexto que coarta lo clínico social, surge de lo que Bateson llamó: "*conglomerado de ideas inmanentes*", cuya quietud paradigmática y procesual inhibe la trascendencia y por ende, la formación de una "ecología de la mente" (Bateson, 1999) que permita la inclusión de la alteridad, el síntoma como posibilidad (de)constructiva del orden social, y el encuentro como escenario de cambio interaccional.

Acercamiento Clínico

La clínica social tiene como fundamento la psicología social crítica, entendiendo que la realidad social emana de la superposición de lo real (inefable) sobre lo evidente o dado en el discurso biopolítico, condición susceptible de cambio a través de la comunicación y el lenguaje liberador, adscrito a las diversas manifestaciones (de)constructivas de lo absurdo (violencia, terrorismo,

silenciamientos, ilegitimidad, segregaciones, etc.); de suyo la realidad de las comunidades presenta características que hacen cognoscible una determinada perspectiva sociocultural, cuya dinámica de movilidad simbólica e imaginaria, se constituye en el basamento de la realidad que vivencian; así la factibilidad de análisis de los fenómenos sociales se monta sobre un tipo concreto de conocimiento histórico/tradicional, y se apuntala en las diversas complejidades teóricas. Tradicionalmente dichos análisis se soportan sobre la interconexión positivista de tres elementos: el empirismo, la lógica y el control (Alaminos, 2005), los cuales abren paso a la observación, la racionalidad y la experimentación. Cabe mencionar que la clínica social realiza una resignificación de estos elementos, rescatando de ellos la visión de conjunto y la claridad explicativa de los hechos sociales, pero bajo perspectivas dinámicas de cambio y contingencia, cuyos axiomas interpretativos plantean un referente de investigación-intervención dinámico, móvil y en constante construcción, que obliga al replanteamiento frecuente del lugar que ocupa el sujeto en el mundo, y de las categorías sociales con las que se interpreta los fenómenos humanos, y las estructuras políticas adscritas a su devenir biológico. Dicho esto el conocimiento de la vida comunitaria por la comunidad misma, construye una realidad que solo puede ser vivida desde los parámetros de la convivencia y la aceptación del otro, por lo que el abuso de poder y el terrorismo, se constituyen en la enunciación nomotética del exterminio, en espacios o campos donde los ordenamientos biotecnológicos, se transforman en proximidades y translaciones de la realidad comunitaria, a nuevas virtualidades ideológicas del saber y del *quehacer* social.

La intervención en las comunidades, tiene parámetros propios y una identidad del psicólogo social, que incluso determina su personalidad, las aptitudes y las prácticas de intervención a nivel comunitario; por ello la psicología comunitaria en el espacio clínico social, busca el desarrollo de la actividad prosocial, en un proceso mediante el cual las comunidades adquieren un mayor entendimiento sobre su medio ambiente, las relaciones intercomunitarias con el estado, y los procesos de participación-interdicción con las instituciones que lo componen; *grosso modo* se requiere considerar que la clínica social, promueve prácticas discursivas y motilidades en lugares naturales o artificiales, donde la comunidad y sus diversos integrantes, se sostienen sobre andamiajes psicoafectivos que entrelazan y anudan el lenguaje (languajear), superponiendo y mezclando sus motivaciones inconscientes, a través de la sensibilidad estética que emerge del encuentro con el otro. Estos elementos configuran dispositivos sociales que traspasan la noción de control del estado y de síntoma, por lo que la dolencia existe pero no se limita a lo espacio-temporal, tiene un orden pero emerge para cambiar el ordenamiento biopolítico expresado por el cuerpo a través del dolor, es percible pero no se limita a los sentidos, y es verificable empíricamente pero no se aliena en la experimentación, pues va más allá de la repetición experimental es decir, se instala en la irrepetibilidad de la experiencia y la (de)construcción de la realidad, por medio de la inclusión de realidades alternativas de languajear que emergen en planos diversos de la corporalidad y la subjetividad interpersonal.

Lo expuesto logra reconfigurar el modo singular como la comunidad da cuenta del mundo y la interacción de cada encuentro humano, abriendo paso a una clínica de lo social, que traspone el acuerdo objetivo respecto al signo y al síntoma, y ubica ésta relación en la posibilidad de trasgresión de sus límites, en un metalenguaje que escenifica la fragilidad del sistema de creencias y la ideología impuesta que sustenta sus prácticas.

Lo anterior busca llevar al sujeto comunitario a su desujetación, al plantearle la oportunidad de entender lo que le sucede a través del sentir de las realidades en su ser es decir, en relación a la configuración particular de su dolencia histórica y sociocultural. Para Joel Otero la clínica social *"se trata sí, de una oferta transdisciplinar que recoge, en un sólo movimiento, la multiplicidad de los despliegues y la variedad de los diversos aportes de la Psicología"* (p.5), así, va más allá de lo intersubjetivo ubicándose en un lugar que resulta indeterminado desde el que es posible suscitar un cambio psicológico que viabiliza la (de)construcción de las nociones de realidad sociopolítica, anexas a los procesos de socialización, lo que de manera análoga afecta el hábitat, las relaciones individuo-grupo y grupo-sociedad. De acuerdo con Sánchez (2002) la psicología social utiliza el conocimiento como instrumento de impacto, e intenta modificar el orden social, por ello la necesidad de hallar consenso respecto al concepto de bienestar comunitario, el cual según Maritza Montero (1984) incluye la confluencia de tres tipos de necesidades: personales (salud, autodeterminación), relacionales (oportunidades de crecimiento) y colectivas (atención en salud, alcantarillado, igualdad económica, etc.), por lo que dicho bienestar depende en gran medida, de la división equitativa de los recursos de la sociedad, división que se constituye en una ficción siempre anhelada. Montero entiende el bienestar social, en función del desarrollo humano y *"en términos de propiedades mutuamente reforzadoras de las cualidades personales, relacionales y sociales"* (p.6), lo cual puede matizarse en la ejecución de tres proyectos: una psicología de la ciudad, el método clínico estético y una terapéutica de lo social (Otero, 2011); dicha praxis en palabras de Alfredo Moffat (1999) se puede centrar *"en los desaparecidos sociales y los desaparecidos de siempre"*, en los alienados, señalados, los excluidos y aquellos a quienes los servicios de salud no cobijan, debido a la precariedad económica de su condición humana, y a razón de la riqueza de su capacidad para transformar entornos socialmente inhabitables, es decir de aquellos en quienes los imaginarios de exclusión se arraigan convirtiéndose en escenarios de imposibilidad de inclusión.

En estos contextos la clínica de lo social dirige su atención a la condición vincular de la familia como propiciadora de los elementos psicosociales de conformación, reproducción y sostenimiento del tejido social cohesionantes en cuanto redes, vínculos y ecologías mentales, así la familia se constituye en el elemento dinamizador -más que mediador- de las relaciones entre comunidades e instituciones sociales. Según Robert D` Laing (1979) la familia ha caído en una especie de disolución constante, donde sus miembros parecen haber ingresado a una relación recíproca que en muchos aspectos se asemeja a una *relación hipnótica*, en la que se

actúa automáticamente, lo cual complejiza en el ambiente natural de la familia, la posibilidad diversa de generar representaciones, abordajes y ordenamientos sociales asociados al aprendizaje a partir de los conflictos, derivando en la problematización de dichas realidades, la responsabilidad de la transformación del ordenamiento Biopolítico. Las condiciones de conflicto sociofamiliar pueden ser abordadas desde lugares multidisciplinares, en los que se acuda a los criterios de autoridad histórica, al peso de la tradición sociocultural, la revelación del sentido comunitario de lo humano, la intuición significativa y a otras formas de conocimiento no empíricas lo que evita el veredicto, el ultimátum, o la homogenización de los afectos y las subjetividades. En el sentido transdisciplinar el rol del psicólogo y de otros profesionales en la intervención clínico social, es el de agentes de cambio de los modos heteronómicos de sentir y convivir en sociedad, fortaleciendo los procesos (de)constructivos de la realidad psicoafectiva vivida por la comunidad, lo que conlleva acciones direccionadas a la resignificación conscientizante de las vivencias individuales y grupales, al tiempo que una reconceptualización de las formas comunitarias de reaccionar ante las exigencias biopolíticas del estado y sus instituciones. *De suyo* dicho rol va más allá de la mera clasificación sintomática, permitiendo diseñar modelos interpretativos y de intervención sobre la realidad comunitaria, cuyo carácter reformador, amplíe el conocimiento respecto a las dinámicas y movilizaciones sociales, permitiendo restituciones vinculares del tejido social, además de la implementación de una arquitectura social, construida desde lo colectivo-comunitario que posibilite crear nuevos escenarios de encuentro para valorar, pensar, sentir, intuir, y operar consensualmente a través de la red humana de interacciones interinfluyentes.

En la interacción afectiva resignificante propia de la clínica social, las intervenciones buscan propiciar en la comunidad, una modificación paulatina del ordenamiento biopolítico, y de las situaciones límite añadidas a incidentes repetitivos de vulneración de los derechos. La complejidad en la clínica social, más que un propuesta es un desafío que confronta y hace posible, superar la dominación ideológica a través del pensamiento complejo, el cual surge de la tensión permanente entre el saber inacabado y la incompletud del conocimiento (Morin, 1995), tracción que anima en el pensamiento multidimensional, la búsqueda de respuestas múltiples, de nuevos cuestionamientos y prácticas novedosas de convivencia a partir de lo uno y de lo múltiple. Lo clínico social aborda temas como el individualismo, competencia, aislamiento, señalamiento, discriminación social, apatía y dependencia política, abriendo paso a una conciencia afectiva-regulativa de lo social (matristica) con el fin de (de)construir el dominio-ideológico total (patriarcal), a través de deslizamientos y movilizaciones significantes, en las estructuras de relación matristica-patrística, para llevar el encuentro con el otro a contextos sociales de legitimidad, mismos que fueron desplazándose por efecto de la fuerza del patriarcado y la organización represiva (Marcuse, 1993); en estos espacios de encuentro conversacional, el control coercitivo sobre lo afectivo y lo social se disocia en particularidades cognoscibles, aptas de ser resignificadas cuando se apuesta a la transformación a través de la autonomía ecológica. *Ergo* el análisis de dicho cambio permite entender que quien obtuvo el

poder de dominar las formas y significantes del lenguaje (Padre-Estado-Castración-Perversión) contó con la posibilidad de transformar dinámicamente su realidad y la de otros, por medio de la institucionalización y legitimidad sociopolítica del conflicto (*privación social, frustración generalizada y castración participativa*) y la violencia (Bonanno, 2004)), condición que se instala en las instituciones, como instrumento válido de control social. La clínica social entiende dichos dispositivos de eliminación e inspección biopolítica, como elementos propios de la relación violenta del estado, lo que implica precisar que su operatividad y distribución colectiva, se organiza por efecto de instancias de ajuste, es decir a modo de estrategias programadas histórica y culturalmente para alienar y suprimir al otro.

Cabe mencionar que el patriarcado se caracteriza por la autoridad de los hombres sobre las mujeres e hijos, la ambición de poder para dominar la organización social, la producción, reproducción y consumo de bienes, servicios y afectos (controlados, categorizados, explícitos), además del ordenamiento Biopolítico, la organización sociocultural de la guerra y la legitimidad del ejercicio de la muerte (Reguant, 2007). Por otra parte el matriarcado en su esencia matrística representa *per se*, un sistema donde la mujer ejerce una función social de primer orden, indispensable para el desarrollo de la comunidad, estableciendo contactos con otros núcleos familiares, por lo que transmite el parentesco, fortalece la identidad y organiza el trabajo disponiendo el cumplimiento de la ley (Gómez, 2008); para Morin (1995) la complejidad es el tejido de eventos, acciones, interacciones, retroacciones, determinaciones y azares, que constituyen el mundo fenoménico en el que se coexiste, así la clínica social en cuanto dispositivo, rescata el sentido de la protección, sostén y seguridad matrística, generando nuevas y mejores formas de vivir la relación con el otro. En consecuencia la característica principal de la clínica social, es la formación y reconstitución del tejido social (más que su reparación), la conexión dialógica "colaborativa-interpretativa-(de)constructiva" entre familias, comunidades e instituciones estatales, como también la construcción de mejores lazos de afecto, sentidos sociales cooperativos, y la búsqueda de cierto *plus liberador*(mas allá del ordenamiento social) que incluya la diferencia y lo no-homogéneo como elemento clave para pensar la homeostasis social. Cabe mencionar que lo patrístico de acuerdo a Maturana (1997), se enlaza a la búsqueda del poder y dominio absoluto, a través de la rivalidad, conductas desafiantes u hostiles, demostración de la fuerza y exigencias de consumos que niegan la sensualidad estética y ubican la razón positivista sobre el sentir personal y comunitario; dicho esto el patriarcado propicia la competencia (principal elemento de exclusión del otro), la lucha en defensa de intereses socialmente contruados y la anulación simbólica e imaginaria del otro, regulando en contextos excluyentes las diferencias, mismas que se remedian con demostraciones violentas (armas), en las que prima el silenciamiento y la apropiación de la memoria histórica (Das, V. 2008).

De acuerdo con Dunker (2011, citado en Orejuela y col, 2012) " *el clínico es ante todo un lector de signos que conforman el campo de una semiología, y organizan una diagnóstica como forma*

de justificar las escogencias de tratamientos' (p. 21), que más allá de la categorización del síntoma, dan sentido a una clínica que es ante todo una posibilidad de entrar en contacto con el otro, poniendo en escena un andamiaje de contingencias sociales; esta definición concuerda con lo planteado en la clínica social, en la medida que la lectura dialógica de lo social, implica un encuentro comunitario donde personas y grupos, desde sus particularidades psicosociales, representan en su interacción con otros, las consecuencias bio-psico-somatolectas de los ordenamientos políticos causantes de su malestar social. En este sentido la ambigüedad, el desorden y la incertidumbre ante el mundo, representan los efectos de la complejidad de los mecanismos de dominación social, al tiempo que proponen la posibilidad de integrar dicho desorden al análisis complejo de la realidad que componen, en contraposición al determinismo absoluto y la jerarquización de los afectos, las creencias y las vicisitudes irrefrenables de la convivencia. Retomando lo matrístico, Maturana (1997) indica que es la aceptación del otro sin condiciones, es decir el establecimiento de una sensualidad estética con base en la superación del placer y colocada en la dinámica del plus que produce el encuentro con el otro, lo cual se manifiesta en el contacto físico y la caricia, condición básica de los componentes clínico-estéticos (Otero, 2011a; 2011c). La clínica social invita a desarrollar y fortalecer en la comunidad las habilidades de colaboración, autogestión, empoderamiento, participación, y reparación, es decir posibilita resolver los conflictos en circuitos de conversación, donde prima el sentir sobre la objetivación del afecto o la categorización del padecimiento.

Lo anterior conlleva al estudio del efectos en el lenguaje y la forma de la vida, misma que para Morin (1995) no se limita a una sustancia, porque es un fenómeno de auto-eco-organización excepcionalmente complejo, que se produce en la autonomía de los fenómenos antro-po-sociales, así con el fin de confrontar lo entramado, la incertidumbre y la duda, se requiere distinguir sin desarticular, y asociar sin identificar o reducir los fenómenos sociales, tomando en cuenta que la comunidad y la sociedad son sistemas Autopoiéticos que deben resignificar (de)constructivamente sus funciones, a favor de la legitimidad de la participación transformadora de cada subsistema que lo compone, evitando la propagación de una enfermedad social (Sánchez y Merino, 1989), que no se limita al cambio en las actividades instrumentales de la vida diaria, pues a modo de malestar generalizado, se adhiere al lenguaje comunitario y transfigura la comunicación, haciendo que al ser cada vez más mediática y distante, genere condiciones deficitarias de salud mental, física y social, al tiempo que una inequidad en el acceso a los servicios de salud, inconformismo existencial, apatía política, individualismo, exclusión y señalamiento social cada vez mayor; dichos aspectos pueden ser examinados en su complejidad, bajo una lógica transdisciplinar, y se convierten en instancias propositivas al emerger en un territorio analítico, donde la clínica social se presenta en sus consideraciones ético-estéticas, como una alternativa liberadora de cambio político.

Proximidades desde la Praxis Social-Comunitaria

Es importante revisar en los estudios sociales las pautas interaccionales de lenguaje, que median las relaciones entre sujetos y comunidades, tomando en cuenta una posición multiparadigmática y transdisciplinar que posibilite diferenciar, solidarizar y entender los sucesos sociales, como fenómenos complejos. Así comparativamente hablando, en el enfoque naturalista las condiciones necesarias para validar un modelo explicativo de la realidad, incluyen dos premisas básicas: validez de contenido y validez predictiva (pruebas, entrevistas y evaluaciones), en consecuencia la clínica social no limita su praxis a ellas, pues rompe con el modelo biomédico que estandariza y rotula al sujeto comunitario. Articulada desde un escenario crítico, la clínica social es una oportunidad (de)constructiva de la lógica Biopolítica de los fenómenos sociales contemporáneos, propios del devenir de sucesos interaccionales a nivel comunitario. De suyo en los acercamientos dialecticos, más que una descripción de eventos posibles-cuantificables en el tiempo, se hace uso de la observación, los circuitos conversacionales, el pensamiento intuitivo o percepción implícita de la totalidad del problema, y del pensamiento analítico como conciencia relativa de la información y de las operaciones involucradas (Bruner, 1972), a fin de favorecer un acercamiento crítico a la dinámica de los cambios biopolíticos, lo que permite la inclusión de lo contingente, como coyuntura inferencial de los sucesos mismos. Igualmente resulta importante entender, que la clínica social forma un plus de saberes interconectados, que se vinculan a la trama de dinámicas comunitarias, en las que el lenguaje y sus diversas manifestaciones metamórficas, determinan el modo en que puede ser interpretada la realidad dada, surgida o emancipada por los sujetos y las comunidades. La clínica social invita en gran medida, una reconceptualización del concepto de eficiencia en la intervención psicosocial, mismo que debe superar la medición estricta y porcentual propia del modelo positivista, dirigiendo la mirada hacia una concepción de intervención, que proponga una redefinición del *quehacer* del psicólogo en el ámbito social, al tiempo que la reconfiguración de sus prácticas y sistemas ideológicos vinculantes.

Lo anterior indica que el desarrollo de una clínica de lo social incita el análisis transdisciplinar de la realidad (Otero, 2011; 2011b) a fin de aproximarse a nuevas perspectivas de análisis del fenómeno social, a través de las formas transicionales de pensar el malestar personal y comunitario; en este sentido la aplicación de diseños multivariados en la intervención social, indica la necesidad de acercamiento a los aspectos relacionales de las comunidades, condición que propone el análisis de las nuevas formas de cohesión, dinámica y vinculación familiar, puesto que los perfiles de familia son dinámicos y se transforman en función de las interrelaciones entre sus miembros, y la interdependencia del sistema. La clínica social acoge dichos cambios como oportunidades de rompimiento de los ordenamientos biopolíticos que alteran los sentidos sociales de la convivencia en comunidad, llegando a plantear una reflexión acerca del *quehacer* de la psicología social y comunitaria, desde una mirada crítica en la que se entiende lo clínico como una invitación a (de)construir el concepto de síntoma y de eficiencia,

alternando lo conceptual-categórico con el emocionar (Maturana, 1997), en una dialéctica del afecto, que reúne lo nombrado-posible con lo sentido-inefable, pues en dicha posibilidad de encuentro se inscribe la des-categorización del sujeto-sujetado, lo que tiene un impacto transformador en el sentido que las personas y la comunidad le otorgan a su libertad. Para Morin (1995) se debe tomar conciencia de la patología contemporánea del pensamiento, cuya práctica se centra en la hiper-simplificación que ciega a la complejidad de lo real, pues una parte de lo real es irracionalizable, espacio en el que la racionalidad debe encontrarse con lo irracionalizable para develar el problema de la complejidad de los fenómenos sociales.

Lo clínico-patológico *per se*, se constituye en la representación corporal, del malestar personal como derivación irracionalizable del malestar social, condición que no es apreciable a simple vista, pues requiere la (de)construcción intersubjetiva de aquello que la comunidad denomina "dolencia, padecimiento e incluso, situación producto del destino", por lo que la clínica social no es un dispositivo que reduzca lo inefable de una condición social, a la mera atención paliativa y asistencialista propia de las intervenciones Biopolíticas. En el campo social, el conocimiento de la dinámica comunitaria, se presenta como una necesidad científica y vital, por lo que se hace preciso integrar el acceso que se tiene a la información histórica y sociocultural de los pueblos humanos, con dispositivos de análisis transdisciplinar, que articulan y organizan los contenidos y productos del pensamiento social. La clínica social se interesa por el síntoma, pero a diferencia del modelo positivista genera *plus*, al ir más allá del somatomorfo, permitiendo el abordaje de lo que el modelo naturalista llama patología psicológica, y analizando la patología del pensamiento formal desde una perspectiva de inclusión social, equidad y legitimidad del lenguaje comunitario. Así, la opción de realizar una lectura de la realidad comunitaria, no indica que lo que acontece en ella sea una especie de "libro abierto" a las descripciones del sentir individual o grupal, pero sí un acercamiento a las irrupciones de sentido y a los imaginarios sociales que componen la realidad vivencial de las agrupaciones humanas; dichos elementos viabilizan la proximidad a la subjetividad de las comunidades, a través de saberes alternativos que sirvan de elemento de desarrollo potencial de una "psicoterapia del oprimido" (Moffat, A. 1977) en la que se integren los saberes populares y las dinámicas tradicionales, anexas al sentido que se le puede dar al tratamiento biopsicosocial del padecimiento, al optar por una terapéutica en que se reúnan por efecto del sincretismo sociocultural y la globalización, las circularidades dialógicas y (de)constructivas respecto al Biopoder, los rituales de sanación tradicional, las cosmogonías, todas experiencias cotidianas para hacer frente a lo contingente, y las prácticas reflexivas familiares y social-comunitarias.

A Modo de Corolario

La práctica de la clínica social conlleva a precisar tres categorías: el hecho social, el cual es de acuerdo a Durkheim (1895) un comportamiento o idea que se hace presente en un grupo social, la cual es compartida o no y respetada o no por sus miembros, por lo que en la comunidad se

presenta a modo de evento (programado o no) que logra mover la dinámica relacional del grupo, al cambiar la configuración de los códigos del lenguaje con los que colectivamente se da cuenta de los cambios sociales; asimismo el *fenómeno social* referencia todo comportamiento complejo y multicausal, cuya manifestación está sujeta a cambios intersubjetivos en un grupo o sociedad, consolidándose como una construcción de sentidos transformadores, mediante la interacción social consciente, orientada al cambio así, el fenómeno social es transferido transgeneracionalmente a cada individuo, por medio de la comunicación y el lenguaje. Dicho así, el fenómeno social es una construcción histórica de sucesos que se mantienen, reformulan y consolidan en el imaginario sociocultural de un colectivo, presentando la tendencia a adscribirse a dinámicas interculturales y movimientos sociales. Por otra parte el tercer elemento es la corriente social, la cual es externa al sujeto, y cuenta con la posibilidad de arrastrarlo a su dinámica transformadora, cada vez que intenta luchar contra ella (Durkheim, 1895); cabe mencionar que en la clínica social desde un escenario crítico, la corriente social puede determinarse como aquel movimiento humano emergente, que surge de la manifestación frente a ciertas prácticas biopolíticas, que atentan contra las estructuras tradicionales de las comunidades, por lo que busca cambiar los sentidos explicativos y vitales de la ideología dominante, además de los modos heteronómicos de comprender el orden social. La necesidad de ruptura paradigmática es parte de un proceso transformador de liberación social, en el que las corrientes sociales deben separarse de los intereses Biopolíticos maniqueístas, que manifiestan la operatividad antropo-social de los discursos biopsicosociales que motivan dichas movilizaciones.

Los elementos generadores de una clínica social comunitaria como clínica liberadora, generan en sí mismos dinámicas aleatorias del lenguaje, en las que se fraguan las representaciones e imaginarios sociales, en una coacción de las subjetividades que a menudo son manipuladas por quienes a través del ejercicio político, instauran la participación social como argumento de convencimiento inductivo. De suyo la clínica social se inserta en un momento histórico determinado, afrontando de forma compleja las características sociales, económicas y políticas que generan las particularidades ideológicas, acerca de lo sano y lo enfermo, y aun cuando los modelos de salud-enfermedad se superponen en cada una de sus capas, llegando a traslaparse e indiferenciarse en sus prácticas de naturalización y objetivación de lo sintomático, la liberación se fragua en los circuitos de lo irracionalizable, es decir en lo inefable e irreparable de los objetos perdidos. Lo anterior implica que el alejamiento de la condición subjetiva ligado al malestar individual y social, propio de los modelos biomédicos, actúa como elemento reforzador de las prácticas Biopolíticas del estado y va en sentido opuesto a la ética comunitaria de la intervención psicosocial; de suyo la intervención clínica social, prepara los procesos (de)constructivos de las condiciones ideológicas, que instituyen la capacidad estructural del funcionamiento social, y las condiciones diacrónicas de los ordenamientos políticos. Por ello el rol del psicólogo social desde una perspectiva clínica-social, parte de la acción crítica al pensamiento mismo, cuestionando el control absoluto del hecho social por la vía

coercitiva, y evitando que las acciones de hecho direccionen la transformación contingente a escenarios de guerra y anulación social. Dicho rol es pues, la oportunidad de proponer elementos clave que apunten y guíen la intervención, hacia un proceso dialógico y en construcción constante con la comunidad, mismo que debe direccionar la acción transformadora de las microestructuras sociales, hacia la innovación consensual de la actividad democrática.

Referencias

Adorno, T. (1970). *Teoría estética*. Ästhetische Theorie Herausgegeben von Gretel Adorno und Rolf Tiedemann Erste Auflage: Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M., 1970.

Adorno, (1969). *Tres estudios sobre Hegel*. Madrid: editorial Taurus.

Agamben, G (1998). *¿Qué es un campo?*. *Revista Artefacto*. Pensamientos sobre la técnica. Buenos Aires, nº2.

Alaminos, A (2005). *El análisis de la realidad social. Modelos estructurales de covarianzas*. Observatorio Europeo de tendencias sociales. Universidad de Alicante.

Bateson, G. (1999). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Editorial Lohlé-Lumen.

Berger, P. L., Luckman, T. (1979). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Bonanno, GA (2004) Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59 (1), 20-28

Bruner, J (1972). *El Proceso de la Educación. Pensamiento Intuitivo y Analítico*. México: Uteha.

Castro, E. (2007). Biopolítica y Gubernamentalidad. *Revista Temas y Matices*, 11, primer semestre. Recuperado de www.unioeste.br/saber

Cobo, M. (2012). *Las Otras voces*. Editorial Universidad de San Buenaventura.

Laing, R. D. (1979). *Los locos y los cuerdos*. Barcelona: editorial Grijalbo.

Das, V. & Poole, D. (2008). El estado y sus márgenes. Etnografías comparadas. *Cuadernos de Antropología Social*, 27, 19-52.

Das, V. (1997). Language and Body: transactions in the construction of pain. En: Arthur Kleinman, Veena Das y Margaret Lock (eds.), *Social Suffering*, 67-91. Berkeley, University of California Press.

Das, V. (2008). *Sujetos del dolor, Agentes de Dignidad*. Universidad Javeriana.

Derrida, J. (1972). *Dos ensayos: La escritura, el signo y el juego en el discurso de las ciencias humanas / El teatro de la crueldad y la clausura de la representación*. Barcelona: Anagrama.

Dunker, C (2011). *A constitucao da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento*. Sao paulo: Annablume.

Durkheim (2001). *Las reglas del método sociológico*. Fondo de cultura económica. México. Traducción de Ernestina De Champourun.

Foucault, M. (2000). *Los anormales*. Mexico D.F.: Siglo XXI.

Foucault, M. (2001). El nacimiento de la clínica, una arqueología de la medicina. Mexico D.F.: Siglo XXI.

Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata: Ed. Altamira.

Foucault, M. (1998). *Historia de la Sexualidad I. La Voluntad de Saber*. México: Siglo XXI.

Gómez, A. (2008). *Charla: Sistemas Sexo/Género "Matriarcales": Los Bijagós (Guinea Bissau) y Los Zapotecas (México)*. Universidad De Vigo. Tomado de la red en Agosto de 2012. <http://webs.uvigo.es/etnicsexualidad/wpcontent/documentos/textocharlaluisgarate.pdf>

Marcuse, H. (1993). *El hombre unidimensional. Ensayo sobre la ideología de la sociedad industrial avanzada*. España: Planeta-De Agostini.

Maturana, H. (1990). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Chile: Pedagógicas Chilenas.

Maturana, H. (1997). *La democracia es una obra de arte*. Colombia: Cooperativa editorial Magisterio.

Maturana, H. (1998). *De maquinas y seres vivos*. Chile: Editorial universitaria S.A.

Miermont, J. (1987). Eco-eto-antropología. En J. Miermont, *Dictionnaire des Thérapies Familiales* (A. Hernandez Córdoba, Trad., pág. 9). Paris, Payot.

Miranda, C. (2012). Biopolítica en el mundo contemporáneo. *Rev. Sociedad & Equidad*, 3, 211-221.

Moffat, A. (1974). *Psicoterapia del oprimido*. Buenos aires: Editorial librería ECRO.

Moffat, A. (1999). *Los desaparecidos sociales. 1er seminario de análisis crítico de la realidad Argentina (1984-1999)*. Publicado en el Diario página 12.

Montero, M. (1984). La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16 (3), 387-400.

Morin, E. (1994). *El conocimiento del conocimiento. El método*. Madrid: Cátedra.

Morin, E. (1995). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

Morris, W (1956). The Role of Theory in Aesthetics. *Journal of Aesthetics and Art Criticism*, vol. 15 (1956), pp. 27-35; reprinted in P. Lamarque and S. H. Olsen (eds), *Aesthetics and the Philosophy of Art: The Analytic Tradition*, (Oxford: Blackwell, 2004), pp. 12-18.

Myers, D. (2005). *Psicología social*. Octava Edición, México: McGraw-Hill

Orejuela, JJ, Moreno, MA, Salcedo, MA (2012). Abordajes psicoanalíticos a inquietudes sobre la subjetividad. *Cuadernos de postgrado Facultad de psicología*. Colombia: Universidad de San Buenaventura.

Ochoa, M, Olarzola, J, Martínez, M (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*, Barcelona: Editorial UOC.

Otero, J (2010). *¿Que es la clínica de lo social? ¿Enfoque, escuela, tendencia, énfasis?*
Recuperado de http://clinicadelosocial.weebly.com/uploads/6/6/9/1/6691816/qu_es_lo_clnica_de_lo_social_enfoque_tendencia....pdf

Otero, J (2010a). *Hacia una psicología de la ciudad. Cuatro conferencias sobre clínica de lo social*.
Recuperado de http://clinicadelosocial.weebly.com/uploads/6/6/9/1/6691816/hacia_una_psicologa_de_la_ciudad_cuatro_conferencias_sobre_clnica_de_lo_social.pdf

Otero, J (2011). *A propósito del plus*. Recuperado de <http://clinicadelosocial.weebly.com/textos-joel-otero.html>

Otero, J (2011a). *¿Qué es la clínica de lo social?*. Recuperado de <http://clinicadelosocial.weebly.com/textos-joel-otero.html>

Otero, J (2011b). *Psicología y Clínica de lo social*. Recuperado de <http://clinicadelosocial.weebly.com/textos-joel-otero.html>

Otero, J (2011c). *Más allá de la Clínica de lo social. - Primer Despliegue-*. Documento de trabajo. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/5259/1/joeloteroalvarez.20111.pdf>

Otero, J (2012) *Más allá de la Clínica de lo social. - Segundo Despliegue-*. Documento de trabajo. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/7817/1/joeloteroalvarez.20121.pdf>

Reguant, D (2007). *Explicación abreviada del patriarcado*. Tomado de la red en Agosto de 2012. <http://www.proyectopatriarcado.com/docs/Sintesis-Patriarcado-es.pdf>

Sánchez, A (2002). *Psicología social aplicada*. España: Editorial Prentice Hall

Sánchez, J, Merino, L (1989). Evolución epistémica del concepto de Enfermedad social. *Revista de Trabajo Social*, 114.