Familias: aportes a la construcción de un abordaje integral de la disfunción familiar

Families: contributions to the construction of a comprehensive approach to family dysfunction

Cecilia Conti* María Eugenia Ferraris**

* Licenciada en Psicología.
Maestranda en Salud Colectiva.
Residente de Psicología Social y Comunitaria. Secretaría de Salud. Municipalidad de Bahía Blanca. ceciliaconti85@gmail.com
** Licenciada en Psicología.
Psicóloga Comunitaria. Tutora de la Residencia en Psicología Social y Comunitaria. Secretaría de Salud. Municipalidad de Bahía Blanca. eugeniaferraris@yahoo.com.ar

RESUMEN

En los equipos de salud confluyen teorías, valores y prácticas en relación al diagnóstico y tratamiento de las llamadas familias disfuncionales. Este artículo busca ampliar y reflexionar sobre los conceptos de familia porque desde donde escuchemos y observemos a las familias es desde donde se construirán las distintas estrategias de abordaje de las problemáticas que aparecen en la consulta. Las familias ya no responden al ideal de "papá, mamá e hijos". Así se presentan configuraciones familiares variadas donde la convivencia, el matrimonio y el género no serían condiciones indispensables para acompañar procesos de constitución biopsicosocial. La propuesta de abordaje integral de las familias está orientada por la noción de procesos de función-disfunción y tiene como pilares fundamentales a la inter-disciplina, la promoción de la salud, el trabajo en equipo y la formación profesional permanente. El buen manejo de entrevistas individuales y familiares constituye una competencia indispensable para el diagnóstico y tratamiento de situaciones familiares complejas. A la vez, las intervenciones grupales y comunitarias requieren del contacto intersectorial para desarrollar actividades preventivas y de promoción de vínculos saludables. Frente a lo que ya no es, los profesionales de la salud tenemos la posibilidad de descubrir lo nuevo. La diversidad como oportunidad para reformular nuestras teorías y nuestras prácticas.

PALABRAS CLAVE: Familia, relaciones familiares, procesos de función-disfunción, equipo de salud.

ABSTRACT

In health teams converge theories, values and practices in relation to diagnosis and treatment of so-called handling dysfunctional families. This article seeks to expand and reflect on the concepts of family because from where we listen and observe families is where the different strategies for addressing the problematic that appear in the consultation will be built. Families no longer respond to the ideal "father, mother and children". So varied family configuration are presented where cohabitation, marriage and gender would not be necessary conditions to accompany biopsychosocial processes constitution. The proposed integrated approach to families is guided by the notion of processes function-dysfunction has as its cornerstone the interdisciplinary, the health promotion, teamwork and the continuing vocational training. Good management of individual and family interviews is essential for the diagnosis and treatment of complex family situations. Also, the group and community interventions require intersectoral contact to develop preventive and promotion of healthy link activities. Versus what is no longer, health professionals have the ability to discover the new. Diversity as an opportunity to reformulate our theories and our practices.

KEYWORDS: Family, family relationships, function-dysfunction processes, health team.

Archivos de Medicina Familiar y General 2014; 11(2): 34-41

“La familia es el único valor seguro al cual nadie puede ni quiere renunciar. Los hombres, las mujeres y los niños de todas las edades, todas las orientaciones sexuales y todas las condiciones la aman, la sueñan y la desean”.
Elisabeth Roudinesco (1)

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de equipos de salud interdisciplinarios que trabajan en el primer nivel de atención, reciben de diversos modos consultas que dan cuenta del funcionamiento familiar desfavorable para el desarrollo de las potencialidades de cada uno de sus miembros.

En los equipos de salud suelen encontrarse médicos de familia y psicólogos comunitarios. En esos espacios, confluyen teorías, valores y prácticas en relación al diagnóstico y tratamiento de las llamadas familias disfuncionales.

Este artículo busca ampliar y reflexionar sobre los conceptos de familia porque desde donde escuchemos y observemos a las familias es desde donde se construirán las distintas estrategias de abordaje de las problemáticas que aparecen en la consulta.

Pues, como señalan de la Aldea y Lewkowicz (2) “Cuando un profesional de la salud va al hospital, a un consultorio, a un barrio, lleva consigo un bagaje de conocimientos, teorías, ideas, saberes, lleva una posición y un título que lo autorizan para actuar, lleva una hipótesis sobre cómo es la realidad y qué hacer con ella” (de la Aldea y Lewkowicz, 2004, p. 11-12)

La psicología comunitaria, con su escucha y clínica particulares, colabora a la comprensión de los padecimientos individuales como efecto de la dinámica vincular familiar ampliando la mirada al campo de lo social.

Sin perder de vista algunas pistas generales sobre las funciones familiares nos proponemos contribuir a pensar en las particularidades de cada familia en su contexto social entendiendo que debemos asumir una responsabilidad ética de generar las condiciones para que las familias tengan un desarrollo funcional y autónomo.

¿QUÉ FAMILIA?

“La familia siempre se definió como un conjunto de personas ligadas entre sí por el matrimonio y la filiación, incluso por la sucesión de individuos descendientes unos de otros” (Roudinesco, 2010, p. 18). Es decir, que la familia está constituida por dos generaciones con roles y funciones diferenciadas. (1) (3)

Hablamos, entonces, de familia en la medida en que haya un adulto capaz de cuidar a un niño y un niño capaz de ser cuidado por un adulto. Así, familia significa alguien que respalde y alguien que se siente respaldado. Es decir, que se estructuren los roles de tal manera que permita que aquel que respalda sea quien se siente responsable de la supervivencia y desarrollo simbólico, de la evitación del sufrimiento del respaldado en los términos que las posibilidades de vida que puede sostener le brinden. Entonces, hoy la familia supone nuevas formas de agrupamiento, de las cuales debemos rescatar la función que cumplen y ayudarlas a ejercer del mejor modo sus tareas. (4)

Pensamos la familia como la forma en que el individuo elige agruparse con otros a lo largo de la vida. Hoy los criterios que determinan la filiación son varios, y se relacionan con referencias genéticas, biológicas, psicológicas, familiares, culturales, sociales, religiosas y legales. (5)

Resulta interesante pensar en funciones que deben ser ejercidas por adultos responsables del cuidado de sujetos en desarrollo. Funciones que cualquier persona del entorno podría llevar adelante. Cada vez es más visible que las familias ya no responden al ideal de “papá, mamá e hijos”. Así se presentan configuraciones familiares variadas donde la convivencia, el matrimonio y el género no serían condiciones indispensables para acompañar procesos de constitución biopsicosocial.

Lorena vive con sus padres y sus dos hijos. Está separada del padre del hijo mayor y en pareja con Julián, padre del hijo menor. Sin convivir, se organizan momentos para compartir la responsabilidad en sus funciones parentales: almuerzan juntos, Julián lleva a los chicos a la escuela, se consultan para tomar decisiones.

Tamara y Abril viven con Susana y sus tres hijos hace 6 años desde que la justicia dictaminara una medida de protección para las niñas. Sin perder contacto con su madre biológica, a la que visitan los fines de semana, Tamara y Abril desarrollan sus actividades escolares, recreativas y reciben cuidados en el seno de la familia sustituta.

Laura vive sola en la casa que era de sus padres. Desde los quince años Laura es travesti. Es muy conocida y querida en su pueblo. Su amiga Sonia tiene dos hijas adolescentes que pasan varias horas del día en la casa de Laura mientras Sonia trabaja.

Estos ejemplos dan cuenta de diferentes modalidades vinculares donde hay adultos favoreciendo el desarrollo de niños, niñas y adolescentes. Frecuentemente recibimos consultas sobre problemáticas que suceden en dichos contextos. Contextos que nos convocan a pensar y diseñar nuevas formas de abordaje que nos permitan superar prejuicios. La caída

del ideal de familia tiene como contracara la crisis del ideal en la clínica.

Nora Briuoli (4) caracteriza las funciones simbólicas necesarias para la constitución de un sujeto humano. Esta autora distingue tres funciones esenciales:

- 1) Función materna: nutre, asiste, arrulla, mimó. La madre ofrece recursos para metabolizar, simbolizar y ordenar situaciones que causan angustia y sufrimiento. La madre lee un mensaje y enseña a leerlo. Más adelante, el niño podrá solo y la madre deberá correrse para dejarlo crecer.
- 2) Función paterna: altamente comprometida con la oferta del mundo exterior, los trazos de lo social, garantiza el éxito del pasaje al grupo social, a los objetos públicos, al discurso cultural y los códigos compartidos. Representa la ley que ordena y estructura.
- 3) Función del campo social: es la red de sostén y de vínculos intersubjetivos, nos permite enunciar proyectos que nos identifican, tiene que ver con la salida al mundo, a la cultura, al campo social. La relación entre la cultura y el sujeto, refiere en este contexto, a un contrato singular, que garantiza al sujeto, un lugar en la sociedad, reconocimiento y es lo que permite la conformación de ciudadanía. Este contrato remite a derechos y obligaciones mutuas, es un contrato buscado y deseado por el sujeto necesario para seguir construyéndose. Es un pacto de intercambios.

Alcira Alizade (5) integra estas tres funciones en lo que ha conceptualizado como función familia: "designa subjetividades que vinculan y sostienen (o derrumban) el psiquismo fuera del espacio de la familia nuclear convencional" (Alizade, 2014, p. 29). Por ello, estas funciones simbólicas se diferencian de las funciones biológicas. Se trata de un entramado de lazos de diversas características indispensables para la constitución de un ser humano. Estos lazos no necesitan ser filiatorio-biológicos y pueden ser de cuidado o negligentes, de ternura o de odio. Entonces, función familia se refiere a la construcción de relaciones entre personas que son significativas para el desarrollo de un niño, niña y/o adolescente. Función familia hace referencia a esa función "auxiliar" que cumple una persona tanto en la satisfacción como en la enseñanza y transmisión de aquellas funciones yoicas, que permiten la relación con los otros y la autonomía. Esta función auxiliar que ha cumplido Susana con Tamara y Abril en el ejemplo anteriormente citado.

Cumplir adecuadamente con estas funciones es un trabajo que encontrará dificultades de diversos orígenes. El cuidado y sostenimiento de un sujeto en formación puede dificultarse por fallas estructurales en alguno de los miembros de la familia (sufrimiento mental grave, perversión, discapacidad mental seve-

ra), por acontecimientos accidentales (duelos, desempleo, enfermedades que requieran tratamientos cruentos y prolongados, catástrofes naturales, etc.) y procesos sociales con impacto en la subjetividad (gobiernos de facto, crisis económicas, conflictos bélicos).

Es decir, las funciones familiares pueden alterarse, trastornarse, desordenarse. El diccionario de la real academia española define disfunción como "desarreglo en el funcionamiento de algo o en la función que le corresponde" (6).

Proponemos abordar a las familias desde la noción de procesos de función-disfunción que dan cuenta de un devenir constante, familias en construcción permanente, familias que se organizan y desorganizan para avanzar. Habrá momentos de estancamiento generadores de sufrimiento que demandarán intervenciones profesionales. Esos momentos son momentos de disfunción. Función y disfunción corresponden a dos momentos de un mismo proceso.

Ya Heráclito (7), filósofo del siglo VI a.C, sentenció que "Nunca nos bañamos dos veces en el mismo río". Las cosas no son nunca lo que son en el momento anterior y en el momento posterior pues las cosas cambian constantemente. No hay un ser estático. El ser es dinámico y cuando queremos aprehenderlo sólo obtenemos un recorte arbitrario de la realidad. La existencia, para Heráclito, es un constante fluir, un cambio perpetuo.

La noción de proceso de función-disfunción para pensar los procesos familiares, es construida a partir del pensamiento de Enrique Pichon-Rivière (8) (9) en relación a su concepto de aprendizaje de la realidad. Nos dice que los procesos de aprendizaje tienen historicidad y se dan continuidades y discontinuidades, esto quiere decir que existe una relación con los otros y el mundo que no es lineal, sino dialéctica. Ahora bien se producen rupturas y esto ocurre cuando una crisis personal o social introduce discontinuidades que quiebran la coherencia interna de una estructura y moviliza las formas hasta allí vigentes de relación vincular con el mundo y los pone o nos pone en cuestión.

Dice Pichon-Rivière (9): "Hay algo que emerge, es el hecho de enfermarse, la enfermedad, tome esta la forma de la enfermedad mental, un intento de suicidio, un cuadro de drogadicción, una úlcera, un infarto, etc. este hecho es el emergente y desde allí denuncia el carácter patogenético que en ese momento reviste la interacción familiar" (Pichon-Rivière, 1999, p. 63).

Entonces, ¿cómo reconocemos la disfunción en la familia? Hay algo de las tareas que se ve impedido, que se nos aparece como tensión, desequilibrio, mala comunicación, dificultades en el desempeño de roles y en la expresión de estados afectivos. Manifestaciones de una dinámica vincular que no propicia el desa-

rollo de recursos para enfrentar cambios del medio social y del propio grupo. Disfunción que puede mostrarse a través del malestar, síntoma en uno de sus integrantes, quien da cuenta de las dificultades que la familia tiene en la resolución de conflictos y en la construcción de procesos subjetivos que promuevan el desarrollo de sus miembros. (10)

Hay situaciones familiares desfavorables y riesgosas como la violencia doméstica, la falta de recursos materiales para el sustento cotidiano, el aislamiento social, el consumo de sustancias psicoactivas, el abuso sexual intrafamiliar. (11) (12)

En el marco de un control de salud integrado, donde participan un médico de familia y una psicóloga comunitaria, la mamá de Thiago de 4 años de edad refiere que “el niño en el jardín rompe todo, tira los juguetes y no puede interactuar con sus compañeros”. Después de varios minutos de entrevista, la madre no puede encontrar causas que expliquen el comportamiento de Thiago. De hecho, manifiesta que esas conductas sólo se presentan en el jardín de infantes. Durante la confección del famioliograma la madre menciona el fallecimiento del padre del niño hace cinco meses y de la abuela materna hace cuatro meses. Abuela que cuidaba de Thiago mientras su mamá trabajaba.

En el ejemplo, el comportamiento de Thiago da cuenta de cómo acontecimientos accidentales (fallecimiento del padre y la abuela) producen un quiebre en la coherencia interna del funcionamiento familiar. Este es un momento de disfunción en el que priman sensaciones de confusión y angustia. Sensaciones que obstaculizan que la mamá pueda relacionar la conducta de su hijo con la pérdida de adultos significativos. Los profesionales que escuchan esta situación pueden colaborar propiciando la asociación del comportamiento del niño con las muertes recientes.

TRATAMIENTO: ¿QUEREMOS HACER LO MÁS O LO MENOS QUE SE PUEDA?

En 1961 Donald Winnicott (13) planteaba la necesidad de fijar metas claras cuando se diseña un proyecto terapéutico y se preguntaba “... ¿Queremos hacer lo más o lo menos que se pueda?...” Winnicott, sostiene que en el trabajo institucional hay que tener siempre presente el aspecto económico del caso, buscar la situación central de una familia para no malgastar tiempo tratando a los personajes secundarios del drama familiar o perder de vista un factor externo adverso.

Pichon-Rivière dice: abordar al hombre en situación. La psicología social y comunitaria nos convoca a mirar a los sujetos situados histórica y socialmente, a ese sujeto concreto, inserto en relaciones sociales que lo determinan. Nuestros análisis y abordajes son sobre realidades concretas, históricas. Pichon-Rivière (9) agrega: “somos sujetos producidos en una

organización social y a la vez productores de dicha organización, tenemos la posibilidad de cambiarla”

Generalmente, los equipos de salud reciben consultas por casos individuales: un lactante de bajo peso; un niño con enuresis; una madre que consulta porque su hija de 8 años no aprende en la escuela; una adolescente que tiene dudas sobre un posible embarazo; una mujer joven con hipertensión; el equipo de orientación escolar de la escuela secundaria preocupado por un estudiante que se desmaya durante la hora de educación física; una vecina del barrio comenta sobre un octogenario que vive solo y requiere asistencia para las tareas diarias. Cualquiera de dichas problemáticas provoca una pregunta casi automática cuando -en el transcurso de una entrevista, de un ateneo o de una interconsulta- comenzamos a pensar alguna intervención posible: “¿y la familia?”. Se pregunta por la familia cuando se construye el famioliograma, cuando se indaga sobre antecedentes heredofamiliares y, también, cuando hay interés en conocer sus condiciones materiales vida, cuando se analiza la historia biográfica, cuando se investiga la participación social de la familia en la comunidad. Es así, que el padecimiento de uno de los miembros pasa de una primera impresión individual hacia una mirada ampliada en la que se incluye a la familia y las redes del campo de lo social. Esta transformación de lo individual en colectivo no implica perder de vista al sujeto que hace síntoma sino comprenderlo como portavoz de un padecimiento que comparte con otros. De este modo, el alivio se hallará junto a otros, otros familiares, otros comunitarios, otros institucionales. Dice Donald Winnicott (13): “...la atención debe centrarse en la familia y no en el individuo...debe tenerse en cuenta a la familia y concebirse al niño como parte de ella. Comenzaré por lo tanto con un ruego: piensen en el niño individual, en su proceso evolutivo, su sufrimiento, su necesidad de ayuda y su capacidad de beneficiarse con ella, claro está sin olvidar la importancia de la familia, de los varios grupos escolares y de todos los demás grupos que conducen al que conocemos por el nombre de sociedad” (Winnicott, 1966, p. 150).

Algo parecido ocurre a los miembros de equipos de salud: los saberes deben encontrarse. El abordaje de las familias debe realizarse en la construcción interdisciplinaria de distintos saberes intentando mirar a esa familia y su dinámica particular. Durante la consulta, será necesario reconocer indicadores de función-disfunción familiar identificando las potencialidades y dificultades de la organización familiar. Recordemos que cualquier problema que requiera intervención profesional podrá superarse a partir de los aspectos saludables, los recursos vinculares con que cuentan los miembros de la familia y la historia de resolución de situaciones de crisis que porta el grupo familiar.

No perder la oportunidad de acompañar a quienes consultan pues, como señala Silvia Di Segni (14)

“cuando una persona o familia recurre a su médico, sea este psiquiatra o de cualquier especialidad, y le expone la crisis por la que está pasando, estamos ante la culminación de un gran esfuerzo, ya que significa haber aceptado cierto monto de fracaso en la búsqueda de soluciones, agregado al dolor producido por los hechos desencadenantes. Subestimar este momento y este esfuerzo puede ser de consecuencias irreversibles porque produce un nivel de frustración que hará difícil la reiteración del pedido de ayuda” (Di Segni, 1991, p. 218-219).

Di Segni nos invita a no minimizar ni desestimar el trayecto que debe recorrer un sujeto para buscar ayuda. Se trata de estar disponibles a ofrecer un espacio de escucha y de “pensar juntos” sobre el problema que genera sufrimiento.

Sabemos que el factor tiempo juega un papel importante a la hora de diseñar nuestras intervenciones. Por eso, creemos necesario contar con algunas herramientas básicas para guiar una consulta:

- Ponerle nombre a la situación. Qué pasa, los efectos a corto, mediano y largo plazo. De este modo, se reduce la incertidumbre. Pedir ayuda es signo de madurez cuando se tiene conciencia de no poder encontrar soluciones.
- Desplegar el abanico de soluciones posibles, aun mencionando salidas absurdas o imposibles; éste es un modo de ayudar a pensar.
- Aclarar que esta misma situación es diferente si se la está viviendo que si se la analiza como observador. Esto ayuda a favorecer la autoestima con respecto a soluciones que “estaban ahí”, pero no fueron vistas.
- Incluir la dimensión temporal: “siempre hay tiempo para detenerse a pensar”. Se definirá en conjunto el grado de urgencia que la situación merece.

¿Con quién trabajar? Liliana Barg(15), plantea que la elección de los referentes puede estar motivada por:

- “la urgencia de la situación planteada;
- la posibilidad de los cambios en el grupo familiar;
- la continuidad en la relación del profesional con la familia;
- la solicitud de la institución;
- el interés personal del profesional” (Barg, 2003, p. 123).

Proponemos agregar a la lista:

- La red del campo social con la que cuenten la familia y/o el equipo de salud (Instituciones u organizaciones de referencia, iglesia, instituciones educativas, clubes deportivos, justicia, familia extensa, referentes barriales, especialistas en la problemática a trabajar, etc.) y,

- la discusión dentro del equipo de salud, pensando a la misma como propiciadora del encuentro necesario de ideas, teorías y prácticas para el abordaje de la familia en su complejidad.

Sumamos a la lista la red del campo social y la discusión dentro del equipo de salud como dos recursos indispensables con los cuales contar al diseñar una estrategia de abordaje de situaciones familiares complejas. Pues, consideramos que nada que no sea elaborado en equipo (incluimos aquí el enlace interinstitucional y comunitario) puede tener efectos duraderos. Los encargados de llevar adelante la intervención trabajarán con la convicción de quien está respaldado por una red de pensamiento previo.

El trabajo en salud suele asociarse a la atención/asistencia que se identifica con la producción de consultas y estudios complementarios. Mientras tanto, se dedica muy poco tiempo a espacios de reflexión, formación y trabajo en equipo. (16) (17). Pues como señalan de la Aldea y Lewkowicz (2): “Suele asociarse pensar con actividad mental, y no con acciones concretas. Pensar no es sólo reflexionar, es realizar prácticas en común, ponerse a dialogar como semejante. Por lo tanto la idea es ponernos a nombrar el problema ahí con ellos. El problema no es conocer más técnicas y teorías para intervenir, sino nombrar, mirar de qué se ocupan, cómo se posicionan, desde dónde trabajan y para qué. Pensar con otros tanto ese problema en esa comunidad en ese momento como pensar con los otros profesionales los implícitos de sus prácticas teóricas. Hacer con otros consiste en el placer de hacer. En la necesidad que yo tengo de los otros. En la condición de un problema compartido. Y sin pensar no se puede hacer con otros. Pensar con otros es hacer una subjetividad en común ponerse en común con otro, compartir un problema. No consiste en identificarse con el otro” (de la Aldea y Lewkowicz, 2004, p. 11-12).

Entrevista Vincular y/o Familiar

La entrevista familiar constituye un recurso y/o estrategia para profundizar e indagar las características de la dinámica vincular entre dos o más miembros de la misma y reconocer la existencia de redes extrafamiliares. Al principio, las intervenciones deben ser mínimas basadas en el modelo de entrevista libre (18) pero a medida que vamos elaborando hipótesis presuntivas acerca de lo que ocurra será imprescindible hacer comentarios y preguntas orientadoras. El motivo de consulta es lo que guiará nuestra búsqueda y conviene explorar las distintas áreas relacionadas con el mismo.

En estas entrevistas se pone en juego la dinámica vincular y se propicia el encuentro entre los protagonistas de la escena familiar. Se abre un lugar para

aclarar-se, reordenar, hacer visibles determinadas situaciones que se encuentran obturando la funcionalidad familiar y, por lo tanto, el desarrollo de sus miembros.

Por ello pensamos que, en algunas oportunidades, esta única entrevista opera movilizando recursos familiares y propicia nuevos modos creativos en la resolución de sus conflictos. La presencia de uno o dos profesionales del equipo de salud, el encuadre que se establece -propio de la consulta- podría constituirse en un sostén para que en las personas que participan de la entrevista, se abran nuevas posibilidades vinculables que promuevan la funcionalidad de ese vínculo y de la familia en su conjunto.

“Descubrí muy pronto, hace ya cuarenta años, que la recepción de la historia clínica por parte de la boca de la madre, es de por sí una forma de psicoterapia, si se efectúa correctamente. Debemos adoptar con naturalidad una actitud no moralista y darle tiempo a la madre para expresar lo que tiene en mente.” (Winicott, 1961, p. 118-119) (13).

Intervenciones grupales, comunitarias e interinstitucionales

Es frecuente que los equipos de salud sean convocados por instituciones y organizaciones de la sociedad civil. Se les supone un saber especializado, generalmente médico, sobre temáticas como sexualidad, vacunación, abuso sexual, nutrición. A la vez, los equipos de salud generan su propia oferta de servicios extramuros.

Así, se planifican talleres y encuentros tendientes a la educación y promoción de la salud. Estas intervenciones, destinadas a grupos clasificados según edad, género, institución a la que pertenecen, patologías prevalentes, se fundamentan en la idea planteada por Liliana Barg (15): “La mayor contribución en la intervención con familia es trabajar cuando ésta está sana, y con estrategias anticipatorias que desarrollen mecanismos de protección con autonomía acorde a la etapa de evolución de sus miembros, consolidando relaciones familiares participativas y democráticas, basadas en los valores y principios éticos propios de la familia” (Barg, 2003, p. 178).

Cada vez que se intervine de ese modo es importante estar alertas a la posición que adoptamos frente a la tarea encomendada. Es frecuente que se establezcan vínculos asimétricos donde el saber técnico se presenta como un obstáculo para la participación activa de miembros de la comunidad. Elina Dabas (19), entiende que la participación constituye un instrumento de cambio cuando se hace en el contexto de una ruptura del vínculo de “poder-saber” entre los técnicos científicos y la población: “La implementa-

ción de recursos humanos no convencionales consiste –desde nuestra concepción- en el hecho de que la población misma se convierta en recurso y participe; los profesionales y técnicos deben descentrarse de su supuesto lugar de poder para construir equipos transdisciplinarios, es decir, equipos con un marco referencial común en reformulación permanente con la comunidad” (Dabas, 1995, p. 117).

Imaginemos un centro de salud de un barrio de los denominados “vulnerables” que recibe familias con niños y niñas de 0 a 18 años para completar la libreta que deben presentar en ANSES para recibir la Asignación Universal por Hijo (AUH). El programa requiere acreditar, por parte de los agentes de sanitarios, controles de salud y calendario de vacunación completo. Esta situación puede convertirse en una oportunidad de intervención familiar comunitaria para el equipo de salud. Una actividad solitaria dentro de un consultorio puede transformarse en un encuentro entre vecinos y miembros del equipo de salud. Pueden planificar una jornada de salud familiar y controles colectivos de salud (20). Coordinando tareas, ese día se fortalecerán lazos entre familias y trabajadores de la salud. Mientras charlan surgirán inquietudes: las calles del barrio, los turnos para especialistas del hospital que no llegan, los festejos del día del niño, un grupo de murga que comenzó a funcionar. También, aparecen cuestiones que preocupan: cómo poner límites a los hijos, violencia escolar, alimentación, adicciones, sexualidad.

Con este ejemplo queremos rescatar la potencia de algunas tareas rutinarias que se llevan a cabo en centros de salud. La necesidad de ampliar la oferta de servicios de salud y, siguiendo a Ana María del Cueto (21), resaltar que: “cuando salimos de la privacidad del uno a uno, nos encontramos con grupos diversos y múltiples que pueblan el quehacer institucional y comunitario. La grupalidad permite y facilita, aunque no per se, el intercambio con otros iguales y diferentes en el círculo grupal” (del Cueto, 2013, p. 119).

CONCLUSIÓN

Los equipos de salud, se encuentran hoy, frente al desafío de construir abordajes para las familias, a través del entrecruzamiento y diálogo de diversos saberes. Se hace necesario ampliar la mirada hacia las nuevas modalidades familiares permitiendo que el ideal de familia “papá, mamá e hijos” caiga para dar lugar a la reformulación de las prácticas. Esta reformulación no es de generación espontánea sino que requiere de un fuerte compromiso en organizar espacios de formación profesional y de trabajo en equipo.

Se espera que las familias asuman como misión el desarrollo integral de sus miembros. En este proceso se dan momentos de función y momentos de disfunción.

ción que dan cuenta del avance en la construcción de subjetividad de sus miembros. Se transitan momentos de detenimiento, de inhibición, así como también, momentos de avance y crecimiento. Las funciones familiares deben sostenerse a lo largo del ciclo vital permitiendo sortear crisis y obstáculos vitales, accidentales y sociales.

Habrá que intervenir en los momentos de disfunción desarrollando estrategias que propicien la funcionalidad familiar pero considerando que la disfunción forma parte de los procesos familiares y es manifestación de esa discontinuidad que se presenta en el recorrido del camino hacia la subjetividad y la autonomía. A la vez, habrá intervenciones dirigidas al cuidado y fortalecimiento de los recursos existentes en las familias y la comunidad.

Las familias se presentan como un entramado de visiones, deseos, roles, en los que se establecen relaciones de intercambio, solidaridad y conflicto. Se espera de ellas que cumplan múltiples funciones y, a su vez, que den respuesta a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de sus integrantes dentro de un marco de democratización, afecto, seguridad, contención y límites.

Las familias, es decir, esos diversos agrupamientos que dan cuenta de multiplicidad de lazos que trascienden a la familia nuclear de entonces. Frente a lo que ya no es, los profesionales de la salud tenemos la posibilidad de descubrir lo nuevo y lo que está por venir. La diversidad de configuraciones familiares es, entonces, una oportunidad para reformular nuestras teorías y nuestras prácticas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Roudinesco, É. La familia en desorden. Ed. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, 2010.
- 2 de la Aldea, E; Lewkowicz, I. La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud. 2004 Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/208585961/La-Subjetividad-Heroica-Para-Mandar>
- 3 Giberti, E. La familia, a pesar de todo. Ediciones Novedades Educativas. Buenos Aires, México, 2005
- 4 Briouli, NM. La construcción de la subjetividad. El impacto de las políticas sociales. Disponible en: [file:/Dialnet-LaConstruccionDeLaSubjetividadElImpactoDeLasPoliti-2479324%20\(2\).pdf](file:/Dialnet-LaConstruccionDeLaSubjetividadElImpactoDeLasPoliti-2479324%20(2).pdf)
- 5 Alizade, A. Parentalidades. Interdependencias transformadoras entre padres e hijos. Ed. Lugar. Buenos Aires, 2014.
- 6 Academia Española. (2001). Disfunción. En diccionario de la real academia española (22.ª ed.) recuperada en: www.rae.es
- 7 García Morente, M. Lecciones preliminares de filosofía. Editorial Losada, S.A. Buenos Aires, 1973.
- 8 Pichon-Rivière, E. La psiquiatría, una nueva problemática. Del psicoanálisis a la psicología social (II). Ediciones Nueva Visión. 1985.
- 9 Quiroga, A; Pichon Riviere, E. Enfoques y perspectivas en psicología social. Ediciones Cinco. Buenos Aires, 1999.
- 10 Ortiz Gómez, MT; Louro Bernal, I; Jiménez Cargas, L y otros. La salud familiar. Caracterización de un área de salud. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n3/mgi14399.pdf>
- 11 Jelin, E. Familias. Ediciones de las Mujeres N° 20. Isis internacional. Chile, 1994.
- 12 Jelin, E. Pan y afectos. La transformación de las familias. Ed. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, 2010.
- 13 Winnicott, DW. El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista. Ed. Paidós. Buenos Aires, 2011.
- 14 Ricón, L; Di Segni, S y Tenconi, JC. Problemas del campo de la salud mental. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1991.
- 15 Barg, L. Los vínculos familiares. Reflexiones desde la práctica profesional. Ed. Espacio. Buenos Aires, 2003.
- 16 Onocko, R. Humano demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. Salud Colectiva. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2004.
- 17 Arnaudo, MC; Silberman, P. Modelos municipales de salud: consideraciones teóricas para la construcción de un hacer desde la reflexión de saberes. Archivos de Medicina Familiar y General 2013; 10(1): 5 – 9.
- 18 García Arzeno, ME. Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 1993.
- 19 Dabas, E. Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1995.
- 20 Buedo, PE et al. Controles colectivos de salud para niños: una experiencia en Villa Caracol, Bahía Blanca. Arch. argent. pediatr.

[online]. 2014. vol.112, n.3, pp. 271-275. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752014000300019&script=sci_art-text

- 21 del Cueto, AM. La salud mental comunitaria. Vivir, pensar, desear. Fondo de cultura económica. Buenos Aires, 2014.

NOTAS FINALES: las autoras agradecen a Carla Guevara Wolf, estudiante de medicina del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur, por su inestimable colaboración en la redacción del resumen en inglés.