

Original

Representaciones sociales de la salud y de la enfermedad en familias de infractores penales y su relación con los servicios asistenciales

MÓNICA VALGAÑÓN, LILIANA MUÑOZ, AGUSTINA FERRANDIZ, PAULA QUIROGA, CARLA CINTAS

MÓNICA VALGAÑÓN
Magister en Psicología Social.
Instituto de Investigaciones,
Facultad de Psicología,
Universidad del Aconcagua
(UDA). Mendoza, R. Argentina.

LILIANA MUÑOZ
Magister en Criminología.
Instituto de Investigaciones,
Facultad de Psicología,
Universidad del Aconcagua
(UDA). Mendoza, R. Argentina.

AGUSTINA FERRANDIZ
Licenciada en Psicología.
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET), Instituto
de Investigaciones, Facultad de
Psicología, Universidad del
Aconcagua (UDA). Mendoza, R.
Argentina.

PAULA QUIROGA
Licenciada en Psicología.
Instituto de Investigaciones,
Facultad de Psicología,
Universidad del Aconcagua
(UDA). Mendoza, R. Argentina.

CARLA CINTAS
Licenciada en Psicología.
Instituto de Investigaciones,
Facultad de Psicología,
Universidad del Aconcagua
(UDA). Mendoza, R. Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 29/12/2019
FECHA DE ACEPTACIÓN: 28/02/2020

CORRESPONDENCIA
Mag. Mónica Valgañón.
25 de Mayo 2180, Maipú
M5515GHZ. Prov. de Mendoza,
R. Argentina;
monicabeatrizvalganon@gmail.com

El presente trabajo tuvo el *objetivo* de conocer la representación social que las familias de adolescentes infractores penales tienen sobre la salud y la enfermedad y analizar el apoyo social recibido de los efectores que les brindan asistencia a las demandas de estos grupos. Las familias de los infractores son objeto de múltiples prestaciones del sistema, aunque tal sobre prestación parecería no tener el efecto favorable de promover la salud familiar, dado que se observa en ellas una persistente disfuncionalidad y un enquistamiento multisintomático. *Método*: se trabajó en el marco de la exploración cualitativa, utilizando como instrumentos de indagación el test de evocaciones jerarquizadas y la técnica de grupos focales. La unidad de análisis fueron las madres de los adolescentes infractores que participaban del programa de fortalecimiento del Juzgado Penal de Menores de Mendoza. *Resultados*: se encontró como núcleo representacional de la salud a las conductas protectoras y de la enfermedad a la capacidad de afrontar. Estos núcleos representacionales se distancian del rol asignado a los efectores asistenciales quienes son valorados para el tratamiento de síntomas individuales, agudos, localizados en el ámbito hospitalario, alejados de la promoción de la salud.

Palabras clave: Pensamiento social – Sanidad – Infractores legales – Apoyo social.

Social Representations of Health and Illness in Criminal Offenders' Families and Their Relationship with Healthcare Services

This work had the *objective* to know the Social Representation that the families of adolescent criminal offenders have on health and illness, and to analyze the social support received from the effectors who provide assistance to the demands of these groups. The offenders' families receive multiple assistance benefits from the health system, although the over-provision does not seem to have favorable effects promoting family health, in view of its persistent dysfunction and multi-symptomatic problems. *Method*: The framework of the study was a qualitative exploration, using the hierarchical evocations test and focus groups as instruments of inquiry. The unit of analysis was oriented to the mothers of the juvenile criminal offenders who participated in the strengthening program of Mendoza's Juvenile Criminal Court. *Results*: It was possible to observe the Protective Behaviors as the social representation of health, and the Coping Ability, as the social representation of illness. These representational nuclei distance themselves from the role assigned to care effectors who are valued for the treatment of individual, acute symptoms, within the hospital care assistance environment far from health promotion.

Key words: Social Thought – Sanity Care – Legal Infractors – Social Support.

Introducción

Las familias de los adolescentes infractores legales reiterantes se caracterizan por ser familias «multiproblemáticas» [14] tienen un consumo «voraz» de la ayuda social, asistencial, educativa y de apoyo informal. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos e intervenciones del sistema sanitario, esta asistencia aparenta ser poco eficaz ya que las familias mantienen su disfuncionalidad y los jóvenes la conducta penal infractora [28].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 definió a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Este concepto fue reafirmado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata (1978), donde además se ratificó a la salud como un derecho humano fundamental, siendo responsabilidad del Estado protegerla mediante la mejora de la calidad de vida y del bienestar general. Si bien, esta definición planteada por la OMS ha sido cuestionada, posibilitó el abordaje de la salud como realidad compleja [2] y ha hecho necesaria la revisión crítica y la posible corrección de las prácticas ineficaces y onerosas, a fin de ampliar alternativas de reparación y promoción de la salud [9, 26].

La ampliación del concepto de salud posibilitó el pasaje de un modelo individual restrictivo a uno social expansivo [24], esto quiere decir que integra a su vez una perspectiva psicobiológica y social del individuo [29]. Se advierte una evolución del concepto a lo largo del tiempo, en el que se ha evidenciado un reconocimiento de las dimensiones física, emocional, social, espiritual de la salud y en el que a su vez se contempla la respuesta de adaptación de un individuo, la tolerancia e incluso el fortalecimiento luego de procesos traumáticos [3, 4, 14]. Esto permite decir que la salud es una manifestación de la vida, no un área relevante, parcial de ésta y mucho menos una semblanza de dolencias.

El paradigma socio biológico o social expansivo [24] considera el ecosistema en el que se desarrollan las personas en el proceso

de enfermar y sanar, su arraigo en los vínculos y la comunidad, como así también las características del entorno sociocultural en evolución. El estilo de vida, las enfermedades evitables, la salud como proceso no como estado, su relatividad en grados y niveles, hablan de un cambio en la concepción de los procesos salutogénicos y en la concepción holística de los procesos salutogénicos.

La Conferencia de Alma Alta en 1978 ofreció una alternativa al modelo de atención biomédico centrado en la enfermedad y su tratamiento, que consiste en un modelo de atención primaria de la salud basado en la promoción y prevención accesible para toda la población [6, 30].

En esta línea, tanto la representación de la salud como las prácticas vinculadas a ella, deben ser entendidas teniendo en cuenta el tiempo y el espacio, como así también su relación con la situación política, económica, social y cultural de cada grupo de personas [29].

A pesar de que los especialistas y los servicios sanitarios reconozcan la importancia del abordaje de las problemáticas actuales de la salud desde una perspectiva holística y atendiendo a los factores mencionados anteriormente, las limitaciones están a la vista. Hoy, tanto los servicios asistenciales como la formación de profesionales, continúan orientados a la descripción de signos y síntomas de manera individual, con prácticas asistencialistas, fragmentadas y desarticuladas, entienden a los usuarios como individuos portadores de enfermedad y receptores pasivos de las prácticas realizadas [7, 8]. De esta manera se dificulta el establecimiento de estrategias e instrumentos que comprendan de manera integral el proceso de salud-enfermedad, dado que el enfoque desintegra el ecosistema en el que se desenvuelven cotidianamente los usuarios de su proceso estar sanos.

De esta manera, cuando la familia de los adolescentes infractores acude a los servicios de la red asistencial, encuentran un sistema que puede acompañar, beneficiar su desarrollo u obstaculizarlo, agravando así su sintomatología disfuncional.

Apoyo social en familias de adolescentes infractores

La adolescencia es una etapa colmada de oportunidades, aunque hoy en día los adolescentes se enfrentan a múltiples desafíos y riesgos que requieren ser sorteados para que puedan desarrollar su máxima potencialidad [22]. El interés creciente por estudiar la influencia de la familia sobre el desarrollo personal de los adolescentes, principalmente en los contextos de riesgo, radica en que ésta puede tanto favorecerlo como entorpecerlo [23, 26].

Las familias de jóvenes infractores penales presentan indicadores de disfuncionalidad lo suficientemente serios como para que la gestión de las funciones básicas que le son propias, requieran del acompañamiento de efectores externos [27]. La efectividad de este acompañamiento externo estará determinado en gran parte por las redes de apoyo a la familia, es decir que está vinculado al apoyo social del sistema familiar y su grado de aislamiento. Se reconoce en el apoyo social cualidades amortiguadoras y moderadoras de los procesos vitales, de este modo se puede decir que resulta de suma importancia en el ciclo vital de una familia [16, 22].

Si bien existen diferentes definiciones de apoyo social, sin embargo todas coinciden en el carácter multidimensional del concepto [12, 13]. Los autores reconocen en el apoyo social la dimensión estructural y la dimensión funcional, que aluden respectivamente a dimensiones cuantitativas y cualitativas del concepto. En primera instancia la estructura del apoyo social se refiere a la red social con la que cuenta o puede llegar a contar un sujeto, en cambio, la dimensión funcional está vinculada a la percepción del apoyo social que tiene ese sujeto y se refiere a que la red social posee la cualidad de satisfacer necesidades y, en efecto, generar un impacto en el bienestar del individuo.

En la dimensión funcional del apoyo social se reconocen funciones instrumentales, las cuales aluden a que las relaciones sociales que establece una persona resultan mediadoras en la consecución de determinados objetivos, como puede ser pedir ayuda en determinadas situaciones, tener un trabajo, recibir

asistencia, etc. También se reconocen funciones expresivas, ya que se entiende que las relaciones sociales cubren demandas afectivas y de afiliación tales como recibir demostraciones de amor, el reconocimiento, la aceptación, la compañía, entre otras [20, 22, 26].

Pensamiento social

En la manera en que las familias de adolescentes infractores se relacionan con las redes formales e informales que le brindan asistencia, subyace cierta concepción o «idea afectiva» construida naturalmente en el grupo, que guía las expectativas y demandas sobre éstas. En este aspecto la *teoría de las representaciones sociales* propuesta por Serge Moscovici concede un marco conceptual apropiado para conocer el pensamiento social de las familias de los infractores penales [21, 10].

El concepto de las representaciones sociales se describe como una manifestación del individuo en lo social y viceversa, de lo social en el pensamiento y el afecto en el lenguaje; muestra la génesis de las ideas y la transformación de éstas en conocimiento cotidiano. La teoría elaborada por Moscovici ha permeado las ciencias sociales porque unifica e integra lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social, el pensamiento y la acción.

La representación social (RS) es un fenómeno socio cognitivo, organización significativa y estructurada desde contextos y circunstancias concretas e inmediatas que interaccionan con factores generales [1]. Dichos factores se refieren a lo ideológico, al contexto social, al lugar que ocupa el individuo o el grupo en la sociedad; resultan orientadores de acciones, conductas, relaciones sociales y determinantes de anticipaciones y expectativas, son principios generadores de toma de posición, ligados a inserciones sociales. Su significación está determinada y formulada por un contexto discursivo (son las producciones discursivas las que permiten conocer la representación) y el contexto social (anclada en significaciones más amplias y generales del campo social).

Los procesos de objetivación y anclaje son los procesos básicos, según Moscovici, por los cuales un conocimiento social se transforma

en representación colectiva y dicha representación modifica lo social. La objetivación forma la estructura conceptual de la RS, permitiría acoplar la palabra a la cosa [12]. El anclaje integra la representación del objeto en una red de significaciones previas en el pensamiento, haciendo a la solidez de la representación.

Objetivos

El propósito del estudio fue conocer las representaciones sociales de las familias de adolescentes infractores legales respecto a la salud, la enfermedad y el apoyo social recibido de los efectores institucionales. Conocer, además, las acciones que realizan dichos efectores para detectar también posibles áreas que requieran modificaciones

Materiales y método

Se trata de un estudio cualitativo, seccional, aplicado que intenta lograr mayor conocimiento en un tema psicológico-social y obtener insumos para contribuir a la prevención de la problemática y mejoramiento de sus abordajes [18].

Participantes

El trabajo fue realizado con familias asistidas por la Justicia Penal de Menores, de la Primera Circunscripción Judicial Mendoza, que iniciaron y finalizaron los talleres educativos para padres, instrumentados por el Tribunal. Los mismos fueron desarrollados en el periodo comprendido entre marzo y diciembre del 2018. Si bien la convocatoria es para ambos progenitores de los adolescentes infractores de la ley penal, la unidad de análisis estuvo constituida por las madres ya que solo un padre inició el proceso y no lo finalizó. La muestra estuvo conformada por un total de 24 madres, a quienes se les informó el procedimiento de acuerdo a las normas éticas y de confidencialidad, obteniendo la firma de los consentimientos que corresponden.

Instrumentos

Test de evocaciones jerarquizadas: se utilizó para la recolección de los datos escritos, que aparecen como significantes y que permiten reconstruir la representación. Se recurrió a técnicas de carácter cualitativo

con la utilización de este test, un instrumento validado por los aportes en investigaciones anteriores [15, 19, 27, 28].

La prueba plantea la evocación de 32 palabras asociadas a la consigna: «pensá para vos qué es la salud y escribí las palabras que asocies con ella» luego de éstas 32 se deben elegir 16 y, finalmente, preferir 8 palabras colocándolas en orden de importancia. Para esta población, debido a la escasez de su vocabulario que impide la producción inicial de 32 palabras, se adaptó la prueba, solicitando inicialmente 16 palabras y luego la selección de las 8 finales ordenadas por su relevancia.

Grupos focales: consiste en una técnica de entrevista grupal (6 personas como mínimo), de preguntas abiertas definidas previamente, con el propósito de registrar la manera como los participantes elaboran su realidad y experiencia [17]. Los grupos focales estuvieron coordinados por un entrevistador capacitado *ad hoc* y dos moderadores, en encuentros de una hora y media de duración, con grabación de audio. Se organizaron tres grupos de entre 6 a 8 madres de infractores penales. Las reuniones se realizaron en el sector que el tribunal dispone para dictar los talleres.

Análisis de datos

Con el *Test de evocaciones jerarquizadas* se obtuvieron 410 y 469 palabras para salud y enfermedad respectivamente. Se realizó un análisis a nivel léxico como ocurrencia y co-ocurrencia de términos, relaciones, similitud, verbos, adjetivos, etc. Las palabras analizadas fueron clasificadas y reagrupadas en 10 categorías como subconjuntos temáticos.

La elaboración de categorías se realizó con base en: a) lectura de todas las palabras enunciadas y jerarquizadas por las madres participantes; b) búsqueda de recurrencias de palabras; c) análisis del conjunto de palabras enunciadas por cada una de las participantes; d) agrupamiento por correspondencia semántica; se sometió al proceso de validación interjueces para obtener claridad, consistencia y pertinencia en la construcción de las categorías [11]; y e) se calcularon los coeficientes de acuerdo a las indicaciones de investigaciones previas.

- Primero se determinó el promedio de frecuencias de aparición de las categorías en cada uno de los subgrupos considerados:

Frecuencia promedio = suma de las frecuencia total de todas las categorías / cantidad de categorías = (α).

Para decidir si la frecuencia de aparición de una categoría es alta o baja, se consideró:

Frecuencia alta: (α) $\leq$ frecuencia de aparición de cada categoría.

Frecuencia baja: (α) $>$ frecuencia de aparición de cada categoría.

Entendiendo que, si la frecuencia de aparición de la categoría considerada es mayor o igual al promedio de la frecuencia, dicha categoría presenta alta frecuencia con relación a las otras. Por el contrario, si presenta una frecuencia menor al promedio, la categoría tiene frecuencia baja con relación a las demás.

- En segundo lugar, se determinó el nivel de importancia dada por las participantes a la categoría en cada uno de los subgrupos considerados. La que se calculó sumando la importancia asignada a todas las palabras ingresadas en la categoría sobre el total de las palabras de cada una de las categorías = (β).

Para decidir si la importancia de una categoría es alta o baja, se utilizó el siguiente parámetro [17].

Importancia alta: (β) $\leq$ media de la cantidad promedio de palabras mencionadas.

Importancia baja: (β) $>$ media de la cantidad promedio de palabras mencionadas.

En la jerarquización de las palabras evocadas, a la mayor importancia o jerarquía, dada por la participante, se le asignó valor 1 (primer lugar) y aumentando progresivamente el número hasta a la que se le asignó valor 8 (octavo lugar) la de menor importancia. Por lo tanto, las categorías con número mayor son las que tienen menor importancia para ellas y viceversa.

Los indicadores determinados permitieron definir tanto los elementos (categorías) componentes del núcleo de la representación del total de la muestra, como los elementos periféricos, como así también la existencia o no de elementos de contraste. Así, se obtuvo la estructura que se detalla en tablas 1 y 2.

Tabla 1. Estructura de la representación social de la salud en madres de infractores penales reiterantes

Valor	Frecuencia	
	Alta	Baja
Alto	<i>Núcleo.</i> Conducta promotora de la salud; hábitos saludables; ánimo positivo.	<i>Elementos de contraste.</i> Valoración de la salud
Bajo	<i>Primera periferia.</i> Consecuencias sociales positivas	<i>Segunda periferia.</i> Efectores del sistema asistencial, tipos de salud, factores de contexto, cualidades personales y pérdida de la salud

Tabla 2. Estructura de la representación social de la enfermedad en madres de infractores penales reiterantes

	Frecuencia	
	Alta	Baja
<i>Núcleo.</i> Capacidad de afrontar		<i>Elementos de contraste.</i> Consecuencias sociales positivas y negativas, intervención asistencial, afectos positivos
<i>Primera periferia.</i> Manifestación física, ánimo negativo		<i>Segunda periferia.</i> Efectores institucionales, agentes de enfermedad cualidades negativas

Para el análisis de los grupos focales las sesiones fueron grabadas previo consentimiento de las participantes y transcritas posteriormente. Las respuestas obtenidas fueron analizadas y categorizadas en un sistema de categorías mixto, es decir con base en sus contenidos de acuerdo a los ejes investigativos y, en caso de que surgieran durante el análisis otras categorías de relevancia, se agregaban al sistema previamente construido [5]. El proceso de categorización fue revisado en su consistencia y claridad con el criterio de validación interjueces [11].

Resultados

Representación social

El núcleo del pensamiento social acerca de la salud se aprecia en tabla 1 y se refiere a las conductas que las personas tienen para promover el estado de salud, que implican

una posición personal proactiva para mantener una vida sana. Se agrega la noción de hábitos saludables, es decir que la conducta proactiva debe ser constante, permanente, que forma parte natural de la cotidianeidad. El ánimo positivo es el núcleo representacional sobre la significación de la salud, ya que los hábitos, la conducta promotora y el estado emocional de bienestar y placer se amalgaman con coherencia en la significación representacional.

En la primera periferia el grupo alude a las consecuencias sociales positivas de la salud, es decir que estar y sentirse sano se refleja en las interacciones sociales a través de conductas solidarias, de comprensión o unión.

Los efectores formales del sistema asistencial de salud (profesionales e instituciones hospitalarias), los elementos de contexto (trabajo, obra social), la cualidad personal (constancia, esfuerzo) y pérdida de la salud son categorizaciones de la segunda periferia, es decir las que menor valor y frecuencia han tenido para este segmento poblacional.

Finalmente, como elemento de contraste el grupo distingue el valor que tiene la salud como tal, es decir que pocas personas del grupo comienzan a considerar relevante a la misma (ver tabla 1).

Respecto a la representación social de la enfermedad, descripta en la tabla 2, el núcleo es la capacidad de afrontar, como categoría única y central. En ésta se incluye todas las conductas relacionadas a luchar, convivir, afrontar la enfermedad, dando a esta categoría la impronta del desafío, la pelea, el «aguante», la contraposición de fuerzas frente a la adversidad.

La primera periferia, es decir, de bajo valor pero alta frecuencia, corresponde a las categorías de ánimo negativo (sufrir, amargarse, etc.) y la manifestación física, como dolor, limitación. Se representa entonces la dolencia con expresión somática y el estado de ánimo coherente con el malestar y el displacer.

Con bajo valor y baja frecuencia se presenta la categoría de efectores institucionales (hospital, policía, médico), agentes de enferme-

dad (fumar, bacterias) y cualidades negativas (problemática, riesgo).

Finalmente, como elementos de contraste, con baja frecuencia y alto valor, el grupo alude a las consecuencias sociales tanto positivas como negativas de la enfermedad, la intervención asistencial (medicación, reposo) y afectos positivos (amor, ternura).

Grupos focales

Del análisis categorial realizado con el material obtenido de los grupos focales se definieron siete categorías denominadas: 1) Calificación de la atención recibida. 2) Motivo de la demanda. 3) Efectores reconocidos. 4) Acción de protección o prevención. 5) Asistencia. 6) Obstáculos de asistencia. 7) Falta de adherencia. A continuación se expondrá lo observado en cada una de las categorías presentando algunas de las viñetas a modo de ejemplo para facilitar la lectura de los resultados.

1- Calificación de la atención recibida:

En lo referido a la atención recibida de los efectores se pudo observar que las participantes identifican con valor positivo la acción realizada por la institución hospitalaria, mencionando: «las enfermeras te tratan bien, los médicos», «bien porque ya me conocen (refiriéndose al hospital)». Asimismo, se apreció que en general no hay una identificación favorable a ningún efector, sino que las calificaciones son positivas en general «Me han atendido bien, o sea, no tengo que decir que me hayan tratado mal (refiriéndose al asunto legal que la convoca al taller)». Por otro lado, son excepcionales las referencias negativas y cuando se realizan, se señala al efector particular, por ejemplo: «la directora (escuela de los hijos) me maltrató muy mal».

La tarea del psicólogo, si bien en la mayoría de las verbalizaciones no se la rechaza, sin embargo se la asocia al desahogo, la descarga, cuestión que es considerada ineficaz en tanto no les da salida y se asemeja a una charla con familiares: «Por lo menos la chica que te escucha, te da, te habla, te dice, te saca la bronca que tenés adentro» y como puede apreciarse incluso se infantiliza a la profesional cuando se la califica de «la chica».

2- Motivo de la demanda:

El motivo de la demanda de intervención y el contacto con los profesionales, se relaciona con enfermedades crónicas: «Tengo la enfermedad (...) cáncer», «Vamos porque mi hijo tiene diabetes», con patologías agudas de enfermedad (intoxicación, fiebre), con situaciones socio-judiciales, como infracción penal y consumo de sustancias y económicas como la imposibilidad de satisfacer necesidades básicas como la alimentación: no tener para comer. En ningún momento la demanda se refirió a actividades preventivas o promocionales de la salud o de rehabilitación. Además, no se destaca la continuidad de la intervención respecto a procesos de mantenimiento con continuidad. No se asocia la labor asistencial psicológica como elemento potenciador de salud.

3- Efectores reconocidos:

Reconocen el trabajo de asistencia de los efectores mayormente vinculados al espectro médico hospitalario por sobre otros campos profesionales. Son referidos efectores como psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, enfermeras, odontólogos, ligados a la atención de problemáticas agudas del área hospitalaria. Se reconoce la involucración positiva de otros efectores no médicos, jueces, docentes, Cuerpo Auxiliar Interdisciplinario (CAI), directivos escolares, Unidad de Medidas Alternativas (UMA), policías, incluyendo otras instituciones como municipios, escuelas, juzgados, comisarías, centros asistenciales.

El tipo y frecuencia de agente en el que se focaliza la demanda es mayormente el espectro médico hospitalario, en el que se destacan los hospitales generales y los regionales del sistema de salud estatal. Se identifican todos los hospitales generales: Central, Notti, Lagomaggiore, Paroisiens, Carrillo, con excepción del Lencinas. Se señala al Hospital. El Sauce de Salud Mental. También se mencionan centros de atención primaria, como lo son los centros de salud. En menor medida aparecen médicos particulares, como también clínicas y centros de asistencia especializada en problemáticas de consumo de drogas como la Cooperativa Cable a Tierra.

4- Acción de protección o prevención

Las madres de los adolescentes infractores legales expresan: «Me hago los controles» «Hago los controles de los niños». Se pudo observar que los factores de prevención o de protección, como parte de las acciones que realizan los efectores de salud designados, son mencionados con escasa frecuencia y se hallan restringidos a los controles de los niños, que resultan necesarios además para el cobro de la Asignación Universal por Hijo (AUH) y a una actividad recreativa-deportiva.

5- Asistencia

«El Estado en ese sentido lo que necesito me lo da»; «Llamé a la policía y a los dos segundos la policía llegó a mi casa»; «Entre ellos (municipalidad) y el Hospital Notti, (...) me dieron todo, medicina todo lo que necesitaba»; «Me daban la medicación, me hacían los análisis»; «Me operaron del hígado». Son algunas de las verbalizaciones vinculadas a la asistencia, a partir de las cuales se puede inferir que el grupo recurre a una amplia asistencia disciplinar e institucional para su atención ante sintomatología aguda de la enfermedad. Se refieren, a su vez, a la atención en crisis o conflictos sociales que no pueden resolver, o frente a crisis familiares recurriendo a la policía. Destacan la tarea asistencial como acción relevante, en las que se incluyen las intervenciones quirúrgicas, internaciones, tratamientos y medicación psiquiátrica. No se describen intervenciones transdisciplinarias o interinstitucionales, lo que no significa que no la haya, pero si las hay, no están reconocidas por las madres.

6- Obstáculos de la asistencia

Si bien la asistencia es destacada como acción relevante de los efectores, ésta tiene dificultades y obstáculos que pueden truncar su funcionalidad y estimulan su abandono. Algunas de las verbalizaciones referidas en este punto son: «para sacar un turno tenés que ir a las 4 de la mañana (...) en ese centro de salud están como colapsados y están atendiendo solamente urgencias», «nunca hay remedios, y no te atienden bien», «están cerradas las inscripciones» (falta de «banco» en las escuelas).

Los obstaculizadores de la asistencia mencionados son: la inaccesibilidad de turnos, la

falta de «banco» en las escuelas, el trato inapropiado, la escasez de insumos y de especialistas para prácticas específicas. Además, destacan la ausencia de dispositivos asistenciales para el abordaje de sintomatología múltiple y grave, siendo otro de los factores que dificulta la atención de problemáticas complejas, como el policonsumo, propio de este grupo.

7- Falta de adherencia

El grupo expresa su falta de adherencia a la consulta cuando no hay una necesidad inminente o dolencia aguda. Confía en realizar estrategias personales eficaces, tanto de control de los hechos como también para desahogarse e incluso para reparar el equilibrio, automedicándose. Algunas de las expresiones son: «(ante la sugerencia de buscar asistencia psicológica:) no, no, yo me siento bien, por ahí cuando yo me sienta, quizás, les voy a pedir ayuda (...)», «no va al médico ni a palo (...) Cuando tengo mucho dolor yo voy y me compro las pastillas que ya sé que pastillas tomar para que se me vaya el dolor», «si me agarran las palpitaciones al corazón (...) trato de controlarme yo sola».

Discusión

La representación social de la salud, para las madres de adolescentes infractores tiene un fuerte componente promocional, habitual y emocional positivo que trasciende las fronteras individuales y se afianza en las relaciones sociales inmediatas generando sentimientos agradables. Se rescata la vinculación contextual e institucional de la situación de estar sano, es decir que la sensación de bienestar personal se amplía hacia los vínculos sociales más próximos y favorece las relaciones de intercambio. También identifica efectores asistenciales y releva la existencia de atributos personales para sostener la salud. Siendo una RS vinculada a un concepto de salud ampliado, sistémico, que no se reduce a la ausencia de enfermedad.

El núcleo representacional compuesto por las categorías de Conductas Promotoras, Hábitos Saludables y Ánimo Positivo muestra coherencia representacional. Se asocia a un patrón activo de mantenimiento del estar sano; la conducta constante, repetida, prede-

cible que forma parte de la vida cotidiana casi de manera natural para conservar la salud y la consecuente sensación emocional de bienestar.

Es decir que el grupo tiene un pensamiento social sobre la salud convergente con la representación macrosocial, a pesar de que no realice ni goce de estados saludables en su cotidianeidad. Asimismo, recalca las consecuencias sociales favorables y el bienestar relacional inherente al estado de salud. Por contraste, el estado malestar social, aislamiento y ánimo belicoso de sus contextos relacionales reafirma la condición de enfermedad en sus vidas.

La representación social de la enfermedad expuesta por el grupo expresa el pensamiento social de lucha, pelea, aguante, como lo designa la categoría de Capacidad de Afrontar que constituye el núcleo de la RS de la enfermedad. Las madres de los infractores penales se esfuerzan para afrontar la enfermedad.

Esta capacidad de afrontar se une al ánimo sufriente y a la manifestación corpórea del malestar. Los agentes o efectores institucionales se encuentran presente con alta frecuencia y escasa relevancia. Se identifican claramente los agentes que provocan la enfermedad y las características personales que coadyuvan para favorecerla.

Las consecuencias sociales negativas son tan frecuentes y valoradas como las consecuencias positivas del hecho de enfermar, es decir que se reflejarían los efectos de la situación de enfermedad en las relaciones con los demás generando reacciones favorables y no favorables. En ese aspecto, los afectos positivos que surgen de la enfermedad es una representación llamativa en tanto rescataría un sentimiento beneficioso de una situación que no lo es.

La intervención asistencial, por la cual se produce el apoyo es también un elemento de contraste representacional. En cuanto al apoyo social de los efectores de la salud, se destaca una amplia vinculación con los mismos, que se relacionan de distinta manera con las solicitudes familiares. Los grupos focales señalan un amplio espectro

de instituciones y agentes del orden jurídico, educativo, hospitalario, administrativo, comunitario presentes en la resolución de sus demandas; cuestión que da la pauta de la alta intervención técnica y la ineficacia de sus resultados, si se tiene en cuenta que el joven continúa repitiendo la conducta delictiva.

La búsqueda de ayuda en el plano asistencial la dominan las instituciones hospitalarias, ya que las madres reconocen haber recurrido a todos los nosocomios del Gran Mendoza de medicina general y de salud mental (con excepción de uno) a centros de salud, hospitales regionales y otros de gestión privada. Esto indica que la búsqueda de ayuda se canaliza en el plano asistencial, centralizado, institucional, sintomatológico, agudo de distinta gravedad.

Las redes naturales familiares y comunitarias tienen escasa incidencia en el apoyo social que describen. El concepto de salud al que parecen adherirse en función de sus demandas se acerca más a la ausencia de la enfermedad que a la promoción de la salud. La ayuda es requerida ante el síntoma y no se aprecian acciones sociales ni estrategias que favorezcan que la gente sana siga estando sana. Las instituciones y sus agentes no son reconocidos como guías y promotores de bienestar.

La tarea del psicólogo si bien en la mayoría de las verbalizaciones no se la rechaza, se asocia al desahogo, la descarga, “el sacar lo de adentro” cuestión que es considerada ineficaz en tanto no les da “salida”, se infantiliza a la persona del profesional y se asemeja su intervención a una charla con familiares. La psicología en tanto se asocia al modelo médico, al paradigma de salud individual restrictivo disminuye su eficacia en problemáticas complejas como las que presentan estas madres. Ante lo expuesto se puede advertir que la atención recibida y reconocida por el grupo estudiado, se vincula de manera exclusiva a la enfermedad, resultando paradójico.

Tampoco se observa que los participantes personalicen o destaquen la acción de otros agentes, con lo que puede inferirse que la relación con los mismos se hace desde la

baja cohesión, escasa familiaridad o resonancia que podría estar disminuyendo la influencia positiva de la relación profesional, y con ésta la eficacia en el restablecimiento de la salud.

Asimismo, dentro del plano asistencial, se detectan dificultades del sistema a las que el grupo estudiado manifiesta sensibilidad y reacciona abandonando incluso la demanda de atención: obstáculos y dilación en conseguir la prestación de servicios, falta de insumos, trato desagradable y respuesta ineficaz.

En ningún caso se alude al trabajo institucional articulado o al apoyo social de equipos técnicos interdisciplinarios o a efectores y organizaciones naturales de la red comunitaria.

Conclusiones

En síntesis, el apoyo social recibido de los efectores de salud vinculados con las familias de infractores penales se focaliza en el auxilio ante situaciones sintomatológicas agudas por parte del sistema institucional amplio, preponderantemente hospitalario. Estas intervenciones son valoradas favorablemente por el sistema familiar en el que impactan, aunque confirman el modelo de salud-enfermedad individual restringiendo las posibilidades de fortalecimiento, de autonomía familiar y comunitaria. A su vez liga la intervención a la jerarquía de la experticia técnica desalentando procesos naturales de vinculación comunitaria y bienestar.

Los llamados efectores de «salud» son los que se relacionan con la enfermedad, por lo que el sistema de salud resulta asistencialista, respondiendo a urgencias y demandas puntuales, agudas con escasa planificación e ineficacia.

Con estas afirmaciones y teniendo en cuenta las RS de salud (promoción, conducta proactiva, habitual, con correlato anímico y social de bienestar e integración relacional), cabe preguntarse cómo realizar acciones urgentes que posibiliten transformar el pensamiento social sobre la salud, hacia el goce de la misma.

Dado que las familias reconocen la relevancia del sistema hospitalario y acuden solicitando su auxilio, sería provechoso buscar respuestas a las siguientes preguntas: ¿De qué manera se podría enfatizar en las tareas de empoderamiento socio-comunitario desde el área médico hospitalaria? ¿Cómo se podría mejorar la eficacia de la atención y optimizar la relación entre el sistema de atención y la comunidad de la que forma

parte de manera natural? ¿Cómo cambiar las estrategias de atención para operar desde el control preventivo dentro del centro de vida natural e inmediato de las personas? La legitimidad institucional, histórica y pública otorgada al sistema asistencial podría utilizarse para diseñar estrategias de convalidación de la salud en lugar de resolver las urgencias y atender la enfermedad casi exclusivamente.

Referencias

1. Abric JC. *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán; 2001.
2. Alcantara Moreno G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*. 2008 [citado 1-6-2019];9(1):93-107. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
3. Agost Felip MR, Martín Alfonso L. Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud. *Rev Cub Salud Publica* [internet]. 2012 [citado 1-6-2019];38(1):126-40. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/237>
4. Alvarez Castaño L. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev Geranc Polit Salud* [internet]. 2009 [citado 1-6-2019];8(17):69-79. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/ge-repsal/article/view/2657>
5. Bardin L. *Análisis de Contenido*. Madrid: Akal; 2002.
6. Breilh J. Una perspectiva emancipadora de la investigación basada en la determinación social de la salud. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Movimiento por la Salud de los Pueblos. Ponencia; Río de Janeiro, octubre de 2011. [citado 1 de junio] Disponible en: <http://repositorionew.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3404/1/Breilh%20C%20J-CON-109-Una%20perspectiva.pdf>
7. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Facultad Nacional de Salud Pública. 2013 [citado 1-6-19];31(1):13-24. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
8. De Lellis M. Psicología y Políticas públicas saludables. *Psiencia: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 2010;2(2):102-06.
9. De Lellis M, Interlandi C, Martino S. La Salud Pública como área del conocimiento y de la acción. En: De Lellis M, editor. *Perspectivas en salud pública y salud mental*. Buenos Aires: Nuevos Tiempos, 2015; p. 11-42.
10. Del Vecchio S. *Representaciones Sociales. Aportes para una reflexión epistemológica, teórica y metodológica*. Mendoza: EdUDA, 2015.
11. Dubé JE. Evaluación del acuerdo de interjueces en investigación clínica. Breve introducción a la confiabilidad interjueces. *Rev Argent Clín Psicol*. 2008;17(1):75-80.
12. Gallardo Peralta LP, Barrón López A, Sánchez Moreno E, Arias Astray A. Dimensiones estructurales y funcionales del apoyo social y salud en personas mayores en Chile. *Rev Mex Psicol*. 2014;31(2):187-97.
13. Guerrero L, León A. Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología* [internet]. 2008 [citado 1 de junio];(53):610-33. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/28660>
14. Gómez E, Muñoz MM, Haz AM. Familias multi-problemáticas y de riesgo social. Características e intervención. *Psyhe*. [internet] 2007, [citado 1 de junio] 16 (2), 43 – 54. Disponible en: <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/257>
15. Gonzalez F. *Representaciones sociales en los alumnos de educación secundaria [tesis de Maestría]*. Mendoza: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo; 2010.
16. González Lugo S, Pineda Domínguez A, Gaxiola Romero JC. Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Univ Psychol*. 2018;17(3):1-11; DOI:

- 10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr
17. Hamui Sutton A, Varela Ruiz M. La técnica de los grupos focales. *Investigación Educ Médica*. 2013;2(5):55-60. DOI: 10.1016/S2007-5057(13)72683-8
18. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio M. *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill; 2014.
19. Mazzitelli C, Aguilar S, Guirao AM, Olivera A. Representaciones Sociales de los profesores sobre la docencia. *Educ Leng Soc*. 2009;6(6):265-90.
20. Medellín Fortes MM, Rivera Heredia ME, López Peñaloza J, Kanán Cedeño MEG, Rodríguez-Orozco AR. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia. *Salud Ment*. 2012 [citado 1-6-2019];35(2):147-54. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58223312008>
21. Moscovici S. *Psicología Social*, vol. 1. Barcelona: Paidós; 1996.
22. Orcasita Pineda L, Uribe Rodriguez A. La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia. Avances en la disciplina* [internet]. 2010 [citado 1-6-2019];4(2):69-82. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297224090010.pdf>
23. Rivera R, Cahuana Cuentas M. Influencia de la familia sobre las conductas antisociales en adolescentes de Arequipa-Perú. *Act Psi*. 2016;30(120):85-97. DOI: 10.15517/APV30I120.18814
24. Saforcada E, de Lellis M., Mozobancyck S. *Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós; 2010.
25. Saforcada E, Castellá Sarriera J, Alfaro J. *Salud comunitaria desde la perspectiva de sus protagonistas: la comunidad*. Buenos Aires: Nuevos Tiempos; 2018.
26. Valenzuela Mujica MT, Ibarra AM, Zubarew T, Loreto Correa M. Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia. *Index Enferm*. 2013;22(1-2), p. 50-54. DOI: 10.4321/S1132-12962013000100011
27. Valgañón M, Muñoz L, Briccola M. La reiterancia de la conducta delictiva en adolescentes y su relación con las representaciones sociales acerca del rol ejercido por las madres. *Salud Soc*. 2014;5(1):66-79.
28. Valgañón, M., Muñoz L, Ferrandiz, A., & Quiroga, P. Familias de adolescentes infractores reiterantes de la ley penal. Funcionamiento, roles y coaliciones. *Rev Psicol (B. Aires)*. 2016;12(24):19-31
29. Vergara Quintero M. Tres concepciones históricas del proceso de salud - enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2007 [citado 1-6-2019];12:41-50. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689003>
30. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Int*. 2011;33(1):7-11.