

Imprisonment: From Representational Self-Seclusion to Self-Care Practices

pp. 36 - 46

Mary Sol Narváez Castro

Mary Sol Narváez Castro¹

julio - diciembre/12

tesis psicológica vol. 7 - N° 2
ISSN 1909-8391

36

¹Psicóloga Especialista en Educación con Énfasis en Pedagogía, Universidad Mariana. Maestrante de Educación desde la Diversidad, Universidad de Manizales. Docente e integrante del Grupo de Investigación GIOD Universidad Cooperativa de Colombia. Ponente en eventos nacionales. Correo electrónico: sol.narvaez@campusucc.edu.co

Reclusión: Del autoencierro representacional a las prácticas de autocuidado

Recibido: septiembre 15 de 2012

Revisado: septiembre 20 de 2012

Aprobado: octubre 22 de 2012

ABSTRACT

This article accounts for an investigation carried out in the Medium Security Women's Penitentiary in the Municipality of Pasto (Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad Carcelaria y Reclusión de Mujeres del Municipio de Pasto, EPMSC-RM) within the framework of social representations in the face of their oral hygiene as a fundamental right. Oral hygiene was highlighted as a way to respond to the interest vocalized by the inmates, who consider it an important necessity that requires attention. Nonetheless, the international community's stance that even if inmates retain all their rights this does not divest them of their condition as prisoners (Malagón, 1999), was scrutinized in the collective imagination constructed by the inmates from within their confined condition because, even above and beyond the norm, these subjects are always going to interact according to customs, traditions, and social practices specific to their cultural intertwining (Berger, 2003). This cultural comprehension revealed practices that tend toward the improvement of the prisoners' quality of life, from the empowerment of their right to healthcare, to their health and the self-care of their own health (Gómez & Sabeh, 2000).

Key words: self-care, imprisonment, social representations, oral hygiene.

RESUMEN

El presente artículo da cuenta de la investigación desarrollada en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad Carcelaria y Reclusión de Mujeres del Municipio de Pasto (EPMSC-RM), en el marco de las representaciones sociales frente a su salud oral como derecho fundamental. Se enfatizó en la salud bucodental, para responder al interés pronunciado por los internos, quienes la consideran como una necesidad prioritaria de atención. No obstante el reconocimiento del principio de la comunidad internacional de que los detenidos conservan todos los derechos de los cuales no los priva su condición de reclusos (Malagón, 1999), en esta oportunidad se escudriñó en los imaginarios construidos por los internos desde su condición de encierro, al considerarse que, incluso por encima de la norma, los sujetos siempre van a interactuar desde la costumbre, las tradiciones, y las prácticas sociales propias de su entretreído cultural (Berger, 2003). Dicha comprensión cultural, evidenció prácticas que propenden por el mejoramiento de la calidad de vida, desde el empoderamiento del derecho a la salud y el autocuidado de la misma (Gómez & Sabeh, 2000).

Palabras clave: autocuidado, reclusión, representaciones sociales, salud oral.

Introducción

Uno de los sectores de la población más desprotegidos y en situación de mayor vulnerabilidad en América Latina son las personas privadas de libertad. La respuesta mayormente represiva de los poderes políticos a la demanda social de “salud” se ha reflejado en sobrepoblación carcelaria, altos índices de hacinamiento, condiciones inhumanas de reclusión, tratos desfavorables en cuanto a la asistencia y prevención de la enfermedad, así como escasos programas de promoción de la salud (Frühling, 2006). Esta situación ha desencadenado redes representacionales de los reclusos desde la victimización, perpetuando de esta manera, las actitudes pasivas frente al autocuidado (Puerto, 2004), así como a los procesos de adaptación al encierro y a la posterior preparación para su resocialización.

Por ello se vio la pertinencia de investigar este problema en el EPMSC-RM del Municipio de Pasto, con el fin de realizar una aproximación al mundo representacional de los reclusos frente a su salud oral, bajo las condiciones de encierro (Abric et al, 2004). Se reitera, que esta investigación se enfocó en la salud oral, atendiendo a la necesidad detectada y demandada por la Institución en materia de derechos propios de la población carcelaria, y respondiendo al interés de la Facultad de Odontología de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Pasto, por abordar e intervenir las problemáticas de poblaciones vulnerables, desde su filosofía de servicio a la comunidad.

En la comprensión de las representaciones sociales de las personas privadas de la libertad en el EPMSC-RM, del Municipio de Pasto, frente a su salud oral y en el marco de las teorías de Farr (1983), Jodelet y Moscovici (1986), se evidenció, que las representaciones de los internos se construyen en la cotidianidad de la interacción,

es decir, en su realidad compartida y las experiencias vividas, pues, como lo afirman estos autores, “las representaciones sociales se refieren a un modo de entender y de comunicarse particular, propio de una sociedad o de un grupo social determinado mediante el cual se construye la realidad y el conocimiento de la vida cotidiana” (Jodelet, 1986). De esta manera, se determinó además, que, ellos han creado una cultura y una identidad propias como población vulnerable.

Metodología

Se eligió el paradigma cualitativo (Bonilla & Rodríguez, 2001), el cual permitió la descripción minuciosa de lo que ha pasado con el sujeto privado de la libertad y cómo ha influido esta privación en su salud oral, observando tanto el presente como el pasado del sujeto, desde la interacción con los demás. El enfoque utilizado fue el histórico-hermenéutico, especialmente la hermenéutica, desde la cual se analizaron las narraciones contadas por los protagonistas, asumiéndolas como lectura (interpretación) de aquellos signos en los que se expresa su intencionalidad. Se utilizó la etnografía, para comprender el fenómeno a través de la descripción, con el fin de conocer el significado de los acontecimientos al interior del establecimiento, en materia de salud oral, pero sin interrumpir sus prácticas socio-culturales; por lo tanto, se desarrolló una relación sujeto-sujeto entre el investigador y la población (Hernández, 2006). Así mismo, los resultados encontrados permitieron realizar inferencias, teniendo presente que las conclusiones se aplicaron a dicha cultura, no obstante, con la posibilidad de replicarlos para otros contextos similares.

Para el desarrollo de esta propuesta se trabajó con una población constituida por 721 personas entre las cuales se hallaban hombres y mujeres privados de la libertad en el EPMSC-RM. Se

eligió una muestra de casos tipo, conformada por 60 sujetos entre hombres y mujeres. La definición de la muestra se realizó con la aplicación de los siguientes criterios de inclusión: Internos con situación jurídica definida, condena inferior a 20 años y personas privadas de la libertad con familia residente en el departamento de Nariño. Entre los criterios de exclusión se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: Personas con trastorno antisocial de la personalidad y preliberados (6 meses para salir).

El análisis se realizó desde la elaboración de matrices descriptivas, en las que se plasmó la información recolectada, y se construyeron proposiciones, que respondieron a las preguntas orientadoras, derivadas de cada uno de los objetivos. Este procedimiento se realizó con cada uno de las técnicas utilizadas. Posteriormente se contrastaron todos los instrumentos, generando proposiciones agrupadas o integradas, que dieron paso a la construcción de nuevas categorías (inductivas). Este momento del análisis cobró gran importancia, puesto que se constituyó en el preámbulo de la interpretación de la información.

Las matrices descriptivas son herramientas para la organización de información. Pueden elaborarse varias: 1) Matrices de vaciado, donde se consigna la información, tal como la expresan los participantes en las entrevistas y los formatos de observación del investigador. A partir de esta matriz el investigador elabora las primeras proposiciones. 2) Matrices de triangulación, en las que se plasman las proposiciones obtenidas desde cada una de las técnicas, constituyéndose en el prelude de proposiciones integradas. 3) Matrices de nueva categorización, o categorías inductivas, resultantes de la información recogida y elaboradas a la luz de la teoría que le da soporte a la investigación. Las proposiciones son frases con sentido propio, que el investigador construye sobre la información recogida,

tomando como base las preguntas orientadoras y el marco teórico, que permiten resumir la información, (no interpretarla). Las preguntas orientadoras son interrogantes que el investigador se plantea sobre la muestra de estudio a partir de las categorías teóricas de la investigación. Estas preguntas orientan la elaboración de las proposiciones para dar respuesta a dichos interrogantes.

Resultados

Al abordar las representaciones sociales de personas privadas de la libertad en materia de salud oral, se evidenció que los internos están al tanto de la responsabilidad estatal como garante de sus derechos, y de su su condición de población vulnerable, por el encierro.

No obstante esta normatividad, la comprensión de dichos derechos, debe permearse por el conocimiento de la “experiencia social de vivir de los sujetos” (Londoño, 2004), para que, además de recoger y procesar información científica, se conceda una significación real al contenido del derecho y los imaginarios construidos, como herramientas de sensibilización y comprensión de la dinámica de la salud bucodental en los internos del Establecimiento Penitenciario, con el fin de direccionar acciones que conlleven a superar las dificultades que se presentan.

Según Serge Moscovici (1986), la representación social expresa una forma específica de pensamiento social que tiene su origen en la vida cotidiana de las personas; en tal sentido, comprender las representaciones que elaboran los internos acerca de la salud oral, algunas consensuales y otras discordantes, se constituyó en un elemento hacia la aproximación de las afectaciones de los sujetos, instituidas desde sus imaginarios colectivos, a partir de las cuales crean esquemas propendentes por el bienestar.

Esto lo confirma Jodelet (1986), quien define la representación social, como una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, orientado hacia la práctica, que concurre a la construcción de una realidad común a un conjunto social. Esto se observó en los internos, quienes fundamentan el conocimiento y práctica social de su salud oral, a partir de las experiencias, las informaciones que reciben de la sociedad y especialmente de los conceptos que elaboran y construyen colectivamente en la convivencia penitenciaria.

Este entretejido representacional inevitablemente se dinamiza por las valoraciones que realizan de su situación de encierro, instituyendo para sí mismos y para la sociedad, una identidad como personas privadas de la libertad, que comparten creencias (mitos, prejuicios, estereotipos), significados (símbolos, signos, valoraciones) y actitudes (cogniciones, emociones, comportamientos).

Retomando el concepto de Maritza Montero (2004) sobre las creencias como procesos cognoscitivos mediadores, con características intervinientes absolutamente hipotéticas, que evalúan algo y permiten predecir lo que puede ocurrir respecto de un objeto determinado, se evidenció en esta investigación, que como antecedente a la relación del concepto de calidad de vida, con bienestar integral, ellos construyen rápidamente un prejuicio, de etiquetación o de clase como reclusos, que les genera la sensación de perderlo todo por el encierro, y el temor a no lograr el desarrollo de un proyecto de vida, es decir, los internos, justifican la baja calidad de los servicios de salud oral como una forma de pago de condena, al considerar que son castigados por haber transgredido la ley.

El bienestar entendido desde la satisfacción de necesidades básicas y de superación, que consideran deben recibir de la Institución,

aprovechando su condición de población vulnerable para ejercer presión y conseguir lo que solicitan. El servicio de salud que presta la institución, se convierte así, en la razón fundamental para victimizarse, sumándose otras circunstancias de índole económica, alimentaria, laboral, social y de ambiente físico.

Los internos discrepan con la posición que adopta el centro penitenciario frente a la calidad y la cobertura de los servicios. La institución considera que el bienestar depende de la dotación de condiciones, mientras los internos creen, que la satisfacción de sus necesidades depende de la calidad de dichas condiciones, presentándose una pugna de creencias en cuanto a cobertura y calidad. Esas creencias que los internos poseen se constituyen en la base de los significados que construyen sobre su dinámica de bienestar – malestar, generada desde la atención en salud oral que reciben por parte del centro penitenciario.

Ferdinand de Saussure (2004), define los significados como contenidos o imágenes mentales que representan una cosa, una palabra, o un signo, observándose dichos esquemas, en las valoraciones que los internos realizan de la atención recibida, la que catalogan como inadecuada, al manifestar que no les efectúan los exámenes requeridos, que se presenta excesiva prolongación de los tratamientos, aplazamiento u omisión de procesos operatorios, deficiente tratamiento farmacológico, limitada atención en emergencias y dificultad para acceder a las citas.

Sin embargo, y hacia el extremo opuesto se encuentra un grupo de internos, que concibe el encierro como oportunidad de cambio, potenciando así, su adaptación a su nueva forma de vida. Inclusive, algunos internos visualizan proyectos de vida, a pesar de las condiciones propias de la reclusión, que si bien, reconocen como reales,

minimizan para dar cabida a valoraciones positivas, basadas en creencias personales, como la seguridad que la cárcel les ofrece y la libertad que logran de su mente.

De esta manera, la idea de bienestar se concibe en ellos, desde la oportunidad de laborar en diferentes áreas de la penitenciaría, y acceder a espacios de superación, desarrollo y crecimiento personal, como la educación y el deporte, aspectos que aportan en la construcción de nuevos estilos de vida saludables, y relaciones interpersonales favorables para su permanencia en la penitenciaría.

Por último, y como tercera dimensión de las representaciones, se encuentran las actitudes, que en palabras de Moscovici (1986, p. 476):

(...)corresponden a la dimensión que significa la orientación favorable o desfavorable en relación con el objeto de la representación social. Se pueden considerar, por lo tanto, como el componente más aparente, fáctico y conductual de las representaciones y como la dimensión que suele resultar más generosamente estudiada por su implicación comportamental y de motivación(...)²

Las actitudes de los internos ante la situación de su salud oral y otras condiciones inherentes a la calidad de vida, en ocasiones generan nuevas estructuras filiales entre compañeros de celda y patio, con quienes constituyen núcleos de afecto que les permiten sobrellevar la condición de encierro. Es entonces, cuando la amistad se identifica como una herramienta gestora de comprensión, afecto, apoyo, escucha y una fuerza necesaria para salir adelante, generando mayores posibilidades de mejorar su permanencia, promoción y salida del establecimiento penitenciario.

2 Moscovici, S. (1986). *Psicología Social II: Pensamiento y vida social*. Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Paidós.

A pesar del malestar manifestado por los internos, los servicios recibidos o las percepciones de bienestar-malestar, queda claro que desde la autorregulación del sujeto para lograr su superación, las personas privadas de la libertad tienden a desarrollar hábitos saludables, aunque mantengan en su socialización, conceptos de insatisfacción sobre la relación y dinámicas generadas con el Estado.

De esta forma, es frecuente observar cómo las inconformidades apuntan a la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida, visualizada en la disposición para aprovechar lo que el establecimiento les ofrece en las diferentes áreas, como el área física donde los internos pueden lograr y mantener el equilibrio físico deseado, el área psicológica relacionada con la salud y bienestar mental y el área social, que corresponde a las relaciones interpersonales.

Como ellos lo manifiestan, dicha disposición les permite cultivar actividades de esparcimiento, sentirse libres, disfrutar en medio del encierro, pero sobre todo, desarrollar habilidades para responder a la necesidad de mantener su salud oral. En este punto aparece la solidaridad de sus compañeros, la cual es valorada como un aspecto que les genera identidad en su situación y que conjuntamente con el crecimiento personal, les permite superar obstáculos, y posibilitar su proceso de reinserción. De esta forma, cobra importancia el control con el odontólogo, pues consideran que afuera de la institución no tendrían la misma posibilidad de ser atendidos, lo cual reafirma la adopción de nuevos hábitos saludables orientados al mantenimiento de una adecuada salud oral.

No obstante, un grupo significativo de internos se siente discriminado y vulnerado al no recibir medicamentos ni tratamientos para curar sus

dolencias bucales, por lo cual han desarrollado prácticas saludables autoobligadas, no como una forma de empoderamiento de su salud, sino como un mecanismo de respuesta al sentirse victimizados. Estas creencias negativas no contribuyen a su adaptación a la condición de encierro ni a la construcción de su devenir existencial.

En otros casos se practica la autoayuda para mejorar las situaciones de dolencias, pero estas son esporádicas y en ningún momento alcanzan el nivel de autocuidado que exige el compromiso permanente en el cuidado de la salud. Ese malestar generalizado es sobrevellado por algunos internos, mediante la convivencia establecida en una comunicación permanente basada en afecto y tolerancia, favoreciendo sensaciones de bienestar y compromiso con su salud oral.

De cualquier forma, los internos se encuentran en una búsqueda permanente para salir bien librados del encierro y de las consecuencias nefastas que visualizan en su tiempo de permanencia carcelaria. Para ello, no se conforman con el desarrollo de hábitos saludables o prácticas saludables autoimpuestas, sino que se proyectan y trascienden hacia la transformación de todo su ser, por lo cual se encaminan hacia posturas y comportamientos de crecimiento integral, participando y promoviendo en el penal programas que apunten a dicho objetivo.

Los internos consideran el encierro como una forma de transformación de vida y una oportunidad de cambio, que comienza con la aceptación y adaptación a su nueva realidad, brindándose la oportunidad de reconstruir su proyecto de vida, encaminarlo a la superación personal en sus diferentes dimensiones: familiar, laboral, social, intelectual y espiritual, lo que se manifiesta en cada una de las metas que se proponen.

Asimismo, las campañas de promoción y prevención de la salud se hacen relevantes dadas las condiciones de la penitenciaría, que alberga grandes cantidades de personas que diariamente comparten el mismo espacio, que descansan, duermen, juegan, se ejercitan, se asean, se alimentan y en ocasiones comparten o intercambian diversos elementos.

Los comportamientos relacionados con las oportunidades de desarrollo integral se constituyen así en oportunidades de acción en las diferentes dimensiones que conforman la vida de un ser humano, como salud, profesión-intelecto, bienes materiales, relaciones interpersonales (amigos-familia), espiritualidad y responsabilidad social. Algunos internos priorizan los estudios, algunos la pareja, otros la espiritualidad, pero generalmente buscan un equilibrio en todas las áreas.

Estas son motivaciones a nivel personal que conllevan a determinados comportamientos. Existen otras motivaciones generadas por la institución, como la adecuada atención en salud del centro penitenciario, representada en los servicios que ofrece de odontología, psicología, medicina, atención integral en salud, salud sexual y reproductiva (a quien lo desee), nutrición, terapia ocupacional, y otros espacios en los que existe interacción.

Todos construyen una realidad acerca de la salud oral en la penitenciaría mediante una representación social que se convierte en común y que se corresponde con esquemas que hacen referencia a elementos fundamentales como la salud oral, que no es prioridad ni para la penitenciaría ni para los internos. Las condiciones de la penitenciaría no son adecuadas para brindar bienestar a los internos, los servicios de

salud no se están prestando de manera eficiente, la salud bucal de los internos es responsabilidad única de la penitenciaria, por ello no se simboliza el autocuidado en ellos. Los internos son víctimas de la situación, no se hace nada por mejorar la prestación del servicio a pesar de sus solicitudes. El compañerismo es una imagen que reemplaza las deficiencias y solventa las necesidades de los internos en cuanto a salud oral, representación que pone de presente que existen deficiencias en la prestación de los servicios de salud bucal en la penitenciaría, que los internos las perciben y desde las cuales, construyen realidades de diferentes maneras. Por tanto se requiere revisar el proceso no únicamente desde el punto de vista de la institución, sino también teniendo en cuenta a los usuarios desde su realidad, para lograr una solución efectiva a la problemática presentada.

Conclusiones

La investigación abordó la realidad en salud que viven los internos dentro del establecimiento penitenciario desde los imaginarios (subjetividad—objetivada en la colectividad), y el contenido del derecho a la salud, entendido éste como un derecho fundamental y la responsabilidad estatal hacia este grupo poblacional. Desde esta óptica, la dinámica de salud oral en personas privadas de la libertad está matizada, especialmente, por las percepciones, las intersubjetividades y las muestras fácticas en materia de salud bucal, más que desde el conocimiento teórico cimentado del derecho a la misma.

El abordaje de las representaciones ha entretejido una mirada crítica sobre dos aspectos puntuales: uno, sobre la dinámica en que se mueven como víctimas de las circunstancias propias del encierro, y otra, la necesidad de protección

estatal por su especial condición; el primero proviene de su imaginario, y el otro, de premisas jurídicas no necesariamente vinculadas fácticamente, puesto que identifican claramente que por su condición de encierro, se constituyen en población vulnerable y que el goce de sus derechos depende en su totalidad del Estado.

Las representaciones sociales que los internos construyen frente a su salud oral, facilitan la posibilidad de encontrar el camino adecuado que conduzca al mejoramiento de la salud, ya que si bien es cierto los servicios de salud deben ser prestados por el Estado, el concepto amplio de bienestar y calidad de vida implica necesariamente, el deber del autocuidado.

Desde sus creencias, los internos relacionan bienestar con la obtención de utensilios y servicios necesarios y oportunos para mantener su salud oral; de otra forma, cuestionan la prestación del servicio y las dinámicas interaccionales, tanto con el personal de salud, como con sus compañeros, al considerarlas como resultantes de dicho servicio, es decir, mientras consideran que reciben un trato especial en materia de salud oral, valoran positivamente su permanencia, de lo contrario, se dinamizan desde posturas de victimización.

Estas creencias, inevitablemente influyen en la construcción de significados y en las afectaciones emocionales resultantes de las mismas, generando una esquematización (negativa) de su experiencia social de permanencia en el establecimiento, y de su proceso salud—enfermedad, que en nada favorecen las prácticas sociales relacionadas con esta dimensión humana.

El significado que los internos elaboran sobre la diada bienestar—malestar, está vinculado con la prestación del servicio de salud recibido, generando

principalmente dos tipos de emociones, positivas, y negativas, hacia su permanencia, adaptación y promoción en el establecimiento penitenciario.

Las emociones positivas de los internos como la alegría, la felicidad y la sensación de bienestar, se enfocan hacia el conocimiento y buen aprovechamiento de los programas que ofrece la institución en el marco del cumplimiento de los derechos constitucionales. Por eso se aprecia que ellos tienden a crear relaciones significativas de amistad, apoyarse en los compañeros de su patio y unirse para desarrollar prácticas saludables.

El hecho de no poder hacer las cosas que hacían antes, genera emociones negativas y desencadena malestar individual y colectivo, lo que se proyecta en dolencias físicas no sólo de su boca, sino de su cuerpo en general, por lo cual se tensionan las relaciones con el personal de salud y con otros empleados del establecimiento penitenciario.

La relación interno-establecimiento se dinamiza en el marco de la discrepancia entre la calidad y la cobertura, generando malestar permanente y actitudes de inconformismo y desinterés por el tema de la salud, punto que atañe a las dos partes, pero que cada una intenta resolver a su manera: el Estado ofreciendo lo que por Ley corresponde y los Internos, recibiendo en actitud de desventaja e impotencia

No obstante a las adversidades que experimentan, los internos apelan a su condición humana de superación, por lo cual desarrollan hábitos saludables, unos por motivación personal y otros como forma de mitigar sus dolencias e incomodidades, pero que de igual forma generan bienestar integral, repercutiendo positivamente en la posibilidad de reconstruir su proyecto de vida y mejorar su calidad de vida.

Referencias

- Abric, J. C., & otros. (2004). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Coyoacán.
- Berger, L., & Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bonilla, E., & Rodríguez, P. (2001). *La investigación en las ciencias sociales*. Bogotá: Norma.
- Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1992). “Observación general N° 21: Trato humano de las personas privadas de libertad (artículo 10)” Recopilación de observaciones y recomendaciones generales adoptadas por órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos; documento de las Naciones Unidas.
- Farr, R. (1983). Escuelas europeas de Psicología Social: La investigación de las representaciones sociales en Francia. *Revista Mexicana de Sociología*, XLV (XLV). Instituto de Investigaciones Sociales/UNAM.
- Frühling, M. (2006). Presentación del Director de la Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, en el Seminario: Protección de Personas Privadas de Libertad: Visitas de Inspección y Garantías para Monitores. Bogotá: 9 de junio.
- Gómez, M., & Sabeh, E. (2000). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4ª ed.). México: Mc.Graw Hill.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici, S. *Psicología Social. II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.

- Londoño, O. (2004). Nociones y prácticas de calidad de vida en la extensión universitaria, una mirada desde los derechos humanos. En Morales, M. C. & Mellizo Rojas W. H. *Calidad de vida, enfoques, perspectivas y aplicaciones del concepto*. Bogotá: Universidad Nacional.
- Malagón, R. (1999). La boca como representación. Segunda parte: Los límites y las negociaciones. En Viveros, M & Garay, A. *Cuerpos, diferencias y desigualdades*. Santa Fe de Bogotá: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Moscovici, S. (1986). Psicología Social II: Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Paidós.
- Puerto, A. H. (2004). Calidad de vida y salud. Problemáticas y desafíos. En Morales, M. C., & Mellizo Rojas, W. H. *Calidad de vida, enfoques, perspectivas y aplicaciones del concepto*. Bogotá: Universidad Nacional.
- Saussure, F. (2004). *Escritos sobre lingüística general*. Madrid: Gedisa.