



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA DE POSGRADO

**“REPRESENTACIONES SOBRE SALUD/ ENFERMEDAD/
ATENCIÓN CONSTRUIDAS POR ADOLESCENTES DE LA
CIUDAD DE CORDOBA, ARGENTINA”**

TESISTA:

OD. MARÍA FERNANDA LUCERO

DIRECTOR:

PROF. DRA. SUSANA CORNEJO

CÓRDOBA, 2013



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA DE POSGRADO

TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE

DOCTOR EN ODONTOLOGÍA

***REPRESENTACIONES SOBRE SALUD/ ENFERMEDAD/ ATENCIÓN
CONSTRUIDAS POR ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE CORDOBA,
ARGENTINA***

Tesista Odontóloga Lucero, María Fernanda

Directora de Tesis Dra. Lila Susana Cornejo

Asesora Científica Prof.Lic. Elena Hilas

-Año 2013-

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Lila Susana Cornejo

Profesora Titular de la Cátedra "B" de Biología Celular

Facultad de Odontología

Universidad Nacional de Córdoba

ASESORA CIENTÍFICA

Profesora Lic. Elena Hilas

Profesora Titular Asesoría Pedagógica

Facultad de Odontología

Universidad Nacional de Córdoba

COMISIÓN DE TESIS

Prof. Dra. Mercedes Sánchez Dagún

Prof. Dra. María Elena Samar

Prof. Dr. Gustavo Guillermo Serra

JURADO DE TESIS

Prof. Dra. María del Carmen López Jordi

Prof. Dra. María Elena Samar

Prof. Dr. Gustavo Guillermo Serra

DEDICATORIA

A mi Madre.

A mi Padre que no está físicamente, pero siempre me acompaña.

A mis hijos Guadalupe, Manuel y Paulina que son la luz de mi vida.

A mis hermanos que siempre me impulsaron a superarme y mejorar.

AGRADECIMIENTOS

A la Directora de este trabajo, Dra. Lila Susana Cornejo, quien supo impulsarme y estimularme acompañándome en el recorrido realizado y supo asesorarme más allá de este trabajo.

A la Asesora Metodológica Lic. Elena Hilas que supo asesorarme, acompañarme y alentarme en el recorrido del presente trabajo.

Al tribunal de Tesis por su cuidadoso aporte y acompañamiento durante la realización de esta tesis.

A la Facultad de Odontología por su aval.

Expreso el compromiso de acompañamiento de todos ellos integrantes del equipo PROCON: Dra. Marcela Bella, Dra. Patricia Verducci, Dra. Fabiana Carletto Körber, Od. Ariel Herrera, Lic. Silvia Giordano.

Especialmente a la Biol. Natalia Agüero y a Lic. Irma Moncunill por sus aportes desinteresados, acompañamiento y predisposición.

Al Dr. Pablo Gigena por su acompañamiento como hermano del corazón y colega.

A la Dra. Mabel Brunotto por su desinteresado asesoramiento.

Al Personal de Secretaría de Posgrado, Sra. Liliana Dajruch y Srta. Sofía Arach y al personal de la Biblioteca FOUNC, que siempre mostraron una gran predisposición para la concreción de este trabajo.

A las Instituciones Educativas comprometidas en este estudio, por abrir las puertas para realizar el presente trabajo.

INDICE

Abreviaturas.....	9
Resumen.....	10
Abstract.....	12
I-INTRODUCCIÓN.....	13
II-MARCO TEÓRICO.....	16
Representaciones sociales.....	16
El proceso salud enfermedad atención.....	21
Juventudes.....	25
Vulnerabilidad.....	30
Investigación cualitativa.....	32
Teoría fundamentada.....	33
Técnicas de recolección de datos.....	34
Historias de vida.....	34
Entrevista.....	37
Cuestionario.....	38
Fiabilidad.....	41
Validez.....	43
Análisis de la información: Atlas ti.....	44
Pregunta de investigación.....	48
Objetivos.....	48
III.DISEÑO METODOLÓGICO.....	49
Primera Etapa.....	49
Características de las Escuelas Seleccionadas.....	51
Escuela A, Centro.....	51
Escuela B, Sudeste.....	51

Escuela C, Noroeste.....	52
Recolección de datos.....	53
Análisis de la información.....	55
Segunda Etapa.....	56
Proceso de construcción de la entrevista por cuestionario.....	57
Dimensiones de la entrevista por cuestionario.....	59
VI. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	60
Entrevistas.....	60
Historias de Vida.....	62
Categorías Centrales.....	63
La salud entendida como estado.....	65
Los componentes emocionales asociados a la enfermedad.....	67
La Enfermedad como impedimento de los roles sociales.....	68
Las prácticas preventivas en salud sexual.....	69
En relación al consumo de sustancias.....	71
Consideraciones sobre la salud bucal.....	75
Influencia de la Familia y la Escuela.....	79
Identificando Tres Modelos de Salud.....	83
V. ENTREVISTA POR CUESTIONARIO.....	87
VI. CONCLUSIONES.....	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	95
ANEXOS.....	107
Consentimiento informado.....	108
Mapa de Índice de Vulnerabilidad Educativa.....	109
Entrevista por Cuestionario.....	110

ABREVIATURAS

CEA: Centro de Estudios Avanzados

CEPAL: Comisión Económica para América Latina

CLACSO: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales

CONICET: Consejo Nacional de Investigación Científicas y Técnicas

CW: Contexto W

CZ: Contexto Z

E: Entrevistador

HV: Historias de Vida

IC: Investigación Cualitativa

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

IVE: Índice de Vulnerabilidad Educativa

J: Joven

NBI: Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OS: Obra Social

PSEA: Proceso Salud Enfermedad Atención

RS: Representaciones Sociales

SIMPRO: Sistema de información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales

SP: Servicio Público

SS: Servicio de Salud

UNC: Universidad Nacional de Córdoba

RESUMEN

Diferentes tendencias teóricas han desarrollado distintas conceptualizaciones de juventud. Las corrientes positivistas, han alimentado y cimentado la idea de instancia preparatoria para la adultez, etapa de la vida incompleta, conflictiva con el mundo social, y le adjudican una serie de rasgos comportamentales (inseguridad personal, alteración del humor, somnolencia) que derivan en la idea de un sujeto en construcción, preparándose para un mañana pues será quien constituya el futuro. Estos mismos presupuestos teóricos han permitido la apertura a otros discursos sobre juventudes, que la exploran como una construcción social, como una condición difícilmente prescriptible. Parece entonces necesario, recuperar los discursos que bregan por la idea de “juventudes” (y no la de juventud o adolescencia) para complejizar la mirada hacia sujetos diversos y múltiples en constante movimiento.

La noción de representación social se puede visualizar, comprender y analizar dentro de la realidad social concreta. Es amplia, integrada por formas más o menos complejas. Incluye imágenes que funcionan como sistemas de referencias que nos permiten interpretar los acontecimientos, darle sentido a los sucesos, categorizar las imágenes y los fenómenos que producen los individuos y construir teorías al respecto. Toda representación es siempre de algo (el objeto) y de alguien (el sujeto, la población o grupo social), de modo tal que no es posible estudiar a uno y desconocer al otro, son los extremos imaginarios de un binomio con los que debemos operar simultáneamente.

Sobre ambos ejes y con un abordaje cualitativo, constructivista, holístico de tipo heurístico, el presente estudio pretendió indagar sobre las representaciones de salud-enfermedad-atención construidas por los jóvenes, desarrollándose en dos etapas, la primera de carácter exploratorio y descriptivo y la segunda destinada a la construcción de un instrumento, que sin apartarse de la línea epistemológica en la que se apoyó el trabajo, indague sobre dichas representaciones y sea aplicable a una población mayor por su estilo de construcción.

Participaron jóvenes de ambos sexos, con edades que oscilan entre los 13 y 18 años, que asistían a tres escuelas públicas de la Ciudad de Córdoba en el período 2008-2012. La recolección de datos se realizó a través de historias de vida temáticas y entrevistas en profundidad y el proceso de análisis se realizó por el método comparativo constante, lo que permitió la identificación de distintos elementos de construcción de significados presentes en las representaciones

sociales sobre la salud en general y en particular, la referida a la salud bucal.

El carácter cualitativo del trabajo, permitió adentrarse en el mundo juvenil sin estigmatizaciones ni juicios de valor, posibilitando la reconstrucción de su pensar, actuar y sentir sobre el PSEA.

El aproximarnos a sus representaciones y poder describir la vulnerabilidad de sus contextos de pertenencia, es la fortaleza de este trabajo como aporte para reflexionar sobre la promoción de la salud “desde la propia perspectiva de los jóvenes”, acercándolos a la salud desde un espacio diferente y reflexivo, sin la actitud adultocéntrica de pensar “para los jóvenes”.

ABSTRACT

Different theoretical trends have developed different conceptualizations of youth. Positivist currents have fed and cemented the idea of preparation for adulthood instance, stage of life incomplete, conflicting with the social world, and awarded a number of behavioral traits (personal insecurity, mood changes, drowsiness) that result in the idea of a subject under construction, preparing for tomorrow it will be who constitute the future. These theoretical assumptions have allowed some openness to other discourses about youth, who explored as a social construction, as a condition hardly prescriptive. It thus appears necessary to retrieve the speeches who struggle with the idea of "youth" (and not the youth or adolescence) to complicate the look diverse and multiple subjects in constant motion.

The notion of social representation can visualize, understand and analyze within concrete social reality. It is wide, comprising more or less complex forms. Include images that serve as reference systems that allow us to interpret events, make sense of the events, categorize the images and the phenomena that produce individuals and build theories. Any representation is always of something (the object) and someone (the subject, the public or social group), so that one can not study one and ignore the other, are the extremes of a binomial imaginary with which we operate simultaneously.

On both axes and with a qualitative approach, constructivist, holistic heuristic type, the present study aimed to investigate the representations of health-disease-care built by young, developing in two stages, the first exploratory, descriptive and second for the construction of an instrument, without departing from the epistemological line which supported the work, inquire about those representations and is applicable to a larger population for its style of construction.

Young men and women participated, with ages ranging between 13 and 18 years, attending three public schools in the city of Cordoba in the period 2008-2012. Data collection was conducted through thematic life stories and interviews and the analysis process performed by the constant comparative method, which allowed the identification of various construction elements of meaning present in the social representations of health in general and in particular that concerning oral health.

The qualitative nature of the work, allowed youth enter the world without stigmatization or value judgments, allowing the reconstruction of their thinking, acting and feeling about the PSEA.

The approach to their performances and to describe the vulnerability of their contexts of belonging, is the strength of this work as a contribution to reflect on the promotion of health "from within the perspective of young people", bringing them to health from a different space and thoughtful, without adult-thinking attitude "for young people".

I-INTRODUCCION

La salud de los jóvenes es un componente clave para el desarrollo económico, social y político de los países de Latinoamérica, de ella depende el éxito, desarrollo y competencia de las sociedades que conforman (OPS 1998). La Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2001), estimó que en 1999, la población entre 10 y 19 años representaba el 21% de la población total de la Región, siendo la distribución homogénea por sexo.

En Argentina, los jóvenes entre 10 y 19 años, representaban el 18.2% de la población en el año 2001 (INDEC, 2001) (Redi Freundlich, 2003). En 28 conglomerados urbanos, 5.212.538 personas correspondían a niños y jóvenes entre 5 y 17 años de edad, datos obtenidos en el Censo Nacional de Población de octubre de 2001.

En relación a la morbilidad/mortalidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que el 70% de las muertes producidas en adultos se debe a conductas iniciadas en la juventud (Rodríguez Rendon, 2003). Si bien los jóvenes constituyen el grupo poblacional con la tasa de mortalidad más baja, dado que las muertes en la franja etaria de 10 a 24 años alcanza el 2.4 %, no es posible pensarla como exenta de riesgos (Vuegen, 2003). Dichos riesgos están asociados a conductas, hábitos y condiciones vitales de los propios jóvenes, que reflejan que las principales causas de muerte son los accidentes o las situaciones de violencia.

Además, el embarazo y la maternidad afectan principalmente a las niñas/jóvenes con menores niveles de instrucción; en las áreas urbanas, las madres jóvenes suman el 10 % de las jóvenes de 15 a 18 años (SIMPRO, 2001).

Sin embargo, este grupo poblacional de tanta trascendencia para el futuro y el desarrollo de los países, no está siendo suficientemente considerado dentro de las políticas públicas y dentro de la agenda de salud pública.

Los programas de atención en salud de los jóvenes en Latinoamérica y en Argentina en particular, son generalmente tendientes a cubrir la denominada "atención terciaria", que consiste en reparar el daño causado por hábitos o conductas perniciosas instaladas tiempo atrás. Más importante es, que los esfuerzos se dirigen usualmente en una sola conducta problemática, (el embarazo temprano, el abuso de drogas o la delincuencia), se centran sólo en el individuo y

no utilizan un enfoque integral orientado hacia el joven, su familia, el ambiente y el contexto general en que ocurre el comportamiento.

En los últimos 20 años la OMS ha reconocido reiteradamente la singular importancia de la salud y el bienestar de los jóvenes señalando la necesidad de asignar alta prioridad a los programas dirigidos a su fomento y restablecimiento (OPS, 1998), así como a la prevención de las enfermedades que los afectan (Manglukart, 2001).

En ese sentido, en septiembre de 1990 el Congreso de la Nación Argentina ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño mediante la ley 23.849 y la Asamblea Constituyente de 1994 la incorporó al artículo 75 de la Constitución de la Nación Argentina en agosto del mismo año. A partir de ello, el estado se comprometió a realizar los esfuerzos posibles para asegurar que todo niño, niña y adolescente tenga acceso a todos los derechos que figuran en la Convención.

Mayormente, las estadísticas de las que se dispone no diferencian grupos etarios ni de género, siendo escasos los datos epidemiológicos (Informe ONG, 2002) y los datos existentes, en general, están referidos a una sola problemática (embarazo temprano, abuso de drogas o delincuencia) las que frecuentemente se corresponden con la situación social en la que se desarrollan los jóvenes. Esto último constituye uno de los factores que más influyen como determinante de vulnerabilidad de los grupos humanos.

Es necesario entonces encontrar las formas de abordaje a este escenario de vulnerabilidad social y sanitaria, dado que en el proceso de construcción de las nuevas identificaciones que llevan adelante los jóvenes, son fundamentales los contextos de vulnerabilidad social en que ellos se desarrollan.

Se consideran contextos de vulnerabilidad social a esos ámbitos multidimensionales en el que interactúan: el contexto doméstico-familiar e individual, el sistema educativo, el sistema político-social de acumulación y los atributos individuales; conforman lugares no físicos donde con fuerte impronta se desarrollan los actos de pensamientos con los cuales un objeto es transformado mentalmente a partir de los valores, creencias, roles e ideologías.

En estos lugares no físicos, los jóvenes reconstruyen los objetos primario cargándolos de sentido para ellos, lo que a su vez les permite el intercambio con otros. Conforman las representaciones sociales, las que colaboran en la formación, consolidación y diferenciación de grupos sociales, entre ellos los jóvenes (León,

2002).

Desde esta perspectiva constructivista y considerando que para el desarrollo de toda estrategia de promoción de salud (Rodríguez Moreno, 2002) deben primeramente tomarse en cuenta las características propias de la población a las que se dirigen, tales como edad, cultura, ecología, necesidades, aspectos socioeconómicos, etc., se requiere de una aproximación que supere el tradicional modo hipotético deductivo con hipótesis a confirmar, por una investigación de tipo heurístico, que permita explorar, preguntar y preguntarse.

Conociendo y comprendiendo el punto de vista de los jóvenes, el presente estudio pretende indagar sobre las representaciones de salud-enfermedad-atención construidas por los jóvenes, con un abordaje de investigación cualitativo, constructivista, holístico de tipo heurístico.

II- MARCO TEORICO

Tradicionalmente la salud ha sido estudiada aplicando el método hipotético deductivo. Hoy la problemática de salud es abordada desde distintas lógicas y perspectivas, que demandan creatividad para la combinación de estrategias con el propósito de elaborar modelos explicativos y /o comprensivos de la realidad. Desde un enfoque sistémico se sostiene que el todo es cualitativamente diferente de la suma de las partes y que estas son interdependientes y se influyen mutuamente debiendo ser analizadas en el contexto en que las mismas se desarrollan.

REPRESENTACIONES SOCIALES

Las representaciones son teorías del sentido común, coinciden en este punto autores como Moscovici (1979), Jodelet (1989), Abric (1994), Banchs (2000). La Teoría de las Representaciones Sociales (RS), puede resultar oportuna en el camino de hacer inteligibles la subjetividad individual y social.

Las RS son teorías del conocimiento, sistemas cognoscitivos con una lógica y lenguaje que le son propios y no solo opiniones acerca de una temática en particular. Estos sistemas complejos tienen una doble función: por un lado orientan a las personas en su mundo material social y permitiéndoles dominarlo; y por otra, dentro del entramado social permiten la codificación de los objetos materiales o intangibles, posibilitando la comunicación e intercambio entre los actores sociales (Farr, 1988).

Una representación puede referirse igualmente a objetos ideales o reales, tanto ausentes como presentes; dando lugar al intercambio entre percepción y concepto.

Debemos evitar caer en el simplismo de pensar a las representaciones como el reflejo de algo exterior o de creer que son construcciones triviales o externas de algo constante y profundo. Muy por el contrario, las RS son componentes de la realidad social; como lo son para realidad física los campos de energía invisibles y las partículas (Gutiérrez Alberoni, 1998).

La noción de representación social se puede visualizar, comprender y analizar dentro de la realidad social concreta. Es amplia, integrada por formas más o menos complejas. Incluye imágenes que funcionan como sistemas de referencias

que nos permiten interpretar los acontecimientos, darle sentido a los sucesos, categorizar las imágenes y los fenómenos que producen los individuos y construir teorías al respecto.

Toda representación es siempre de algo (el objeto) y de alguien (el sujeto, la población o grupo social); de modo tal que no es posible estudiar a uno y desconocer al otro, son los extremos imaginarios de un binomio con los que debemos operar simultáneamente.

A criterio de Jodelet (1989), son imprescindibles las siguientes condiciones para que un objeto o hecho social pueda ser considerado propósito de representación: debe aparecer en las conversaciones cotidianas, estar presente en los medios de comunicación y hacer referencia a los valores.

Organización de las Representaciones

A los fines de poder dimensionar los componentes y la forma de construcción de las RS coexisten, entre otras, dos grandes teorías, la de Abric (2001) y la de Moscovici (1979).

Para Abric (2001), las representaciones tienen una organización especial, los elementos son ordenados según la jerarquía que poseen. Para este autor, las RS se organizan en dos sistemas: el núcleo central y periférico, que participan de otro sistema mayor, que es el de la representación, y guardan entre sí lazos complejos de carácter unívoco pero también profundas contradicciones.

Abric (1994) le atribuye al núcleo central características tales como ser: estar determinado e interrelacionado con las situaciones históricas, ideológicas y sociológicas; fuertemente influenciadas por la memoria colectiva y por el sistema de normas; estables, coherentes y resistentes al cambio. Estas características le confieren estabilidad y lo hacen relativamente independiente de los sucesivos cambios del contexto social en los que las RS son puestas a prueba (Celso Pereira de SÁ, 1996).

Por otro lado, el sistema periférico pragmatiza y contextualiza permanentemente las normativas, adaptándose a una realidad concreta resultante de la movilidad y la pluralidad características de las personas.

Los aspectos psicosociales son importantes en la construcción de las RS en el sentido de que los componentes psicológicos demarcan el núcleo central y los

aspectos sociales y de la comunicación, son los que se refieren al sistema periférico.

La primera función del sistema periférico es concretizar al sistema central (o núcleo) en términos de comportamientos y actitudes; es sensible, estando estrechamente influenciado por los cambios del contexto inmediato; es maleable en relación a los elementos centrales, esto garantiza una cierta permeabilidad y adaptación del núcleo a las situaciones concretas y reales que los grupos sociales enfrentan. El sistema periférico es el que incorpora la información nueva o los hechos importantes para ser incluidos en el núcleo. Asimismo este sistema, dada su flexibilidad, permite la construcción individual de las RS, es decir la individualización de la representación social en torno de un núcleo común.

Los aspectos centrales y los periféricos no siempre están en sintonía correspondientes simétricamente. Lejos de esto, frecuentemente se producen disonancias, lo que expresa la ambivalencia entre el contenido que genera (alimenta) el núcleo central y la formación del sistema periférico a la que pertenecen las prácticas y conductas de las personas.

Otro es el criterio de Moscovici (1979) continuada por Jodelet (1989), según el cual las RS se articulan en torno a tres ejes o dimensiones interdependientes: información, actitud y campo de representación o imagen.

- **La información** se refiere a un cuerpo de conocimientos organizados, que un determinado grupo posee respecto a un objeto social. Es la dimensión que da cuenta de los **conocimientos** en torno al objeto de representación; su cantidad y calidad es variada en función de diferentes factores. Entre estos la pertenencia grupal y la inserción social juegan un rol esencial, pues el acceso a la información está siempre mediada por ambas variables. También tienen una fuerte capacidad de influencia, la cercanía o distancia de los grupos respecto al objeto de representación y las prácticas sociales en torno al mismo.
- **El campo de representación** remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones acerca de un aspecto preciso del objeto de la representación. Es la **dimensión afectiva**, imprime carácter dinámico a la representación y orienta el comportamiento hacia el objeto de la misma, dotándolo de reacciones emocionales de diversa intensidad y dirección. Los elementos afectivos tienen entonces una

importancia trascendental en la constitución de toda representación, al jugar un papel estructurante o desestructurante.

- **La actitud** termina por focalizar la orientación global en relación al objeto de la representación social. Nos sugiere la idea de "**modelo**", está referido al orden y jerarquía que toman los contenidos representacionales que se organizan en una estructura funcional determinada. El campo representacional se estructura en torno al núcleo o esquema figurativo, que es la parte más estable y sólida, compuesto por cogniciones que dotan de significado al resto de los elementos.
- Siguiendo la teoría moscoviana, las RS son elaboradas mediante dos procesos: objetivación y anclaje. Por medio de estos dos mecanismos un conocimiento se inserta en la vida diaria cotidiana de las personas pasando a formar parte del sentido común.

Objetivación

Las nociones abstractas al ser puestas en imágenes dan una textura material a las ideas, ponen en correspondencia cosas con palabras, dan forma a esquemas conceptuales. En este mismo sentido Jodelet (1989) afirma: *"la objetivación es reabsorber un exceso de significados materializándolos"*

Etapas de la Objetivación

1. *Construcción selectiva de una teoría*: las nociones que circulan sobre determinada teoría son objetos de una selección en función de criterios culturales normativos. Estas informaciones son separadas y descontextualizadas de los elementos del campo científico al que pertenecen y son apropiadas por el público, el cual las proyecta como hechos de su propio universo, consiguiendo así dominarlas.
2. *Formación de núcleo figurativo*: "una estructura de imagen reproducirá de manera visible una estructura conceptual" (Farr, 1988), elabora de esta forma, conceptos teóricos que se constituyen en un conjunto gráfico y coherente para poder comprenderlos individualmente.
3. *Naturalización*: las figuras y los elementos del pensamiento se convierten en elementos de la realidad que hacen referencia al concepto, el modelo figurativo integra elementos de la ciencia en una realidad que tiene sentido común (Jodelet, 1989).

Anclaje

El segundo proceso de elaboración de las RS es el que se refiere a la inserción social de la representación y de su objeto, la intervención de lo social se traduce en el significado y la utilidad que le son conferidos. Actúa integrando las informaciones que llegan mediante el proceso previamente descrito, a nuestro sistema de pensamientos ya configurados. Permite integrar las nuevas representaciones a todo el sistema representacional pre-existente, reconstruyendo permanentemente nuestra visión de la realidad.

Los sistemas de estructuración propuestos por Abric (1994) y Moscovisi (1979) que tiene diferentes formas de presentación y análisis de las RS, no son excluyentes entre sí, pudiendo ser analizadas las RS por uno u otro modelo.

Investigación en el campo de las RS

Para organizar un estudio en el terreno de las representaciones, Celso Sá (1998) recomienda:

1ro. **Enunciar exactamente el objeto de representación** que se ha decidido estudiar, descartando la influencia de la representación de objetos muy cercanos al de nuestro interés.

2do. **Determinar los sujetos** en términos de grupos, poblaciones, estratos o conjuntos sociales en cuyas manifestaciones discursivas y comportamientos estudiaremos la representación.

3ro. **Determinar las dimensiones del contexto sociocultural donde se desenvuelven los sujetos y grupos**, sus prácticas sociales particulares, redes de interacción, instituciones u organizaciones implicadas, medios de comunicación, formas de acceso a los grupos seleccionados, normas o valores relacionados con el objeto de estudio, etc. Conocer la visión de los sujetos implica aproximarse a sus representaciones de la realidad, para luego analizar cómo la dinámica del interjuego de las mismas reproduce y produce modos de acción.

En relación a las RS, es conveniente trabajar identificando ejes conceptuales ordenadores alrededor de los cuales se aglutinan las definiciones resultantes del análisis. Constituidos así, los conjuntos formados son específicos de los diferentes modos de asignar significados a los términos correspondientes, que son construidos por un grupo o comunidad que produjo los discursos estudiados. La importancia de esta forma de estudio es que, propone identificar los componentes y

características propias de determinados conceptos que han sido utilizados por una comunidad en estudio en un momento determinado (Magariños de Morentin, 1994).

EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD ATENCION

Para la comprensión de la triada proceso salud- enfermedad- atención (PSEA) es necesario una breve recorrida por los elementos que componen la misma y su evolución con la cultura.

En el transcurso del tiempo, en las diferentes épocas y culturas, la conceptualización de la salud y los modos de su fomento, de la enfermedad, sus maneras de aliviarla y sus formas de prevenirla, han cambiado.

En la pérdida de la salud, Canguilhem (1966), señala tres concepciones: la ontológica, la dinámica y la social.

La concepción ontológica considera que la pérdida de la salud se debe a causas mágicas, al enfermo como hombre se le ha quitado algo. La enfermedad es entonces una entidad con existencia independiente capaz de provocar un mal. En esto cobra sentido la eficacia simbólica de la “cura de palabra” la inclusión de la fe en la conservación de la salud, es necesario procurar la armonía con las deidades intervinientes en el mundo místico que rige al hombre (Moreno Altamirano, 2007). Para ello es imprescindible la existencia de una conexión simbólica entre el curador, el enfermo y su grupo social que comparte esta creencia. Según la religión la salud podría recibirse como un don y el perderla sería un castigo divino ante alguna falta.

Con los avances de las ciencias especialmente de la microbiología, se pudieron aislar o detectar los agentes causales de las enfermedades (agentes patógenos, bacterias, etc.); así, cada enfermedad tiene una causa (generalmente una bacteria que la produce) y sobre ella se investiga; esto continúa en el mismo sentido de la visión ontológica (mágico-religiosa-bacteriológica), perspectiva que aún persiste en nuestros días.

La visión dinámica, establece relación del organismo y el ambiente. Dubos (1975) expresa: “*Hipócrates propuso que la pérdida de la salud se debía a una violación de las leyes naturales, y que el cuerpo enfermo era capaz de poner en juego fuerzas que tendían a restaurar el equilibrio. Si bien en la medicina antigua nunca se logró el entendimiento de las alteraciones del medio*

interno, los escritos hipocráticos hicieron énfasis en la influencia que el medio externo ejerce sobre el organismo”.

Con el desarrollo de las ciencias en el siglo XIX, en la intención de limitar al agente causal de las enfermedades, se produjo un gran avance de la industria farmacológica y la terapéutica farmacológica trataba exitosamente a los individuos. Sin embargo no daba respuesta a la aparición de otros factores o a la causa por la cual un agente patógeno no siempre produce la enfermedad. Sumado a esto, la aparición de otras enfermedades como el cáncer, la diabetes o las enfermedades mentales donde no existía una única causa. Surge así un modelo explicativo de múltiples causas o multicausal.

Concomitantemente en el siglo XIX, en distintos países europeos surgen alternativas sanitarias para enfrentar la atención de la salud de los sectores de menor poder adquisitivo. La figura del proletariado, luego de la revolución industrial, cobró un lugar notorio y distintos médicos comenzaron a dar cuenta de los grandes deterioros que producían los modos de vida y las condiciones laborales de explotación.

La medicina social constituyó una respuesta política a la salud de los grupos que se encontraban en mayor grado de exposición¹, justamente porque se denunciaba la existencia de sectores que quedaban por fuera de los servicios de salud y requerían una planificación diferenciada para determinados grupos.

Los encargados de la medicina social eran a su vez integrantes de movimientos políticos y denunciaban estos atropellos a los trabajadores, por cual eran perseguidos por el Estado. Virchow² fue un claro ejemplo de ello, perseguido y condenado al exilio, posteriormente se convierte en el hombre más influyente de la patología moderna, además de sentar las bases de la antropología física. (Almeida-Filho y Rouquayrol, 2008)

Sigerist (1998) resaltaba la importancia de la cultura, que influye en todas las disciplinas, incluyendo a la medicina, dado que todos los postulados médicos han sido influenciados por la época en los que fueron formulados.

La antropología médica realiza su aporte intentando entrelazar los conceptos de enfermedad y patología entendiéndolos como el mal funcionamiento

1. En este caso, nos referimos al concepto de exposición como la presencia de un sujeto a determinantes socio-laborales perniciosas para la salud de un trabajador, cuyo desarrollo puede provocar profundos desmejoramientos o la muerte.

2. Virchow: fue un médico y político alemán., pionero del concepto moderno del proceso patológico al presentar su teoría celular (Wikipedia)

de procesos biológicos o psicológicos, diferenciando las anormalidades funcionales o estructurales de base orgánica (*disease*) (Kleinman, 1980), el padecimiento (*illness*) y la disfunción social (*sickness*) (Parson, 1942).

La enfermedad (*disease*) entendida como el proceso fisiopatológico o enfermedad objetiva, mientras que el padecimiento o malestar (*illness*) desde la subjetividad o percepción del individuo. El padecimiento es la expresión individual del enfermo vivida desde la experiencia subjetiva del sufrimiento, la forma en que expresa y reacciona frente a los síntomas del evento que lo aleja de la salud (Zolla, 1988).

Recientemente algunos antropólogos han retomado de Parsons (1942) la categoría de disfunción social (*sickness*), referida a las acciones y comportamientos del individuo enfermo en la sociedad.

Zollay col (1988) refiere a los síndromes de filiación cultural, que son aquellos procesos patológicos que son percibidos, diagnosticados y tratados por un determinado grupo poblacional, según sus formas culturales y según estas mismas formas utilizan la eficacia de lo simbólico para recuperar la salud perdida.

Almeida-Filho (2008) incorpora el modelo “*Complejo enfermedad-padecimiento-malestar*”, el cual se encuentra incluido en el PSEA.

Para describir y analizar el proceso salud /enfermedad /atención (PSEA) se han desarrollado diferentes perspectivas desde la antropología social, la epidemiología y las disciplinas médicas. (Menéndez, 2008).

Las estructuras sociales y sus significados son desarrolladas por los agentes relacionales (que son los sujetos o actores que las integran) y que pueden formar hacia ellas relaciones de subordinación, oposición, complementación, etc. Desde esta perspectiva relacional el PSEA retoma los procesos históricos en la consideración de que los campos³ socio culturales no son homogéneos, sino todo lo contrario, desarrollan dialécticas como hegemonía–subordinación, integración–cohesión.

Para Samaja (2004), la salud y la enfermedad no son producto del mundo natural o real, sino hechos del mundo de las relaciones sociales. Son los sujetos sociales quienes con sus valoraciones subjetivas construyen situaciones de salud o enfermedad.

³**Campo:** Bourdieu es un espacio social de acción y de influencia en el que confluyen relaciones sociales determinadas. Estas relaciones quedan definidas por la posesión o producción de una forma específica de capital propia del campo en cuestión.

En la medida que sea incluida esta perspectiva considera el autor, sería posible una ciencia social de la salud. La medicina social que reconoce a la salud vinculada al cuerpo y sus percepciones, a su vez toma en cuenta las interpretaciones de las personas, sus preferencias, modos de vida, posibilidad de tomar decisiones como así también sus formas de percibir la vida y la muerte, en un contexto social cada vez más desigual y complejo.

Según Menéndez (1991) es en el área doméstica o de los microgrupos poblacionales donde se resuelven la mayor parte de los problemas que afectan al proceso de salud- enfermedad-atención. Las actividades de autoatención son la base de la estructura para la reproducción biosocial.

Menéndez (2009) define autoatención *“como las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención de curadores profesionales, aun cuando estos puedan ser referencia de esta actividad...”*

Carracedo (2004), Menéndez (2009) entre otros autores describen a la autoatención como parte nuclear, sintetizadora y fundamental del PSEA; ya que son los propios sujetos-actores que de manera autónoma la desarrollan constantemente junto a otras formas de atención.

Este posicionamiento se inscribe en otro mayor, que epistemológicamente irrumpe con la linealidad de la salud situada en un binarismo radical para ser abordada en términos de proceso, dialéctica que expresa claramente una relación particular entre la salud, la enfermedad y la atención. Esta tríada implica pensar al sujeto en permanente movimiento, la salud y la enfermedad ya no son vistas como estados puros, sino en relación con el contexto social, la experiencia individual, la perspectiva del actor y las lógicas rizomáticas que adquiere la subjetividad.

Pensar las RS, en especial la referida al proceso salud enfermedad atención con una lógica de construcción permanente, entendiendo la influencia del contexto y fundamentalmente desde la perspectiva del actor, nos compromete a deconstruir lo que llamamos y entendemos por juventud.

JUVENTUDES

La OMS establece un parámetro cronológico (entre los 10 y 19 años) para determinar lo que se considera adolescencia, mientras que las Naciones Unidas la ubica entre los 15 y los 24 años (Rodríguez Rendón, 2003). Si bien en ambos casos se trata de un marco establecido de forma arbitraria, estos criterios se aplican profusamente especialmente como categorías estadísticas.

Considerar sólo la dimensión etaria como dato explicativo de conductas y representaciones, es un obstáculo epistemológico que impide comprender la influencia de otras dimensiones como la clase o la pertenencia cultural, aspectos que generan distancias sociales entre los jóvenes.

Debemos considerar que la adolescencia (categoría imprecisa, con límites borrosos) es una construcción social originada en el periodo postguerra, donde los vencedores imponían estilos de vida y valores además de posibilitar el acceso a estándares de vida no imaginados. Jerarquizaron a niños y jóvenes como sujetos de derechos y sobre todo de consumo. En este contexto los jóvenes de la postguerra debieron retrasar su ingreso a los espacios de producción equilibrando así el mercado laboral, siendo retenidos por más tiempo en las instituciones educativas, generando así una nueva forma de capital cultural: el capital escolar.

Así, desde la época de posguerra se asocia a la juventud a un periodo de tránsito entre el universo del niño y el del adulto que conlleva productividad económica y formación de la propia familia.

Diferentes autores resignifican el concepto de juventud según las tendencias teóricas y el momento histórico cultural. Susana Quiroga (1999) reconoce tres momentos: la adolescencia temprana (entre 13 y 15 años) en la que se suelen intensificar las conductas rebeldes y el mal desempeño escolar; la adolescencia media (entre 15 y 18 años) donde surgen los primeros noviazgos y la formación de grupos de pares; y la adolescencia tardía (entre 18 y 28 años), que es el tiempo de resolución de las problemáticas que conducirán al adolescente hacia la adultez.

Se pueden sumar otras posturas de tendencias positivistas para significar las juventudes. La juventud concebida como etapa del desarrollo psicobiológico, considerada como un momento de crisis, angustia y estados anímicos cambiantes en la formación de la personalidad; esto le otorga al imaginario social la idea del joven como un peligro o riesgo debido a su inestabilidad (Foucault, 1993). El control del impulso sexual y de la sexualidad se vuelve importante para el control social al

aportar a la constitución de una persona sana. Los trabajos realizados por Hall (1904) y Ana Freud (1985) definieron a la juventud como universal con características de cambios físicos y psicológicos, de expresión de sentimientos de rebeldía y diferenciación de la familia nuclear. Marca el pasaje de la niñez a la adultez con la formación de la familia heterosexual y la integración al mundo del trabajo de la producción (Bonder, 1999).

Por su parte, Aberasturi (1985) la caracteriza como un momento doloroso de cambios y conflictos mediados por la diferenciación con la familia y la formación de la personalidad.

Durante la adolescencia se construyen una serie de identificaciones nuevas, sin renunciar por completo a las primeras identificaciones infantiles. Los nuevos modelos, pueden ser adultos ajenos a la familia (diferentes mediadores como maestros, médicos u odontólogos), pero también otros jóvenes. Los compañeros, los amigos, son el espejo en que el adolescente se mira en busca de aceptación y aprobación. (Weissmann, 2003)

En la construcción de su identidad, el adolescente manifiesta actitudes de diferenciación (Taber y col, 2001) que pueden abarcar desde desprolijidad en su aspecto físico, falta de interés por la limpieza y el orden, desafío a la autoridad, provocación directa a los adultos, bajo rendimiento escolar, repetición del año, abandono de la escuela, dormir en exceso, o vagar; hasta conductas que lo ponen en franca situación de riesgo (Gómez de Giraudó, 2000), como el ejercicio prematuro de la sexualidad, fugas del hogar, consumo abusivo de alcohol y/o drogas, trastornos alimentarios, actos delictivos, en una clara diferenciación de su mundo pasado y en la búsqueda de límites puestos por los adultos (Weissmann, 2003).

Esta corriente ha sido influenciada fuertemente por el psicoanálisis, la psicología del desarrollo (Lidz, 1973) y los estudios sociológicos de corte funcionalista.

Por otra parte a mediados del siglo XX, irrumpe la tendencia de considerar a la juventud como un momento clave para la integración social donde el joven debía prepararse para la vida productiva (adulto) que le permitiera adaptarse e integrarse socialmente; se continúa con la corriente de pensarla como un periodo de transición; se retoman elementos de la perspectiva anterior a lo que se agrega la idea de moratoria, como el tiempo de aprendizaje e incorporación de conocimientos

y habilidades.

La corriente estructuralista, que critica la idea clásica, incorpora a la juventud en “estructuras de actividad” como la escuela, actividades recreativas, etc., que permiten la integración del individuo en sociedad. A su vez le confiere una categoría de estatus, así, un joven que cronológicamente lo es, pero que no desarrolla sus estructuras sociales correspondientes, no vive su juventud, “es no ser un joven” y en contrapartida podría serlo un adulto con conductas juveniles.

Otra idea estructuralista es la planteada por Trasher (1927), enfocada sobretudo en estructuras de marginalidad (delincuencia juvenil, jóvenes con dificultades de integración social) basado en estudios jurídicos y antropológicos sobre delincuentes, adictos, pobres, negros. Desde la perspectiva sociológica Parsons (1942) caracteriza básicamente de irresponsable a la cultura juvenil. Estos estudios han contribuido fuertemente a estigmatizar a la gente joven como delincuente, desadaptada, irresponsable, necesitada de control, y en algunos casos de represión.

Por otra parte, la perspectiva de la juventud como un dato sociodemográfico, desarrollada en la segunda mitad del siglo XX (Alpizar, 2003) ubica a la juventud desde el punto de vista poblacional como un grupo homogéneo según la edad (aunque en estos términos también poco definidos). La OMS, como ya se ha señalado, establece para la adolescencia un parámetro cronológico, los estudios desarrollados bajo esta perspectiva han sido principalmente sociodemográficos, los que se multiplicaron a partir de la crisis poblacional de los años 60-70 persistiendo esta tendencia en nuestros días. Estos estudios generalizan características o comportamientos de toda la gente joven, invisibilizando la diversidad de condiciones, necesidades y realidades juveniles. Algunos de estos estudios son los de empleo juvenil (Zepeda, 1993), embarazo adolescente (León et al, 2008).

Influenciada por el materialismo histórico, surge la perspectiva de la juventud como agente de cambio. En relación a ella, los estudios realizados posicionan mejor a los jóvenes en la ejecución de los cambios sociales necesarios. Revolucionarios, idealistas, aportantes al cambio. Movimientos como la revolución cubana, el mayo francés, el movimiento pacifista, hicieron que por primera vez se identificara a los jóvenes como protagonistas de un cambio cultural y social revolucionario; de escépticos y conformistas (Schelsky, 1975), los jóvenes pasaron

a ser, en apenas unos pocos años, activistas, contestatarios y cuestionadores de la cultura dominante.

Otra perspectiva tiene que ver con la definición de la juventud como problema de desarrollo, (Ferraroti, 1981). Los estudios sobre la incidencia de desempleo, del consumo de drogas ilícitas, el número embarazos adolescentes, entre otros aspectos, retoman en muchos casos el enfoque sociodemográfico, no solamente en lo estadístico sino en la inclusión macro de la juventud en la inclusión social de la misma. Se continúa así, considerando a la juventud como grupo vulnerable o de riesgo en los programas públicos institucionales para el desarrollo del sector. Al respecto, Touraine (Rovirosa, 1988) afirma en una entrevista, que desde una propuesta política más humana se debería considerar como inversión la inserción de los y las jóvenes en el desarrollo social.

El concepto de juventud como grupo generacional, ha servido para construir algunos estereotipos sobre la gente joven de determinada época, por ejemplo “la generación perdida” (Rosas, 1993), “generación X” con una serie de caracterizaciones en relación a los jóvenes de Estados Unidos que prontamente se diseminó a otros países. Coupland en la “generación escéptica” (Coupland, 1993), que adscriben como valores sociales principales al individualismo y al hedonismo, sin motivaciones para participar en la construcción social y política del país y siendo su principal preocupación el continuo fluir del presente y “generación de la red” que se inicia a principios siglo XXI.

En este contexto de re significación permanente del concepto de juventud ha adquirido innumerable significados. En este sentido Braslavsky (1987) identifica los mitos con los que se asocia a la juventud y le otorga colores: *Juventud Dorada*: se asocia a los jóvenes como privilegiados, despreocupados, militantes en defensa de sus derechos, individuos con tiempo libre que disfrutaban el ocio y por sobre todo de la moratoria social que le permite vivir sin angustias ni preocupaciones.

Juventud Gris: depositaria de todos los males como “la resaca de toda la sociedad”. El segmento de la población más afectado por la crisis, por la sociedad autoritaria, donde se encuentra la mayor porción de desocupados, apáticos, delincuentes y pobres.

Juventud Blanca: personajes maravillosos y puros que salvarían a la humanidad. Ellos harían lo que sus padres no pudieron, serían los éticos, participativos, etc.

Actualmente existe una corriente de resignificación de la juventud que sirve

tanto para designar un estado de ánimo, como para calificar lo diferente y novedoso, incluso se le ha llegado a considerar como un valor en sí mismo (Plesnicar, 2009), un producto o un signo de identificación para el que lo posee, sin considerar su condición real de juventud.

Una teoría interesante es la que considera a la juventud como el futuro, *“el joven es presentado como un ser de tiempo inexistente. El pasado no le pertenece por que no estaba, el presente no le pertenece porque no está listo y el futuro es un tiempo que no se vive, solo se sueña, es un tiempo utópico. Ahí son puestos los jóvenes, y así quedan eliminados del hoy. Nunca pueden SER ELLOS jóvenes en el presente. El pasado es territorio de la juventud de los adultos de hoy. El presente es el tiempo de los adultos de hoy. Y el futuro es el país del nunca jamás. La espera es infinita, vana e ilusoria. Te roban el presente hipotecando el futuro. La promesa de un tiempo venidero donde hallarán completitud, donde el devenir biocronológico los hará seres completos, por lo que dejarán de ser jóvenes, y entonces su tiempo será el presente (del mañana claro está)”* (Chávez, 2005).

Teorías provenientes de la antropología y la sociología y desarrolladas en las últimas décadas, conciben a la juventud *como una construcción sociocultural*. Retomando las contribuciones de Mead (1928), quien en los años veinte rompió con la tradición de ver a la juventud como algo universal, definiéndola más bien como una categoría cultural, ubican a la juventud en su contexto histórico y cultural.

Los estudios socioculturales, resaltan la diversidad de formas de expresión de la juventud (culturas juveniles) (Margulis y Urresti ,1998; Reguillo, 2000) y subrayan la diversidad de la misma (identidades juveniles).

En este panorama complejo de diferentes vertientes ideológicas, el concepto de juventud debe ser tratado desde la diversidad, entendiendo que para construir una definición de juventud, no podemos excluir las diferencias de clases sociales y los contextos socioculturales sobre los que influyen las identidades de las categorías de juventud.

El abanico de concepciones referidas a la juventud, se complejiza cuando incluimos la mirada desde las representaciones sociales, entendiendo la influencia del contexto en la construcción de las lógicas que elaboran los jóvenes cuando hablamos de salud, enfermedad o atención.

VULNERABILIDAD

La pobreza es un concepto elaborado a partir de la perspectiva económica, más que de los indicadores sociales. Desde esta perspectiva de la pobreza, se clasifica a los individuos u hogares de acuerdo a un atributo que relaciona consumo, ingresos y condiciones de vida. La pobreza definida de esta forma manifiesta el hecho concreto de su capacidad heurística y se transformó para las sociedades contemporáneas, en un virtual termómetro del estado de salud.

El enfoque de vulnerabilidad social aspira a comprender los fenómenos estructurantes de la sociedad, los recursos de las personas como activos físicos, humanos, sociales, la capacidad de acción y los riesgos a los que se exponen los actores sociales.

El Índice de Necesidades Básicas aporta al estudio de los sectores con carencias extremas, el hecho de posibilitar una medida estructural y escasamente fluctuante en relación a la pobreza. Es más probable que la posesión o el acceso a ciertos bienes y servicios básicos por parte de los hogares varíe menos que el ingreso del hogar por ser éste más sensible y estar más sujeto a los vaivenes de la coyuntura económica y en particular a los índices de desempleo abierto o subempleo. El Índice de Necesidades Básicas es el criterio en que se sustenta la tipología de pobres que distingue situaciones diferentes al interior de la pobreza, estableciendo variaciones entre los pobres recientes, los pobres crónicos y los pobres inerciales. Así es como aparecen los llamados “nuevos pobres”, los segmentos de clase media que, a pesar de su capital educativo no pueden integrarse al campo laboral, quedando al margen de la distribución de los recursos de la sociedad.

El nivel de vulnerabilidad de un hogar, para Kaztman (2000), se relaciona con la posesión de activos. Esto significa la disponibilidad de recursos para la mayor conveniencia y la mejor utilización de las oportunidades que la coyuntura en la cual se desenvuelve le brinda. La vulnerabilidad de los hogares, puede variar según los cambios en las oportunidades que un hogar posee y controla o a la variación en el acceso a la estructura de oportunidades o a la modificación de ambas categorías. (Kaztman y otros, 1999) Los activos se pueden definir como: *La posesión, control o movilización de recursos materiales y simbólicos que permiten al individuo desenvolverse en la sociedad. Capital financiero, capital humano, experiencia laboral, nivel educativo, composición y atributos de la familia, capital*

social, participación en redes y capital físico, son ejemplos ilustrativos de algunos de estos recursos (Filgueira, 2001).

El Índice de Vulnerabilidad Educativa (IVE), construido a partir del trabajo que realizaron los investigadores del CONICET-CEA, UNC, es una aproximación a la vulnerabilidad social desde la dimensión educativa. (González, 2007).

Para la construcción del IVE se tienen en cuenta tres variables provenientes del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (INDEC-Gerencia de Estadísticas y Censos):

1. *Situación educacional*: porcentaje de población que nunca asistió a algún establecimiento educativo o que no completó la primaria.
2. *Analfabetismo*: porcentaje de población de 10 años y más que no sabe leer y escribir.
3. *NBI Educación*: porcentaje de población en hogares con menores que no asisten a la escuela.

La situación educacional relevada por las variables antes mencionadas permite identificar:

- la población de 13 años y más, que no cuenta con educación primaria completa, es decir que no ha cubierto el nivel mínimo obligatorio de educación para toda la población sin discriminación de edad
- el analfabetismo que incluye a la población de 10 años y más, que reconoce no saber leer ni escribir, más allá de su asistencia o no a algún establecimiento educativo.
- las necesidades básicas insatisfechas referidas a educación en base al el registro de las personas que conforman hogares donde existe algún menor de 6 a 12 años que no asiste a clases.

A partir de la aplicación del ÍVE, (González, 2007) se identifican diferentes áreas geográficas de la ciudad de Córdoba (Anexo 2) según sus niveles de vulnerabilidad educativa, dicho índice puede utilizarse como aproximación de la Vulnerabilidad Social que presentan los diferentes barrios de la ciudad, así como las escuelas ubicadas en ellos.

INVESTIGACION CUALITATIVA

Para Sautú (2005); Souza Minayo, (2008) la investigación cualitativa es el camino adecuado para comprender y explicar la dinámica de las relaciones sociales y de las representaciones sociales por ser depositarias de creencias, prácticas, valores y hábitos, a la vez que advierte sobre la necesidad de combinar técnicas de recolección de datos para aproximarse a su conocimiento.

Abordar el estudio de las representaciones sociales desde la lógica de la Investigación Cualitativa (IC), permite establecer una conexión entre los saberes sociales implícitos y los conocimientos y las acciones individuales (Cardelli, 2002).

Richarson (2002) señala, respecto de la IC, la inexistencia de un único método o teoría que pueda desarrollar un conocimiento de alcance general y universal, así como la inexistencia de un discurso con lugar de privilegio.

Es un multimétodo focalizado e incluye la interpretación y aproximación naturalista a su objeto de estudio, es decir que se estudian las cosas o situaciones en su habitat natural, tratando de entender o interpretar los fenómenos en términos de los significados que la gente le otorga. El producto de la IC es una creación compleja, densa, reflexiva, a la manera de un collage, que representa las imágenes del investigador, sus pensamientos, sus interpretaciones del mundo o del fenómeno analizado (Weinstein & Weinstein, 1991).

No existe una teoría o paradigma que la distinga, tampoco tiene un conjunto de métodos atribuibles exclusivamente, se utilizan métodos provenientes de la semiótica, hermenéutica, psicoanálisis, feminismo, entre otras, ya que todas las prácticas de investigación “pueden promover importantes intuiciones y conocimientos” (Denzin y Lincoln, 2000). La realidad se construye en la trama de significados de los propios actores y del investigador. Se busca la esencia por detrás de la apariencia, se trabaja con la implicación del investigador en la realidad observada, para lo cual debe explicitarse la existencia de supuestos ideológicos ya que son parte de la construcción del dato científico. Es considerar como eje central la mirada de los otros, es esencialmente contemplar la mirada del otro (individuo, grupos, colectivos sociales). Es inductiva comienza con conceptos y proposiciones amplias que orientan la focalización del objeto se sumergen en terreno y se construyen categorías en un movimiento en espiral: de la empírea a la teoría y de la teoría a la empírea. A través de semejanzas y diferencias se desarrolla un esquema conceptual, una teoría comprensiva.

TEORIA FUNDAMENTADA

Glaser y Strauss (1967) elaboraron la "Grounded Theory Methodology" y escribieron "The Discovery of Grounded Theory" en 1947 como estrategia de análisis de datos en la investigación cualitativa, en contraposición a las teorías funcionalistas y estructuralistas de los años 60.

La Teoría Fundamentada está basada en la Propuesta del Interaccionismo Simbólico se caracteriza por no postular al principio las proposiciones teóricas, las generalizaciones surgen a través de los datos y no de la forma en que fueron recogidos. Las teorías se construyen sobre la información producto de las acciones, interacciones y procesos sociales que acontecen entre las personas. "Es generar o descubrir una teoría, un esquema abstracto analítico de un enfoque social, que se relaciona con una situación en particular". (Vilchez, 2010)

Este método (Glasser y Strauss, 1967) permite generar teoría a partir del análisis comparativo y sistemático de los incidentes contenidos en los datos. Estos se pueden obtener de entrevistas, observaciones, documentos varios, grabaciones audiovisuales, etc.

Esta estrategia de análisis de la investigación cualitativa, contiene dos fases: el Muestreo Teórico y el Método Comparativo Constante.

El Muestreo Teórico abarca la recolección de datos seguido por una etapa de análisis que conduce a la emergencia de nuevos conceptos, categorías, subcategorías, propiedades y dimensiones, o a la reformulación de los existentes, sometiéndose luego a su validación con los datos recolectados, repitiéndose sucesivamente el proceso hasta la saturación.

El muestreo de acontecimientos e incidentes, está enfocado en la búsqueda de indicadores representativos de conceptos teóricos pertinentes que faciliten la identificación de propiedades y dimensiones relacionadas. El muestreo teórico está presente en todas las etapas de análisis que conducen a la generación de teoría.

Al comparar similitudes y diferencias de los hechos, el investigador puede generar conceptos basados en patrones que se repiten, buscando regularidades en torno a los procesos sociales. Esto implica leer y releer la base de datos textuales, descubriendo o etiquetando las llamadas categorías, conceptos, propiedades y relaciones, esto es lo llamado sensibilidad teórica (De la Torre, 2009).

El muestreo teórico comprende la recolección de datos de diversas fuentes y

técnicas y la organización e interpretación de los datos, hasta llegar a la saturación teórica.

En el Método Comparativo Constante se distinguen los siguientes momentos de análisis: comparación de incidentes para su categorización, integración de categorías y propiedades, delimitación de la teoría preexistente y elaboración de la nueva teoría (Glaser y Strauss, 1967). De esta manera, el trabajo consiste en la articulación de categorías sociales, entendidas como representaciones y acciones sociales inscriptas en los discursos y prácticas de los actores, con las categorías de quien interpreta. Se produce así la fusión entre el propio horizonte significativo y el creado por otros autores.

Uno de los criterios para la selección de la información es la pertinencia, es decir, aquello que se relaciona con la temática de la investigación, lo que permite además incorporar elementos emergentes propios de la IC.

Dentro del Método Comparativo Constante se incluye la Codificación Abierta, Axial, Selectiva, el Ordenamiento Conceptual, la Reducción de los datos, la elaboración de categorías (Propiedades y Dimensiones).

El Muestreo Teórico y Método Comparativo Constante contribuyen a la generación de la teoría.

TÉCNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

La triangulación de los datos se efectúa en la acción de reunión y cruce de toda la información pertinente al objeto de estudio que deviene a través de los instrumentos aplicados.

HISTORIAS DE VIDA

La Historia de Vida (HV) es una de las técnicas narrativas biográficas, que ha sido considerada parte del campo de interés y de la metodología de disciplinas como la antropología, la sociología y la psicología.

Las sociedades están constituidas por estructuras sociales sostenidas a su vez por individuos que le dan sentido de ser. Esta relación simbiótica puede ser recreada a partir de la narrativa biográfica de las personas o de grupos sociales que la conforman, narrativa que puede estar relacionada a un acontecimiento personal, a un momento histórico o situación social.

Esta herramienta es considerada altamente sensible para recabar

información subjetiva de los individuos, relatada desde la misma persona (en forma oral o escrita) o surgida de la recopilación de información producto de la tarea propia del investigador (documentos personales, registros vitales etc.)

Esta técnica narrativa posibilita la reconstrucción de identidades además de representar una coherencia histórica entre el hecho narrado y el hecho fáctico.

El que asume el rol de narrador, aun siendo este el protagonista del hecho narrado, pone en juego una serie de subjetividades de lo que recuerda, reinterpreta y reelabora para contarlo. En esta dinámica surge un mecanismo complejo, la memoria, que además de ser compleja y dinámica es selectiva y variable.

En Aceves (1999), Blumer afirma que la historia de vida: *...es un relato de la experiencia individual que releva las acciones de un individuo como actor humano y participante en la vida social.*

Los materiales biográficos como lo son, las historias de vida, adquieren una gran utilidad para estudiar los cambios y modificaciones de las personas, sus grupos primarios de socialización y su contexto sociocultural.

Por ser un vocablo polisémico, el término historias de vida ha permitido ser usado para diferentes recursos, en diversos estudios.

Cuando se cuenta un fragmento o una situación determinada de la vida de una persona se denominan *"HISTORIAS DE VIDA FOCALES O TEMÁTICAS"* (Aceves 1999), es decir, se aborda solo un tema o cuestión en el curso de la experiencia de vida de la persona. Esto permite realizar una variante como son las "historias de vida cruzadas" o "múltiples", de personas pertenecientes a la misma generación, conjunto, grupo, territorio, etc., con el objeto de realizar comparaciones y de elaborar una versión más compleja y "polifónica" del tema objeto del interés de nuestra investigación.

Abel (1947) define como *BIOGRAMA* a "Historias de vida contada por personas que son miembros de un determinado grupo social, escrita en cumplimiento de directivas específicas en cuanto a contenido y forma, a fin de obtener datos en masa".

Las Historias de Vida tienen como fuente principal de información a la persona y su testimonio, el cual está inmerso e influenciado por la dimensión social, individual, psicológica y contextual del narrador. Esta confluencia genera una forma particular de reconstruir y contar la experiencia o suceso pasado, siempre

influenciado por el momento actual y los proyectos futuros.

En el relato de este sujeto histórico, se puede hacer foco en lo individual o en lo social, dependiendo de los objetivos epistemológicos.

El enfoque biográfico, se puede caracterizar desde un enfoque hermenéutico (dimensión ontológica), existencial (dimensión ética), dialéctico y constructivista (dimensión epistemológica) (Abel, 1947).

El Enfoque Hermenéutico: cuando un relato de vida de una persona o sobre un aspecto de su vida es trabajado analíticamente en la investigación, se realiza desde un segundo plano de interpretación, se interpreta una producción del narrador, que a su vez, es una interpretación que hace de su propia vida. Esto muestra la consistencia de la utilización de relatos de vida, en tanto siempre se trabaja con interpretaciones en distintos niveles. Estas interpretaciones que constituyen la experiencia humana representan la dimensión ontológica del enfoque biográfico. (Cornejo, 2006)

Enfoque Existencial: La puesta en palabras de la propia existencia implica una constante definición sobre aquello que somos. Los seres humanos, hablamos como si lo que relatamos no nos implicara y comprometiera cada vez con nosotros mismos, a través de la posición que tomamos al enunciarlo. En este sentido, puede afirmarse que hacerse cargo de las propias palabras, asumir la posición subjetiva desde la que hablamos, es siempre una opción ética (De Villers, 1999): podemos asumirlo o desconocerlo. La elección se pone en juego cada vez, dado que nuestra existencia implica un constante contar.

Enfoque Dialéctico y Constructivista: la producción de un relato de vida, no pertenece ni al narrador ni al oyente o investigador. Ninguno posee más conocimiento que el otro, sino que ambos realizan un aporte característico desde su posición, contribuyendo con una parte, complementándose.

Es fundamental incluir en el análisis de los relatos de vida no sólo los contenidos que señala el narrador, puesto que el relato está siempre dirigido a alguien en ciertas circunstancias, es necesario el registro y análisis de las condiciones en que se produce ese encuentro⁴. Estas condiciones nunca son neutras, sino que tienen una influencia en el contenido de lo enunciado (Kornblit, 2004). La historia de vida es dirigida siempre a alguien, está construida en función

⁴“El encuentro” del relato abarcan elementos materiales (lugar físico del relato, tiempo disponible, condiciones climáticas), contextuales (contingencia social, política, cultural), biográficos (momento de la vida del narrador y del narratorio), psicológicas (estado emocional de narrador y narratoria), entre otras características que se consideren significativas para analizar ese relato.

de la situación donde se genera y de las interacciones que en ella tienen lugar, sin dejar de lado, los efectos que el narrador espera producir sobre sus destinatarios. Es esencial analizar además, el papel del investigador a través de su escucha e intervenciones y los aspectos que forman parte de la dinámica transferencia-contratransferencia.

ENTREVISTA

Se puede considerar a la entrevista como “*una mezcla de conversación con preguntas insertadas*”, tal lo expresa Valles (1999).

Existen diferentes tipos de entrevistas, unas más informales como la entrevista médica o la entrevista a padres en un colegio, etc. y la que más nos interesa, la entrevista de investigación. Este tipo de entrevista es entendida como una técnica para recabar información importante para los objetivos de la investigación (Millar y col 1992). Durante la entrevista, el entrevistado debe percibir la misma como una conversación, sentirse cómodo, sin estar pendiente de la estructura de la interrogación o el orden de las preguntas.

De las diferentes formas de entrevistas (en profundidad, estructuradas, abiertas, etc.), la entrevista focalizada surge como una modalidad de la entrevista en profundidad y se orienta a recabar información específica de un acontecimiento o percepción a fin de ser investigado o estudiado. Primeramente se realiza una exhaustiva revisión del tema a tratar a fin de poder diagramar una serie de preguntas que lleven a cumplir el objetivo de la entrevista.

Las siguientes características son distintivas de las entrevistas focales (Merton& Kendall, 1946)

- ✓ Los entrevistados son expuestos a una situación concreta (un film, una canción, libro, etc.) de motivación en relación al tema.
- ✓ Los entrevistadores/ investigadores, estudian previamente la situación o el contenido del tema a tratar, dando cierta especificidad a la entrevista focal en relación a otras entrevistas.
- ✓ El guión de preguntas se elabora a partir del análisis de la información obtenida previamente.
- ✓ La entrevista se centra en las experiencias subjetivas de los entrevistados,

en relación al tema de indagación, a fin de averiguar respuestas no anticipadas.

Se considera a la entrevista focalizada dentro de las categorías de las entrevistas cualitativas de investigación, debido fundamentalmente a su enfoque semidirigido.

Para Merton y Kendall (Valles, 1997) la entrevista focalizada debe basarse en cuatro criterios para que sea realmente productiva:

- Tratar que las respuestas sean libres o espontaneas, no direccionadas o forzadas, es decir, no direccionar las respuestas.
- Animar al entrevistado a dar respuestas concretas, no genéricas o poco claras, ser específico.
- Indagar en las posibilidades de evocación propuestas por el entrevistado, ser amplio en la búsqueda de información.
- La entrevista debe profundizar para sacar las implicancias afectivas y con carga valorativa de las respuestas de los sujetos, para determinar si la experiencia es de significación central o periférica, debe obtener el contexto personal relevante, la idiosincrasia, creencias e ideas.

En la entrevista focalizada se entrelazan criterios, porque la aproximación abierta o semidirigida conlleva en parte a la obtención de profundidad, especificidad y amplitud en las respuestas. Sin embargo es más fructífera una moderada direccionalidad que la completa dirección; las preguntas parcialmente estructuradas resultan más eficaces que las completamente estructuradas.

CUESTIONARIO

Es una de las técnicas de recolección de datos que permite cuantificar la información, estandarizar otra técnica como es la entrevista y universalizar la información obtenida. Con esta técnica la información adquiere comparabilidad (Martin Arribas, 2004).

Muy utilizada en investigación por su sencilla aplicación, la posibilidad de llegar a un número importante de participantes y su bajo costo.

Existen una serie de criterios para la elaboración de un cuestionario, al respecto Martin Arribas señala que debe tenerse muy en cuenta lo que se pretende

estudiar, para lo cual primeramente se debe realizar una minuciosa revisión bibliográfica, a fin de poseer la información necesaria sobre el tema a indagar. Dado que si no se realizan correctamente las preguntas de indagación puede no resultar el instrumento, efectivo para el propósito para el cual se construyó.

Se debe tener en también cuenta una serie de procedimientos como la definición del constructo, es decir la idea clara de lo que se pretende estudiar (García López, 1999).

Un mismo constructo puede reflejar diferentes definiciones, según la perspectiva teóricas que se utilice para el abordaje de un problema específico. Es preciso definir a través de una exhaustiva revisión bibliográfica, cuál será el tendencia teórica a utilizar.

Otra de las premisas para la elaboración es el propósito del cuestionario lo que va a determinar en gran medida el contenido de sus ítems y algunos aspectos relacionados con su estructura y la logística de la recogida de los datos (Martín Arribas, 2004).

Es necesario tener claridad de la población (edad, nivel cultural, intereses. etc...) a la que va dirigida, la modalidad de su administración y el formato que se adoptará.

Las dimensiones son las características que tiene aquello que voy a preguntar, según el contenido pueden ser uni o multidimensional. Se debe tener en cuenta cómo será administrado, si será autoadministrado, completado telefónicamente o a través de una entrevista personal. Cada una de estas estas variantes, dará un formato diferente al cuestionario, en cuanto a la cantidad de preguntas (para que no sea demasiado dificultosa su respuesta), a la redacción de las misma; a la necesidad entrenar al encuestador o de brindar a los encuestados un conjunto de instrucciones mínimas para los cuestionarios autoadministrados (Martin Arribas, 2004).

La elaboración de las preguntas no es una tarea fácil, requiere conocimiento sobre el tema a indagar, facilidad de expresión y sobre todo imaginación. El lenguaje debe ser coherente con la población a la que va dirigido, a fin de que sea comprensible y aceptable para el/los encuestados.

En relación a la redacción de las preguntas, (Martin Arribas, 2004) sugiere que:

- ✓ A cada pregunta le corresponde una respuesta
- ✓ Las preguntas deben ser breves y fáciles de comprender.
- ✓ No emplear palabras que induzcan una reacción estereotipada.
- ✓ No redactar preguntas en forma negativa.
- ✓ Las preguntas deberán formularse con precisión debiendo tener controlado el tipo de respuesta
- ✓ Evitar el uso de la interrogación “por qué”.
- ✓ No formular preguntas en las que una de las alternativas de respuesta sea tan deseable que difícilmente pueda rehusarse.
- ✓ Evitar preguntas que obliguen a hacer cálculos o esfuerzos de memoria.

Las preguntas se clasifican en abiertas y cerradas.

La pregunta abierta, es aquella que se responde con las propias palabras, sin verse el participante limitado a elegir entre categorías de respuesta predeterminadas. Provoca respuestas explicativas y da información más intensa y profunda. Estas preguntas tienen el inconveniente de que no se pueden analizar estadísticamente.

En la pregunta cerrada, el participante no puede responder más que a categorías de respuesta limitadas. Este tipo de preguntas permite recabar información puntual y objetivable a nivel de análisis estadístico.

Se dividen en (Murillo Torrecilla, 2003):

- ✓ Dicotómicas: Sí / No
- ✓ Tricotómicas: dan una opción más de respuesta. Son más fáciles de construir y más difíciles de analizar en relación con las dicotómicas.
- ✓ Respuesta múltiple: son aquellas donde la respuesta exige incluirse en alguna de las categorías predeterminadas.

Las preguntas pueden ser orientadas hacia:

- ✓ Hechos o cuestiones concretas. Suelen referirse a acontecimientos ocurridos en la vida del encuestado y se prestan a pocas oportunidades de falseamiento.
- ✓ Creencias u opinión, pretenden determinar lo que el sujeto opina y el juicio que tiene sobre ciertos temas.
- ✓ Motivaciones tendientes a conocer las razones o motivos de las acciones, o sentimientos de los encuestados. El sujeto deberá establecer el “por qué”.

Según el criterio de rigor pueden ser:

- ✓ Puntualizadoras: se busca el rigor informativo en detrimento de la cantidad de información. La información es puntual y concreta.
- ✓ Acumulativas: Menor rigor informativo pero se proporciona más cantidad de información.

Osorio Rojas (1998) recomienda escribir un esquema de posibles preguntas pensando lo que se pretende averiguar con cada una de ellas, procediendo posteriormente, si es necesario, a su reubicación, modificación o eliminación. “Cada pregunta implica sólo una idea. Las preguntas deben ser objetivas, es decir, sin sugerencias hacia lo que se desea como respuesta. Con relación a este punto, es conveniente hacerse las siguientes interrogantes: ¿Es necesario o útil hacer esta pregunta?, ¿Es demasiado general?, ¿Es excesivamente detallada?, ¿Debería la pregunta ser subdividida en otras preguntas más pequeñas y ser más concreta, específica?, ¿La pregunta se refiere preferentemente a un solo aspecto?, ¿Se refiere a un tema sobre el cual las personas encuestadas poseen la información necesaria?, ¿Es posible contestarla sin cometer errores?, ¿Son las palabras suficientemente simples como para ser comprendidas por el encuestado?, ¿Es la estructura de la frase fácil y breve?”.

Una vez contruidos los ítems, agrupados de acuerdo con las dimensiones a indagar, Muñiz (1992) aconseja iniciar con las preguntas más sencillas para ir poco a poco introduciendo las preguntas más estratégicas hacia el final, lo que se denomina “técnica embudo”.

Las preguntas delicadas o difíciles de contestar es mejor situarlas en el tercio central, deberán ir intercaladas entre preguntas sencillas mediante “balanceo” y “contrabalanceo” dando al sujeto un pequeño respiro después de contestar una pregunta difícil o delicada. Si estas preguntas se colocan juntas o al principio del cuestionario, el participante podría rechazarlas (Huncler, 1991).

Las preguntas control (Osorio, 1998), son preguntas similares, redactadas de forma distinta que se distribuyen a lo largo del cuestionario para comprobar si el sujeto es coherente en las respuestas a un mismo tema. Estas preguntas permiten valorar la consistencia interna de la respuesta a un cuestionario.

Fiabilidad

Es el grado en que un instrumento mide con precisión, sin error. Indica la condición del instrumento de ser fiable, es decir, de ser capaz de ofrecer en su

empleo repetido resultados veraces y constantes en condiciones similares de medición (Martin Arribas, 2004)

Entre los métodos más conocidos para estimar la fiabilidad o consistencia de un cuestionario, se recomienda:

- Aplicarlo experimentalmente a un número reducido de personas (de 5 a 7) semejante a la población a la que va dirigida, a fin de identificar los elementos criticables en relación a las respuestas, las preguntas de redacción incorrecta o de confusión. Se elimina este y se redacta nuevamente. De ser necesario, este segundo borrador debe ser probado (Martin Arribas, 2004).
- *Método test-retest*. Se aplica el cuestionario a las mismas personas en dos ocasiones distintas y se correlacionan los resultados. Hay que tener en cuenta que el espacio de tiempo transcurrido no debe ser ni demasiado corto ni demasiado largo. Si es demasiado corto pueden recordar lo que han respondido la primera vez, si es demasiado largo pueden darse cambios en el sujeto que lo lleven a dar respuestas diferentes. En este método hay que tener en cuenta que se han de usar claves que faciliten el anonimato y la identificación del test y el retest.

Con esta prueba, obtenemos la estabilidad temporal, es decir, la concordancia obtenida entre los resultados del test al ser evaluada la misma muestra por el mismo evaluador en dos situaciones distintas.

Las fuentes de error en la fiabilidad pueden ser debidas principalmente a:

- Cambios que se pueden producir en el sujeto (maduración, cambios en el tiempo...).
- En el espacio de tiempo transcurrido entre la 1ª y la 2ª vez que se pasa el cuestionario.
- condiciones de administración (cambios de lugar, de contexto, hora...).
- cambios de entrevistadores (otras personas administran el cuestionario).
- manejo de los datos (errores de tabulación).

Preprueba no-rigurosa de un cuestionario

Antes de administrar un cuestionario se debe preprobar y revisar después de cada una de las siguientes fases o momentos:

- La persona que diseña el cuestionario lo toma días después para ver si encuentra las preguntas tan claras como las había planeado.
- Se ofrece el cuestionario a tres o cuatro personas que saben el propósito del estudio y se les pide que lo critiquen en términos de claridad.
- Se ofrece el cuestionario a 10 ó 12 sujetos de los que eventualmente van a tomar el cuestionario y a los que no se les da ninguna información sobre el propósito de la investigación.
- Al final, se les pide la crítica y se les explica el propósito de la investigación. Ellos son los que se expresan sobre el cuestionario, no es el investigador quien les señala como debieron llenarlo.
- Estos cuestionarios no se usan en la muestra.
- Se revisan los primeros 20 ó 30 cuestionarios para ver si no han surgido problemas importantes.
- Estos cuestionarios si se pueden usar en la investigación (Martín Arribas, 2004).

Validez

Es el grado en que un instrumento de medida mide aquello que realmente pretende medir o sirve para el propósito para el que ha sido construido. Existen diferentes tipos de validación, sin embargo es un único proceso que permitirá realizar las interpretaciones correctas de las puntuaciones que resultan de la aplicación del cuestionario, estableciendo sin equívocos la relación entre lo que se pretende medir y el constructo (García de Yébenes, 2009).

Tipos de validez

- ✓ *Validez de contenido*: alude a la necesidad de garantizar que el cuestionario constituye una muestra adecuada y representativa de las variables que se pretenden evaluar con él.
- ✓ *Validez consensuada*: si los ítems construidos y elegidos para el cuestionario final son indicadores de lo que se pretende medir. Para ello se somete a la valoración de los expertos en el tema en cuestión, a fin de que valoren la capacidad del instrumento. Esta instancia es la valoración cualitativa que realizan los investigadores expertos.
- ✓ *Validez de criterio*: cuando hay correlación entre las puntuaciones directas del cuestionario y las puntuaciones directas del criterio (Batista-Foguet,

2004).

Fuentes de error en la validez pueden ser:

- Sesgos de conveniencia social, cuando los sujetos tienden a contestar lo que es considerado bueno socialmente.
- Tendencias de opinión.
- Características del entrevistador o falta de entrenamiento de éste.
- Por presión del grupo, cuando el cuestionario es contestado en un grupo sin que se garantice una respuesta individual.

El investigador debe adquirir gran sensibilidad en cuanto a las consideraciones éticas. Es de suma importancia no descuidar los aspectos éticos, al tratar seres humanos en situaciones de investigación. Entre los principios éticos a considerar los principales son: participación voluntaria, libertad de daño, molestias físicas o psicológicas y anonimato o carácter confidencial de la información.

Un cuestionario correctamente elaborado, como todo instrumento de medición, debe reunir las siguientes características (Martin Arribas, 2004):

1. Ser sencillo, viable y aceptado por pacientes, usuarios e investigadores (viabilidad).
2. Ser fiable y preciso, es decir, con mediciones libres de error (fiabilidad).
3. Ser adecuado para el problema que se pretende medir (validez de contenido).
4. Reflejar la teoría subyacente en el fenómeno o concepto que se quiere medir (validez de constructo).
5. Ser capaz de medir cambios, tanto en los diferentes individuos como en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo (sensibilidad al cambio).

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN: ATLAS TI

El *ATLAS TI* es un programa informático utilizado en la IC, su fundamentación teórica se basa en la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) (Glaser y Strauss, 1967). Está estructurado con el potencial multimedia de Windows y puede trabajar con una gran gama de recursos (textos, entrevistas, sonoros audiovisuales, etc.).

Una de las operaciones más difícil de toda investigación, está relacionada con los procesos de hallazgos e interpretación teórica, acciones complejas, sobre todo cuando se maneja gran cantidad de datos, este programa colabora en este sentido en la concreción de la categorización, estructuración y teorización de la información cualitativa.

ATLAS-ti es como un sistema de redes conceptuales, donde se puede explorar y codificar, en forma intuitiva y sistemática, da la posibilidad de *marcar* fragmentos de texto (no sólo escrito, también visual y sonoro), *codificarlos* y *recodificarlos* durante el desarrollo de un índice o *sistema organizador*. A ello hay que sumar, la facilidad de la anotación (*memos*) sobre la definición de códigos o sobre cualquier idea que vaya surgiendo durante la exploración del material (Seale, 2001).

La exploración y codificación intuitivas son una aproximación de tipo inductivo, en la que el investigador opta por enfrentarse directamente al texto, sin una plantilla de códigos (*libro de claves*) o alguna estructura elaborada a priori.

Atlas/ti combina dos aproximaciones: el análisis (en gran medida) deductivo y el análisis inductivo.

Las herramientas de búsqueda de combinaciones o cadenas de texto y la codificación automática de los resultados de la búsqueda (*autocoding*), además de ahorrar tiempo y animar análisis más completos, hace que estos sean más sistemáticos.

Hay que entender que estas herramientas de codificación y recuperación suponen un apoyo a la elaboración conceptual y teórica, con el enfoque propio de la *grounded theory*, aunque con una orientación entre cuantitativa y cualitativa.

Se trata de un contraste en sentido empírico, que consiste en explorar la frecuencia con la cual determinadas constelaciones de códigos se dan en el corpus de datos, indicando tendencias que de este modo pueden ser visualizadas, por mayor o menor número de ocurrencias de las mismas. En ocasiones lo que se quiere comprobar es la aparición próxima o superpuesta de códigos en el material analizado, estas y otras posibilidades son factibles por este ordenador. Sin olvidar que esta capacidad analítica de búsqueda o exploración se acrecienta al poder realizarse mediante el manejo de variables o códigos "filtro" o "familias" en caso Atlas/ti. Todo lo cual redundará en una más exhaustiva y eficiente comparación

(sociodemográfica, socioespacial, entre grupos, contextos, etc).

Nada se excluye de la exploración y codificación asistida por ordenador, si el investigador así lo decide, son ventajas de los programas de análisis cualitativo como Atlas/ti, que van más allá de la tradicional codificación y recuperación. Ofrece, además, una defensa a la crítica de la descontextualización y pérdida del análisis completo, que es atribuida a la fragmentación del texto, relato o discurso. Siguiendo a Seale (2001) En relación con la "inclusividad" está la capacidad de conectar el texto que analizamos con otros documentos textuales, permite la importación de ficheros de texto en formato variado. En palabras de Seale (2001) "ello evita la descontextualización porque la conexión (link) no extrae un segmento, sino que lo muestra en su localización original", rodeado por el resto del documento, pudiendo establecer, si así se desea, enlaces entre el fragmento textual y notas de explicación e interpretación.

El investigador debe hacer que no se excluya del análisis todo aquel material cualitativo que por diversas razones no se puede o no se quiere digitalizar. Es decir que esta herramienta, disponible en el estadio tecnológico actual, puede hacer más viable la reconstrucción de la *experiencia vivida* (Erlebnis en Valles, 2000) por las poblaciones estudiadas.

El trazado de esquemas gráficos es una técnica de análisis que ocupa un lugar decisivo en el procedimiento de la *grounded theory* Strauss & Corbin, (1990); Valles (2000) lo denominan *integrative diagrams*. Este nombre responde a la lógica de pasos que se realizaron con el método: categorización inicial, desarrollo de las categorías iniciales (mediante una codificación más sistemática y el registro de notas interpretativas) y por último integración de categorías. En este último es donde se ubica (además de la prolongación y refinamiento de la codificación, las anotaciones que formulan relaciones hipotéticas entre categorías conceptuales) el trazado de *diagramas integradores*.

Aquí interesa destacar que este programa de análisis cualitativo, que permite sistematicidad y resolución analítica y avanza en el establecimiento de relaciones entre conceptos tiene la capacidad de trazar *mapas* o *redes* conceptuales que facilitan la generación de modelos teóricos.

Más aún, favorece el cuarto momento analítico de la *grounded theory*: la delimitación de la teoría (la reducción de categorías mediante la identificación de *categorías centrales*).

Por un lado, se reconoce que se trata de un recurso habitual a la hora de resumir la información cualitativa, aunque algunos diagramas artesanales serían difíciles de reproducir por el ordenador.

La herramienta gráfica de Atlas/ti no se emplea para elaborar “mapas conceptuales” del investigador, sino para representar la estructura reticular de la narración de los entrevistados (Verd, 2001).

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las representaciones del proceso salud -enfermedad -atención que construyen los adolescentes de hoy? ¿Dichas concepciones son referentes conceptuales, de las conductas saludables que manifiestan poseer?

OBJETIVO GENERAL

Reconocer las representaciones sobre salud-enfermedad-atención construidas por los adolescentes de nivel secundario de la ciudad de Córdoba

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar los elementos de construcción de significados presentes en las representaciones de adolescentes sobre el proceso salud- enfermedad.- atención
2. Evaluar la relación entre las representaciones del proceso salud-enfermedad.-atención y los comportamientos saludables que manifiestan poseer.
3. Ofrecer un instrumento que indague sobre las representaciones que los jóvenes tienen en relación con el proceso salud enfermedad aplicable y adaptable a distintos contextos.

III- DISEÑO METODOLÓGICO

A partir del marco expuesto fijamos algunos criterios para el diseño de la metodología:

- Que sus fundamentos se vinculen con nuestro paradigma de aproximación.
- Que el proceso analítico sea transparente, es decir que puedan explicitarse las operaciones realizadas.
- Que nos brinde un marco para organizar los datos, ya que un método debe garantizar que se contemplen todos los datos recolectados y se facilite su presentación en forma sistemática.
- Que posibilite miradas nuevas, teniendo en cuenta que el objeto de estudio no es ajeno a nuestras vidas cotidianas, y como tal corremos el riesgo de sólo "ver lo que siempre vemos", y "no ver lo que nunca vemos".
- Que nos permita "confirmabilidad" (Guba y Lincoln, 2002) es decir que se pueda confirmar que los datos y resultados construidos se vinculan con contextos y personas y no son producto de la imaginación del investigador.
- Que permita que el diseño de la investigación sea emergente y en cascada ya que se va elaborando a medida que la misma avanza.

El trabajo de investigación se realizó con un abordaje cualitativo en la Ciudad de Córdoba en el periodo comprendido entre los años 2008-2012; desarrollándose en dos etapas, la primera de carácter exploratorio y descriptivo y la segunda destinada a la construcción de un cuestionario. Este abordaje binario permitiría conocer primero, en profundidad el marco de referencia con el que se desenvuelven los jóvenes en relación a las Representaciones Sociales del Proceso Salud Enfermedad Atención; posteriormente, y a partir de ese corpus de conocimiento, elaborar una estrategia de interrogación, para obtener las características objetivas y subjetivas de una población juvenil.

Primera Etapa

En el campo de la ciencia de la salud, los estudios cualitativos han tenido un gran desarrollo, dado que la estrategia cualitativa de investigación ofrece la posibilidad de conocer distintos puntos de vista sobre una misma temática. En coincidencia con Menéndez (1991), en que no existen verdades únicas,

universales y eternas, sobre todo en este campo de constante producción y reinención como es la salud/enfermedad/atención, se buscó indagar en un mundo juvenil diverso y complejo.

En esta primera etapa de carácter exploratorio descriptivo basada en la Teoría Fundamentada, con referencia teórica en el Interaccionismo Simbólico y en el intento de comprender la dimensión simbólica, fueron guías referentes disciplinas de investigación tales como la etnografía, la antropología, la sociología.

Coherente con dicho enfoque, las técnicas utilizadas fueron historias de vida focales y entrevistas. Con ellas en actitud de escucha y comprensión, se pretendió generar teoría más que verificarla (Cardelli, 2002). En el trabajo con los jóvenes se buscó entender los significados construidos socialmente y el reflejo de éstos, las prácticas.

Universo

En el marco de la comprensión de una realidad que se construye, que es dinámica, múltiple, divergente y holística, en la que se desarrollan procesos de comprensión-significación, la finalidad fue comprender e interpretar la realidad de los significados que construyen las personas, sus percepciones y sus interacciones. En este marco de sustantividades, se indagó sobre los significados y manifestaciones acerca del proceso salud enfermedad atención en jóvenes pertenecientes a tres instituciones educativas públicas.

Como unidad de referencia empírica se seleccionaron tres escuelas públicas de nivel medio de la Ciudad de Córdoba, aplicando el IVE, como indicador de vulnerabilidad social según la propuesta de González (2007).

La Escuela A, ubicada en el centro de la ciudad, se corresponde con las fracciones de menor vulnerabilidad educativa. La Escuela B, en la zona sureste rural que pertenece a la fracción de mayor vulnerabilidad educativa y la Escuela C en la zona noroeste de la ciudad que corresponde a las áreas de vulnerabilidad educativa media.

La elección de las escuelas a través del IVE por su ubicación (sureste, centro y noroeste) y las diferencias en las características socioculturales e institucionales, nos permitió acceder a una población joven de contextos heterogéneos lo que constituye una muestra estratégica para esta investigación.

Participaron jóvenes de ambos sexos, que cumplían los siguientes criterios de inclusión: tener entre 13 y 19 años, asistir a las escuelas seleccionadas, presentar el consentimiento debidamente firmado y el asentimiento al momento de requerir la intervención.

Características de las Escuelas Seleccionadas:

Escuela A, Centro

Desde su creación en 1687, es paradigma de prestigio e innovación educativa, ofrece una alternativa curricular actualizada que abarca el último año de la escolaridad primaria y el secundario con orientación Humanista. Hasta 1997 asistían solo varones, a partir del siguiente año se convierte en una escuela mixta. Actualmente presenta una matrícula anual de 1673 alumnos aproximadamente, distribuidos en dos turnos (mañana y tarde). Se ingresa por examen. Los ingresantes son de diferentes barrios y posiciones sociales. Se encuentra ubicado en el corazón histórico del centro de la Ciudad, su edificio señorial, es parte de la atracción turística que se ofrece al visitante.

Considerando los grupos sociodemográficos construidos por González (2007), el área donde se encuentra esta *Escuela* corresponde con las fracciones de menor vulnerabilidad educativa en el mapa de vulnerabilidad (IVE en color blanco, Anexo 2)

Escuela B, Sudeste

Inserta en “Barrio Ferreyra”, un barrio urbano-rural netamente tradicional ubicado en el sudeste de la ciudad, que originalmente formaba parte del cordón verde. Considerando los grupos sociodemográficos construidos por González (2007), el área donde se encuentra esta *Escuela* se corresponde con las fracciones de mayor vulnerabilidad educativa (IVE en colores marrón y rojo en Anexo 2).

En los inicios de su actividad los asistentes fueron principalmente de origen campesino. El barrio presenta como característica la fuerte movilidad de su población, dado que a través del tiempo se asentaron en la zona industrias, que la convirtieron en un polo metalúrgico. Posteriormente en el marco del plan de

erradicación de villas, creación de barrios ciudades⁵ y relocalización de familias, sus últimos residentes fueron provenientes de las villas el Pocito y Barrio Chino. Este proceso poblacional dio lugar a otros rasgos singulares: la variabilidad social y el comportamiento diferenciado entre sus miembros. En definitiva, la periurbanización de origen discurre hacia un nuevo tejido urbano, flexible y disperso.

Esta escuela con características urbano-marginales⁶ recibe en la actualidad, alumnos que proceden en su mayoría de Barrio Ferreira, seguido de Barrio Ituzaingó, Avellaneda, Los 40 guasos, Ciudad de Mis Sueños y Ampliación Ferreyra.

La población estudiantil mixta se compone de aproximadamente 712 alumnos, distribuidos en dos turnos, mañana y tarde.

Escuela C, Noroeste:

Ubicada en la zona noroeste de la ciudad de Córdoba, sector de la ciudad que coincide con las áreas de mediana vulnerabilidad educativa (IVE de color naranja en Anexo 2) (González, 2007).

En 1958, las autoridades educativas, decidieron dotar a Córdoba de un centro experimental moderno, de amplios y renovados métodos para la enseñanza secundaria, para los jóvenes de todos los sectores que no tuvieran o perdieran sus bancos por falta de capacidad en las escuelas existentes, por inasistencias y/o expulsiones por razones disciplinarias.

⁵ Barrio Ciudad es la denominación urbanística que se le dio a las políticas habitacionales llevadas a cabo por el gobierno provincial de Córdoba en el año 2003, con financiamiento del BID, ubicados en la periferia urbana que tiende a reforzar el proceso de segregación residencial y coarta el derecho al uso del espacio urbano por parte de los sectores de menores recursos. (Extraído del PEI de la institución).

⁶ Extraído del PEI de la institución.



FIG 1: Ubicación de las escuelas en el mapa IVE.

Dicha propuesta surge en respuesta a una encuesta que daba cuenta un elevado número de jóvenes carentes de asientos, la que se convierte en la motivación fundacional de la escuela secundaria tal cual funciona en la actualidad. Se compone de aproximadamente 662 alumnos distribuidos en dos turnos, mañana y tarde. La población actual proviene de los sectores populares de la zona noroeste⁷ tales como Barrio Arguello, Los Boulevares y con menor incidencia, jóvenes de otros barrios de Córdoba (dato suministrado por el relevamiento realizado por el gabinete psicopedagógico de la propia institución). Ingresan además algunos alumnos repitentes de otros colegios privados de la zona.

Recolección de datos

La unidad de referencia analítica fueron los textos resultantes de realizar en estas escuelas 268 historias de vida escritas y 47 entrevistas semiestructuradas

⁷ Extraído del PEI de la institución.

grabadas (las que posteriormente fueron desgrabadas y transcritas a texto escrito y posteriormente transferidos al Atlas Ti).

Esto se realizó por muestreo teórico hasta llegar a la saturación de la información, lo que implica dejar de aplicar el instrumento, cuando ya no surge información nueva respecto de los objetivos de la investigación. En este sentido, las unidades con las que fue conformando el trabajo de campo permitieron, a medida que la investigación avanzaba en forma de espiral, reconocer los elementos de construcción de significados presentes en las representaciones.

Se preservaron las identidades de los participantes en la base de datos del investigador, considerando fundamental la confidencialidad de los datos obtenidos.

En las diferentes escuelas, las HV temáticas sobre el PSEA, fueron realizadas en tiempo áulico. Previo a la aplicación de la técnica, se procedió a la motivación o sensibilización de los grupos según las edades; el grupo de 13 a 15 años escuchó el tema musical “Carta de un León a otro” de JC Baglietto.

Para el grupo de 16 a 18 años, se proyectó un fragmento de la película “Los escritores de la libertad” de origen alemana-estadounidense, escrita y dirigida por Richard La Gravenese, en la cual se ejemplifica la escritura de un texto contando una experiencia propia. A partir de esta introducción se les pidió a los alumnos escribir su HV.

Esta técnica emotiva en su ámbito cotidiano de socialización, permitió la apertura de los jóvenes de modo que sirvió para aproximarnos a los aspectos emocionales puestos en juego en la recreación de las situaciones en relación al PSEA.

Las entrevistas se caracterizaron por tener un guión de preguntas flexibles y abiertas a modo de guía (Valles, 1987), teniendo en cuenta los objetivos de la investigación. En el momento de realizar la entrevista, se intentó generar un clima propicio con el entrevistado, sin perder de vista los aspectos a indagar.

El guión de la entrevista incluyó los siguientes tópicos:

- Relaciones familiares
- Salud emocional
- Salud bucal
- Salud laboral
- Recreación y deportes

- Salud sexual y reproductiva
- Salud escolar
- Adicciones
- Servicios de salud

Análisis de la información

Se utilizó el método de Glaser y Strauss (1967) que nos permitió generar teoría a partir del análisis comparativo y sistemático de los incidentes contenidos en los datos. El comparar similitudes y diferencias de los hechos, nos permitió generar conceptos basados en patrones que se repiten, en torno a los procesos sociales. Esto implicó leer y releer la base de datos textuales, descubriendo o etiquetando las llamadas categorías, conceptos, propiedades y relaciones, lo que constituye la sensibilidad teórica (De la Torre, 2009).

Las entrevistas e historias de vida, fueron leídas cuidadosamente, de forma intensiva, una y otra vez, hasta conocer al detalle los datos. Se registró lo llamativo, siguiendo las intuiciones, se etiquetaron las ideas que acontecieron durante la lectura y en la reflexión de los datos. Se identificaron los temas emergentes comunes y no comunes, lo que posibilitó la construcción de categorías mediante un proceso de abstracción creciente.

El camino recorrido fue de la descripción a la interpretación: se buscaron palabras y frases de los entrevistados que captaran el sentido de lo que los jóvenes expresaron, se comparó lo que decían con lo que decían hacer, buscando la existencia de conceptos que los unificaran dando lugar al proceso de codificación de las frases. Cobraron importancia las notas o memos elaborando en el proceso, ya que aclararon, delimitaron y/o contextualizaron los códigos. Estos memos fueron la base de los posteriores informes que se elaboraron.

Este proceder constituyó el modo sistemático con el que se desarrolló y refinó la interpretación de los datos (De la Torre, 2009).

De esta manera se articularon, las categorías sociales entendidas como representaciones y acciones sociales inscriptas en los discursos y prácticas de los actores, con las categorías de quien interpreta. Se produjo así, la fusión entre el propio horizonte significativo junto al creado por otros autores relacionados todos con el objeto de estudio en construcción. Se hizo hincapié en el proceso más que

en el resultado; esto significa que sin ser indiferente a los resultados, la fortaleza principal fue llegar a los procesos que dieron esos resultados.

A través de la utilización de los instrumentos de recolección de datos correspondientes a la investigación, se efectuó la triangulación en la acción de reunión y cruce de toda la información pertinente al objeto de estudio.

Uno de los criterios para la selección de la información fue la pertinencia, es decir, aquello que se relacionó con la temática de la investigación, lo que permitió además la incorporación de elementos emergentes propios de la Investigación Cualitativa.

A fin de lograr relevancia, se buscaron recurrencias por su asertividad en relación al tema y para ello se realizaron los siguientes pasos: se seleccionó la información obtenida del trabajo de campo, se cotejó la información dada por cada sujeto, luego se constató la información entre los sujetos investigados, se trianguló la información con los datos obtenidos mediante otros instrumentos y por último se trianguló con el marco teórico.

En esta última triangulación fue importante retomar la discusión bibliográfica y producir una nueva una interrogación reflexiva, basada en los resultados concretos del trabajo de campo, acerca de las categorías y sub categorías planteadas antes del trabajo en terreno y los que surgieron de la indagación en terreno. La realización de esta última triangulación es la que le confiere el carácter de integrada a la investigación (García López, 1999) y constituye la construcción de teoría en espiral.

La validación del proceso se hizo mediante constante vigilancia epistemológica del mismo y de cada uno de los componentes de la metodología; la triangulación de los métodos permitió evidenciar semejanzas y diferencias entre datos, se examinaron los hechos desde diversas perspectivas, facilitando la comprensión y lo que acrecentó la validez de los datos.

Segunda Etapa

Esta etapa responde al objetivo en el cual se confeccionó una entrevista por cuestionario para indagar sobre los contextos de procedencia y vulnerabilidad en salud de los jóvenes.

El cuestionario es un instrumento habitualmente utilizado en la recogida de

información, fue diseñado para poder sistematizar la información y conseguir la comparabilidad de la información (Martín Arribas, 2004).

Para su elaboración se tuvieron en cuenta determinadas pautas:

- ✓ A cada pregunta le corresponde una única respuesta
- ✓ Las preguntas y frases fueron breves y fáciles de comprender.
- ✓ Las frases fueron las usadas por los jóvenes durante el estudio.
- ✓ No se usaron palabras que indujeran una respuesta estándar.
- ✓ El lenguaje utilizado es con el cual se manejan los jóvenes
- ✓ No se redactaron preguntas en forma negativa.
- ✓ No se usaron los interrogantes “por qué”.
- ✓ Se evitó que su longitud fuera un impedimento para completarlo.

Proceso de construcción de la entrevista por cuestionario

En una primera instancia se generó un grupo de 65 ítems de respuesta policotómica (No acuerdo, Acuerdo poco, Muy de acuerdo, Totalmente de acuerdo o Nunca, Alguna vez, Casi siempre, Siempre) que reflejaron el propósito de la escala, con redundancia, teniendo en cuenta las características de un buen ítem y equilibrando las tendencias (positiva-negativa). Fue realizado en base a la información dada por los jóvenes en entrevistas o HV. Se distribuyeron en 5 dominios:

- ❖ **Contexto socio cultural:** 13 Preguntas
- ❖ **Contexto escolar:** 10 Preguntas
- ❖ **Relación familiar:** 18 Preguntas
- ❖ **Contexto de pares:** 9 Preguntas
- ❖ **Expectativas laborales o de estudio:** 15 Preguntas

Guardando coherencia con el enfoque epistemológico, se reemplazaron las preguntas por los propios datos de la investigación, es decir expresiones textuales de los jóvenes. Se comenzó a conformar el instrumento con 65 frases iniciales, coincidentes con los 65 ítems de preguntas con los que se había iniciado la construcción del cuestionario. Al finalizar el proceso de selección el instrumento queda conformado con 20 frases y 9 preguntas que se consideraron necesarias para completar la indagación. Se conformó una escala de medición ordinal basada

en el tiempo de ocurrencia de los comportamientos.

Se consideró en el análisis la probabilidad de subregistro o sobrerregistro en los ítems.

Para estimar la fiabilidad o consistencia se sometió a revisión por tres jóvenes elegidos al azar (según criterios de inclusión), con el fin de explorar sobre la claridad, comprensión de las preguntas y la duración de la prueba. Por último se les solicitó a los jóvenes que sugirieran cambios o anotaran las dificultades que tuvieron al momento de completar el cuestionario. Para asegurar el control de errores (Huerta, 2005), se revisaron las sugerencias, se modificaron las frases, por un lenguaje menos coloquial, pero igualmente popular. Por ejemplo:

De la frase original:

“no fumo, ni fumaría, un amigo fumaba mucho, yo lo harte para qué dejara de fumar.....”

“Hable con el odontólogo, para volver y empezar de vuelta el tratamiento para tener los dientes blancos y derechos”

Quedo la frase final:

“No fumo, ni fumaría, no está bueno fumar...”

“Para mí es muy importante tener una sonrisa linda, dientes blancos y derechos”

Con todas las sugerencias y cambios se dio lugar, según los pasos anteriores, a la construcción definitiva del cuestionario autoadministrado, con preguntas y frases. El criterio de orden fue de los más públicos a los más privados.

Se sometió a la valoración de 4 expertos (en Salud Pública, Epidemiología, Docente secundario) en el tema en cuestión, a fin de valorar la capacidad del instrumento.

En esta instancia la validez está dada por el consenso que realizaron los investigadores expertos.

Luego se aplicó el Método test-retest, es decir se aplicó el cuestionario a los mismos jóvenes (que no participaron ni de las entrevistas ni de las HV) en dos ocasiones distintas y se correlacionaron los resultados. El espacio de tiempo transcurrido no entre una prueba y la otra fue de una semana.

Dimensiones de la entrevista por cuestionario

La entrevista quedó conformada por 29 ítems distribuidos en 5 dimensiones de indagación según se detalla a continuación:

- ❖ Contexto socio-demográfico: dos preguntas policotómica.
- ❖ Contexto familiar: seis preguntas policotómica e incluye además dos frases dicotómicas.
- ❖ Valoración de la salud bucal: cuatro frases dicotómicas.
- ❖ Relación con los pares y Consumo de sustancias: comprende veintitrés preguntas dicotómicas.
- ❖ Expectativas laborales o de estudio: contenidas en dos preguntas dicotómicas.

VI- ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En nuestro trabajo hemos aplicado una estrategia metodológica cualitativa, fundamentalmente de carácter inductivo, en el que como expresa Merriam (1988) **“el interés reside en el proceso más que en el resultado”**.

En la investigación cualitativa el diseño es “emergente” donde la selección de casos y la identificación de las variables, así como la construcción de tipologías, va sucediendo a medida que se avanza en la recolección del dato; en oposición al diseño planificado, propio del paradigma neopositivista de la investigación, en el cual las variables están establecidas de antemano y se buscan sus categorías en los casos observados.

En nuestro trabajo el análisis se inició en la lectura de material, con la selección de fragmentos y posterior generación de códigos, mientras aún se estaba desarrollando el trabajo en terreno. Es así que desde el comienzo del análisis se fueron generando ideas que influenciaron la recolección y selección de datos, en entrevistas e historias de vida.

Entrevistas

De la lectura y análisis de las entrevistas se generaron inferencias y conjeturas en el proceso de interpretación. Se agruparon los dichos en temáticas específicas y se organizaron con la utilización del ATLAS TI en arboles de ideas. El soporte tecnológico ofreció la posibilidad de ubicar con facilidad los fragmentos empíricos que daban cuenta de los hallazgos y argumentos. Este sistemático trabajo permitió identificar recurrencias y diferencias entre los jóvenes, descubriendo la importancia del ambiente socio histórico cultural de procedencia y así reconstruir ciertas características del mismo. De este modo logramos acercarnos a la vulnerabilidad que presenta dicho ambiente.

Se analizaron en total 47 entrevistas receptadas según se detalla a continuación:

Escuelas	Escuela C Noroeste	Escuela B Sureste	Escuela A centro
Total 47	10	16	21
	21.30%	34.04%	44.70%

Se identificaron dos ambientes socio- histórico- culturales de procedencia: Contexto W y Contexto Z, denominados así en forma arbitraria sin ninguna intencionalidad específica:

Contexto W

La mayor parte de los adolescentes entrevistados:

- ***Tienen empleos informales de jornadas completas o parciales.***
- ***Construyen relaciones circunstanciales de amistad con los compañeros de la escuela.***
- ***Hablan abiertamente sobre hechos de violencia entre pares de distintos grupos de pertenencia.***
- ***Los padres trabajan como empleados en casa de familias, son cuentapropistas (en oficios o pequeños emprendimientos comerciales).***
- ***No poseen obra social y aquellos que la tienen, en general utilizan los Servicios Públicos de Salud.***

Estas características estarían sugiriendo un cierto nivel (mediano o alto) de vulnerabilidad social, educativa y sanitaria.

Contexto Z

- ***Los estudiantes no trabajan sino que dedican su tiempo al estudio como mayor capital cultural, con expectativas de reconvertirlo en capital socio-económico.***
- ***Tienen otros estudios y actividades complementarias (ingles, danzas, gimnasio, etc.).***
- ***Se relacionan y forman lazos de amistad con los pares de la escuela.***
- ***Los padres trabajan formalmente como profesionales,***

cuentapropistas o empleados públicos.

- ***Poseen obra social y la utilizan en los diferentes servicios de salud.***

Características que denotarían un nivel más bajo de vulnerabilidad social, educativa y sanitaria.

Historias de Vida

Se analizaron en total 249 Historias de Vida, receptadas según se detalla a continuación:

Escuelas	Escuela 3 Noroeste	Escuela 2 Sureste	Escuela 1 Centro
Total 294	116	67	111
	39.45%	22.78%	37.77%

Con la siguiente distribución de género:

Escuelas	Escuela 3 Noroeste	Escuela 2 Sureste	Escuela 1 Centro
Femenino	55.17%	62.68%	53.15%
Masculino	44.82%	34.32%	46.89%

En el carácter emergente del diseño, una vez agrupados los datos en temáticas se pudieron identificar las siguientes categorías:

- ✳ *Refieren a la salud a través de la enfermedad.*
- ✳ *Relacionan con su salud los estados emocionales (que surgen fuertemente asociados a procesos de enfermedad propia o de personas cercana a sus afectos).*
- ✳ *Reconocen la salud desde la perspectiva biológica.*
- ✳ *Reconocen la salud desde la perspectiva biológica y psicológica.*
- ✳ *Reconocen la salud desde la perspectiva bio/psico/social.*
- ✳ *Expresan miedo frente a la enfermedad.*
- ✳ *Relacionan alcohol, tabaco y drogas con la enfermedad.*

- ✱ *La consulta médica es ante la enfermedad.*
- ✱ *Valoran a la enfermedad como impedimento para el desempeño de los roles sociales.*
- ✱ *Valoran la salud desde el costo económico de perderla.*

Categorías Centrales

A los fines de establecer nexos entre los hallazgos empíricos y los conceptos emergentes de los mismos; se entrecruzaron los hallazgos provenientes de las dos técnicas aplicadas, generándose así nuevas categorías que se asociaron a las categorías teóricas existentes en la bibliografía sobre las representaciones sociales del proceso salud-enfermedad-atención (incluidas la sexualidad y el consumo de sustancias). Ellas fueron:

- La salud como estado (estático).
- Los componentes emocionales asociados a la enfermedad.
- La enfermedad como impedimento de los roles sociales.
- Las prácticas preventivas en salud sexual limitadas a evitar el embarazo.
- El tabaco como factor de riesgo.
- La naturalización del consumo de marihuana.
- Tensión entre drogadicción y enfermedad.
- El riesgo de las conductas adictivas.
- Consumo social y abuso de sustancias.
- Tensión entre consumo social y abuso de sustancias.
- El consumo de sustancia como símbolo de pertenencia grupal.
- Las prácticas de salud distanciadas de la información preventiva.

Cada uno de estas categorías se mostró influenciada por dos componentes transversales comunes a todos los jóvenes participantes y a todas las dimensiones indagadas: uno relacionado con la *autopercepción en salud según la edad* y el otro *relacionado al género*.

La autopercepción en salud según la edad

En las culturas occidentales modernas, la vida se grafica como una curva ascendente en la que el punto de partida es el nacimiento, el punto más alto es la adultez y decae en la vejez o punto de llegada (Chávez, 2005).

La edad es un lugar habitado simbólicamente, esta existencia simbólica está hecha de relatos (políticos, sociales, culturales, artísticos, etc.) que hospedan la vida y producen mundos. Desde estas perspectivas el lugar que se les asigna a los jóvenes se sitúa como punto de partida y la distancia con la vejez es lo que da un sentido imaginariamente lejano a la posibilidad de enfermar, aún más de morir. Esto lo expresaron los jóvenes de la siguiente forma:

“...pero nunca temí de salud porque soy chico todavía y si no estoy muy mal no le doy bola a ciertas cosas malas que me pasan muy de vez en cuando”
(16 años, 5to año, Esc. Noroeste).

“para mí es lo más valioso de una persona, es como la fuente de vida....mi papá...nunca le gusto ir al médico... falleció por un par cardíaco...” (16 años, 4to año, Esc. Sureste).

“la salud para mí es muy importante...el año pasado mi tío estuvo en el hospital porque se le reventó una ulcera fue a causa de que tomaba mucho café y fumaba mucho” (15 años, 3to año, Esc. Centro).

Sobre este significante parece reposar una matriz cultural de pertenencia compartida construida desde la idea binaria proximidad–lejanía respecto a la muerte, estos tópicos configuran y establecen subjetivamente una relación particular con el mundo que los rodea; a su vez se constituyen en orientadores de prácticas vinculadas al riesgo y a su relación con el cuerpo. Podríamos afirmar que sobre esto, se construyen esquemas tipificadores sobre la vida y la muerte instituyendo conductas y comportamientos que a su vez configuran conocimiento específico, incorporándose al sentido común. Este saber posee una dimensión práctica, repetitiva, instituida culturalmente, por lo tanto deriva muchas veces en una posición irrefutable, constituyéndose en un elemento importante del sistema periférico que hace al desarrollo de toda representación social.

También es preciso remarcar que esta lógica reflexiva presenta acciones a futuro, es decir, que el cuidado del cuerpo y de la vida será en otro momento, pues en este parecería que hay poco lugar para el padecimiento o para el cuidado de

amenazas.

Género

Otra cuestión significativa y transversal, como ya se mencionó, es atribuible a la cuestión de *género*.

Contrario a como se perciben los varones, las mujeres perciben que su estado de salud no es tan bueno y muestran más preocupación que ellos por las cuestiones de salud; esto se da tanto en términos generales como de salud bucal. Podría decirse que están más atentas a las sensaciones corporales; la salud es para ellas un valor y se preocupan por mantenerla. Los hombres, en cambio, se resisten a percibir padecimientos corporales y mentales, ya que lo viril se identifica con la fortaleza física y anímica (Necchi, 1992).

“...en el caso de la mujer es muy importante tratar de cuidar su cuerpo ya que en algún momento de la vida la mujer da existencia a otro ser...en la salud cuenta mucho la personalidad de las personas...” (5º año Esc. Noreste).

“...una amiga mía... empezó con alcohol, drogas y malas amistades...y se dio cuenta que ese camino no tenía futuro, que tenía que cambiar... para tener un buen futuro y una linda y saludable familia...” (4to. Esc. Sudeste).

Cabe destacar que esta diferencia fue manifestada incluso en el interés al participar en el presente estudio, ya que las jóvenes estuvieron más predispuestas que los varones a conversar sobre temas relacionados a la salud.

La salud entendida como estado (estático)

El discurso hegemónico del biologicismo, inherente al quehacer médico apoyado en una concepción de la medicina llamada "científica", que se caracteriza por una mirada biofisiológica y supuestamente objetiva, influye fuertemente en los jóvenes y produce que se asocie *a la salud entendida como estado (estático) con ausencia de enfermedad*, disociando y excluyendo toda relación con el contexto sociocultural o emocional del PSEA (Menéndez, 2009).

Este modelo de salud impuesto por la hegemonía médica es reproducido por los jóvenes reflejándolo de la siguiente manera:

“...apenas cumplí un año tuve una enfermedad y los doctores lucharon mucho por salvarme la vida...hoy soy una chica sana, aunque tengo cicatrices eso es lo de menos...” (14 años, 2º año, Esc. Sureste).

“La salud es el estado en el que el hombre se siente bien y fuerte... y el concepto de salud lo conozco gracias a que estoy terminando un tratamiento de vacunas de alergia de 3 años” (13 años, 3º año, Esc. Centro).

En este sentido Souza Minayo (2008) sostiene que a través de las relaciones de poder, académicas o institucionales, es el médico el que se esgrime como principal agente de conocimiento y de práctica, ejerciendo la legitimación de sus actos y discursos.

Afirma Canguilhem (1978), que es evidente cómo a los médicos sólo le importan los fenómenos vitales, no así, las ideas del medio ambiente social, además siguen siendo las personas que menos investigan el sentido que le da la población a las palabras salud y enfermedad. De allí que la enfermedad sea vista como un valor virtual cargado de todos los valores negativos posibles (Vergara Quintero, 2009).

“...cada vez que voy al médico me largo a llorar porque me encuentran algo nuevo...” (5to año, mujer. Esc. Noroeste)

Esta visión estática puede verse también muy claramente cuando los jóvenes se expresan sobre la salud bucal identificándola desde la enfermedad, asociándola fuertemente al miedo.

Diversos estudios hacen referencias a diferentes aspectos en torno al momento del encuentro entre paciente- odontólogo, (Gale, 1972; Scott, 1982; Rojas Alcayaga, 2004; Moncunill, 2006). En el presente trabajo, el análisis permitió reconocer el alto predominio de las experiencias o situaciones vividas por los jóvenes inscriptas en un modelo de comunicación unidireccional, donde son subvaloradas sus vivencias y sufrimientos.

“...tenía que ir a sacarme un diente y tenía mucho miedo, era la primera vez...cuando el doctor empezó el proceso yo temblaba y el corazón me latía a mil...me puso un líquido que me dolió muchísimo...”
 (2do año, Esc. Noroeste)

Es en esta dirección, en la cual la formación profesional basada en la hegemonía odontológica deja escaso espacio para la apropiación y las prácticas relacionadas al autocuidado de la salud por parte de la población. Los temores que despiertan el solo mencionar la profesión dejan en claro la fuerte asociación con el dolor que produce muchas veces la práctica odontológica.

Los componentes emocionales asociados a la enfermedad

Otro elemento importante que emerge de la lectura analítica, son los sentimientos de dolor o sufrimiento que los jóvenes muestran asociados a la impotencia y vulnerabilidad que les produce no poder hacer nada frente al padecimiento de personas cercanas. Esto provoca en los jóvenes una movilización afectiva que redundando en una construcción vivencial de la enfermedad. El joven se ve involucrado en situación de disfunción social que produce la presencia del enfermo en su contexto. Esto es lo que la sociología ha denominado *sickness* (Parson, 1942).

“mi abuela tiene diabetes y sufre mucho con eso... sufre mucho de dolor de huesos...se le va nublando la vista... (16 años, 4to año, Esc. Sureste)

“cuando mi tío falleció en mi casa por mucho tiempo estuvimos tristes y casi sin hablar” (14 años, 3to año, Esc. Noroeste)

Es importante considerar que el dolor es parte de la cultura de una población, que le otorga al mismo valor y sentido como soporte simbólico a su capacidad de resistencia. A partir de la definición de dolor que cada población realiza culturalmente es lo que legítima como esperable o no esperable, tal como lo expresa Bustos Domínguez (2000).

Es importante destacar que, más allá de los diferentes contextos socioculturales, los trayectos educativos y la heterogeneidad del mundo juvenil indagado, los jóvenes adscriben a una cultura global afectiva en la medida en que se comparte la manera de sentir, esquemas de experiencia e ideas que orientarán conductas. Esta cultura afectiva⁸ a la que hacemos referencia actúa como una especie de arcilla social (Fernández 2010). Fernández retomando a Le Breton (1999) expresa este concepto de arcilla social como un saber afectivo que circula

8 El concepto de cultura afectiva no supone una determinación de lo social por sobre las emociones individuales. El actor no responde de forma unívoca según el repertorio de valores y maneras que le entrega la cultura afectiva de su sociedad sino que dentro de ese repertorio el individuo “juega” con las emociones. Por otro lado, siempre cabe la posibilidad que el actor rompa con las expectativas sociales y se produzca una decepción dentro del grupo.

en la sociedad y otorga a los distintos actores (según sus propias sensibilidades) actitudes que se deben adquirir según circunstancias que se imponen a su vida personal. En este sentido los jóvenes del presente estudio evidenciaron sintonía en los aspectos emocionales relacionados al PSEA.

Estas consonancias se explican en la tensión individuo-sociedad, o bien desde las características epocales en la cual el predominio de las ideas positivistas confluyen como fuente de información del sentido común, un conocimiento social compartido y validado que establece un modo de explicar el dolor, la vida y la muerte como así también otros hechos de la vida cotidiana en la que los sujetos participan.

La Enfermedad como impedimento de los roles sociales

Las expectativas y demandas sobre el cuerpo (sano) están vinculadas a la clase social a la que se pertenece (Bourdieu, 1998). La conformidad con el propio cuerpo está ligado pues, a la relación que cada clase establece con él.

Los diferentes sectores sociales no esperan lo mismo de su cuerpo, ni es igual la forma de habitar los espacios sociales o cumplir con roles sociales, desde la recreación o el trabajo, para los sectores más vulnerables, considerado, el propio cuerpo constituye una herramienta de trabajo a la vez que se tiene una mayor subordinación a él. En esta dirección es percibido como compañero incondicional, al que se le pide lo que sea. Enfermarse tiene un costo social (en relación a los roles domésticos) y económico (costo de la atención médica); estar sanos es no tener problemas o preocupaciones y poder ejercer las actividades diarias con normalidad, en sus trabajos (en su mayoría informales, cuidando niños, ayudando en el negocio familiar, etc.) esta es la realidad en la que están inmersos parte de los jóvenes participantes del estudio.

“y bueno, no puedo salir cuando hace mucho frio (...), los días de ahora son helados y a veces yo me quedo para atender el negocio...” (mujer, 18 años Esc. Sudeste).

En contraposición, los jóvenes con menor vulnerabilidad realizan diferentes actividades en su tiempo libre, como prácticas deportivas, asistencia a gimnasio, etc.

“...a los 5 años casi me muero y eso me perturbó mucho, no es tan fácil a mi edad decirle que no a mis amigos cuando me invitan a jugar al fútbol...”
(varón, 15 años Esc. Sudeste).

En ambos contextos, la mayoría explicitó como motivación el mantener la salud para realizar tales actividades y el temor de no poder ejercer los roles sociales cuando la pierden.

Las prácticas preventivas en salud sexual

Los jóvenes participantes manifiestan tener información sobre el uso del preservativo para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, información que reciben de diferentes fuentes, sin embargo dichas prácticas no siempre son aplicadas; si lo hacen es solo por evitar el embarazo.

“... bueno, como te dije, en el colegio nos enseñaron un montón de cosas, sabemos que hay enfermedades de transmisión sexual, pero uno en lo primero que piensa... es en el embarazo...” (varón, 18 años, Escuela Sudeste).

En esta temática, donde surgen diferencias, fue fundamental la mirada de género y coincide con lo que expresa Menéndez, (2006) que si bien el género no es la única ni la fundamental diferencia en las desigualdades en relación a la salud de hombres y mujeres, constituye una parte de la problemática sanitaria a considerar.

En pocos casos se manifestó que fuera la joven quien pedía tener relaciones sexuales seguras con el uso de preservativo; las justificaciones para el no uso del preservativo son de la línea de la fidelidad en el vínculo o refieren a que es la primera pareja. Se puede (Mendes Diz, 2009) suponer existe una condición de subordinación en la cuestión de género; en la cultura machista en la cual la sociedad latinoamericana, la argentina en particular, se encuentra inmersa, es la mujer, la mayoría de las veces, la que asumió su sexualidad subordinada a la de su pareja masculina, entonces, cuando el hombre decide no usar el preservativo (por el motivo que fuera), las jóvenes, aunque no estén de acuerdo, tampoco lo exigen. Esta conducta de riesgo en el sexo femenino se podría deber a que ellas, además de sus propias razones para el uso nulo o poco recurrente del preservativo, dependen de los motivos que dan sus parejas. (Romero Contreras, 2008). Estas conductas también subyacen en lo expresado por nuestras jóvenes.

“...con pastilla (se cuida), sí, (hace mucho) desde tercer año empezaron hablando de droga, de sida...” (5to año Esc. Noroeste).

Por tanto la actitud de descuido en relación al uso del preservativo es asumida principalmente por los hombres, arrogándose el riesgo que implica no protegerse.

Los jóvenes de ambos sexos, no han incorporado el uso del preservativo en su doble carácter de profiláctico y de anticonceptivo. Es preocupante en cuanto a que se mantiene con cierta estabilidad el grupo de jóvenes reacios a adoptar prácticas de cuidado.

Cabe señalar que en España se ha encontrado este mismo “núcleo duro” frente al uso del preservativo: el 25% no lo ha usado en su última relación sexual (INJUVE, 2002), por lo que puede pensarse que la difusión de la necesidad de su adopción ha sido exitosa para la gran mayoría, pero que deben idearse otros métodos de promoción de su uso que logren alcanzar al grupo que lo rechaza.

Sin expresar claramente los motivos del “descuido” podemos inferir según la bibliografía al respecto que les resulta desagradable, que le resta sensibilidad, etc.

Joven: *“Sí, en la billetera (preservativo) por ahí, no siempre*

Entrevistador: *¿pero lo usas siempre?*

Joven: *no, no siempre....*

Entrevistador: *¿pero sabes los riesgos que implica no usarlo?*

Joven: *sí, lo sé” (varón, 18 años Esc. Centro).*

Los más jóvenes (varones de 13 - 14 años), no han iniciado su vida sexual o tienen una sexualidad poco activa, reconocen un cierto desconocimiento en cómo se usa, el preservativo.

Aquellos un poco más grandes (15-18 años) argumentan que no lo usan porque “el momento de emoción no deja pensar”, o caen en “el descuido” o el olvido de necesitar protección.

El tema sexualidad dentro de una comunicación más fluida entre padres e hijos, favorecería la apropiación de la información que reciben, sin embargo los jóvenes reflejaron una situación diferente:

E: *ha, ¿y se habla el tema del sida, de la droga en tu casa o con quien hablas esos temas, si es qué lo hablan?*

J: si ya sé, no, en mi casa no le damos mucha bola, o sea, en el colegio sí, siempre hay exposiciones de sida (...) (varón, 13 años Esc. Centro).

Esto obliga a adoptar otras perspectivas que permitan abordar el tema de la sexualidad; despojándolo de cierta hipocresía social, en relación a las conductas relacionadas al uso del preservativo, no son exclusivas de los jóvenes, dado que, estudios como el de Romero (2008) sobre el tema indica que el comportamiento adulto es similar.

La bibliografía refiere la dificultad de los padres frente al manejo de temas relacionados con la sexualidad de sus hijos; existen muchos adultos con ideas arraigadas de carácter religioso, tradicional y social, entre otras, que generan un choque permanente de posiciones con los jóvenes. Siendo entonces necesario no sólo la capacitación de los y las jóvenes (Hernán, 2004) sino también, la de sus progenitores, aunque sea una situación poco agradable para los padres el tener que aceptar las relaciones sexuales de sus hijos a tempranas edades.

En relación al consumo de sustancias

El consumo de sustancias psicoactivas⁹, legales o no, está instalado en nuestra sociedad como uno de los tantos problemas sanitarios a resolver.

E: ¿y aparte de él, ves cuando salís mucha droga en los boliches?

J “si, en todos lados, puedes ir a un baile como a los mejores boliches de Córdoba y es lo mismo” (varón, 18 años, Esc. Sureste).

El consumo de drogas, tabaco y alcohol no es un fenómeno homogéneo, sino que existen múltiples patrones que inciden en el abuso de estas sustancias, cada uno con sus distintas particularidades. Se pueden identificar al conjunto de factores que predisponen o protegen a un individuo joven de la iniciación o el mantenimiento en el consumo de drogas, conducta que puede ser una consecuencia de la combinación de factores sociales, psicológicos, biológicos, etc.

⁹ Se considera **psicoactivo** a toda sustancia química de origen natural o sintético que al introducirse por cualquier vía (oral-nasal-intramuscular-intravenosa) ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central (SNC), ocasionando cambios específicos a sus funciones; que está compuesto por el cerebro y la médula espinal, de los organismos vivos. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones. Véase en <http://www.drugabuse.gov/es/en-español>.

Además el consumo es juzgado de una manera negativa por la sociedad, y los jóvenes temen ser juzgados por sus padres, por sus familias y “al qué dirán de mí”.

Durante mucho tiempo existió toda una construcción creada por la publicidad, las películas, los videos juegos, etc., en relación al tabaco que expresaba la ambigüedad social en relación al consumo de estas sustancias llamadas “legales” que introducen la imagen calificada y prestigiosa del fumador. También el mensaje subrepticio si consideramos la convivencia con un fumador.

De los jóvenes participantes, en el grupo de 16 a 19 años están los que manifestaron fumar, sin embargo, algunos del grupo de 13 a 15 también lo hicieron, pero en menor grado, aunque reconocen el riesgo que significa para la salud el fumar, tanto en ellos mismos como en los demás. Es importante resaltar que los jóvenes que tienen 17 años o menos, en general comenzaron a fumar a los 12 años y cabe destacar que esta precocidad en el hábito se da más en las mujeres. Los que tienen 18 años, se iniciaron en el hábito algo más tarde (después de los 13 años), lo que muestra que estamos frente a un cambio en el perfil de los fumadores: hay cada vez más mujeres que lo hacen y la edad de inicio en el hábito se ha adelantado.

“..sí, cigarrillo común sí...” (mujer 14 años, Esc. Sureste).

“Yo fumo desde dic del 2008 esto me hizo dar cuenta que fumar hace mal, pero sin embargo sigo fumando...” (varón, 15 años Esc. Centro).

En relación al alcohol, el contexto es también similar al tabaco, publicidades que incitan a tomar alcohol con el objetivo de divertirse, pasarla bien, se asocian a los efectos positivos del entretenimiento y la recreación; a la experiencia placentera del alcohol en relación al cambio sensorial que se experimenta cuando el alcohol ha hecho efecto pero todavía no se ha consumido en exceso. Cabe considerar además lo aportado en la bibliografía: el primer consumo, en general, se efectúa bajo un contexto familiar permisivo, donde los padres son muchas veces quienes consienten el consumo de alcohol (Cicua, 2008; Porciel, 2008).

“...A mí el alcohol no me gusta...probé...porque probé no voy a decir que noooo, probé en mi casa obvio, pero no, no me gusta a mí...” (mujer ,15 años Esc. Sureste).

Los jóvenes del estudio comprendidos en el grupo de 15 a 19 años, se reconocen consumidores de alcohol, atribuyendo el abuso a sus congéneres.

“...tampoco soy de tomar mucho, así que me cuido... ...toman un poco de todo... sí, algunos terminan mal...” (mujer, 18 años Esc. Centro).

El grupo de los más jóvenes de 13 a 15 también refiere el consumo de alcohol, como algo no tan habitual y que se hace solo en momento de las salidas.

E: ¿y en las previas antes de ir a la fiesta, qué toman, qué comen?

J: gaseosa, un asado (varón, 13 años Esc. Centro).

E: Y que toman habitualmente?

J: Cuando salimos o cuando...? Cerveza o vino

E: y en los boliches también?

J: Si a veces un poco (varón, 15 años Esc. Noroeste).

Sin embargo al momento de hablar de otro tipo de consumos como la marihuana, se refieren a ella como un cigarrillo más, naturalizando así el consumo de marihuana.

“...yo salgo y no veo gente drogándose, sí, por ahí, fumando marihuana..”
 (varón 18 años, Esc. Centro).

“...Y que vi muchos que empezaron fumando así y ahora andan tirados en la calle y yo no quiero terminar así... por eso calculo que al cigarrillo lo voy a dejar (en relación a la marihuana)...” (varón, 15 años, Esc. Noroeste).

En cuanto a la calificación de la peligrosidad de las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas para la salud, en general, tanto las mujeres como los varones tienen clara conciencia de los peligros que estos comportamientos pueden representar en su salud, dado que en las escuelas hablan del tema, participan de actividades de difusión en contra de este flagelo, reconociendo la dependencia que genera en los jóvenes.

“...pero acá en el colegio se han hecho muchas charlas de drogadicción, de alcoholismo, pero lo que yo veo es que las charlas, o sea, para el adolescente resultan aburridas...” (mujer 18 años, Esc. Centro).

“... pero sé que droga es algo que no probaría, porque me envicio fácil y entonces no voy a probar, tengo que decir que no que también lo veo muy estúpido...” (varón, 16 años Esc. Centro).

Evidenciaron la idea más común que la marihuana vuelve dependientes a las personas, la asocian con la marginalidad y la violencia. Sin embargo, pareciera que el abordaje realizado en las escuelas no alcanza a esclarecer suficientemente la problemática, de modo que los jóvenes puedan considerar la adicción a la marihuana con la enfermedad.

“sí,...se puede entender que la droga es una enfermedad sí, porque te..., no sé si es una enfermedad, aun no me queda claro algunas cosas. Es una adicción, es algo que necesitas, porque los chicos se desesperan ahora por eso, los profesores dicen que es una enfermedad” (mujer, 18 años Esc. Sudeste).

Existe una tendencia de los jóvenes no-consumidores de marihuana a justificar la conducta de quienes lo hacen, de ese modo pareciera le restan responsabilidad a los consumidores de su grupo de pertenencia y se lo adjudican a situaciones externas tales como: sentirse bien, para olvidarse de los problemas o por que otros amigos los invitan.

“... tengo otro amigo así, yo no sé, porque él tiene deformidad en la cara y él dice que tiene muchos problemas, que nadie lo quiere, que las chicas no lo ven, y así. Y entonces yo le digo que no me importa como es... se droga con marihuana...” (mujer, 18 años, Esc. Sudeste)

Revelaron también, que el consumo es una forma de pertenencia grupal.

“...En el barrio sí, (los chicos) se saben juntar en la esquina, pero yo no voy para aquel lado porque siento un olor y no me gusta...” (varón, 13 años Esc. Noroeste).

Los resultados muestran la doble valoración que le dan los jóvenes al

consumo de drogas: por un lado se le asignan una serie de consecuencias y percepciones negativas, mientras que por otro se justifica y se hace aceptable en determinados contextos y bajo situaciones personales (como cuando se tienen problemas familiares o personales). El hecho de que se piense que son los problemas familiares, los problemas afectivos y la soledad las que causan el consumo, le quita la responsabilidad de sus acciones al consumidor. Esta validación de las experiencias de consumo puede tener consecuencias importantes en el aumento del uso de drogas dentro del grupo.

“... porque mi hermano un tiempo se estuvo drogando ahora ya no pero...el que más sufrió de la separación fue mi hermano por eso hizo todo eso...”
(mujer, 13 años).

Estas ambivalencias serían explicadas por una parte, por la estimulación constante que reciben los jóvenes en contra del uso de drogas, desde un mundo adulto que perciben como incoherente por la confusión, desinformación y ambigüedad que lo caracteriza.

Con respecto a los contextos asociados al consumo, se puede afirmar que la interacción grupal, el grupo de amigos, y los contextos de interacción como las fiestas, bailes, discotecas, constituirían elementos fundamentales para legitimar el consumo, ya sea propio o de otros.

Consideraciones sobre la salud bucal

La salud bucal de la población juvenil participante merece un apartado particular. El primer resultado evidente fue la escasa consideración del componente bucal del PSEA por parte de los jóvenes participantes del estudio. Otro de los hallazgos fue la influencia del contexto de procedencia en relación a la construcción de significados para el mismo componente.

En los jóvenes del contexto W se observaron las siguientes categorías:

- ✓ *Tienen Obra Social pero por elección asisten al servicio público;*
- ✓ *Recurren al odontólogo por dolencia o padecimiento*
- ✓ *Manifiestan Prácticas de cuidado de Salud Bucal centradas en el cepillado.*

Los jóvenes del contexto Z:

- ✓ *Tienen Obra Social y la usan en el cuidado de la salud general y del componente bucal*
- ✓ *Recurren al odontólogo por estética*
- ✓ *Manifiestan Prácticas de cuidado de Salud Bucal diversas,*
- ✓ *Conceptualizan la salud bucal desde el autocuidado.*

Contexto W

Siguiendo la línea de análisis anterior, en la que consideramos al cuerpo como una construcción social producto de las relaciones desiguales que caracterizan la sociedad actual, Arechaga (2010) expresa:

“El cuerpo se encuentra atravesado por la clase a la que se pertenece (Reguillo Cruz, 2000; Le Breton, 2002; Foucault, 2006) y nos arriesgamos a decir, es producto de la multiplicidad de factores que dan cuenta de la posición que se ocupa dentro del sistema social. En dicho entrelazamiento, entre cuerpo y clase, encontramos manifestaciones en la vinculación que se instaura con este mismo, y a la vez en las prácticas que realizamos” (Aréchaga 2010)

Nuestro propio cuerpo es ejemplo de cómo la posición social es incorporada (Bourdieu, 1998). La relación que establecemos con respecto a la alimentación, la salud odontológica, la vestimenta, así como las formas de caminar, pararnos, hablar, gestualizar y cómo nos vincularnos con los otros corporalmente, es parte de esta incorporación social.

Tal como fue manifestado, para los jóvenes del C.W el propio cuerpo constituye una herramienta de trabajo, a la vez que tienen una mayor subordinación hacia él. En esta dirección, el cuerpo es percibido como un compañero incondicional al que se le pide lo que sea; la enfermedad lo enfrenta a la imposibilidad de continuar en el camino de la superación de la limitación social de clases: ayudar a su familia, ganar un poco de dinero para sus gastos o gustos, terminar la escolaridad secundaria para conseguir un buen trabajo.

Este marco de referencia, analizado desde el componente bucal de la salud, la consulta odontológica se produce cuando “no doy más”, cuando el cuerpo dice “basta” y el dolor es invalidante. El cepillado se presenta como practica más

común, aunque no constante, de “prevención” y hasta de curación.

E: Cuando fue la última vez que fuiste entonces?

J: Y en enero creo que fui... me sacaron una muela que me dolía que tenía feo y la tenía picada. Una muela permanente. (mujer, 13 años, C.W)

J: Y después me dijo que tenía caries...algo así

E: Vos tenes cepillo de dientes?

J: Si, jijiji pero cuando tengo ganas me lavo (mujer, 14 años CW)

También en relación con las formas de cuidado de la salud, los jóvenes conciben el cuidado en forma negativa (para no tener caries) y lo enuncia por medio de prohibiciones (no comer golosinas, ni dulces). Esta tendencia debería ser considerada en oportunidad de implementar estrategias de promoción del autocuidado.

Si bien algunos jóvenes pueden tener *Obra Social*, prefieren asistir al dispensario, hospital, centro vecinal, etc. y justifican esta elección en que el servicio público atiende sus demandas en el día y con la ventaja de no tener costo alguno.

E: ¿porque tu papá no tiene obra social?

J: no, mi mamá (tiene O.S)

E: ¿ibas a algún centro de salud?

J: sí, cerca de mi casa, a un centro vecinal que había ... (mujer, 18 años, CW)

Para la mayoría de los participantes, la apariencia es un factor muy importante. El cuerpo hegemónico que se construye socialmente, está instaurado por los espejismos que la sociedad de consumo impone. Los grupos vulnerables saben de un cuerpo que debe llegar a cierta imagen, para lograr la adscripción a una estética dominante.

En este sentido Bourdieu (2000) expresa en relación a las clases vulnerables: “dominadas hasta en la producción de su imagen del mundo social y en consecuencia, de su identidad social, las clases dominadas no hablan, son

habladas”.

E: ¿y porque no tenés muchos amigos así en el barrio?

J: en el barrio no me gusta por el ambiente que hay, es preventiva, hay mucha así gente baja

E: ¿preventiva le decís a.....?

*J: a los negros. No sé, siempre o preven o un blacky, significa así un negro. Ahí en el barrio se ven mucho, más las chicas que todo.
 (mujer, 17 años, contexto W)*

Aquellos que aspiran a una movilidad social ascendente saben de la importancia de una estética corporal cercana al cuerpo hegemónico del cual se ha hecho referencia y la salud bucal, tampoco escapa a estas premisas.

El grado de accesibilidad y aceptabilidad que desarrollan los jóvenes de este contexto para utilizar los recursos y los servicios de salud en relación al componente bucal de la salud, está íntimamente relacionado con factores fundamentalmente de orden económico y geográfico.

Contexto Z

Los jóvenes manifiestan tener O S, la cual utilizan tanto para atender la salud general como la de su componente bucal, siendo la causa de concurrencia a los servicios odontológicos mayoritariamente por estética.

J: uh, (...) Le hablé (al odontólogo) el otro día para volver, para hacerme de vuelta el tratamiento, pero me dijo que no conviene, entonces yo le dije que no quería ir a Bariloche con los aparatos, entonces me dijo volvé en febrero. (varón, 18 años, CZ)

Esto significa una determinada aproximación cultural y económica a los cuidados de la salud bucal, lo que permite la proximidad a diferentes formas de cuidado (uso de enjuagues, hilo dental, etc.), sin circunscribirse solo al cepillado bucal.

“salud bucal, lavarse los dientes todos los días, usar los enjuagues bucales, ir al dentista regularmente” (varón 14 años, CZ)

Este conocimiento acerca de la prevención les permite considerar la incorporación de las diversas formas de autocuidado en la salud bucal entiendo el cuidado en forma positiva y mencionan que cuidarse consiste en:

“bueno yo generalmente me lavo, pero a veces no me hago los lavados con flúor...y yo me hago uno semanal” (varón, 16 años CZ)

Podemos decir que existe, por parte de los sectores medios una mayor demanda respecto de la apariencia.

La preocupación por el cuidado de la presentación (Bustos Domínguez 2000) está en estrecha relación con los beneficios que se pueden obtener de “una estética agradable”. En esta misma línea y en concordancia con Bourdieu (2000), podemos pensar que la inversión de tiempo, esfuerzo, privaciones, cuidados que le otorgan los jóvenes a la atención de la estética bucal, tiene proporción casi directa con el beneficio que pueden recibir en forma material o simbólica en el marco de un mercado laboral que considera la estética como un valor en sí mismo. El mercado laboral, da a los portadores de distintivos simbólicos oportunidades diferenciales de acceso, según la estética hegemónica. (Bourdieu, 2003).

Podemos señalar entonces que la conformidad con el propio cuerpo resulta de esquemas de apreciación diversos, relacionados con lo que estructuralmente constituye un capital para cada contexto. Para el primer caso el cuerpo como instrumento de trabajo, para el segundo caso el cuerpo como capital simbólico con expectativas de transformación en otros tipos de capitales.

Influencia de la Familia y la Escuela

Al momento de comenzar la investigación, suponíamos que la elección de las escuelas nos permitiría acceder no solo a la diversidad poblacional sino también a la educacional, impronta establecida por las mismas instituciones educativas. Sin embargo avanzado el análisis espiralado, las diferencias entre las escuelas aparecieron tímidamente, no así la influencia familiar y su contexto, lo que nos interroga sobre:

Influye el contexto escolar en la construcción de las representaciones del PSEA?

De qué modo influye el contexto familiar o el lugar de residencia?

FAMILIA

La familia emplea mecanismos de reconversión de capitales tanto social como cultural. Es sobre los padres en quienes recae la responsabilidad de protección, cuidado y educación de los hijos, y aun cuando el desafío del joven es desprenderse de las ataduras familiares, la familia continúa siendo el condicionante de su conducta.

Vas al médico? por qué?

Tengo que ir, me tengo que hacer un chequeo completo...No sé por qué mi mamá quiere que me lo haga aparte para tener el seguro para la ficha médica (varón, 13 años).

Es la familia la que monitorea, las conductas de los jóvenes en relación a la salud directamente en los jóvenes de 13 a 15 años o indirectamente en los de 16 a 19.

En este sentido Weinstein (citado por Krauskopf, 2000) resalta la influencia del contexto familiar y social en la construcción de las representaciones, del comportamiento y en la producción del pensamiento que es convertido en un determinante para la acción en la salud de los jóvenes.

"...no, porque mi papá siempre me dijo que yo estudie mucho, porque no quiere que yo trabaje de eso con los ladrillos de jovencito...." (varón, 14 años).

Las características del contexto familiar (familia numerosa, grado de conflicto o estabilidad de la unidad familiar), las relaciones laborales inestables en empleos no calificados y las experiencias de desempleo prolongado también actúan al momento de facilitar o de obstaculizar la permanencia de los jóvenes en el sistema educativo. De esta manera, quienes viven en hogares con necesidades insatisfechas tienen una mayor probabilidad de abandono escolar, superior que la de los jóvenes que residen en hogares menos vulnerables; según Binstock&Cerrutti (2005) aquellos jóvenes que trabajaron durante algún año de cursado de la escuela media tienen tres veces más probabilidades de deserción que sus pares que nunca

han participado en el mercado laboral.

ESCUELA

La elección de la escuela es de suma importancia para las familias, dado que lo hacen a partir de la trayectoria reconocida y los discursos contruidos sobre la institución educativa a seleccionar. Según Navarro (2004) el significado de la escuela puede ser organizado en tres categorías según las familias. La primera categoría le atribuye el significado “instrumental” cuando se entiende como el paso hacia la continuidad de estudios o la preparación para el trabajo. El segundo es el “formativo” provee de un clima protegido frente a aspectos negativos como las malas juntas y la droga a la vez que le ofrece un espacio de convivencia. El tercero es “expresivo-instrumental” y considera a la escuela como valiosa en el presente y para el futuro.

En relación a esto hemos podido observar que los jóvenes no siempre provienen de los barrios próximos a la escuela a la que asisten, esto significa un cambio en la organización familiar. Así como, según la opinión familiar, se pueden mejorar las relaciones que los jóvenes pueden entablar entre sí, dentro de la institución, mejorar la educación, alejarlos de las malas compañías o de la droga, etc.; en relación a que pasan muchas horas en los ámbitos educativos.

Esta opinión está dada porque en ciertos contextos la fragmentación y jerarquización de los sistemas escolares han alcanzado un alto grado de calidad que resulta cada vez más difícil pensarlos en términos tradicionales como un “sistema homogéneo” que tiende a cumplir las mismas funciones y a alcanzar los mismos objetivos. La desigualdad en la escolarización en el nivel medio determina fuertemente la probabilidad de acceso y la finalización de estudios en el nivel universitario (IIPE-UNESCO, 2006). El nivel educativo alcanzado por los jóvenes es un fuerte condicionante de las representaciones de salud que puedan elaborar a futuro. En este sentido Abric (1994) expresa que las nuevas representaciones se asientan sobre una matriz de representaciones preexistente (dada por la familia y el contexto cultural de referencia), de no existir una gran disociación entre el nuevo objeto de representación y lo ya estructurado, se producirá la familiarización e incorporación del nuevo conocimiento.

Para el joven hay una relación contextual diferente entre los amigos de la escuela y del barrio o quizás la falta de estos, en referencia a esto último dijeron:

E: y ¿vos ahí en Argüello no tenés un colegio más cerca que éste?

J: sí, pero a la mamá no le gusta porque ahí robaban, roban mucho... sí, afuera del colegio se juntan muchos que se drogan, fuman un porro. Por eso mi mamá no nos quería mandar ahí

E: ah, y ¿entonces te mandaron acá?

J: sí, porque encontraron el colegio más, por lo menos pasable (varón, 14 años).

Otra motivación para la elección de la escuela está vinculada con la satisfacción que devuelve la escuela a los que concurrieron a ella y también al modo que opera la opinión social para generar un comportamiento electivo de los padres.

E: ¿y porque querías entrar?

J: Por mi hermano qué también venia acá

E: ¿y tu papá vino acá?

J: no, pero mis tíos por el lado de mi mamá vinieron (varón, 13 años Esc. Centro).

También se observa cómo influye la posición educativa de los padres, esto se reconoce en los casos de familias profesionales que eligen la escuela que es reconocida por su exigencia académica.

J: “si bien hay actividades en mi casa, paso el noventa por ciento del tiempo estudiando...uno quiere que le vaya bien, tiene que dedicarle mucho tiempo al colegio” (mujer 18 años Esc. Centro).

Todo lo expuesto pone de manifiesto que la influencia de contexto de vulnerabilidad socio histórico cultural de procedencia hace a la diferencia en la construcción de las representaciones de los jóvenes, en contraposición de lo pensado en primera instancia que las diferencias radicarían en las instituciones escolares.

Sin embargo se observan diferencias en el análisis crítico de la información que los jóvenes reciben en relación al PSEA y su manera de expresarlo tanto en forma verbal como escrita, esto es atribuible a las

herramientas que les aporta el contexto escolar.

La información que las escuelas les brindan en relación a la salud es a nivel de la prevención de enfermedades (no así a la promoción de la salud), no se traduce directamente en prácticas, no evidenciándose en el estudio la transferencia de dichos conocimientos al sistema periférico de la representación social de salud. Esto refuerza lo expresado en relación a la fuerte influencia del contexto familiar y sociocultural de pertenencia en las conductas y prácticas adoptadas por los jóvenes.

Identificando Tres Modelos De Salud

En el análisis pudimos reconocer la coexistencia de tres modelos (Menéndez 1990) de construcción en relación a la salud, que comparten espacios de representación a los cuales adhieren los jóvenes.

La salud desde una perspectiva biológica con una fuerte impronta en el discurso de la prevención y la buena alimentación, incorporando la idea del valor económico de la salud, modelo en el que hay una fuerte presencia de lo que Menéndez (2009) llama autoatención, es decir “ todas las representaciones y prácticas que la población usa a nivel del sujeto y grupo social, para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios” . Concomitantemente está influenciado por la biomedicina en la demanda del cuidado biológico de la salud.

Los jóvenes hicieron referencia a los procesos biofisiológicos individuales, con ausencia del fenómeno social, esta anulación al carácter social de la salud disimula la opresión de la sociedad hacia los individuos y silencia a los jóvenes como generadores de estructuras y organizaciones sociales, así como los modos de vida que ellos mismos producen. (De Souza Minayo 1997)

Limitados por la inaccesibilidad económica y geográfica a los Sistemas de Salud (SS), con la necesidad de seguir en sus tareas habituales en la ayuda económica de sus familias o de sus propias necesidades, el cuerpo es un instrumento que debe continuar y en esa medida se cuida para este fin (prevención y buena alimentación).

“...mi tía tiene un derrame en la cabeza... le dijeron que tenía que descansar dejar el trabajo y no hizo caso...la tiene que operar y vale mucho

dinero... me dejo una enseñanza si dejo pasar las cosas y me doy cuenta tarde puedo tener inconvenientes..." (15 años, Esc. Sudeste).

La salud en el componente bucal no escapa a este modelo biológico de la **autoatención y la alimentación**, asociado al dolor y la enfermedad. Evitar la enfermedad a fin de limitar la progresión de la misma, mejorando la alimentación y la higiene. Cuando acceden a los SS del SP es para limitar el daño ya que es frecuente la consulta por caries macro penetrante de tratamientos restaurativos de mayor costo y solo un grupo menor accede a las endodoncias, siendo las extracciones la solución más frecuente.

Otro modelo considera **la salud desde una perspectiva bio-psicológica, definiendo la salud a partir de la enfermedad** desde el Modelo Medico Hegemónico con énfasis en lo patológico y en lo tecnológico, caracterizando rasgos técnicos profesionales orientados a la medicina alopática. Podemos inferir que, tienen accesibilidad económica a los SS y saben que pueden acceder a los mismos cuando se enferman. La dimensión psicológica apareció cuando el estado de ánimo es considerado la medida de valoración del buen o mal estado de salud, la reconocen como formadora de patologías, pero no hacen ninguna referencia a la necesidad de tratarla. En esta instancias siguen asociando a la "salud al campo de la acción del individuo" (Souza Minayo, 1997), excluyendo la dimensión social y su influencia.

En lo particular del componente bucal de la salud la mirada de los jóvenes ha sido hacia **la enfermedad con accesibilidad para su atención** en los SS a los que requieren y utilizan ante la presencia de la enfermedad.

Un tercer modelo es en el que consideran **la salud desde una perspectiva bio-psicológica y social ya que analizan la intervención de la sociedad en la construcción de la salud incorporando la idea del valor económico de la salud**

"En nuestro país faltan políticas de salud y que repercuten en la sociedad. Por eso vemos hospitales rotos y colapsados." (16 años).

"Las enfermedades se producen por descuido y falta de mejoras del gobierno. Lo que me paso a mí que me enfermé y me curé con remedios carísimos" (18 años).

También existen, aunque marginales, representaciones de la salud como "una cuestión vital de atribución individual y colectiva, que supera los aspectos biofisiológicos" y la sitúa en el campo de la lucha política tanto por parte de los profesionales de la salud como de los sectores populares (Souza Minayo, 1997). Este mismo autor plantea la salud como un derecho social (Berlinguer en De Souza Minayo, 1997). Los jóvenes reconocen la significación de la pobreza, del acceso a la educación, de la influencia de los medios de comunicación en la construcción de la salud colectiva.

"Salud...algunos dicen que tener salud es vivir bien, con dinero y sin problemas, otros que se conforman con solo tener un techo donde dormir" (13 años).

Al igual que en el modelo analizado anteriormente, identifican la dimensión psicológica como causa de enfermedad no haciendo referencia a su tratamiento.

"cuando alguien tiene un vicio está en la cárcel o en un hospital psiquiátrico, tanto física como mentalmente, lo que no quita que los de afuera no lo estemos" (15 años).

Analizan el poder de la sociedad en la marginalidad del sujeto estigmatizado por su propia enfermedad. Expresan una actitud crítica sobre el impacto de la sociedad moderna en la producción de salud y enfermedad. Refieren a la influencia de los ingresos económicos en la accesibilidad a los SS (prepagas, familiares que pertenecen a los SS, OS y S.P). A pesar de todo este entendimiento, no se reconocen sujetos activos en los cambios sociales dentro de una sociedad que sienten que no los incluye como sujetos de derecho.

Los jóvenes inmersos en la cultura postmoderna del culto a la estética y la belleza, se relacionan con la salud bucal **desde la práctica odontológica** marcadamente orientada a la estética (blanqueamientos, ortodoncia).

La ubicación en uno u otro modelo no es una decisión conceptual que realizan los jóvenes entrevistados, sino que una construcción que se realiza desde la relación con sus congéneres, la vivencia, la edad, la cultura, desde lo social y sobre todo lo contextual familiar. Esto lo realiza el joven en su trayectoria de vida, sin desprenderse del contexto macro social y de las estructuras sociales dominantes en la que está inmerso.

La construcción estructural de los discursos subjetivos sobre la trayectoria

juvenil que posiciona a los jóvenes en un lugar de despreocupación, es reproducida por ellos en el sentido de pertenencia a una moratoria. Dicha moratoria vital construye el imaginario de un camino que los aleja de la muerte, de la enfermedad o el padecimiento (que es están donde están los ancianos, los viejos).

Desde este lugar la salud es considerada un atributo natural, incorporado al hecho de ser joven. Frente a esta situación cobra relevancia la promoción de la salud, en detrimento de la prevención de algo (la enfermedad) que es poco probable.

En el grupo de los más jóvenes (13 a 15) el componente social de la salud no es realmente incorporado, sino como algo externo a ellos, la sociedad (que no los incluye) es la que debe garantizar condiciones saludables a las personas.

En el grupo de los más grandes, la información sobre los temas de salud la reciben fundamentalmente de la escuela y de los pares, sin embargo las prácticas en relación al consumo de sustancias y la sexualidad no reflejan la información que manifiestan tener. En estos temas la familia tiene gran influencia (sobre todo en el grupo de jóvenes más pequeños) la que manifiesta una posición ciertamente ambigua: padres que fuman y prohíbe el cigarrillo, o que convidan a probar alcohol a los hijos, que opera como una cierta práctica de iniciación. Estas conductas son un fuerte condicionante de las conductas de los jóvenes. Hablar no es comunicar; es importante generar espacios de diálogo en los hogares sobre estos temas que requieren de tiempo y de conocimiento. La escuela le brinda información para la construcción de hábitos saludables además de herramientas para el análisis crítico de los componentes de la salud, no obstante, los cambios en las representaciones y en las prácticas deberían darse por un trabajo conjunto familia-escuela.

V- ENTREVISTA POR CUESTIONARIO

Identificados los elementos de construcción de significados presentes en las representaciones sobre el proceso salud- enfermedad.-atención de los jóvenes y analizada la relación entre éstas y los comportamientos saludables que manifiestan poseer, se avanzó en la construcción de un instrumento que, sin apartarse de la línea epistemológica en la que se apoyó el trabajo, indague sobre dichas representaciones, refleje los distintos contextos detectados en el estudio y sea aplicable a una población mayor por su estilo de construcción.

Se optó por la entrevista en forma de cuestionario (Anexo 3). Si bien el cuestionario constituye un método híbrido (Álvarez Gayou, 2003) por ser un instrumento tradicionalmente usado en la investigación cuantitativa, actualmente se presenta como una técnica también valiosa para los estudios cualitativos en los que, si bien su aplicación no varía, la diferencia se encuentra en el modo de tratamiento e interpretación de los datos.

Fue tal la fuerza que cobraron los contextos de pertenencia en la generación de situaciones de vulnerabilidad sanitaria, social y cultural y que es reflejada en las representaciones y prácticas de salud, que se constituyeron en las directrices sobre las cuales se construyó la entrevista la que es organizada en función de los siguientes campos de indagación:

Contexto socio demográfico, Contexto familiar, Valoración de la salud bucal, Relación con los pares y Consumo de sustancia, Expectativas laborales o de estudio.

Contexto socio demográficas: En el análisis cualitativo que realizamos, una de las dimensiones que resaltan por su influencia en la construcción de las representaciones de salud y de las prácticas para conservarla, son las características socio demográficas que interpretan ciertos aspectos de las poblaciones humanas tales como, su estructura, evolución y características sociales.

Cuando nos referimos al contexto socio demográfico, debemos tener en cuenta el grado de vulnerabilidad social que atraviesan ciertos sectores de Córdoba, como lo mencionáramos antes. De los componentes que participan en las características sociales demográficas, incluimos los siguientes: Ubicación de la vivienda y obra

social.

- **Ubicación de la vivienda:** como elemento indicador de la vulnerabilidad social estimada a través del índice de vulnerabilidad educativa, dado que el IVE (González 2007) (ver Anexo 2) presenta correlación directa con numerosas variables censales.

Las variables censales a las que nos referimos son:

1. *Condición de NBI:* población de hogares con condiciones de necesidades básicas insatisfechas.
2. *Privación Material:* hogares que registran alguna privación y también cada una de sus categorías (privación de recursos corrientes, patrimoniales y convergentes).
3. *Características de la vivienda:* Calidad de los materiales (CALMAT): hogares con problemas estructurales en la vivienda como son:
 - ✓ Hacinamiento: hogares más de tres personas por cuarto.
 - ✓ Tipo de vivienda inconveniente: hogares en viviendas que no corresponden al tipo A o departamento.
 - ✓ Tenencia y procedencia del agua: hogares que no tienen agua dentro de la vivienda, hogares que utilizan agua de lluvia, cisterna, río, canal o arroyo.
 - ✓ Desagüe cloacal: hogares que no cuentan con desagüe del inodoro a red pública o a cámara séptica y pozo.
 - ✓ Régimen de propiedad: hogares que ocupan la vivienda por préstamo, trabajo u otra situación.
 - ✓ Combustible: hogares que emplean principalmente leña, carbón u otro combustible distinto al gas
 - ✓ Equipamiento del hogar: hogares que no disponen en su vivienda de heladera, lavarropas, teléfono, computadora, videograbadora o video reproductora, televisión por cable u horno a microondas.

El IVE permitió organizar la ciudad en tres niveles de vulnerabilidad (anexo 2)

Nivel 1: Sector de baja vulnerabilidad índice inferior a 0,025 (representado con el color blanco y amarillo)

Nivel 2: Sector de vulnerabilidad moderada, índice comprendido entre 0,025 y 0,05

(amarillo y naranja)

Nivel 3: Sector de alta vulnerabilidad, índice mayor a 0,05 (rojo y marrón).

- **Obra Social:** se registrará si tiene o no OS. Nos indica si hay accesibilidad económica de la salud dado que indirectamente se relaciona con la ocupación de los padres. Si bien, el no poseer obra social no implica la desprotección sanitaria dado que el Servicio Público cubre a todos los ciudadanos, puede pensarse como indicador de vulnerabilidad en salud.

Contexto Familiar

➤ **Relación Familiar**

El lugar simbólico donde coexisten y se relacionan las diferentes generaciones es el grupo parental, donde el ser joven cobra sentido al redefinirse generando formas de relación con los miembros de otras edades.

En la composición familiar podemos encontrar factores de protección entendiendo que la convivencia con otras generaciones de la familia acrecienta la conciencia del ciclo vital familiar. En la tipología de familias encontramos según Valdivia Sánchez (2008):

- *La familia nuclear o elemental:* Es la unidad base de toda sociedad, la familia básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.
- *La familia extensa o consanguínea:* Se compone de más de una unidad nuclear siempre y cuando coexistan bajo un mismo techo, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.
- *Familia reconstituida:* es la familia que se constituye por cónyuges divorciados con por lo menos un/a hijo/a de uno de los cónyuges de la relación anterior, que viven en una misma casa con una relación que culmine en un segundo matrimonio pudiendo tener o no hijos de la nueva

unión.

- *La familia monoparental*: Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.
- Familia binuclear: los padres se han separado y los hijos quedan al cuidado de uno de los padres, por lo general la madre.

La familia no es una suma de individualidades sino un conjunto de interacciones, la composición familiar es un condicionante de las conductas y sentimientos juveniles; la convivencia con otros miembros adultos de la familia (tíos o abuelos), son parte de la contención del joven en su rol social y familiar (Marguilis 1998).

El resultado de nuestro análisis concuerda con lo expresado por los autores como Herrera Santí (2002) que plantean la existencia de familias que se caracterizan por presentar aspectos que hacen más vulnerable su salud como en los hogares nucleares monoparental (por falta de recursos, por falta de tiempo para ocuparse de la salud de sus miembros, etc); por su parte Revilla (1991) plantea que la estructura es la que interviene en la función del sistema familiar por generar ella misma disfunciones, como es la situación de los hogares monoparentales o binucleares.

➤ ***Diálogo con la familia:***

Las familias presentan un funcionamiento familiar favorable cuando refirieren una mayor participación de todos los miembros en la solución de los problemas familiares, facilitando la toma de decisiones de manera conjunta y donde se ha permitido una mayor participación del joven en las decisiones familiares.

➤ ***Actividad de los padres***

Es el esfuerzo personal para la producción y comercialización de bienes y/o servicios con un fin económico, que origina un pago en dinero o cualquier otra forma de retribución; responsabilidad que debe realizarse para el logro de un fin determinado y por el cual se percibe una remuneración. Se determinará por el grado de especialización en la tareas que cumplen los progenitores.

- ***Nivel educativo de los padres:*** Dentro de los activos sociales consideramos la directa relación del PSEA de los hijos con el nivel

educativo de los padres (Trías 2004), esto también influye en la actividad laboral y consiguientemente en el acceso a la salud a través de las obras sociales.

La constatación de la existencia de una relación entre el nivel educacional materno refleja la mayor influencia que tiene la figura materna sobre el pronóstico de salud de su descendencia en comparación a la paterna. Esta situación tiene una explicación sociocultural evidente, al ser históricamente la madre quien asume en forma más directa los cuidados de su hijo (Trías 2004) en prácticamente todos los niveles socioeconómicos. De cualquier modo, la presencia de al menos un progenitor con educación alta (y presumiblemente de mejor nivel socioeconómico) se considera que, supliría parcialmente las carencias educacionales y económicas de su pareja.

➤ ***Relación con sus pares y consumo de sustancias***

Procedencia de sus amigos (escuela o barrio) los lugar de reunión o actividades de convocatoria: existe una solidez del vínculo social que une a los jóvenes y se expresa en el estar- juntos, lo que posee un fuerte componente de sentimientos vividos en un lugar común, en un territorio real o simbólico. El espacio de reunión tiene un significado de territorialidad, de vivenciar los ámbitos donde transcurren los actos y encuentro cotidianos. La ubicación de las viviendas determina el contexto de los pares con los que los jóvenes se relacionan y construyen representaciones. Las actividades convocantes pueden erigirse como espacios que generan el acercamiento de los jóvenes a las sustancias psicoactivas legales o ilegales, por curiosidad o para el consumo.

El tiempo libre también es un atributo de la vida social, tiempo social que no pertenece al trabajo o estudio, es tiempo festivo, ligero, del que no todos pueden disponer.

➤ ***Expectativas profesionales o de vida del adolescente***

Los jóvenes de ciertos contextos probablemente asistirán a cursos de idiomas o participaran en otras actividades extracurriculares. Su preocupación es salir con amigos y la opción de sus estudios universitarios. El futuro para estos jóvenes es aún lejano. Primero terminar el secundario, después ir a la universidad, entonces

pensar en una vida profesional y la posibilidad de una familia. El futuro, puede ser sólo evitar los problemas que hay para llegar a él. El futuro es idealizado, es decir, está diseñado de una realidad, pero en el objetivo de ser feliz.

En otros contextos, la juventud se vive de diferente forma, el futuro está muy cerca: el final de la escuela secundaria. El concluir la secundaria puede ser un gran logro para los jóvenes. Terminada la secundaria, serán los que saldrán en busca de empleo. Esto significa que la mayoría de ellos necesitará ganar dinero para conformar una familia. La ausencia de un proyecto ocupacional o vocacional genera espacios de vulnerabilidad para la salud integral del joven.

La aplicación de la entrevista permitió reconocer la situación de vulnerabilidad en salud del grupo participante, coincidiendo con el principio teórico del cual se partió en relación a que la vulnerabilidad detectada no se corresponde estrictamente con el IVE, ya que en la misma se evidencia la influencia de los otros componentes, como el Contexto familiar, la valoración de la salud bucal, la relación con los pares y consumo de sustancia y las expectativas laborales o de estudio.

La importancia de diagnosticar la situación de vulnerabilidad en salud de un grupo juvenil, nos da la posibilidad de diseñar estrategias de promoción de la salud considerando los elementos de construcción de significados del PSEA.

VI- CONCLUSIONES

La juventud es siempre canal de transformación, representa los cambios de las generaciones que avanzan desde su propia construcción de códigos de comunicación y de vida. La vanguardia de estas transformaciones culturales, pueden ser difíciles de entender por parte de las generaciones de mayores. Los jóvenes parecieran estar inmersos en un mundo que no los incluye en la toma de decisiones y muchas veces los ignora como sujeto de derechos.

- ❖ Los espacios de investigación de carácter cualitativo, generados en nuestro trabajo desde una actitud de escucha nos permitió entrar en el mundo juvenil sin estigmatizar ni emitir juicios de valor y así acercarnos a la reconstrucción de su pensar, actuar y sentir sobre el PSEA.
- ❖ La mirada de género se manifiesta en la perspectiva que los jóvenes le otorgan a los aspectos de la vida, de relación, a sus proyectos vocacionales o profesionales, sus familias, amistades y principalmente a la salud.
- ❖ Los sentimientos que aparecen frente al sufrimiento de otros y al propio miedo, cercanos a la realidad sanitaria de propios y ajenos, los acerca a la construcción de una conciencia emocional colectiva y juvenil, compartida con sus congéneres en la experiencia del dolor.
- ❖ La familia es un actor altamente influyente en la elaboración de las representaciones de salud del PSEA de los jóvenes; pudiendo generar situaciones de salud o poco saludables. La apropiación e inclusión en nuevas concepciones y prácticas de nuevos saberes o de la información que proporciona la escuela, dependen de la permeabilidad y el apoyo de la familia.
- ❖ El complejo entramado del ambiente socio- histórico- cultural- económico o simplemente lo que llamamos “contexto”, otorga matices a la realidad que se construye diariamente, como un sello único y particular. La mayor o menor vulnerabilidad que genera el ambiente social cultural y económico, es lo que moldea los saberes empírico y académicos de familias e instituciones donde los jóvenes se nutren de experiencias pasadas y desarrollan las propias.
- ❖ No hay un contexto socio-histórico cultural homogéneo en el que se desarrollen los jóvenes, en consecuencia no hay una sola forma de ser joven

- ❖ La aplicación de un cuestionario estandarizado para indagar sobre las representaciones que respecto al PSEA construyen los jóvenes se contraponen epistemológicamente con la valoración de la riqueza de la diversidad juvenil.
- ❖ La entrevista por cuestionario nos permite acercarnos a la diversidad de la realidad contextual en que los jóvenes construyen sus representaciones.
- ❖ Aproximarse a las representaciones y la vulnerabilidad del contexto en el que se desarrollan los jóvenes constituye un importante aporte para pensar la promoción de la salud “desde la propia perspectiva de los jóvenes”, acercándolos a la salud desde un espacio diferente y reflexivo, sin la actitud adultocéntrica de pensar “para los jóvenes”.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ❖ Abel Th (1947). La naturaleza y el uso de Biogramas, American Journal of Sociology 53: pp 111-118.
- ❖ Aberásturi A, Knobel M(1985). La adolescencia normal. Paidós: México pp totales
- ❖ Abric JC (1994). La organización interna de las representaciones sociales: sistema central y sistema periférico. en Structures et Transformations des Representations sociales. Delachaux et Niestlé. Neuchâtel
- ❖ Abric JC (2001).Prácticas sociales, representaciones sociales. En: Abric, Jean Claude (comp.). Prácticas Sociales y representaciones. México D.F. Ediciones Coyoacán. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lac/glockner_f_v/bibliografia.pdf [accedido Abril 2007]
- ❖ Aceves J (1999). Un enfoque metodológico de las historias de vida. [Artículo]. En Proposiciones Vol.29. Santiago de Chile : Ediciones SUR, Disponible en: <http://www.sitiosur.cl/r.php?id=422> [accedido Noviembre 2008]
- ❖ Almeida-Filho N (2001). For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes". Cad Saude Publica;17(4):pp 753-799
- ❖ Almeida-Filho N, Rouquayrol MZ(2008). Introducción a la Epidemiología. Medicina Social. Ed Lugar. Buenos Aires Cap. 2 pp 30-34.
- ❖ Álvarez Gayou JL (2003). Como hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología. 1ª ed México: Paidós Ecuador pp 33-56.
- ❖ Aréchaga AJ (2010): El cuerpo y las desigualdades sociales: el espiral de la reproducción social. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad N°2. Disponible en: www.relaces.com.ar [accedido Abril 2012]
- ❖ Batista Foguet JM, Coenders G, Alonso J (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. Med Clin (Barc)122(Supl 1): pp 21- 27. Disponible en: <http://prof.usb.ve/jjramirez/POSTGRADO/AFC/Art01%202004%20Introd%20AFC%20salud.pdf> [accedido Abril 2007]
- ❖ Binstock G, Cerrutti M (2005). Carreras truncadas, el abandono escolar en el nivel medio en la Argentina. UNICEF. Ciudad de Buenos Aires. p141.

- ❖ Bonder, G (1999). La construcción de las mujeres jóvenes en la investigación social. VI Anuario de Investigaciones. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- ❖ Bourdieu P (2000). Cuestiones de sociología. Ed. AKAL Madrid .
- ❖ Bourdieu P, Passeron JC (2003). Los herederos. Los estudiantes y la cultura. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.
<http://socioeducacion.files.wordpress.com/2011/05/bourdieu-pierr-los-herederos.pdf> [accedido Abril 2010]
- ❖ Braslavky C (1987). La juventud argentina: informe de situación. Buenos Aires: CEAL.
- ❖ Bustos Domínguez R (2000). Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David Le Breton. Acta Bioeth. 6-1 pp103-111.
- ❖ Calero JL, Santana F (2001). Percepciones de un grupo de adolescentes sobre iniciación sexual, embarazo y aborto. Rev. Cubana Salud Pública, 27: pp32-38.
- ❖ Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. Siglo XXI editores argentinos sa. 1966 pp87-93.
- ❖ Cardelli J, Datri E, Duhalde M (2002). El malestar docente en la escuela. En Cardelli J, Datri E, Duhalde M, compiladores. Docentes que hacen Investigación Cualitativa. Buenos Aires: Miño y Dávila; pp 103-104.
- ❖ Carracedo E (2004). Utilización de un servicio de salud. Accesibilidad y Adherencia. C.i.c.e.a-unr.<http://www.ciesas.edu.mx/lerin/doc-pdf/Carracedo-5.pdf> [accedido Diciembre 2010]
- ❖ CEPAL-CELADE (2002). Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Santiago de Chile, disponible en:
<http://www.eclac.cl/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/10264/P10264.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl> [accedido Febrero 2010]
- ❖ Chaves M (2005). Los espacios urbanos de jóvenes en la ciudad de La Plata. Tesis Doctoral, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP, La Plata.
- ❖ Cicua D, Méndez M, Muñoz L (2008). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. Ed. Pensamiento Psicológico, Bogotá 4, (11):pp115-134.
- ❖ Cisterna Cabrera F (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación Cualitativa Theoria, 14 (1):

- pp61-71.
- ❖ Cornejo M (2006). El enfoque bibliográfico: Trayectorias, desarrollos teóricos y perspectivas. *Psyche*, 15:pp 95-106
 - ❖ Coupland D (1993). *Generación X*. Barcelona. Ediciones B. pp 123-135
 - ❖ De la Torre G, Di Carlo E, Florido Santana A, Opazo Carvajal H, Ramirez Vega CH y col (2009). *Teoría Fundamentada o Grounded Theory*. Facultad de Formación del Profesorado y Educación. Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: http://www.uacj.mx/DINNOVA/Documents/SABERES_Verano2011/curso_ti/Teoria-Fundamentada_%28trabajo%29.pdf [accedido Agosto 2009]
 - ❖ De Villers G (1999). La historia de vida como método clínico. *Rev. Proposiciones*. 29: pp103-114.
 - ❖ Denzin N, Lincoln Y (2000). The discipline and practice of qualitative research. Pp 4-34. Disponible en: <http://web.media.mit.edu/~kbrennan/mas790/01/Denzin,%20The%20discipline%20and%20practice%20of%20qualitative%20research.pdf> [accedido Marzo 2010]
 - ❖ Dubos R (1975). *El espejismo de la salud*. México: FCE. Disponible en: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/dubos__la_busqueda_filosofica_de_la_salud.pdf [accedido Septiembre 2011]
 - ❖ Estructura poblacional de la República Argentina Año 2005 – INDEC Censo Nacional de Población Hogares y Vivienda 2001. Disponible en: www.indec.gov.ar/webcenso/index.asp [accedido Abril 2007]
 - ❖ Farr R (1988). *Las representaciones sociales*. En: *Psicología II*. Barcelona: Paidós.
 - ❖ Feixa C (1995). *Tribus urbanas y chavos banda*. Las culturas juveniles en Cataluña y México. *Nueva Antropología Vol. xiv*. México: Uam-Aciesas.
 - ❖ Fernández M (2010) *Cultura afectiva y emotividad: las emociones en la vida social*. Reseña bibliográfica. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad N°2*. Disponible en: www.relaces.com.ar [accedido Abril 2012]
 - ❖ Ferraroti F (1981). *Consideraciones generales de la juventud como problema social*. CREA-Seminario Internacional de Investigación sobre Problemas de la Juventud. México: Ed.Memoria.
 - ❖ Filgueira, C (2001). *Estructura de oportunidades y vulnerabilidad social: aproximaciones conceptuales recientes*. In: *Seminario Internacional: Las*

- Diferentes Expresiones de la Vulnerabilidad Social Santiago de Chile, 20/21 jun. 2001. Anales. Santiago de Chile.
- ❖ Foucault, M (1993). La vida de los hombres infames. Buenos Aires-Montevideo: Altamira-Nordan, pp 262.
 - ❖ Freud, A (1985). El yo y los mecanismos de defensa. 2ª. ed., Barcelona Edit. Paidós.
 - ❖ Fuentes González Y (2010). La aplicación de la fenomenología y la Teoría fundamentada en una investigación social comunitaria. Revista Digital Sociedad de la Información Nº 21. Disponible en: <http://www.sociedadelainformacion.com> [accedido Diciembre 2012]
 - ❖ Galeano, ME (2004). Diseño de Proyectos en la Investigación Cualitativa.; 1ª Ed. Fondo Editorial Universidad EAFIT. Medellín. pp 40 – 45.
 - ❖ García de Yébenes Prous M J, Rodríguez S F, Carmona O L (2009). Validación de cuestionarios. Revisión. 5 (4): pp34-39
 - ❖ García López PA (1999). Problemas en el diseño y validación de cuestionarios: tratamiento con QUESTPOT v.1.2 Departamento de Estadística e I.O. Universidad de Granada. Rev. Estadística Española 41 (144): pp19-46.
 - ❖ Glasser Strauss (1967). El Descubrimiento de la teoría emergente. Ed. Aldine. Nueva York.
 - ❖ Gomez de Giraud MT (2000). Adolescencia y Prevención: Conductas de Riesgo y Resiliencia, Publicación Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL pp1-4.
 - ❖ González LM (2007): Vulnerabilidad Educativa en el Gran Córdoba, Vulnerabilidad Social Artículos Astrolabio 4:pp29-37.
 - ❖ Guba E y Lincoln Y (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En Denman, C y JA Haro (comps.), Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social El Colegio de Sonora. Hermosillo, Sonora, pp113-145. Disponible en: <http://psicologiaexperimental.files.wordpress.com/2010/02/guba-y-lincoln-2002.pdf> [accedido en Diciembre 2009]
 - ❖ Gutiérrez Alberoni J D (1998). La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial. Psiquiatría Pública. 10 (4) disponible en www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/art-esp.pdf [accedido Enero 2009]
 - ❖ Hall G S (1904). Adolescence: Its psychology and its relations to physiology,

- anthropology, sociology, sex, crime, religion and education. New York: Appleton
- ❖ Huerta J M (2005). Procedimiento para redactar y validar los cuestionarios para los estudios de Investigación y evaluación. Universidad de Puerto Rico. Disponible en: <http://academic.uprm.edu/jhuerta/HTMLobj-127/GUIAS1.pdf> [accedido Febrero 2009]
 - ❖ Huncler BB (1991). Investigación científica. En Ciencias de la salud (3ª ed.) Interamericana- McGraw-Hill, México D.F;(3-4)
 - ❖ Hernán M, Fernández A, Ramos M (2004). La salud de los jóvenes Parte I. La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social Gac Sanit 18 (1): pp 22-25. disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400010&script=sci_arttext&lng=es [accedido en Febrero 2008]
 - ❖ Herrera Santí PM, González Benítez I (2002). La crisis normativa de la adolescencia y su repercusión familiar. Rev. Cubana Med Gen Integr; 18 (5) pp 34-38.
 - ❖ INDEC-Gerencia De Estadísticas Y Censos (2003) Resultados definitivos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Córdoba. Disponible en: www.cba.gov.ar. [accedido Septiembre 2009]
 - ❖ ONG (2002) Informe de Organizaciones No Gubernamentales argentinas sobre la aplicación de la Convención sobre los derechos del Niño 2002. La Situación en el cumplimiento de los Derechos de los niños, niñas y adolescentes en Argentina. Escenarios, desafíos y recomendaciones; Colectivo de derechos de Infancia y Adolescencia. Argentina. Disponible en: http://colectivoinfancia.org.ar/docs/Informe_Colectivo_febrero_2002.doc [accedido septiembre 2007]
 - ❖ Jodelet D (1989). La representación social: fenómeno. Concepción teórica. Psicología Social Vol. II Paidós Barcelona. pp totales
 - ❖ Kaztman R (1999). Activos y estructuras de oportunidades. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay. Montevideo: CEPAL-PNUD, Disponible en: www.cepal.org/publicaciones/Montevideo/6/LCMVDR176/LC-R176.pdf [accedido en Abril 2008]
 - ❖ Kaztman R (2000). Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social. Montevideo: IPES-Universidad Católica del Uruguay.
 - ❖ Kleinman A (1980). Patients and healers in the context of culture: An

- exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: University of California Press. pp 348-366.
- ❖ Kornblit AL (Coord) (2004). Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Buenos Aires: Editorial Biblos.
 - ❖ Kornblit AL, Mendes Diz AM (2005). Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes. Un estudio en jóvenes escolarizados de la Ciudad de Buenos Aires. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Disponible en: <http://lanic.utexas.edu/project/laoap/iigg/dt45.pdf> [accedido en Octubre 2009]
 - ❖ Krauskopf D (2000). Estado del Arte de las Experiencias y Proyectos de Prevención de la Violencia en Ámbitos Escolares Fomento del Desarrollo Juvenil y Prevención de la Violencia en América Latina. (OPS) y Agencia de Cooperación Técnica Alemana (GTZ). Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Estado> [accedido en Octubre 2009]
 - ❖ León M (2008). Embarazo adolescente. Rev. Ped. Elec. 5 (1). Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/5.html>. [accedido Febrero 2007]
 - ❖ León M (2002). Representaciones sociales, actitudes, creencias, comunicación y creencia social; Psicología Social. Pearson Educativo. Bs AS, pp 368 -385.
 - ❖ Lidz T (1973). La persona. Barcelona. Ed. Herder.pp totales.
 - ❖ Magariños de Morentin J (1994) Los mundos semióticos posibles en la Investigación Social. La Plata, UNLP, IICS.
 - ❖ Manglukart L, Whitman C, Posner M (2001). Enfoques de habilidades para la vida para un desarrollo saludable del niño y adolescente. Programa de Salud Familiar y Poblaciones. OPS, OMS, Kellogg's, ADI pp7.
 - ❖ Margulis M, Urresti M (1998). La construcción social de la condición de juventud. Bogota: Siglo del Hombre Editores.
 - ❖ Martín Arribas MC (2004). Diseño y validación de cuestionarios. Matronas profesión 5:23–9. Disponible en: http://www.enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarioswww.enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarios [accedido Noviembre 2009]
 - ❖ Mead G H. Espíritu, persona y sociedad. Ed. Paidós. Buenos Aires. 3ª Ed. 1972.
 - ❖ Mendes Diz, AM (2009). Prácticas sexuales en usuarios de drogas y riesgo de transmisión del VIH/sida. Rev. Argent. Sociol. 7 (13). Buenos Aires.

- Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1669-32482009000200002&script=sci_arttext#ref [accedido Diciembre 2009].
- ❖ Menéndez E (1991). Definiciones, indefiniciones y pequeños saberes. En *Alteridades*, 1 (1) : pp21-32.
 - ❖ Menéndez E, Di Pardo R (2008). La representación negativa de los Procesos Salud/ Enfermedad/ Atención de la Prensa Escrita. *Salud Colectiva* 4(1). Universidad de Lanús. Bs. As. Argentina. Disponible en: <http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/731/73140101.pdf> [accedido Septiembre 2009].
 - ❖ Menéndez, E (2009). De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Bs.As. Editorial Lugar. pp 73.
 - ❖ Merriam S (1988). *Case study research in education*. San Francisco: Jossey Bass.
 - ❖ Merton RK, Kendall P. The Focused interview. En: Valles, M.S. (1997) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional*, Madrid, Síntesis Cap 6. pp 200-246.
 - ❖ Millar (1992). Professional Interviewing. En: Valles, M.S. (1997) *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional*. Madrid, Síntesis Cap 6. pp 177-189.
 - ❖ Moncunill I, Hilas E, Bella M, Gigena P, Lucero MF, Herrera A, Llanes M, Carletto Körber F, Cornejo LS (2006). Modos de comunicación odontólogo/ paciente drogodependiente. XXXVIII Reunión anual S.A.I.O.- I.A.D.R. Tucumán 2006. Grupo Ed. Congreso p133.
 - ❖ Morales Domínguez JF (1987). *Metodología y Teoría de la Psicología*. 3ª Ed. Uned, Madrid. pp 447-525.
 - ❖ Moreno Altamirano L (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud padecimiento enfermedad atención: una mirada socio antropológica. *ENSAYO. Salud pública Méx* 49 (1) Cuernavaca pp 63-70.
 - ❖ Moscovici S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Edit. Huemul. Buenos Aires, pp.45-55
 - ❖ Muniz J. (1992). *Teoría Clásica de Los Tests*. Pirámide Madrid. Polít, D.F. *Papeles del Psicólogo*, 2010. 31 (1). pp. 57-66. Disponible en: <http://www.cop.es/papeles> [accedido Diciembre 2009].
 - ❖ Murillo Torrecilla JF (2003). *Cuestionarios y escalas de actitudes*. Facultad de Formación de Profesorado y Educación. Disponible en:

- http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Metodos/Materiales/Apuntes%20Cuestionario.pdf [accedido Diciembre 2009].
- ❖ Navarro Navarro L (2004). La escuela y las condiciones sociales para aprender y enseñar. Equidad social y educación en sectores de pobreza urbana. IPE.UNESCO. Sede Regional Buenos Aires.
 - ❖ Navas R (2002). Salud en preescolares: su relación con las actitudes y nivel educativo de los padres. Interconciencia. Asociación Interciencia. Venezuela. 27 (11). pp 631-634. Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=33907409 [accedido Abril 2009].
 - ❖ Necchi S (1992). Distintos actores sociales frente a su cuerpo. Medicina Y Sociedad 15 (4). pp 12-18.
 - ❖ Osorio Rojas A (1998). La metodología del cuestionario. Revista La Sociología en sus escenarios nº 1. Centro de Estudios de Opinión. Universidad de Antioquia. Disponible en: <http://revinut.udea.edu.co/index.php/ceo/article/viewArticle/1498> [accedido Enero 2009].
 - ❖ Östberg A L, Eriksson B, Lindblad U, Halling A (2003). Epidemiological dental indices and self-perceived oral health in adolescents: Ecological aspects. Acta Odontol Scand. 61. pp 19-24.
 - ❖ Parson T (1942a). Some sociological aspects of fascist movements, in Essays in Sociological Theory. Nova York: Free Press. [1949] pp. 124-141.
 - ❖ Parsons T (1942b) Age and sex in the social structure of the United States. American Sociological Review. 2ª ed. 7 (5). pp 604-616.
 - ❖ Pereira de Sá C. (1996). Núcleo central das representações sociais. Editora vozes. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/73578101/SA-Celso-Pereira-de-Nucleo-central-das-representacoes-sociais-Editora-vozes> [accedido Noviembre 2011]
 - ❖ Plesnicar NL (2009). El objeto juventud en la I Conferencia Iberoamericana de Juventud Argentina Rev. Latinoam. Cienc. Soc. Niñez Juv. 7(2): pp1209-1227. Disponible en: <http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html> [accedido Julio 2011]
 - ❖ Porciel A J (2008). El consumo de bebidas alcohólicas. Un estudio en los estudiantes del nordeste argentino. Instituto de Criminalística y Criminología – UNNE. Argentina. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/cyt/sociales/s-008.pdf> [accedido

Diciembre 2009]

- ❖ Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe (1997-2000). Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud Fundación W.K. Kellogg División de Promoción y Protección de la Salud Programa de Salud Familia y Población Salud del Adolescente. (1) pp 1-2.
- ❖ Quiroga S (1999). Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto. EUDEBA. Buenos Aires. (6). pp. 325-366.
- ❖ Redi Freundlich M, Valzacchi B, Epele M, Oudshoorn S, Vázquez G, Giaccaglia M, Ciliai N (2003). Adolescencia y futuro. Percepción y cuidados de la salud adolescentes y jóvenes. Arch. Argent. Pediatr. (6) pp. 101.
- ❖ Reguillo R. (2000). Emergencia de culturas juveniles. Estrategias del desencanto. Buenos Aires: Ed.Norma.
- ❖ Revilla L. (1991). Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en atención primaria. Revista Internacional 8 (2) pp40-108.
- ❖ Richardson L (2002): Writing Sociology, Cultural Studies. Critical Methodologies, Sage Publications.
- ❖ Rodríguez Moreno M, Muñoz Tinoco M, Pérez Moreno P, Sánchez Queija I (2002). Adolescentes Españoles y Salud. Resumen del Estudio Health Behaviour In School Aged Children. Ministerio de Sanidad y Consumo. Solana E Hijos, Ag, Sa. España. pp 6.
- ❖ Rodríguez Rendón, AB (2001). Autopercepción de salud en adolescentes de nivel medio. Hospital General de Zona y Medicina Familiar n° 1. Universidad de La Colina. México, (1) pp. 9-13. Disponible en: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Ana_Blanca_Rgz_R.pdf [accedido Diciembre 2009]
- ❖ Romero Contreras MR (2008). Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes de Medellín. Revista Salud Pública. 3 (1). Disponible en: <http://www.medellin.gov.co> [accedido Diciembre 2009]
- ❖ Romero M, Piedrahita CM, Ochoa M, Vargas CE (2008). Condón: uso y creencias en la población del centro de Medellín en 2005. Rev. Salud Pública de Medellín; 3(1). pp 37-46.
- ❖ Rosas M C (1993). La generación perdida. Revista Etcétera, 18 de marzo, México.
- ❖ Rovirosa C (1988). Jóvenes: una masa de seres que mueren antes de llegar

- a adultos. Entrevista con Alain Touraine en Revista de Estudios sobre la Juventud N°1, tercera época. México: SEP
- ❖ Samaja J. (2004). Epistemología de la salud. Bs.As. Editorial Lugar. pp34.
 - ❖ Sautu R, Boniolo P, Dalle P, Elbert R (2005). Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. Ed- Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
 - ❖ Schelsky H (1957). Die Skeptische Generation. (La generación escéptica). Düsseldorf: Eugen Diederich Verlag.
 - ❖ Seale C F (2001). Computer-assisted analysis of qualitative interview data, en J.F.Gubrium y J.A. Holste in Handbook of interview research, London: Sage, Salamanca, pp. 651- 670.
 - ❖ Sigerist H (1998). Hitos en la historia de la salud pública. México: Siglo XXI.
 - ❖ Sousa Minayo MC (2008). Interdisciplinariedad y pensamiento complejo en el área de la salud. Salud Colectiva. 4 (1). Universidad de Lanús. Bs. As. Argentina.
 - ❖ Strauss A, Corbin J (1990). Basic of qualitative research: Grounded theory proceasures and Techniques. Newbury Park, CA: Sage
 - ❖ Taber B, Zandperl A (2001). ¿Qué piensan los jóvenes? Sobre la familia, la escuela, la sociedad, sus pares, el SIDA, la violencia y las adicciones. Una propuesta metodológica UNICEF. Oficina de Argentina. Buenos Aires.
 - ❖ Trasher F M (1963). The Gang. A Study of 1313 gangs in Chicago, Chicago, University of Chicago Press. pp totales.
 - ❖ Trías J (2004). Determinantes de la utilización de los servicios de salud: el caso de los niños en la argentina. Dpto de Economía. UNLP. Disponible en: <http://www.depeco.econo.unlp.edu.ar/doctrab/doc51.pdf> [accedido Diciembre 2009].
 - ❖ Valdivia Sánchez C (2008). La familia: conceptos, cambios y nuevos modelos. La Revue du REDIF. 1. pp 15- 22. Disponible en: <http://www.upcomillas.es/redif/revista/Deusto.pdf> [accedido Marzo 2010]
 - ❖ Valles M S (2001). Ventajas y desafíos del uso de programas informáticos (e.g. ATLAS.ti. y MAXqda) en el análisis cualitativo. Una reflexión metodológica desde la grounded theory y el contexto de la investigación social española. Disponible en: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200105.pdf> [accedido Diciembre 2009]

- ❖ Valles M S (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional. Madrid. Síntesis. pp totales.
- ❖ Valles M S (2000). La grounded theory y el análisis asistido por ordenador, en García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza. pp. 575-604.
- ❖ Verd J M (2001). Narración y análisis narrativo en la investigación cualitativa. En Valles M S (2001). Ventajas y desafíos del uso de programas informáticos (e.g. ATLAS.ti. y MAXqda) en el análisis cualitativo. Una reflexión metodológica desde la grounded theory y el contexto de la investigación social española. Disponible en: <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200105.pdf> [accedido Diciembre 2009]
- ❖ Vergara Quintero L (2009). Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia. Rev.Latinoam.Cienc.Soc.Niñez Juv 7(1) pp 105-133, Disponible en: <http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html> [accedido Dic 2011]
- ❖ Vuegen S (2003). Salud de la población adolescente en Argentina. Arch. Argent. Pediatr. Bs. As, 101(6). pp. 491-495.
- ❖ Weinstein y Weinstein (1991) en Valles MS (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional. Madrid. Síntesis. (5). pp248-351.
- ❖ Weissmann P (2003). Adolescencia. Revista Iberoamericana de Educación Universidad Nacional Mar del Plata. Bs. As. pp 1-2.
- ❖ Weller SI, Orellana LC (1997). Los jóvenes y la salud. Construcción de grupos en función de representaciones sobre salud y enfermedad. Cad. Saúde Pública. Río de Janeiro. 13. pp397 -404.
- ❖ Zepeda Mario (1993). La crisis económica mexicana y sus impactos sobre los menores que la padecieron. Ponencia presentada en el seminario "Opciones de participación y estrategias de sobrevivencia de la juventud". México, IIS-UNAM/UNESCO. Disponible en : ftp://ftp.puce.edu.ec/Facultades/CienciasEducacion/Maestria/CienciasEducacion/Econom%C3%ADa%20de%20la%20Educaci%C3%B3n/Rendon_Salas.PDF [accedido Dic 2011]

- ❖ Zolla C, del Bosque S, Tascon A, Mellado V (1988). Medicina tradicional y enfermedad, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México. pp31. Disponible en:[http://campusvirtual.uaq.mx/OtomiOnline/file.php/1/secciones/salud/MT04 medicina_tradicional.pdf](http://campusvirtual.uaq.mx/OtomiOnline/file.php/1/secciones/salud/MT04medicina_tradicional.pdf). [accedido Diciembre 2009]

ANEXOS

ANEXO Nº 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Córdoba, a los... ..días del mes de20....

El alumno.....DNI.....

De.....años de edad TE.....

Por el presente acepto que:

Como resultado de la investigación ha concretar por el equipo de profesionales de la UNC, se me realicen entrevistas, encuestas y/o narración de relatos de salud, así como el examen buco-dental, toma de saliva y la confección de la historia clínica correspondiente.

Dichas acciones se realizaran resguardando mi identidad (sin difundirla) así como los datos que se obtengan durante la investigación.

En la investigación no recibiré tratamiento odontológico y tendré la oportunidad de aceptar, la derivación, si es necesaria, por parte del equipo de investigación a los centros de salud.

Pudiendo libremente preguntar y pedir aclaración de todo lo relacionado con mi participación en la investigación y habiendo comprendido todos los alcances de mi participación en esta investigación, doy mi consentimiento para participar de la misma.

Podré retirarme, avisando al equipo de mi decisión, sin que esto implique ningún perjuicio para mí.

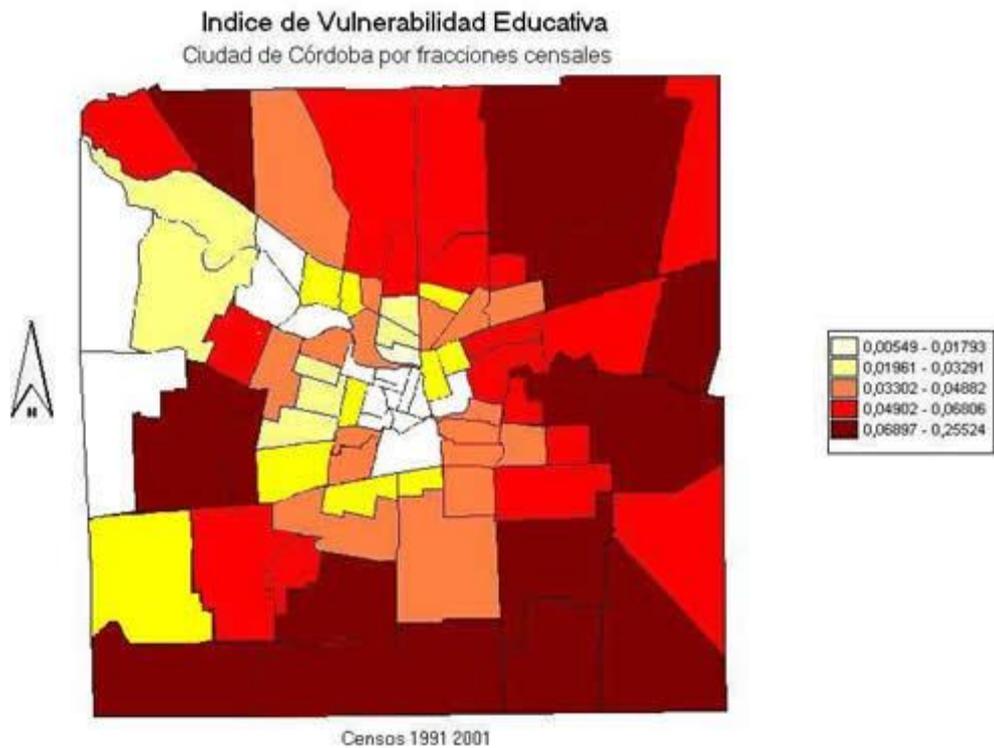
.....
Firma del Alumno

.....
Firma del Tutor Responsable

.....
Aclaración

.....
Aclaración
.....
D.N.I.

ANEXO N°2



Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (INDEC-Gerencia de Estadísticas y Censos de la Provincia de Córdoba)

ANEXO N°3

ENTREVISTA POR CUESTIONARIO

Fecha:

Femenino / Masculino Edad:.....

Curso:.....

A. Barrio donde vivís

.....
...

B. ¿Con quién vivís en tu casa?

.....

C. Tenés Obra Social?

1. Si tengo
2. no tengo
3. no se

SI NO ESTÁS VIVIENDO CON TU MAMA, NO RESPONDAS ESTA PREGUNTA

D. ¿Qué estudios ha completado tu mamá?

1. Primario (incompleto)
2. Primario (completo)
3. Secundario (incompleto)
4. Secundario (completo)
5. Terciario/Universitario (incompleto)
6. Terciario/Universitario (completo)
7. Ninguno de los anteriores

E. ¿Cuál es la actividad de la persona con la que estas conviviendo: tu papá o la pareja de tu mamá?

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 1. Profesional | <input type="checkbox"/> |
| 2. Empleado | <input type="checkbox"/> |
| 3. Changas | <input type="checkbox"/> |
| 4. Empleos por cuenta propia | <input type="checkbox"/> |
| 5. Desocupado | <input type="checkbox"/> |
| 6. Comerciante | <input type="checkbox"/> |
| 7. Otros | <input type="checkbox"/> |

F. ¿Qué estudio tiene ha completado esa persona?

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------|
| 1. Primario (incompleto) | <input type="checkbox"/> |
| 2. Primario (completo) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Secundario (incompleto) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Secundario (completo) | <input type="checkbox"/> |
| 5. Terciario/Universitario (incompleto) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Terciario/Universitario (completo) | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ninguno de los anteriores | <input type="checkbox"/> |

Ahora te presentamos una serie de frases extraídas de entrevistas que hicimos a jóvenes como vos: SI ACUERDAS CON LA FRASE RESPONDE POR SI, SI NO ACUERDAS RESPONDE NO.

1. <i>“Salud bucal es lavarse los dientes todos los días, ir al dentista regularmente”</i>	SI NO
2. <i>“No me acuerdo cuando fue la última vez que fui al dentista, es que casi nunca tuve caries ni nada de eso”</i>	SI NO
3. <i>“Para mí es muy importante tener una sonrisa linda, dientes blancos y derechos ”</i>	SI NO
4. <i>voy al odontólogo cuando no doy más del dolor”</i>	SI NO
5. <i>“Y...si tengo algún drama lo hablo con algún amigo”</i>	SI NO
6. <i>“No, no salgo de noche con mis amigos porque no me dejan....”</i>	SI NO
7. <i>“ salimos a la noche con mis amigos, en general vamos a...”</i> <i>(podes decir donde salís)</i> 	SI NO
8. <i>“Cuando tengo algún problema primero lo hablo con mi mamá/papá”</i>	SI NO
9. <i>“No me llevo bien con mis compañeros del cole, son muy caretas”</i>	SI NO
10. <i>“el ambiente de mi barrio no es bueno, por eso mis amigos son del colegio/escuela...”</i>	SI NO
11. <i>“La mayoría de mis amigos son del barrio”</i>	SI NO
12. <i>“Fumo, igual que muchos de mis amigos ... ”</i>	SI NO
13. <i>“No fumo, ni fumaría, no está bueno fumar...”</i>	SI NO
14. <i>Si, probé marihuana... es más fácil probar marihuana con un grupo en el que todos estén consumiendo, a que ninguno consuma”</i>	SI NO

15. <i>“no probé nunca, he sentido olores fuertes, mis amigos me decían que era marihuana...”</i>	SI NO
16. <i>“Entre mis amigos, nos juntamos y compartimos algunos tragos”</i>	SI NO
17. <i>“Tomo un poco...no te voy a decir que no tomo nada”</i>	SI NO
18. <i>“No tomo alcohol, prefiero jugo o gaseosas”</i>	SI NO
19. <i>“ Tengo que trabajar y puede ser que siga estudiando”</i>	SI NO
20. <i>“No necesito trabajar para seguir estudiando, por eso voy a seguir”</i>	SI NO

DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO

La encuesta está conformada por 29 ítems distribuidos en 5 dimensiones de indagación según se detalla:

- Contexto socio cultural: Preguntas A, B y C.
- Contexto familiar: preguntas D, E,F,G,H e I, incluye además las frases 5 y 8.
- Valoración de la salud bucal: las frases 1 al 4.
- Relación con los pares y Consumo de sustancias: comprende desde las frases 6, 7 y 9 al 18.
- Expectativas laborales o de estudio: contenidas en las frases 19 y 20.