

El componente bucal en las representaciones del proceso salud enfermedad atención construidas por jóvenes en situación de encierro de la ciudad de Córdoba, Argentina

The oral component in the representations of the health-disease-care process built by institutionalized youth in the city of Córdoba, Argentina

María Marcela Barnetche¹, Lila Susana Cornejo²

Doi: 10.22592/ode2019n33a3

Resumen

La salud es una construcción social elaborada desde diferentes dimensiones interactuantes: biológica, ambiental y social en interacción, con los estilos de vida de las personas; entendida en un sentido más amplio como resultante de decisiones tomadas tanto en el plano individual como colectivo.

Objetivo: El propósito de esta investigación fue conocer las representaciones del proceso salud enfermedad atención en general y del componente bucal en particular que poseen los jóvenes en situación de encierro alojados en centros socioeducativos del Área Penal Juvenil de la Provincia de Córdoba, Argentina.

Metodología: Se realizó un estudio cualitativo siguiendo la metodología de la teoría fundamentada.

Resultados y conclusión: Las representaciones del PSEA de estos jóvenes en situación de encierro, incluyen al componente bucal como parte de la salud general, a partir de situaciones de padecimientos, principalmente por el dolor físico y su autoatención, pero también por la importancia estética.

Palabras clave: Salud integral del adolescente, salud bucal, jóvenes, institucionalización.

Abstract

Health is a social construction built from different interacting dimensions: biological, environmental and social, which interact with people's lifestyles, understood in a broader sense as a result of decisions taken both individually and collectively.

Objective: The aim of this research was to know the representations of the health-disease-care process in general and of the oral component in particular held by institutionalized youth housed in socio-educational centers of the Juvenile Criminal Area of the Province of Córdoba, Argentina.

Methodology: A qualitative study was conducted and the grounded theory methodology applied.

Results and conclusion: The representations of the health-disease-care process of these youth in confinement include the oral component as part of general health, from experiences of suffering, mainly through physical pain and self-care, but also given its aesthetic importance.

Keywords: adolescents' integral health, oral health, youth, institutionalization.

1 Integrante de PROCON (equipo interdisciplinario de investigación en promoción contextualizada), Carrera de Doctorado, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. ORCID: 0000-0002-0607-0750

2 Directora de PROCON (equipo interdisciplinario de investigación en promoción contextualizada), Carrera de Doctorado, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. ORCID: 0000-0001-9116-0947

Introducción

La salud es una construcción social elaborada desde diferentes dimensiones interactuantes: biológica, ambiental y social en interacción, con los estilos de vida de las personas; entendida en un sentido más amplio como el resultante de decisiones tomadas tanto en el plano individual como colectivo ⁽¹⁾. La salud de los jóvenes es un factor esencial para el proceso, económico y político de todos los países, especialmente en aquellos con desventajas como los de América Latina ⁽²⁾. Según lo expresado por la OMS ⁽³⁾ la salud física, mental y social de los jóvenes es el resultado de las experiencias del pasado y el presente, vivencias éstas que actúan como determinantes del bienestar en las etapas posteriores de la vida. En este sentido cobran interés los acontecimientos y ambientes que perturban o favorecen el crecimiento y desarrollo durante el período fetal, el parto, la niñez y la etapa escolar, entre otros, los que pueden manifestarse como positivos o producir secuelas de distinta gravedad al llegar a la juventud.

Por otra parte, si bien la condición del componente bucal es fundamental en la calidad de vida y bienestar de cada sujeto, existe una tendencia generalizada, de ser raramente incluido en el proceso de salud-enfermedad-atención tanto a nivel individual como colectivo.

La situación del componente bucal afecta las funciones vitales de los sujetos como son la alimentación, comunicación, el afecto, la sexualidad, entre otros aspectos de carácter fisiológico, psicológico y social ⁽⁴⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽⁵⁾ considera entre las afecciones de mayor prevalencia del componente bucal, a la caries dental y la enfermedad periodontal. Las anomalías craneofaciales y las maloclusiones son de frecuencia media, en tanto que las patologías bucales de tejidos blandos, las alteraciones de tejidos dentarios, los traumatismos

maxilofaciales y la fluorosis dental son de frecuencia variable.

La mayoría de los jóvenes en conflicto con la ley penal que se encuentran alojados en centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba, al ingreso a estos establecimientos se familiarizan con los hábitos de alimentación, de higiene, estudio, etc. En muchos casos es en estas instituciones, donde asisten por primera vez a la consulta odontológica, en la que expresan sus necesidades, dolencias y experiencias de dolor. Así mismo manifiestan no haber concurrido nunca al médico y menos a un odontólogo, poniendo en evidencia las desigualdades en el acceso a hábitos saludables, como lo son las revisiones clínicas periódicas, que pueden prevenir las enfermedades bucodentales ⁽⁶⁾.

Los jóvenes alojados en estos centros socioeducativos pueden considerarse como grupos de vulnerabilidad social, entendiéndose como tal, la resultante de la combinación de diversos eventos, edad, género, sociales, económicos, etc. que impiden a los sujetos/grupos, incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar ⁽⁷⁾.

Cuando pensamos en investigar las representaciones sociales en relación con la salud y la enfermedad, es interesante efectuar algunas reflexiones acerca del concepto de salud y su significación.

Algunos autores ⁽⁸⁾ entienden el concepto salud enfermedad como un colectivo de todas las influencias y determinantes sociales que se originan en las estructuras y funcionamientos de las formaciones sociales de las que somos parte, otros ⁽⁹⁾ agregan que en este proceso se integran la biología, la ecología, la sociología, la cultura, la experiencia de cada sujeto y el valor que este le da a la vida. Lalonde ⁽¹⁰⁾ introduce la idea de campos de la salud otorgando a la biología del organismo humano, medioambiente y estilo de vida un grado de importancia comparable al de la organización de los servicios sanitarios.

En la actualidad la salud y la enfermedad transitan desde categorías opuestas a conceptualizaciones articuladas en un evento dinámico denominado proceso salud enfermedad atención (PSEA) ^(11,12). Las representaciones sociales (RS), permiten visibilizar los procesos de configuración subjetiva de la realidad. Estos procesos son formas de comprender, juzgar, decidir y actuar en la cotidianidad de los sujetos en fragmentos de una realidad determinada, que al momento de constituirse en acontecimientos vitales dan el carácter de completud de sentidos de las biografías e historias de vida de los sujetos ⁽¹³⁾. Al hablar de interpretaciones de las realidades en plural y en singular, se parte del supuesto de que la realidad no es una, sino que se construye de acuerdo a las experiencias, percepciones y singularidades de los sujetos en sus colectividades. El objeto de las RS se centra en las interacciones simbólicas que objetivan los sentidos en expresiones humanas, como los lugares, acuerdos implícitos y explícitos, las normas, las palabras, los estilos de vida en acuerdo y en conflicto, las cuales conforman la forma de pensar y sentir de los sujetos. Las representaciones no se encuentran en un sujeto aislado, ni en la sociedad como grupo de individuos, sino que son procesos y productos de la intersubjetividad. La noción de “subjetividad”, es comprendida como la conciencia que se tiene de todas las cosas desde el punto de vista propio, que se comparte colectivamente en la vida cotidiana. La intersubjetividad es el proceso en el que compartimos nuestros conocimientos con otros en el mundo de la vida ^(13, 17). Las RS son guías de acción y marco de lectura de la realidad; son sistemas de significaciones que permiten interpretar los acontecimientos y las actuaciones sociales. Expresan las relaciones que los sujetos mantienen entre sí en su contexto, son programas de percepción, construcciones con envergadura de teoría, por lo cual contienen un saber válido, a pesar de contener un saber demostrable a través de la lógica ⁽¹⁴⁾.

El concepto de RS fue introducido por Moscovisi ⁽¹⁵⁾ quién las definió como un producto cognitivo y simbólico acerca de un objeto social creado por un grupo y utilizado para permitir la comunicación entre los miembros del grupo ⁽¹⁶⁾. Las RS son un sistema de valores, ideas y prácticas, las cuales tienen dos funciones: el dominio del hombre sobre la naturaleza y la comunicación entre los miembros de una comunidad ⁽¹⁸⁾. Jodelet ⁽¹⁹⁾ define a las RS como el saber del sentido común. Son conocimientos que se construyen a partir de las experiencias, también las informaciones, conocimientos y modelos de pensamientos que los individuos reciben y transmiten a través de la tradición, la educación y la comunicación social.

Las RS se presentan de formas variadas y más o menos complejas. Son imágenes que condensan los significados, sistemas de referencia que le permite al sujeto interpretar lo que le sucede, y también dar sentido a lo inesperado. Son categorías que le permiten al sujeto clasificar las circunstancias, los fenómenos y las personas con quienes se relacionan. Son teorías que permiten diseñar el desempeño en lo cotidiano, y cuando se las comprende dentro de una realidad concreta de la vida social son todo esto junto ⁽¹⁸⁾.

En este marco el PSEA se constituye como una representación social, siendo una construcción individual y social por la cual el sujeto elabora su padecimiento, condicionando así los tipos de ayuda a buscar. El sentirse sano o enfermo no es igual para todos los individuos, depende de la zona geográfica de residencia, el nivel socioeconómico que posean, el nivel de instrucción que hayan alcanzado, la percepción del mundo que posean, entre otros factores. Cada grupo social tiene una concepción de lo que es estar sano o enfermo, cuáles son las conductas positivas o negativas para su salud y esto determina que el individuo sienta o no la necesidad de realizar las prácticas que ellos han construido como saludables ⁽²⁰⁾. De acuerdo con la cultura que posee una sociedad y su organización, un sujeto elabora diferentes conceptos sobre

salud, enfermedad y manera de aliviarla, así como acciones de prevención y fomento de salud ⁽²¹⁾. Kleinman ⁽²²⁾ integra los conceptos de enfermedad (disease), padecimiento (illness) y malestar (sickness), señalando que el malestar es una connotación social y cultural y que la enfermedad y el padecimiento, son socialmente construidas, donde el padecimiento antecede al malestar, es la vía por el cual el sujeto percibe, expresa y contiene en el proceso de enfermar. Algunos autores ^(22,23), destacan a la subjetividad de los individuos entorno a los padecimientos, la enfermedad y el modo que la experiencia y los significados se modulan de acuerdo con la estructura social. Otros ⁽²⁴⁾ sugieren que en el proceso de la enfermedad se relacionan los estados biológicos y psicológicos, mientras que el padecimiento está situado en el dominio del lenguaje y los significados, por lo que conforman la experiencia.

La comprensión de las experiencias subjetivas que transita el sujeto, ayuda a entender la complejidad del proceso salud enfermedad atención, por lo que no puede dejar de considerar el papel de la cultura y las relaciones sociales. A nivel mundial es escasa la información acerca de las representaciones de jóvenes sobre el PSEA. Al respecto, a nivel local Lucero ⁽²⁵⁾ sostiene que al haber juventudes diversas sus representaciones son reguladas por sus propios contextos.

Es importante considerar una mirada holística para comprender y resolver los complejos procesos que involucran a la salud, a los fines de mejorar la existencia de los sujetos. En relación a ello se realizó la presente investigación con el objetivo de conocer las representaciones del proceso salud enfermedad atención en general y del componente bucal en particular que poseen jóvenes alojados en centros socioeducativos del área penal juvenil de la provincia de Córdoba, Argentina. La información recabada, contribuirá a construir estrategias contextualizadas para la asistencia y promoción de salud de este grupo etario en este contexto particular.

Metodología

Se desarrolló una investigación cualitativa teniendo en cuenta las normativas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) ⁽²⁶⁾. El protocolo de trabajo, contó con la aprobación del Consejo Asesor de la Carrera de Doctorado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). A los fines de conocer las representaciones que sobre el PSEA en general y a nivel del componente bucal en particular, poseen jóvenes institucionalizados en los centros socioeducativos del penal juvenil de la Provincia de Córdoba, se aplicó la técnica de entrevista guionada ⁽²⁷⁾ a 32 jóvenes, de 14 a 18 años de ambos sexos, alojados por un período no menor a seis meses en los centros socioeducativos del Complejo Esperanza. El mismo comprende un predio de 52 hectáreas ubicado fuera del ejido de la Ciudad de Córdoba; en el km 14,5, del Camino de 60 cuadras, en el que se encuentran cuatro centros educativos: Módulo I (ex Horizontes), Módulo II (Ex Nuevo Sol), Módulo III (Ex Pasos de Vida), Módulo IV (Ex San Jorge), que alojan a varones de 12 a 20 años, en conflicto con la ley penal de la Provincia de Córdoba. El centro que aloja a jóvenes mujeres, en esas circunstancias es el CESAM, que en la actualidad se ubica en Barrio Nueva Córdoba de la Ciudad.

Las entrevistas se llevaron a cabo en forma individual, en los consultorios de los equipos técnicos (psicólogos y trabajadores sociales), de los distintos centros, en un único momento con una duración aproximada de 50 minutos, por una única investigadora. Se realizó el planteamiento sucesivo de las directrices temáticas derivadas de los objetivos de la investigación y de la evolución de la entrevista: perfil sociodemográfico, antecedentes laborales, tiempo libre, grupo de pares, grupo familiar, costumbres, pautas culturales de contexto, percepción interiorizada del propio cuerpo (real e ideal), consumo de sustancias, proceso salud enfermedad atención. Las entrevistas fueron

grabadas, simultáneamente se registró, durante la microsituación, las impresiones, sensaciones, actitud de los jóvenes y características en un diario de campo.

Luego se obtuvo el corpus específico con la transcripción literal posterior a la desgrabación de las entrevistas, dichas acciones fueron realizadas por la investigadora a cargo.

El análisis de la información se realizó siguiendo la Teoría Fundamentada ⁽²⁸⁾. El proceso de recolección, procesamiento y análisis de los datos se realizó según se muestra en la Fig. 1.

Por último, cabe señalar que se han utilizado códigos alfanuméricos para mostrar los casos que sustentan los resultados presentados en este trabajo.

Resultados

Características sociodemográficas del grupo en estudio

En el estudio marco participaron 70 jóvenes, 94% varones y 6% mujeres, de 14 a 18 años, con una edad media de $16,91 \pm 1,11$, siendo el 37% de 18 años. El 34% de ellos han conclui-

do el nivel primario de educación, 69%, son residentes en la Ciudad de Córdoba y el 69% poseen antecedentes laborales del tipo informal ^(1,29-31).

Los jóvenes intervinientes en el estudio pertenecen a familia tipo nuclear el 29%, tipo monoparental el 26%; sólo el 1% de ellos residieron, por decisión judicial, en instituciones de bien público. El rol de jefe de familia es ejercido en un 36% por la madre; con ocupación del tipo informal el 67%. El 36% de los jefes de hogar tiene nivel de instrucción primario completo ^(1,29-31).

El 93% de los jóvenes participantes de la investigación habitan en casas de construcción del tipo tradicional; cuentan con agua de la red pública el 90% y el 81% disponen de transporte urbano con paradas próximas a sus hogares ^(1,29-31).

El proceso de análisis del corpus y las notas de campo registradas mostraron con gran riqueza las distintas formas en que ven, entienden y construyen las representaciones del proceso salud enfermedad atención los jóvenes en situación de encierro.

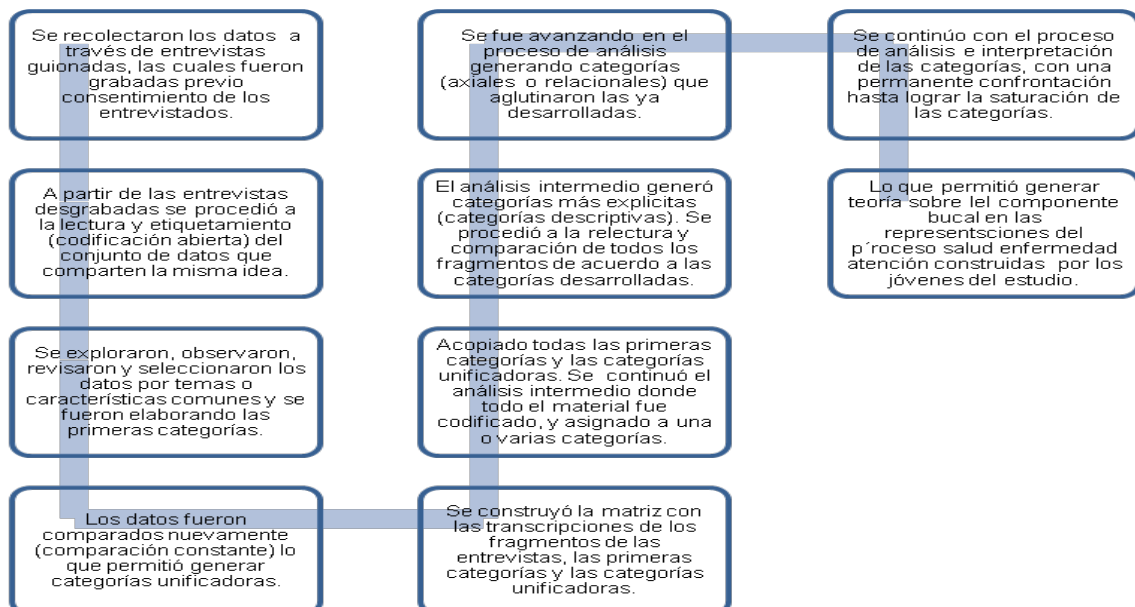


Fig. 1. Elaboración propia.

Concepto de salud/enfermedad

Diversidad de representaciones se ponen en evidencia en el discurso de los jóvenes participantes del presente estudio. Muchos de ellos describen a la salud como un estado propio individual, relacionado a la ausencia de enfermedad y dolor:

... “estar bien, no tener nada malo, que no te duela nada”. (Mr0001, masculino, 18 años).

Otros complementan esta construcción asociada al bienestar anímico y de la familia:

“La salud significa que yo este sano, que este sana mi familia... como ahora estamos todos bien, o sea con ningún problema, tamos sanos todos... y no les tendría que pasar nada” (D0006, masculino, 17 años).

Algunos jóvenes asocian el estar sanos al no consumo de sustancias psicoactivas y a las prácticas saludables:

“No fumar, no drogarse, no tomar. Si querés ser sano tenés que hacer gimnasia, ir al gimnasio, tenés que estar tu cuerpo fuerte. Yo siempre escuche eso. Como yo veía a mi primo que jugaba al fútbol, siempre se levanta a la mañana, toma yogurt así, se desayuna con el sachet de leche así” (V0016, masculino, 18 años).

En contraposición, describen a la enfermedad desde el dolor o el padecimiento y la describen a partir de síntomas:

“Cuando me sabe agarrar dolor” (H0002, masculino, 18 años).

Amplían esta información relacionando la enfermedad con el consumo de sustancias psicoactivas, relacionando el desequilibrio del estado saludable con las consecuencias producidas por el consumo problemático de sustancias:

“...me enfermé, una vez estaba fumando pasta base y se me hervía la cabeza todo, fume una vez sólo y bueno me hervía la cabeza no sé y tenía ganas de desmayarme” (C0020, masculino, 16 años).

Estos posicionamientos sobre cómo estos sujetos definen a la salud y la enfermedad, son el resultado de procesos subjetivos, personales e influenciados por un intercambio permanente

en su contexto de creencias, valores y medio socioeconómico y cultural ⁽²⁰⁾.

Utilización de los servicios de salud

Para estos jóvenes el sentirse enfermo puede ser la puerta de entrada a los servicios de salud, con la finalidad de aplacar el dolor y la obtención de medicamentos.

Muchos de los entrevistados mencionan los motivos por los cuales concurrían a los centros de salud, describiendo algunos de los itinerarios terapéuticos ⁽³²⁾.

... “Cuando me pasaba algo, era raro que me pasara... Cuando me corte la punta del dedo, me la arranqué con un pistón, fui ahí también y me querían pegar con la gotita. Pero mandaron al hospital, lo que pasa es que no tenía el otro pedazo de carne. Tenían que hacer una placa... ¿Pero después por otra cosa?... Vacunas... he ido, otras cosas ¡ no!...” (B0007, masculino, 16 años).

“...me cepillo, y acá me hice arreglar todo para que no me duela” (Mr0001, masculino, 18 años).

Experiencias previas del PSEA tanto propias como familiares o de vínculos cercanos caracterizan el proceso, las cuales llevan a minimizar la importancia del proceso:

“...era muy difícil que me enfermara. No me enfermaba nunca. Dos veces tuve problemas yo, una fue cuando tuve hepatitis y la otra tuve... No hepatitis nomás.”... “Era muy chico y, 8 años. Y a mi mama, le dije a mi mama y me llevaron al hospital...” (G0004, masculino, 18 años).

Naturalización de enfermedades para la niñez y la existencia de programas para el control en esta etapa.

“La única enfermedad que tuve grave o sea aparte de la varicela que es normal, fue una hepatitis; lo único, fue entre los 11 y 12 años.” (F0014, masculino, 18 años).

“...a mi hermanito lo llevan. Lo llevan a hacer control, porque son chicos todavía. Lo llevan

al médico o cuando están engripados” (F0003, masculino, 16 años).

PSEA a nivel del componente bucal

El PSEA a nivel del componente bucal es de suma importancia para las personas. El dolor es el principal signo que reconocen como indicador del desequilibrio del componente bucal lo que lleva a pensar prematuramente la extracción dentaria como recurso rápido y efectivo.

En los diferentes relatos de los jóvenes, la salud es descrita como un estado de ausencia de enfermedad y fundamentalmente de dolor cuando se refieren al componente bucal:

“...creo que salud es estar bien vos, que no te duela las cosas, no te duela la rodilla así, o estar bien con la muela, que no te duela la muela ¿entendés? Que no te duela la cabeza así y que estés bien ¿entendés? Eso creo yo que es así.” (I0024, masculino, 18 años).

Los posicionamientos mencionados se encuentran teñidos por las siguientes propiedades emergentes:

Naturalización de que el tratamiento accesible para su vida es la extracción dentaria.

“porque mi mama no tiene ninguna muela ni de acá ni de acá así, iba para hacerse sacar las muelas. Y se hacía sacar las muelas así nomás” (M0009, masculino, 15 años).

Evitar la vergüenza motiva la consulta odontológica. Lo importancia estética ayuda a sobreponerse a los temores de la consulta odontológica.

“mi hermana fue los otros días porque se le pico el diente de adelante y se lo hizo arreglar, no le gustaba como lo tenía negro, encima se le quebró un poquito y tenía una fiesta y le daba vergüenza tener el diente así. ¡Y tuvo que ir porque! antes no le gustaba por eso de la anestesia. Si la otra vez que le tuvieron que sacar la muela hizo mucho escándalo”. (V0030, femenino, 16 años).

No perciben en el acceso a los servicios de salud barreras económicas ni geográficas, pero si simbólicas.

“...estaba a una cuadra, pero no iba porque estaba la policía, había un policía afuera; y a mí me andaban buscando, andaba fugado. Así que no me iba a ningún lado, estuve una banda así” (G0032, masculino, 18 años).

Autoatención: creencias, saberes, itinerarios terapéuticos en el proceso de cuidado del cuerpo y el componente bucal

La autoatención es considerada un componente esencial del proceso salud enfermedad atención (34). Las prácticas están destinadas al cuidado de su cuerpo y el componente bucal con la finalidad de evitar el dolor y la enfermedad.

“...cuidarme del frío, de las enfermedades .Y me cuido, tenés que andar abrigado, todo.” (F0003, masculino, 16 años).

“Me cepillo los dientes, trato de comer pocos caramelos y chicles. Eso me gusta mucho. Siempre compraba chupetines, también alfajores de chocolate” (V0030, 16 años).

El cuidado solo se da ante situaciones de padecimiento, de lo contrario si no hay enfermedad no existen prácticas de autoatención:

“En la calle en realidad no se hace nada para estar sano, si me drogaba, todo, lo único que no hacía es fumar cigarrillos ni tomar alcohol, nada” (I0010, 18 años).

Las prácticas de alimentación quedan subordinadas a prácticas que afectan la salud:

“...no me gusta comer en todo el día; porque estoy todo el día fumando porro, y no me gusta comer cuando estoy fumado porque se te pasa la locura (se ríe). Interrumpe y aclara... Acá si como todos los días, pero en la calle no. Me gusta solo comer solamente a la noche. No me gusta desayunar, merendar, nada, no me gusta almorzar. Cenar nomás.” (K0022, masculino, 18 años).

Prácticas de autoatención intencionales al PSEA a nivel del componente bucal se generan ante el dolor y el padecimiento:

“Me ponía hielo, me ponía algo, no podía, no aguantaba...” ¡No! –sonríe- después con la muelita eso que se llama...no sé cómo es... es como una pasta roja, me ponía así. Ah y también me cansé de curarme con un sapo, me ponía la panza del sapo así (señala la zona de la cara), lo lavaba al sapo y me lo ponía así... Si un montón y ahora no me duele más la muela ésta. Después que me puse el sapo no me dolió más...” Me lavaba los dientes y se me pasaba” “Rezar, pedirle a Dios que me ayude a estar sano...” (F0008, masculino, 18 años).

“...compras pastillas para que te calmen, te fumas un porro, todo -se ríe-” (H0002, masculino, 17 años).

“...cuando me dolía la muela por ahí me ponía droga..., se te duerme así.”(I0024, masculino, 18 años).

La mujer, en el rol de madre es la encargada de guiar el proceso de autocuidado:

“...le decía a mi mama mira me siento mal, que se yo, como que me toy por engripar. Y bueno mi mama me compraba algo para la gripe o algo. Ella se daba cuenta. Porque una madre se da cuenta cuando te sentís mal. Ella me ayudaba así o compraba algo para que se me pasara o hacía algo.” (K 0022, masculino, 18 años).

Prácticas que afectan la salud

Entre los discursos encontrados asociados a las prácticas no saludables, la mayoría de los jóvenes las describieron asociadas a factores nocivos como el consumo de sustancias psicoactivas (SPA):

“... te pones flaco así, porque te consume que! si te comes un plato de comida y te comes fruta todo, vas y te drogas no te hace nada, hace de cuenta que no te hace nada eso. Yo me daba cuenta así porque el bracito acá la tenía así al bracito, yo me agarraba acá y me hacía así (ro-

dea con su pulgar e índice su muñeca), y no tenía nada así.” (M0009, masculino, 15 años).

Describen los distintos efectos de cada SPA:

“El porro es como que todo el día ando cagándome de risa, no pienso en nada. Y la merca porque me gustaba. Uno el sabor de la merca, me encanta; y por ahí depende de donde la tomas, porque si la tomas en el baile, si está bien se enfiesta todo. Pero la tomas cuando estamos sentados, en la casa de algunos de los chicos, te quedas así, quietito, tranquilito. La merca tiene gusto amargo.” (B0007, masculino, 16 años).

En su mayoría relatan un inicio a temprana edad del consumo de SPA:

“A los 12, primero con porro, después con droga y después con pastillas. A los 12 todo así seguidito.” (K0022, masculino, 18 años).

Justificando algunos, el consumo de SPA para la aceptación del grupo de pares:

“...”probé y no me gustaron. Fue las cosas típicas que hacen algunos pendejos decir todos lo hacen, yo también quiero hacerlo para sentirme más grande y lo probas, y no me gustó y lo deje”... (F0014, masculino, 18 años).

Ninguno de los participantes mencionaron barreras para la adquisición de SPA:

“...ahí en el barrio, como si nada. Si vos ibas a un barrio preguntabas donde venden esto (hace seña con el dedo hacia la nariz) y te decían.... “¿Las pastillas?.. Nunca fui a comprar una pastilla yo. Se la sacábamos a la tía del mayor, ella la tenía recetada... Y le sacábamos las cajas. Pero de comprar pastilla, o tener abstinencia por una pastilla... ¡Nunca!” (B0007, masculino, 16 años).

Entre los discursos de los jóvenes surge el consumo de marihuana asociado al aumento de la frecuencia de consumo de azúcares:

“En la calle cuando fumas marihuana, como que coso en el medio (se señala el estómago) así, te agarra ganas de comer cosas dulces así, como que te sube la tensión y te agarra ganas de comer dulce así. Y bueno y compraba golosinas, todo así.” (M0009, masculino, 15 años).

“... te agarra como hambre... no sé qué será. Te da ganas de comer cosas dulces, así, o cosas saladas, lo que te guste a vos, lo que querés comer. Te agarra hambre así... y no sé por qué será.” (F0003, masculino, 16 años).

Entre las prácticas que afectan la salud surge el consumo de tabaco, hábito que es asociado a las circunstancias vividas, fuman en situación actual de encierro:

“Afuera no, acá empecé a fumar”. (G0004, masculino, 18 años).

Fuman por ansiedad y aburrimiento:

“...fumaba dos etiquetas por día y cuando estaba aburrido me fumaba tres”. (N0005, masculino, 15 años).

Y también algunos manifiestan un consumo social de tabaco:

“El fin de semana me podía fumar todo, dos o tres etiquetas por noche”. (B0007, masculino, 16 años).

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, la mayoría de los jóvenes la mayoría de los jóvenes lo mencionan como social:

“Poco y nada. Los fines de semana”... (B0007, masculino, 16 años).

Muchos de los participantes en sus discursos dejaron entrever las repuestas de su grupo familiar ante el consumo de sustancias psicoactivas, donde se relataron dos situaciones contrapuestas, por un lado la existencia de una naturalización familiar del consumo de SPA:

“... sabían que yo consumía. Yo me acostaba en la cama con un plato de cocaína, tenía un plato, siempre me compraba 50, 100 gramos de droga. Por ahí me costaba ponerme dormir y me tomaba pastillas, y al otro día me levantaba y las cosas estaban ahí, y mi mamá para ir al baño, tenía que pasar por mi pieza si o si. Por ahí me iba a dormir y quedaba el porro ahí, por ahí estaba fumando un porro en mi pieza y entraba mi papa y lo único que me decía era echa desodorante cuando termines de fumar y prende el ventilador y hecha desodorante” (K0022, masculino, 18 años).

Y por el otro, bien definida la disconformidad familiar por el consumo de SPA:

“Por ahí me cagaban a pedo y me decían que me andaba haciendo el pelotudo pero no iban a decir deja de hacer esto. Pero no es que me decían deja de drogarte, deja de hacer pelotudeces. Siempre me decían deja de andar haciéndote el boludo”... “Mi mama, mi papa... El Cristian no. El Cristian me llegaba a ver fumando algo, me cagaba a bifazos” (B0007, masculino, 16 años).

Discusión

Desde la perspectiva de la construcción de la realidad de Bordieu ⁽³³⁾ se considera que toda persona posee un conjunto de condicionantes existenciales de tipo cultural, social y económico con los cuales construyen un esquema o estructura (habitus) de prácticas y representaciones que utiliza para producir y regular sus acciones y dar respuesta al PSEA.

La construcción del complejo PSEA personal y subjetiva, solo se puede comprender contextualizada en el universo de creencias, valores y medio sociocultural de cada persona y también sus condiciones materiales de vida ⁽³⁴⁾. En la actualidad el PSEA, es considerado como el modo en que los sujetos definen a la salud y la enfermedad a partir de la relación que establece con la sociedad ⁽³⁵⁾. La salud y la enfermedad no son analizadas como entidades cuya definición son evidentes sino como resultado de procesos sociales, elaboraciones intelectuales y continuos intercambios de la colectividad ⁽³⁶⁾.

En este sentido los jóvenes en situación de encierro del estudio, definen al PSEA como un estado propio individual, relacionado a la ausencia de enfermedad, evidenciada principalmente por el dolor. Significado similar, al hallado en otros estudios con jóvenes escolarizados de diferentes contextos de la Ciudad de Córdoba, donde la salud es asociada como situación estática y ausencia de enfermedad ⁽²⁵⁾.

Así mismo relacionan a la salud asociada al bienestar anímico y familiar; aquí se deja entrever los lazos afectivos ligados a sus familias. Por otra parte la asocian al no consumo de sustancias psicoactivas y prácticas saludables. La enfermedad la describen a partir del padecimiento, del dolor y de síntomas; los cuales motivan la utilización de los servicios de salud.

La accesibilidad es la forma en que la población llega a los servicios de salud; donde existe una relación entre la oferta y la demanda de atención. Esta asociación está influenciada por diferentes barreras: geográficas (ya sea a un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre), económicas (como la falta de dinero, tanto para el transporte como para comprar medicamentos, etc.), administrativa (dificultad que impone la organización como los horarios de atención o los turnos) y simbólica, donde el imaginario social y las representaciones podrían actuar como barreras⁽³⁷⁾. En el presente estudio, los jóvenes mencionan que en sus barrios hay centros de salud en la mayoría, en un radio de 10 cuadras, y en caso de estar más alejados cuentan con medios para llegar. Son servicios gratuitos, y los que concurren a servicios privados cuentan con obra social (son la minoría). Pese a no percibir impedimento en cuanto a los geográfico y económico si emergen dificultades que mencionan algunos jóvenes, en cuanto “los horarios inadecuados y/o las largas esperas” entre otros.

Los jóvenes en situación de encierro reconocen como prácticas no saludables al consumo de sustancias psicoactivas (SPA), el inicio de consumo a temprana edad y la facilidad para adquirirlas en su contexto de procedencia. Pueden describir los efectos que producen las diferentes sustancias, diferenciado notablemente entre el “porro” y las drogas, siendo para ellos las pastillas y la cocaína las más peligrosas. Al igual que estudios realizados con antelación al presente, con jóvenes escolarizados⁽²⁵⁾, los jóvenes en conflicto con la ley manifiestan

una naturalización del consumo de marihuana comparada a la de los cigarrillos. La cocaína, referida como “droga” y las “pastillas” (psicofármacos), es asociada a la violencia y peligrosidad. Su consumo es considerado como factor predisponente del desarrollo de sus conductas delictivas. A su vez el consumo de SPA lo asocian a sus hábitos alimentarios incluyendo un en círculo vicioso que ellos relatan, en el que señalan que el consumo de alimentos provoca la disminución de los efectos de las SPA.

El hábito del tabaco, a través de los cigarrillos, es reconocido también como factor nocivo, pero relacionado en forma diferente según las circunstancias de vida. En la situación de encierro, el aburrimiento y la ansiedad les provoca el consumo, en tanto que si se retrotraen a cuando no se encontraban institucionalizados, la motivación es social para ellos “cuando pateaban la calle”.

En cuanto al consumo de alcohol lo refieren asociado a la libertad y a actividades sociales, como fiestas, bailes y reuniones con amigos.

En cuanto al consumo de SPA, existen dos posturas bien marcadas en relación a la respuesta del grupo familiar ante el consumo. Una la naturalización familiar del consumo de SPA, ya que varios integrantes tienen o tuvieron esas prácticas, y por otra parte la disconformidad generalmente asociada a la figura materna. Si bien ésta, se encuentra idealizada en la construcción simbólica de estos jóvenes, desde los afectivo y contenedor, no se ve legitimada para la imposición de límites.

Para analizar las prácticas saludables de estos jóvenes se consideraron sus creencias, saberes e itinerarios terapéuticos⁽³⁸⁾, donde la autoatención surge como un proceso de cuidado del cuerpo y el componente bucal. Como ya se mencionó la autoatención constituye una de las actividades esenciales del proceso salud enfermedad atención.

Según Menéndez⁽³²⁾, la autoatención se refiere a las representaciones y prácticas que un sujeto y/o

grupo social utiliza para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los problemas que salud que aquejen a su salud, ya sea reales o imaginarios, sin la intervención directa de profesionales de la salud.

Los jóvenes entrevistados manifiestan tener prácticas saludables para el cuidado de su cuerpo y el componente bucal con la finalidad de evitar el dolor y la enfermedad, de manera tal que si no existe una situación de padecimiento no existen hábitos de autocuidado. Este tipo de cuidado acuerda a lo expresado por Menéndez ⁽³²⁾ que lo considera nivel amplio de autoatención, en el que se incluyen no solo la atención y prevención de padecimientos, sino también, la preparación y distribución de los alimentos, la obtención y uso del agua, el aseo del hogar y del cuerpo, entre otros. En ese sentido los jóvenes de nuestro estudio referido a los hábitos alimentarios previos a ser institucionalizados manifiestan ser descuidados en cuanto a la distribución, cantidad y tipo de alimentos. El no hacer cuatro comidas al día lo atribuyen a diversos motivos, entre ellos el consumo de sustancias psicoactivas, actividades callejeras, o simplemente a no tener el hábito del desayuno y la merienda, como algo mágico o de tradición, sin poder identificar las causas que habrían afectado la construcción del hábito. Por otra parte Menéndez ⁽³²⁾ describe la autoatención restringida, como las representaciones y prácticas que un sujeto aplica intencionalmente al proceso salud enfermedad atención, donde está incluida la automedicación. Dicha acción refiere a la decisión de utilizar determinados medicamentos de la industria farmacéutica, así como otras sustancias (infusiones de hierbas, marihuana, alcohol, etc.), también otras actividades alternativas (cataplasmas, masajes, etc.) que son usadas por los sujetos y microgrupos, con autonomía, para calmar ciertos padeceres. Así mismo la decisión de consultar con un profesional de la salud al igual que parte de las acciones posteriores a la

consulta, son parte del proceso de autoatención ⁽³²⁾.

En relación al autocuidado restringido que manifiestan realizar los jóvenes de este estudio se pueden mencionar, la consulta con profesionales, consumo de medicamentos prescritos, otras actividades alternativas. También el consumo de remedios por cuenta propia; la marihuana aparece como calmante del dolor.

Dentro del grupo familiar, la encargada de este proceso de autoatención, de diagnosticar el padecimiento, manejarlo y dimensionar la gravedad, es el de la mujer en el rol de madre, coincidiendo con lo que menciona Menéndez, que los jóvenes piden ayuda a sus madres cuando están enfermos.

En cuanto al componente bucal existe una naturalización de la pérdida de los elementos dentarios, la consulta odontológica se ve impulsada con la finalidad de evitar vergüenza, donde la importancia estética actúa como factor para sobreponerse a temores habituales de la consulta. Aquí se puede vislumbrar la influencia del contexto de procedencia, escenario de socialización, donde cada componente (familia, grupo de pares, escuela, lugar de residencia) ejerce un rol característico en la construcción de las representaciones de estos jóvenes.

Estas representaciones están teñidas por experiencias previas propias, familiares y/o de vínculos cercanos que caracterizan el proceso, llevando a minimizar su importancia, naturalizar enfermedades y la atención preventiva para la niñez (programas para el control y desarrollo del niño sano). Ello como sugiere Lucero ⁽²⁵⁾, podría estar vinculado a los componentes emocionales asociados a la enfermedad. En ese sentido los jóvenes de nuestro estudio no refieren eventos que le provocaran sentimientos negativos de dolencia y sufrimiento.

Referencias

1. Barnetche MM. Calidad de vida y proceso salud enfermedad atención a nivel del componente bucal en jóvenes alojados en centros socioeducativos del Área Penal Juvenil de la Provincia de Córdoba. [Tesis doctoral] [en línea]. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba. 2017 [Fecha de acceso: 27 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/4994>.
2. Tuesca-Molina R, Centeno-Romero H, Salgado MO, García-Delgado N, Lobo-López J. Calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos en adolescentes de Barranquilla (Colombia). *Rev Sal Univ* [en línea] 2008 [Fecha de acceso: 20 de julio de 2014]; 24 (1):53-63. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/a7881f2095a2de470b0964ae79b29b45/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2027436>
3. Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos [en línea] 48a ed. Italia: Organización Mundial de la Salud; 2014.p.1. [Fecha de acceso: 20 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/es>
4. Luengas I. Tendencias en la formación de odontólogos en la universidad pública en México, en el contexto de la globalización, 1986-2001: una lectura ética. [tesis doctoral] Universidad Nacional Autónoma de México. 2004.
5. Organización Mundial de la Salud. Nota informativa N° 318 [en línea]. 2012 [Fecha de acceso: 1 de febrero de 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es>.
6. Barnetche MM. Factores de riesgo de salud en adolescentes con restricción de la libertad en establecimientos correccionales de la Ciudad de Córdoba [tesis de maestría]. Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba; 2009. [Fecha de acceso: 20 de diciembre de 2014] Disponible en: <http://fcm.biblio.unc.edu.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=18625>
7. Pizarro R. La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. Chile: CEPAL [en línea]; 2001.p.5-16. [Fecha de acceso: 19 de abril de 2016]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf
8. San Martín H, Pastor V. Economía de la Salud. Mc Graw Hill; 1989.p.42-49.
9. Suarez R. Salud - enfermedad: una categoría a repensar desde la antropología. En: Suarez, R. Reflexiones en salud: una aproximación desde la antropología. Bogotá: Univ de los Andes; 2001. p. 11-21.
10. Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada [en línea]; 1981.p.5-7 [Fecha de acceso: 25 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
11. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Publica* [en línea]. 2002 [Fecha de acceso: 27 de marzo de 2016]; 12(2):128-36. Disponible en: <http://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud%20Comunitaria/M4/BiblioM4/MEDICINASOCIAL.pdf>
12. Granada Echeverry P. El campo de la salud como espacio de construcción simbólica. *Rev. Ciencias Humanas*. 1999; 6 (20): 1-8.
13. List T, Wahlum K, Wenneberg B, Dworkin S. TMD in children and adolescents prevalence of Pain Gender differences, and perceived treatment need. *J. Orofacial Pain*. [en línea] 1999; 13(1): 9-20. [Fecha de acceso: 07 de enero de 2016] Disponible en: <http://web.ebscohost.com>
14. Botero Gómez P. Representaciones y ciencias sociales: una perspectiva epistemológica y metodológica. Bs As: Ed. Espacio; 2008.p.15-61.
15. Vergara Quinteros MC. Representaciones Sociales en Salud que orientan la experiencia de vida de algunos grupos de jóvenes de la Ciudad de Manizales. [tesis doctoral] [en línea] Universidad de Manizales- CINDE, Colombia; 2006 [Fecha de acceso: 20 de enero de 2016]. Disponible en: <http://repositorio.cinde.org.co/handle/20.500.11907/561>
16. Moscovisi S. Psychoanalyse: Its image and its public. [en línea] USA: Polity Press; 2008.p.54-69. [Fecha de acceso: 2 de enero de 2016]. Disponible en: <https://books.google.com.ar/books>

17. Rizo García M. La intersubjetividad como eje conceptual para pensar la relación entre comunicación, subjetividad y ciudad [en línea] *Rev Razón y Palabra*.2005. [Fecha de acceso: 5 de marzo de 2016] Disponible en: <http://razonypalabra.org.mx/anteriores/n47/mrizo.html>
18. Winkler MI. Representaciones sociales y prácticas mágico-religiosas en una comuna urbana. *Rev Psyche* [en línea] 1999; 8(1): 83-91. [Fecha de acceso: 2 de enero de 2016] Disponible en: <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/404/384>
19. Jodelet D. Seminario de Representaciones sociales. Centro Universitario de Ciencias de la salud. Universidad de Guadalajara; 1997.
20. Sacchi M, Hausberguer M, Pereyra A. Percepción del proceso salud enfermedad atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud, en familias pobres de la Ciudad de Salta. *Salud Colectiva*. 2007; 3 (3):271- 283.
21. Burak SD. Adolescencia y juventud. Viejos desafíos en los albores del nuevo milenio. En: Burak SD (comp). *Adolescencia y juventud en América Latina*. Libro Regional Universitario. Costa Rica: Ed. Tecnológica; 2001.p.20-36.
22. Kleinman, A. Patients and healers in the context of culture [en línea]. Berkeley University Press; 1980.p.24-70. [Fecha de acceso: 5 de enero de 2016]. Disponible en: <https://books.google.com.ar>
23. Castro R. The subjective experience of health and illness in Ocuituco: a case study. *Soc Sci Med* [en línea] 1995 [Fecha de acceso: 19 de diciembre de 2015]; 41(7): 1005-1021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
24. Moreno Altamirano L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica *Salud Pública de México* [en línea] 2007 [Fecha de acceso: 20 de julio de 2015]; 49(1):63-70. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n1/a09v49n1.pdf>
25. Lucero MF. Representaciones sobre salud/enfermedad/ atención construida por adolescentes de la Ciudad de Córdoba, Argentina. [tesis doctoral]. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba. 2013.
26. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)/OMS Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra; 2002.
27. Yuni J, Urbano C. Técnicas para investigar y formular proyectos de investigación. Vol.2. 2ª ed. Córdoba. Brujas; 2006.
28. 28-Strauss A, Corbin J. *Grunded Theory Research: Procedures, Canonsm and Evaluative Criteria*. *Rev Qualitative Sociology* [en línea] 1990; 13 (1):3-21. [Fecha de acceso: 17 de noviembre de 2014] Disponible en: <http://med-fom-familymed-research.sites.olt.ubc.ca/files/2012/03/W10-Corbin-and-Strauss-grounded-theory.pdf>
29. Barnetche MM, Cornejo, LS. Experiencia de caries y calidad de vida de jóvenes en situación de encierro. *Rev. Salud Pública* [en línea] 2016; 18 (5): 816-826. [Fecha de acceso: 20 de julio de 2017]Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v18n5.45565>
30. Barnetche MM, Cornejo, LS. Impact of oral health on the quality of life of young people in confinement, Córdoba, Argentina: A mixed methods study. *J Oral Res* [en línea] 2017 [Fecha de acceso: 20 de julio de 2017]. Disponible en: [doi:10.17126/joralres.2017.xxx](https://doi.org/10.17126/joralres.2017.xxx)
31. Barnetche MM, Cornejo, LS. Oral Health of institutionalizad youth in socio-educational centers of the department of corrections in Córdoba City, Argentina. *Rev. Acta Odontol. Latinoam.* [en línea] 2017, 30 (3) pp.129-140. [Fecha de acceso: 15 de junio de 2018] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-48342017000300007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1852-4834.
32. Menéndez E. De sujetos saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.p.25-72.
33. Huerta Alvarado. Reflexión medico antropológica, desde la perspectiva de Pierre Bordieu para la atención del enfermo renal. *Rev Hospital Gral. M Gea González*. [en línea] 2001; 4(4): 127-129. [Fecha de acceso: 20 de enero de 2016] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2001/gg014i.pdf>
34. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones

- teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência&SaúdeColetiva*. 2003; 8(1):185-207.
35. Herzlich C, Pierret J. De ayer y hoy: construcción social del enfermo. *Cuadernos médicos sociales*; 1988,p. 21-30.
36. Viveros M. La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad. *Revista Colombiana de Antropología*. 1993; 30:237-260.
37. Comes Y. Tesis para Optar el Doctorado en Psicología – Universidad de Buenos Aires; 2006.
38. Menéndez E. Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. México: CIESAS, Colección Cuadernos de la Casa Chata; 1983.

Marcela Barnetche: marcebarnetche@yahoo.es

Fecha de recibido: 24.08.2018 - Fecha de aceptado: 20.02.2019