



Universidad
Nacional
de Córdoba



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ESCUELA DE POSGRADO

**“CALIDAD DE VIDA Y PROCESO SALUD ENFERMEDAD
ATENCIÓN A NIVEL DEL COMPONENTE BUCAL DE
JÓVENES ALOJADOS EN CENTROS SOCIOEDUCATIVOS DEL
ÁREA PENAL JUVENIL DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA”**

TESISTA:

OD. MARÍA MARCELA BARNETCHE.

DIRECTOR:

PROF. DRA. LILA SUSANA CORNEJO

CÓRDOBA, 2017



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

**CALIDAD DE VIDA Y PROCESO SALUD ENFERMEDAD ATENCIÓN A
NIVEL DEL COMPONENTE BUCAL DE JÓVENES ALOJADOS EN CENTROS
SOCIOEDUCATIVOS DEL ÁREA PENAL JUVENIL DE LA PROVINCIA DE
CÓRDOBA**

Doctorando Od. Mgter. María Marcela Barnetche

Directora Dra. Lila Susana Cornejo

Año 2017

COMISIÓN DE TESIS

Prof. Dra. Perla Krupnik de Hidalgo

Prof. Dra. Marcela Inés Bella

Prof. Dra. Lila Susana Cornejo

JURADO DE TESIS

Prof. Dra. Perla Krupnik de Hidalgo

Prof. Dra. Marcela Inés Bella

Prof. Dra. Amelia Haydee Imbriano

DEDICATORIA

A Adela Vergara y Juan V. de los Ríos

A Javier A .Arias

A Estela Baldi, José R. Arias

A Tururu Arias y sus hermanos.

A Giuliana Peralta, Catalina Peralta, Santino Carrizo y Paz Moriconi.

A cada una de aquellas personas, que con afecto, cariño y voluntad brindaron su apoyo para hacer realidad otros de mis sueños.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Lila Susana Cornejo, directora de este trabajo, quien con su conocimiento, disposición, paciencia, confianza y tiempo supo acompañarme y motivarme más allá de este trabajo.

A la Dra. Marcela Bella, miembro de la comisión de tesis, por su confianza, estímulo, asesoramiento y acompañamiento permanente en el desarrollo de este trabajo.

A la Dra. Perla Krupnik de Hidalgo, miembro de la comisión de tesis, por su acompañamiento y asesoramiento en el desarrollo de esta tesis.

A la Lic. Elena Hilas por su confianza y guía en mis inicios de esta carrera.

A la Lic. Irma Mouncunil por su consejo y motivación permanente más allá de este trabajo.

A la Lic. Laura Luna y María Inés Ahumada, investigadoras del Instituto de Estadística y Demografía de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNC, por sus aportes en el tratamiento estadístico de este trabajo.

A mis compañeros de equipo interdisciplinario de investigación PROCON: Dr. Pablo Gigena, Dra. Fernanda Lucero, Dra. Fabiana Carletto Kobber, Od. Ariel Herrera, Biol. Natalia Agüero, Dra. Patricia Verducci; por su acompañamiento incondicional.

A la Facultad de Odontología por su aval.

Al Sistema Penal Juvenil de la Provincia de Córdoba, Argentina por permitir la ejecución de la investigación.

A mi familia, cimiento de mi persona, por su apoyo, voluntad y aliento incondicional en todos los emprendimientos propuestos.

A mis amigos por su apoyo, paciencia, ánimo entusiasta que me brindaron siempre.

A todas aquellas personas, que con sinceridad y buena intención, aportaron al crecimiento de mi persona y profesión.

ÍNDICE

ABREVIATURAS	8
RESUMEN	10
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN	14
MARCO TEÓRICO	16
Evolución del concepto salud – enfermedad	16
Proceso Salud Enfermedad Atención (PSEA)	18
Calidad de Vida, un repaso teórico del concepto	22
Componente bucal, enfermedades prevalentes	26
Representaciones Sociales: fenómenos, conceptos y teoría	30
Vulnerabilidad Social, conceptos y definiciones	34
Jóvenes en situación de encierro bajo el sistema penal juvenil	37
Investigación Cualitativa	39
Teoría Fundamentada	42
Triangulación de información	45
Estrategias metodológicas, técnicas para recabar información	46
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	48
OBJETIVOS	49
Generales	49
Específicos	49
DISEÑO METODOLÓGICO	51

Tipo de estudio	51
Población de estudio	51
Estudio cuantitativo	51
Proceso de análisis e interpretación de los datos cuantitativos	53
Estudio cualitativo	55
RESULTADOS	57
Estudio cuantitativo	57
Valoración de las características sociodemográficas	57
Valoración de la frecuencia de consumo de sustancias	57
Valoración de la frecuencia de prácticas de autoatención	60
Valoración clínica-odontológica	63
Variables asociadas a distintos estadios de caries	68
Análisis de Correspondencias Múltiples	68
Modelos Lineales Generalizados	69
Comparaciones Múltiples	70
Perfil de Impacto de Salud Oral	71
Estudio cualitativo	72
Categorías emergentes	73
Contexto de procedencia de los jóvenes en situación de encierro	73
Autopercepción de su forma de ser	75
Proyecto para el futuro inmediato	76
Proceso Salud Enfermedad Atención (PSEA)	76

Impacto del PSEA a nivel de componente bucal	
en la calidad de vida	86
Categorías transversales	88
Integralidad del sujeto	88
Situación de encierro muestra otra realidad	
y amplifica sensaciones	89
DISCUSIÓN	91
CONCLUSIONES	107
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
ANEXOS	143
Consentimiento informado	143
Encuesta de Salud Bucal de OMS, modificada y	
contextualizada	144
Variables categóricas	148
Perfil de Impacto de la Salud Oral	152
Pruebas estadísticas	155

ABREVIATURAS

ACM: Análisis de Correspondencia Múltiple.

AIC: Criterio de Información de Akaike.

ATM: Articulación Temporomandibular.

BIC: Criterio de Información Bayesiano.

CAD: Centro de Admisión y Derivación de Jóvenes bajo el Sistema Penal Juvenil.

CELADE: Centro Latinoamericano y del Caribe de Demografía.

CENMA: Centro Educativo de Nivel Medio de Adultos.

CENPA: Centro Educativo de Nivel Primario de Adultos.

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CESAM: Centro Socioeducativo de Adolescentes Mujeres.

CPOD: Índice de Elementos Cariados, Perdidos y Obturados.

CV: Calidad de Vida.

CVRCB: Calidad de Vida Relacionada al Componente Bucal.

CVRS: Calidad de Vida Relacionada a la Salud.

DAI: Índice Estético Dental.

IC: Investigación Cualitativa.

IPC: Índice Periodontal Comunitario.

MB: Mancha Blanca.

MO: Maloclusión

OHIP 49: Perfil de Impacto de la Salud Oral.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PC: Primario Completo.

PI: Primario Incompleto

PIT: Programa de Inclusión/ Terminalidad de la Escuela Secundaria.

PSEA: Proceso Salud-Enfermedad- Atención.

RAE: Real Academia Española.

RS: Representaciones Sociales.

SC: Secundario Completo.

SI: Secundario Incompleto.

SIC: Índice Significativo de Caries.

SPA: Sustancias Psicoactivas.

TF: Teoría Fundamentada.

TTM: Trastornos Temporomandibulares.

VS: Vulnerabilidad Social.

RESUMEN

El concepto de salud es una construcción social elaborada desde diferentes dimensiones: biológica, ambiental y social vinculadas a los estilos y modo de vida de las personas; entendida en un sentido más amplio como el producto resultante de decisiones tomadas tanto en el plano individual como colectivo. El componente bucal de la salud es una condición fundamental en la calidad de vida y bienestar de cada sujeto.

El propósito de esta investigación fue conocer las representaciones que sobre el proceso salud enfermedad atención a nivel del componente bucal poseen los jóvenes en situación de encierro bajo el sistema penal juvenil y reconocer el impacto que tiene el componente bucal sobre su calidad de vida. Con ese fin, se definió el perfil sociodemográfico de los jóvenes alojados en los centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba, se identificaron e interpretaron las definiciones, expresiones y creencias que tienen del proceso salud enfermedad atención a nivel del componente bucal; se buscó comprender los significados presentes en las representaciones sociales de estos jóvenes y sus construcciones sobre calidad de vida y el proceso salud enfermedad atención a nivel del componente bucal que poseen; evaluar el estado bucal que presentan estos jóvenes y relacionar las construcciones que poseen del proceso salud enfermedad atención a nivel del componente bucal con el estado bucal que presentan.

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal aplicando una combinación de lógicas metodológicas cuanti- cualitativa, en el que participaron 70 jóvenes de ambos sexos entre 14 y 18 años de edad, alojados por un período no menor a seis meses en centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba, durante el 2012. Para la recolección de datos se aplicó la Encuesta de Salud Bucal de la OMS, el cuestionario Perfil de Impacto de la Salud Oral 49 y la técnica de entrevistas estandarizadas no programadas o guionadas.

Para la descripción de los datos cuantitativos se aplicaron medidas de centralización y de dispersión, frecuencia relativa, coeficiente de Pearson, análisis de correspondencia múltiples y modelos lineales generalizados. El estudio cualitativo se realizó siguiendo la metodología de la teoría fundamentada.

El análisis cuantitativo mostró una elevada prevalencia del deterioro del componente bucal de la salud de los jóvenes (CPOD= $8,94 \pm 4,75$; SIC= $14,26 \pm 2,15$; IPC3 56%; MO 53%). Perfil clínico que genera un impacto medio ($r=0,46$ $P=0,0001$) en la calidad de vida de estos jóvenes, destacándose la dimensión del dolor físico ($r=0,51$ $p=0,0001$). El análisis cualitativo mostró las representaciones sociales de los procesos de salud enfermedad atención que incluyen al componente bucal como parte de la salud general a partir de situaciones de padecimiento, no solo por el dolor sino también por la importancia estética y que la situación de encierro plantea un escenario particular para las sensaciones y resoluciones sobre la salud enfermedad atención a nivel del componente bucal. El eje cualitativo de este trabajo permitió enriquecer la investigación ya que amplió y complementó el conocimiento de la realidad de estos jóvenes desde su propio punto de vista.

ABSTRACT

The concept of health is a social construction made from different dimensions: biology, environmental and social related to the lifestyles of the people; understood in a broader as the product resulting from decisions taken both individually and collective sense. The oral component of health is a fundamental condition in the quality of life and welfare of each subject. The purpose of this research was to know the representations about the disease process health care oral component level have the youth confined under the juvenile penal system and recognize the impact of the oral component on their quality of life. To that end, the socio-demographic profile of youth defined in lockdown situation housed in socio-educational centers of the juvenile criminal area of the Province of Córdoba, were identified and interpret the definitions, expressions and beliefs about the disease process health care oral component level; we attempted to understand the meanings present in the social representations of these young and their construction about quality of life health and disease process oral care component level have; evaluate the dental status presented by these young and relate constructions that have the health care process at the level of oral component with the state taking oral disease.

A descriptive, observational and cross-sectional study using a combination of qualitative methodological quantitative logic was performed, in which 70 young people participated in situation of confinement, of both sexes between 14 and 18 years of age, institutionalized for not less than six months in socio-educational centers of the juvenile criminal area of the Province of Córdoba in 2012.

For data collection Oral Health Survey WHO, questionnaire Oral Health Impact Profile 49 and standardized technique unscheduled or scripted interviews applies. For the description of the quantitative data measures of centralization and dispersion relative frequency, Pearson coefficient multiple correspondence analysis and generalized linear models were applied. The qualitative study was conducted following the methodology of grounded theory.

The quantitative analysis showed a high prevalence of deterioration of oral health component of young people in situation of confinement (DMFT = 8.94 ± 4.75 , DSI= 14.26 ± 2.15 ; CPI=3, MO 53%). Clinical profile which generates an average impact ($r=0,46$ $P=0,0001$) in the quality of life of these young, highlighting the dimension of physical pain ($r=0,51$ $p=0,0001$). The qualitative

analysis showed social representations of the health care process disease is including oral component as part of overall health from situations of suffering, not only the pain but also the aesthetic importance and that the situation of confinement poses a particular scenario to feelings and resolutions on health care at the level of oral disease component. The qualitative focuses of this work allowed enrich research as it expands and complement the knowledge of the reality of these young people from their own point of view.

INTRODUCCIÓN

La salud de los jóvenes es un factor esencial para el proceso, económico y político de todos los países, especialmente de aquellos con desventajas como los de América Latina (1).

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 Córdoba¹, al ingreso a estos establecimientos refuerzan hábitos de alimentación, higiene, estudio, etc. En muchos casos en estas instituciones, asisten por primera vez a la consulta odontológica, en la que expresan sus necesidades, dolencias y experiencias de dolor. Asimismo manifiestan no haber concurrido nunca al médico ni a un odontólogo, dejando entrever desigualdades en el acceso a la enseñanza de hábitos de salud. También refieren el consumo de sustancias psicoactivas desde edades muy tempranas junto a otros hábitos que ponen en riesgo su integridad; alterando la armonía de su bienestar (2).

Para Pedrowicz (3) la salud adolescente *“es el resultado de un proceso construido socialmente que depende de diversos factores: 1) biológicos (genéticos, sexo, edad); 2) ligados al entorno, vale decir, al ambiente físico (vivienda, no contaminación, espacios de recreación) y al ambiente social (tales como paz y justicia, no discriminación, interacción social, solidaridad); 3) vinculados a los estilos de vida (comportamientos, valores, creencias, roles y costumbres individuales y sociales, consumo, comunicación, y nivel educativo y de formación); y 4) factores ligados a la organización de los servicios de salud (características de la atención de la salud). En definitiva, la salud adolescente es entendida en su sentido más amplio, como el producto de decisiones tomadas en los planos individual, familiar, comunitario, nacional e internacional”*. En las últimas décadas, se ha ido incrementando el interés por la problemática juvenil, desde el punto de vista de la salud, con numerosas investigaciones y la implementación de programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad. A pesar de ser estos temas de actualidad y gran impacto, se han dejado de lado preguntas como ¿Qué piensan los jóvenes acerca de su salud? ¿Qué importancia tiene la salud en la vida de los jóvenes? ¿Qué influencia tiene la salud en su calidad de vida?

¹ Denominación actual disponible en <http://www.cba.gov.ar/reparticion/ministerio-de-justicia-y-derechos-humanos/secretaria-de-ninez-adolescencia-y-familia/direccion-general-penal-juvenil/>.

Según lo expresado por la OMS (4) 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.

La evolución del concepto de salud (5), conlleva a investigar acerca de las percepciones que las personas tienen sobre la forma en que la enfermedad y su tratamiento afectan los diferentes aspectos de la vida, su bienestar físico, emocional y social.

El presente trabajo, pretende conocer las condiciones de vida y costumbres de los jóvenes en situación de encierro alojados en centros socioeducativos del área penal de la Provincia de Córdoba, las representaciones que poseen sobre PSEA en sus diferentes componentes y cómo influyen en el PSEA del componente bucal; indagar cómo la situación del PSEA a nivel del componente bucal incide en su calidad de vida.

MARCO TEÓRICO

Evolución del concepto de salud- enfermedad

El concepto de salud ha evolucionado a lo largo del tiempo (Cuadro 1), adquiriendo diferentes significados. Durante la era paleo y neolítica la concepción de la salud - enfermedad era mágica; donde los brujos y chamanes tenían influencia y todos los procesos patológicos eran atribuidos a causas sobrenaturales (6). Tiempo después, la cultura griega introdujo una visión más racionalista y naturalista del universo y del hombre, en la que la salud significó el bien máspreciado en la sociedad griega y la enfermedad el desequilibrio, la desviación de la norma, y su cura consistía el retorno a la naturaleza (6).

Uno de los sucesos más destacados fue el surgimiento de la medicina como un saber técnico (medicina hipocrática), la cual sustituyó en las conceptualizaciones de la salud y la enfermedad todos los componentes mágicos o sobrenaturales por una teoría limitada al hombre y la naturaleza. Entre los siglos XVII y XIX se empezó a hablar de medicina social con importantes logros en salud pública, tomando relevancia la idea de la prevención de enfermedades. Se habla de condiciones sociales como causa de enfermedad (7).

La OMS (4), en 1946 define a la salud con un concepto estático; *“el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”*; y en 1992 agrega *“y armonía con el medio ambiente”*, brindando así un concepto integrador, que permite reconocer a la salud no solamente desde el equilibrio biológico, sino como un sistema de valores que permite a la gente interpretar sus relaciones con el orden social (8). Hernán San Martín y Vicente Pastor (6) entienden el concepto de salud-enfermedad como un resultado global, un conjunto complejo, dinámico e individual – 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 en el cual, otros autores (9) agregan que en este proceso se integran la biología, ecología, sociología, cultura, la experiencia de cada sujeto y el valor que este le da a la vida.

**CALIDAD DE VIDA Y PROCESO SALUD ENFERMEDAD ATENCIÓN A NIVEL DEL
COMPONENTE BUCAL DE JÓVENES ALOJADOS EN CENTROS SOCIOEDUCATIVOS DEL
ÁREA PENAL JUVENIL DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA**

Concepciones	Nota característica	Historia	Disciplina	Método de trabajo
Mágica	Animismo y existencia de lo sobrenatural	Antigüedad paleo y neolítica hasta el presente.	Del chamán al curandero actual.	Ritos exorcismos, oraciones, amuletos, hierbas, etc.
Natural	Salud como una necesidad de los seres vivos	Antigüedad clásica europea (Grecia)	Aplicaciones de la ecología antigua y de la medicina antigua.	Clínicos y epidemiólogos ambientales.
Ideal	Salud como un estado ideal no alcanzable: utopía	Desde la Antigüedad clásica al presente.	Literatura, Antropología. Otras disciplinas	Elaboración de modelos de salud.
Somático fisiológica	Salud como ausencia de enfermedad. Objetividad	Desde los orígenes a la presente medicina.	Medicina clínica	Exploración del cuerpo. Examen de signos y síntomas. Análisis varios
Psíquica	Salud de lo que no es el cuerpo tangible. Subjetividad	Inicios del S XVIII. Desarrollos recientes desde principios del S XX.	Psiquiatría, Psicología médica	Exploración psíquica individual. Psicoanálisis. Técnicas de grupo.
Sanitaria	Salud como estado positivo y colectivo. Transmisión social de la enfermedad. Prevención	Medidas profilácticas desde la antigüedad , desarrollo científico S XIX	Medicina preventiva y social. Sanidad y salud pública.	Encuesta sanitaria: población ambiente. Epidemiología. Programas de salud. Educación sanitaria. Prevención individual.
Economicista	Salud como condicionante de la productividad del factor humano. Precio de la salud y costo de la enfermedad.	Mediados del S XX en países industrializados	Economía sanitaria y del trabajo. Planes de desarrollo de rrhh.	Análisis de costos de la enfermedad y de alternativas para las inversiones sanitarias.
Económico social	Salud enfermedad como proceso de origen y distribución social: Teoría social de la salud.	Síntesis después de la 2ª guerra mundial	Ciencias biológicas, sociales y económicas; epidemiología, salud pública. Economía de la salud. Prevención social	Investigación científica de la salud desde: Epidemiología, Método estadístico, Antropología, Sociología, Economía de la salud, Demografía, Psicología
Político legal	Salud como derecho y obligación universal. Reconocimiento legal y participación estatal. Declaración de los derechos del hombre.	Desde las revoluciones políticas a los sistemas de seguros sociales y de seguridad social.	Derechos fundamentales. Derechos de la seguridad social a la existencia sanitaria.	Leyes fundamentales y constitucionales. Leyes y reglamentos de la seguridad social. Programas políticos

Cuadro 1: Concepciones sobre salud-enfermedad en el tiempo tomado de Granada Echeverry (10).

Atendiendo a la complejidad que comprende el concepto salud y enfermedad y la forma de afrontarla, Lalonde y Lamframboise (11) señalan como determinantes de salud a cuatro grandes dimensiones, reconocidas como “campos de la salud” en los que se incluyen diversos factores: Biología humana (Características genéticas y biológicas); Ambiente (factores externos al cuerpo, contaminación física, psíquica, biológica, psicosocial y sociocultural); Estilos de

vida y conductas de salud (Decisiones del individuo condicionadas por sus creencias, historias, valores, percepción del mundo, etc.); Sistema de asistencia sanitaria (Cantidad, calidad, cobertura, accesibilidad, gratuidad).

Este modelo propuesto por Lalonde constituye un potente instrumento de análisis de los problemas de salud ya que tiene la característica de dar 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 es considerada como un evento dinámico denominado proceso salud enfermedad atención (PSEA).

Proceso Salud Enfermedad Atención (PSEA)

La salud y la enfermedad transitaron desde categorías opuestas a conceptualizaciones articuladas en un proceso (12). En relación al mismo (13) plantea la necesidad de incluir los modos de atención como parte de las formas en que la salud y la enfermedad se presentan en diferentes contextos.

El PSEA es una construcción individual y social por la cual el sujeto elabora su padecimiento, condicionando así los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo se puede comprender contextualizada en el universo de creencias, valores y medio sociocultural de cada persona y también de sus condiciones materiales de vida (14).

Burak (15) por su parte menciona que el sentirse sano o enfermo no es igual para todos los individuos, que depende de la zona geográfica en la que viven, el nivel socioeconómico que poseen, el nivel de instrucción que hayan alcanzado, la percepción del mundo que hayan adquirido, 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 un individuo sienta o no la necesidad de realizar las prácticas que ellos han construido como saludables.

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 (16).

Canguilhem (17) señala tres concepciones de salud: la ontológica (origen mágico-religiosa-bacteriológica), la dinámica (equilibrio organismo/ambiente) y la social (considerada como un hecho social en el que intervienen: clase social,

origen étnico, sexo, etc., en el comportamiento de los sujetos). De esta manera describe el fenómeno de enfermar, analizando el concepto desde un aspecto más amplio postulando que no existe un hecho normal o patológico en sí mismo: “Las anomalías no son en sí patológicas, son sólo variantes que expresan otras normas de vida; si esas normas son inferiores, en cuanto a estabilidad, fecundidad y variabilidad con respecto a las normas consideradas en forma convencional como normales, entonces se las denomina patológicas”. En síntesis, Canguilhem define enfermedad como el estado anormal (patológico) que predispone al organismo a un resultado adverso, dañino y susceptible de ser tratado.

Para Samaja (18) la salud, está definida como parámetros normales; la enfermedad asociada a la patología; la curación con la terapéutica y la preservación de las condiciones aprehendidas como normales está relacionada con la prevención. Estos aspectos asocian el concepto y las prácticas en salud con procesos causales y también con valores, representaciones al igual que con los sujetos que producen e interpretan estas construcciones (19).

Desde la perspectiva de la antropología, se integran los conceptos de enfermedad (disease), padecimiento (illness), y disfunción social (sickness), Susser (20) propone definir la enfermedad (disease) como proceso fisiopatológico o enfermedad objetiva, y al padecer (illness) como mal, dolencia o estado subjetivo percibido por el sujeto; y Parsons (21) precisa la categoría de disfunción social (sickness), la que incluye a las acciones y comportamientos del sujeto enfermo en la sociedad.

Kleinman (22) integra conceptos de enfermedad (disease) dentro del modelo biológico como la alteración o disfunción de órganos o sistemas, el padecimiento (illness) donde incorpora la experiencia y la percepción, y el malestar (sickness) como producto de la relación de los anteriores (malestar igual a enfermedad más padecimiento), haciendo hincapié que el malestar es una connotación social y cultural.

De la misma manera afirma este autor 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 lidia en el proceso de enfermar. Kleinman (22) afirma que el malestar precisa la participación del discurso del profesional de la salud para su construcción.

Autores como Castro (23) desde el enfoque cualitativo, 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 (24). Otros (16) 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. Para Good y Good (25) el padecimiento es fundamentalmente semántico, y su transformación en enfermedad, como experiencia humana y objeto de atención del profesional de la salud, ocurre por medio de un proceso de atribución de significados.

La comprensión de las experiencias subjetivas que transita el sujeto al enfermarse, ayuda a entender la complejidad del proceso salud enfermedad atención; por lo que se precisa una aproximación macrosocial para comprender el contexto local y de este modo explorar la relación entre los sistemas semiológicos de significados, las condiciones externas que producen la enfermedad (contexto político económico y determinantes históricos) y la experiencia de enfermarse (26, 27). El proceso salud enfermedad atención no puede comprenderse en toda su extensión sin tener en cuenta el papel de la cultura y las relaciones sociales, ya que se enfrenta a la complejidad del ser humano y su existencia planetaria. Por ello es necesario abordar la salud y la enfermedad desde las perspectivas de las redes multicausales en su etiología, en la cual deben tener participación diversas ciencias (Medicina y epidemiología Social, Psicología, Etnografía, Antropología entre otras) (28). Por su parte la teoría funcionalista de la acción social, entiende a la enfermedad como un hecho social, por lo cual la concibe no sólo como un hecho fisiológico, sino dentro del sistema social con un rol del enfermo definido, lo que da lugar al concepto de salud como bienestar social, relacionándolo directamente con la calidad de vida del sujeto (16).

Como parte del PSEA, Menéndez (29) entiende la dimensión de la autoatención, como la actividad básica, nuclear y sintetizadora de este proceso llevada a cabo por sujetos y grupos sociales. Este proceso estructural (29) incluye a las representaciones y prácticas que los sujetos y grupos sociales manejan en relación a sus padeceres, para diagnosticar, explicar, atender controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan a la salud en términos reales e imaginarios, incluyendo las prescritas o propuesta por curadores.

El mismo autor describe dos niveles de autoatención: uno amplio y otro restringido. El primero hace referencia a las formas de autoatención que se

necesita para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y grupos a nivel de microgrupos (doméstico familiar, de trabajo, de adolescentes, etc.) basadas a partir de objetivos y normas establecidas en el propio grupo (aseo del hogar, preparación y distribución de alimentos, uso del agua, aprendizaje de la relación con la muerte, etc.). La descripción del nivel restringido está referida a las representaciones y prácticas intencionales al PSEA (amamantamiento, automedicación entre otros).

La autoatención es el proceso básico de la reproducción biosocial y sociocultural de los sujetos y grupos, considerada decisiva para la sobrevivencia y la calidad de vida del sujeto (29).

Desde el movimiento de Salud Colectiva (30), al cual se adhiere en el presente trabajo, se presenta una modificación en el objeto de estudio del campo de la Salud, pasando del PSEA al proceso salud-enfermedad-“cuidado”. Este vocablo de “cuidado”, se refiere a la dimensión vincular/afectiva de las prácticas de salud, donde se conceptualiza la tarea del profesional de la salud desde una visión más humanista y holística del cuidado (31).

Merhy (32) aporta los conceptos de tecnologías duras y blandas, estas últimas se entienden como la relación entre los sujetos. Otro uso de las tecnologías blandas es el relacionado a las prácticas preventivas y curativas que realizan las personas fuera del sistema de salud u otros sistemas no formales de atención (33). Este tipo de cuidado puede desarrollarse de manera individual (autocuidado) o bien al de otros, donde aparece el rol de las “cuidadores”. Esto podría estar relacionado con la importancia que adquirieron las enfermedades crónicas en ciertos contextos, lo que generó la demanda de cuidado fuera de las instituciones sanitarias (34). Desde el uso de la denominación de tecnologías blandas como atención integral del paciente, en la que el quehacer en salud abarca más allá de la atención (35), el cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas. Campos (36) concibe que para la resolución y abordaje de las problemáticas en salud desde su complejidad es necesaria la conjugación de las acciones sanitarias con otras, al igual que la relación entre diferentes saberes técnicos y no técnicos.

Otro empleo de este concepto de tecnologías blandas es el que orienta al nivel del encuentro usuario-trabajador de salud con el modo de organización de los servicios, centrada en los sujetos (37). Donde se encontraría el cuidado equiparado a la atención, en el que se hace referencia a procedimientos médicos hospitalarios (29). Aspectos importantes a destacar de lo mencionado es la

consideración de la condición humana como fundamental (38), Ulloa (39) define al cuidado como un sistema de actividades destinado a promover, sostener la vida y la calidad de vida de las personas, caracterizado por la construcción de un lazo social tierno, donde ese vínculo este fundado en el buen trato, el miramiento y la empatía, precisando así la ética del cuidado, la cual debe preceder y presidir la acción en salud (40).

En relación al concepto de salud es importante considerar una mirada holística para comprender y resolver los complejos procesos que la involucran, a los fines de mejorar la existencia de los sujetos.

Calidad de Vida, un repaso teórico del concepto

La calidad de vida (CV) no pretende tener una definición absoluta, sino una definición construida desde un consenso dado en un contexto. Este consenso permite establecer líneas de acción desde la gestión estratégicamente pensada e implementada y actuar en la realidad comprendida como una construcción histórica basada en la comunicación entre sujetos históricos (41).

Semánticamente el término calidad de vida es una construcción sintáctica, donde el núcleo es la palabra calidad, definida por la Real Academia Española (RAE) como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”. La palabra vida aplicada como complemento explicativo o modificador indirecto es definido como “fuerza o actividad esencial mediante la que obra el ser que la posee. Hecho de estar vivo”. Entonces, “de vida” completan la calidad quedando definido el término como una sintaxis, calidad de vida, que la RAE define como “Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer la vida agradable, digna y valiosa”.

La CV está referida a las vidas humanas, a los seres con racionalidad y poder de discernimiento. La capacidad de racionalidad es la que permite al sujeto proyectarse en su vida, pensar en su propio destino y comprender su devenir histórico. Así el ser humano comprende su vida en relación con los demás con los cuales se comunica en sociedad. Esta comunicación se da mediante el lenguaje, a través del cual se expresa un conjunto de patrones que permiten la percepción del mundo. Estos patrones denominados paradigmas, conforman el filtro de lo que percibe del mundo exterior cada sujeto (41).

En ese sentido la CV está conformada por las múltiples dimensiones que comprende la vida, de las cuales dos son primordiales; una de ellas denominada

dimensión de las necesidades que deben ser satisfechas (alimentación, cuidado, protección física, entre otras), es la inherente a la vida misma del sujeto desde su nacimiento hasta su muerte. La otra es la simbólica, la cual comprende los deseos del sujeto. Estas dos dimensiones configuran el ser y el hacer de cada sujeto. El ser humano no solo trata de vivir sino de vivir mejor, en relación a ello la calidad de vida se refiere a cómo se vive en la sociedad y la capacidad que tiene cada sujeto de hacer cosas (expectativa de vida, realización de proyectos). Desde esta perspectiva calidad de vida de una sociedad es una representación de formas de vida y una valoración determinada de la misma, condicionadas por la cultura de una determinada sociedad (41).

Como antecedentes del surgimiento de esta perspectiva se puede señalar que ya pasada la Segunda Guerra Mundial, en Estados Unidos, surge la necesidad de conocer la percepción de los sujetos acerca de su propia vida, por las condiciones generales de la población, sus necesidades y la satisfacción de éstas. Desde este marco empieza a ser utilizado el concepto de calidad de vida (CV) (41, 42, 43).

En la década de los sesenta se inician investigaciones sobre CV, recolectando datos e indagando sobre el estado socioeconómico, nivel educativo y tipo de vivienda. Estos indicadores resultaron insuficientes ya que explicaban solo un pequeño porcentaje de la variación de CV de un sujeto (44). En respuesta a ello desde la Psicología se plantearon incluir indicadores psicológicos como la felicidad y la satisfacción de CV (45).

Para algunos autores la CV, se origina para distinguir resultados en investigaciones sobre la salud, bienestar subjetivo y satisfacción de la vida (46), donde se incorporan en su conceptualización tres áreas de conocimiento: medicina, economía y sociales (47).

La calidad de vida es un término sujeto a numerosas definiciones, Felce y Perry (48) proponen un modelo que la describe como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderada por escalas de valores, aspiraciones y expectativas personales. La misma resulta de la discrepancia entre el estado ideal y el real, siendo la CV alta cuando esa diferencia es pequeña por lo contrario, baja cuando la diferencia es amplia (48, 49, 50).

Para la OMS (51) la calidad de vida es “la percepción personal de un individuo de su situación, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación a sus objetivos, expectativas, valores e intereses” los que se encuentran

interrelacionados de manera compleja con la salud. Dentro de lo cual otros autores (52) incluyen las relaciones sociales y las creencias religiosas.

La CV se define como un estado de bienestar general que incluye descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional, junto con el desarrollo personal y actividades mediadas por los valores personales. El nivel de CV percibido por el sujeto está regulado por los procesos cognitivos y la evaluación que realiza cada persona de sus condiciones objetivas de vida, al igual que el nivel de satisfacción con cada una de esas condiciones (47).

La calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) para algunos autores es una sub área específica del constructo CV (53); esta especificidad permitió el desarrollo de conceptos secundarios en relación a la salud (54). La CVRS es definida como el bienestar percibido de la evaluación que el sujeto realiza de los diferentes dominios de su vida, y el impacto de éstos sobre su estado de salud (54). El concepto de CVRS es multidimensional, entendido como una entidad biopsicosocial, la cual está relacionada con el desarrollo de las aspiraciones del sujeto en todos sus órdenes y no solamente en los aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento (41).

Las investigaciones realizadas en relación a la CV conformaron dos tipos diferentes, las que abarcan abordajes del tipo cuantitativos, que permiten operacionalizar el concepto de CV a través de indicadores mensurables, agrupados en indicadores: sociales, psicológicos y ecológicos. Este tipo de estudios contemplan temas como los concernientes a condiciones de salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad, el ocio, la vivienda, etc. Por otro parte se encuentran los estudios de tipo cualitativo, que consideran la capacidad del sujeto de afrontar y resolver los conflictos (41, 55).

Diferentes autores afirman que investigar la calidad de vida contribuye a saber lo que percibe cada persona y así poder planificar en torno a las necesidades del sujeto (55).

Los estudios sobre CV permiten la evaluación del impacto global de la enfermedad y su tratamiento desde el punto de vista del sujeto, también son útiles para comparar tratamientos. En Argentina el concepto de CV, empezó a circular a mediados de la década de los ochenta, asociado a estilos de vida (conducta alimentaria, dieta, aire libre, vida sana, tiempo libre) especialmente los de clase media que presentaba deterioro socioeconómico. En ese momento las

políticas sanitarias hacían hincapié en las medidas de prevención y promoción de la salud, impulsadas por la cumbre mundial de Alma Ata en el año 1978. Los primeros trabajos sobre la evaluación de la CVRS empiezan a desarrollarse a partir de la segunda mitad de la década de los noventa. A partir de ese momento esta temática empieza a despertar interés, aunque hasta la actualidad son escasos los trabajos sobre CV (41).

Las enfermedades bucales influyen en la CV de un sujeto en los diferentes aspectos de su cotidianeidad como son la masticación, la articulación de palabras, su aspecto físico, como también sus relaciones interpersonales y oportunidades laborales (56).

La calidad de vida en relación al componente bucal (CVRCB), ha sido definida por la OMS (57) como la percepción que tiene un individuo en cuanto a la satisfacción con sus dientes, tejidos duros y blandos de su cavidad bucal, durante el desarrollo de sus actividades cotidianas, teniendo en cuenta sus experiencias actuales y previas, sus implicaciones con el cuidado, expectativas y creencias de acuerdo al sistema de valores dentro del contexto sociocultural en el que el individuo se desarrolle.

La salud bucal es considerada un mediador importante de la CV, desde su componente psicológico (58), por lo cual se han creado indicadores para ser utilizados específicamente en odontología (59). Estos indicadores de CVRCB permiten estimar el impacto social y funcional de las enfermedades bucales, tener medidas clínicas objetivas que ayuden a evaluar los tratamientos odontológicos y así poder mejorar la calidad de los servicios de salud (60).

En los últimos tiempos ha tomado relevancia el uso de instrumentos psicométricos para evaluar la calidad de vida en relación al componente bucal de la salud. Estos instrumentos permiten además de evaluar el impacto social y funcional de las enfermedades bucales, monitorear los problemas psicosociales relacionados al PSEA a nivel del componente bucal y la percepción del mismo.

En 1996 en la conferencia realizada en Chapell Hill sobre medidas de salud oral y calidad de vida se revisaron once instrumentos (54), los cuales se diferencian por el número y el valor que se le da a las preguntas.

Entre ellos uno de los más conocidos y utilizado en el presente estudio es el cuestionario de "Perfil de Impacto de Salud Oral" (Oral Health Impact Profile - OHIP) (61). Este instrumento consta de 49 preguntas, agrupadas en 7 dimensiones, elaboradas en el modelo teórico de Locker: discomfort psicológico, limitación funcional, dolor físico, incapacidad física, incapacidad psicológica,

incapacidad social, en desventaja. Para su cuantificación se utiliza una escala tipo Lickert, con valores de 0 a 4, donde 0 representa el valor más bajo y 4 el valor más alto (62). En estudios epidemiológicos en los cuales el instrumento fue el OHIP se halló que las afecciones bucales (caries, enfermedad periodontal, pérdida de elementos dentarios) al igual que las barreras para el cuidado del componente bucal, están asociados al impacto sobre el bienestar psicosocial y la calidad de vida del sujeto (63, 64).

Componente bucal, enfermedades prevalentes

La salud del componente bucal es fundamental para las funciones vitales de los sujetos como son la alimentación, comunicación, el afecto, la sexualidad, además de su relación con aspecto de carácter fisiológico, psicológico y social (65).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 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 (66).

La caries dental es la afección de mayor prevalencia en la mayoría de los países industrializados, afectando entre el 60% y el 90% de la población escolar y adulta (67). En países de Latino América como Argentina, Ecuador, República Dominicana y Venezuela entre el 85% y el 97% de la población presentó esta afección (68). La alta prevalencia de caries dental es reconocida como la principal causa de pérdida de los elementos dentarios, lo que la convierte en un problema de salud pública a nivel comunitario (69).

Afecta a la población sin importar edad, sexo ni estrato social (70, 71). La predisposición a desarrollar caries dental varía entre los individuos y entre los diferentes dientes dentro de una misma boca. La forma de la mandíbula y de la cavidad bucal, la estructura de los dientes y la cantidad y calidad de la saliva son importantes para determinar por qué algunos elementos tienen una mayor predisposición que otros (72). El impacto negativo de esta afección es valorado por el dolor, el sufrimiento, la pérdida de función y la alteración de la calidad de vida de las personas (73, 74).

La etiología de la caries dental es multifactorial; algunos investigadores mencionan la colonización temprana de microorganismos (75), la acumulación de placa en cavidad bucal (76), los factores sociodemográficos (77, 78); así también los hábitos alimentarios y la higiene bucal (79, 80). Existen también factores llamados del entorno, como se considera la existencia o no de servicios sanitarios, programas de salud bucal, nivel socioeconómico, zona de residencia, nivel educacional, ocupación, estrés, la etnia, la cultura, característica de la vivienda, entre otros (72, 81, 82).

La presencia del biofilm bacteriano es de suma importancia en el desarrollo de caries, su eliminación mecánica y/o química evita el proceso de desmineralización de los elementos dentarios. La mancha blanca, es el estadio inicial clínicamente visible de la lesión de caries, conformando el signo de alarma para accionar prácticas preventivas (72).

El estado de salud del componente bucal se asocia de manera significativa al estado nutricional, pudiendo predisponer la prevalencia de caries dental y gingivitis en niños y adolescentes así como el incremento de maloclusiones (72). Entre las afecciones periodontales la más prevalentes es la gingivitis. Estudios epidemiológicos muestran que ésta es frecuente en la niñez, más prevalente aún en la adolescencia, estabilizándose en edades más avanzadas (83, 84).

Investigaciones realizadas han demostrado que la enfermedad periodontal ocupa el segundo lugar entre las afecciones del componente bucal, donde el 70% de la población mundial padece alguna forma de periodontopatía (85).

El examen de la cavidad bucal, y la exploración detallada de la mucosa oral son una herramienta importante para el diagnóstico de alteraciones de desarrollo, enfermedades infecciosas e inflamatorias al igual que de patologías neoplásicas (86).

La prevalencia de enfermedades bucales está asociada a la edad adulta, la literatura mundial presenta pocos reportes acerca de las condiciones de la mucosa bucal en niños y adolescentes (87).

Estudios epidemiológicos de los tejidos blandos de la cavidad bucal, realizados en los últimos años han mostrado una considerable variación en la prevalencia de lesiones de la mucosa bucal dependientes de la situación geográfica en el mundo (88).

Numerosas lesiones bucales observadas en niños y adolescentes son la expresión de una enfermedad de fondo o genética; y en particular cuando la manifestación bucal corresponde al signo primario de una enfermedad sistémica

(88). Existen diversos factores condicionantes de la presentación de las lesiones de la mucosa oral, entre los que se pueden mencionar a: tóxicos, infecciosos, genéticos, emocionales y socioeconómicos, por lo cual se considera a estas lesiones de origen multicausal, siendo más prevalentes aquellas lesiones que en su etiopatogenia intervienen factores culturales, educativos y nutricionales (89, 90).

La maloclusión según las OMS, es la patología que ocupa el tercer lugar entre las enfermedades bucales (91). Simões define a la maloclusión como problemas de crecimientos musculo esqueléticos durante la infancia y la adolescencia, las que pueden producir problemas estéticos en los dientes y en la cara, como alteraciones de las funciones masticatorias, de fonación y oclusión (92).

Por otra parte, el aspecto dental que se desvía de los parámetros normales puede estigmatizar a un sujeto, provocando la no aceptación de su grupo de pares, fomentando un estereotipo negativo que tiene un efecto adverso en su autoestima. Puede reducir las oportunidades constituyéndose en un impedimento en las aspiraciones y oportunidades laborales lo que lleva a afectar la CV del sujeto (93, 94).

Varios instrumentos utilizados para evaluar la CVRS de los jóvenes que tienen mala oclusión como OHIP, GOHAI, OIDP demostraron un impacto negativo de las maloclusiones en la calidad de vida. Donde las dimensiones más afectadas son la psicológica y la social (95).

Desde hace varias décadas se realizan estudios para conocer la prevalencia de maloclusiones. Una de las clasificaciones más usada para ello es la de Angle, sin embargo, conocer la distribución según la severidad, es de mayor utilidad para la salud pública, ya que permite establecer prioridades (96). En ese sentido, el Índice de Estética Dental (DAI) permite categorizar la maloclusión según la gravedad y la necesidad de tratamiento. Dicho índice constituye un instrumento transcultural, universal, altamente reproducible, muy fácil de usar, por lo que es útil en estudios epidemiológicos (97).

Un examen completo del componente bucal debe incluir la evaluación de la articulación temporomandibular (ATM) para que los trastornos temporomandibulares (TTM) no pasen desapercibidos (98). La OMS (97) considera criterios para la evaluación de la ATM la presencia o ausencia de síntomas y de signos como chasquido, dolor a la palpación de los músculos temporal anterior y masetero y la movilidad reducida de la mandíbula (apertura menor a 30 mm).

Los TTM están conformados por un grupo heterogéneo y complejo de alteraciones de condiciones clínicas que no sólo afectan las ATMs, los músculos involucrados en los movimientos mandibulares, los dientes y el aparato de sostén (99, 100), sino también los músculos cervicales y estructuras asociadas (101), que provocan dolor no dentario en la región orofacial, limitación de los movimientos mandibulares y ruidos articulares como crepitación y chasquido (102); alteraciones que en los niños son leves, mientras en los adolescentes alcanzan porcentaje del 75.8 %, siendo el chasquido el único signo (103). El dolor tiene mayor predominio en las mujeres que en los hombres (104) y en la pubertad y edad media, más que en ancianos y niños pequeños (105).

Estudios epidemiológicos de los TTM mostraron una prevalencia alta y una variabilidad amplia en sus tasas (106) entre 6% a 68% en poblaciones de adolescentes y niños (107). Los signos y síntomas de los TTM son comunes para la población de adultos, niños y adolescentes (105).

La etiología de los signos y síntomas de los TTM es multifactorial con un fuerte componente biopsicosocial (105). Se deben tener en cuenta para un correcto diagnóstico, factores de riesgo como las interferencias oclusales que pueden producir una sobrecarga muscular a repetición; también los estados psíquicos, como la ansiedad, la frustración y los hábitos parafuncionales (onicofagia, bruxismo) (100).

La OMS publica en el año 1971 la “encuesta de salud bucal” (97) con la finalidad de proporcionar bases sustentables y replicables para evaluar las necesidades de la salud bucal de la población en todas las regiones. Esta encuesta brinda un método sistematizado para recabar y notificar los trastornos y enfermedades bucales, cuyas mediciones sean calibradas y comparables. Ofrece así las bases para planificar y evaluar los programas de salud bucal y los servicios sanitarios.

La encuesta incluye las siguientes secciones: de identificación, información general, evaluación de la articulación temporomandibular, fluorosis dental, índice periodontal comunitario, estado de la dentición, tratamiento necesario, situación y necesidad de prótesis. En su última edición, en el año 1997 (97) fueron incluidos los trastornos extraorales, de la mucosa bucal, las opacidades/hipoplasias de esmalte, la pérdida de fijación periodontal y las anomalías dentolabiales. La encuesta de Salud Bucal constituye en la actualidad una excelente herramienta para relevar el perfil epidemiológico del componente bucal y evaluar las necesidades de salud bucal.

Representaciones Sociales: fenómenos, conceptos y teorías

Uno de los conceptos teóricos centrales de este trabajo son las representaciones sociales (RS), que 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 plenitud de sentidos de las biografías e historias de vida de los sujetos (108).

Al hablar de interpretaciones de las realidades en plural y en singular, se parte del supuesto de que la realidad no es una, 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 intersubjetividad² (108).

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 (109).

El concepto de RS fue introducido por Serge Moscovisi (110) 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 (111). 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 (112). Jodelet (113) 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

² 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 (114).

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 ello junto (112).

La noción de RS se sitúa en un punto de intersección entre lo psicológico y lo social. La representación refiere la forma en que los sujetos sociales capturan los acontecimientos de la vida cotidiana, las características del medio ambiente, las informaciones que en el contexto circulan y de las personas de su entorno cercano o lejano. De esta manera se constituyen en el conocimiento espontáneo e ingenuo al que se denomina conocimiento del sentido común. Este conocimiento es nutrido por las experiencias previas, las informaciones, los conocimientos y modelos de pensamiento que el sujeto recibe y transmite a través de la tradición, la educación, la comunicación social y las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Este conocimiento es socialmente elaborado y compartido con la intención de comprender y explicar las ideas y poder responder a las preguntas que plantea el mundo. Se trata de un conocimiento práctico que da sentido dentro de un movimiento social a acontecimientos que terminan siendo habituales o cotidianos, evidenciando la realidad consensual y participando en la construcción social de la realidad (115).

Las RS acogen alta cantidad de informaciones, opiniones, imágenes, sentimientos, ritos, técnicas, costumbres, actitudes, modas, creencias, miedos, etc., que permiten vivir al sujeto. Toda RS es representación de algo o alguien (109).

Otros autores refieren que el conjunto de las RS forman un sistema cultural que genera la cohesión social en una comunidad (111). Se le otorga importancia al orden simbólico de la propia cultura y los conceptos sociales en los cuales son concebidos como información social e históricamente transmitidos, reelaborados y reconstruidos a través de la interacción entre los diferentes actores sociales sobre la base de la experiencia. Las RS son un conjunto de componentes racionales y no racionales, lógicos y emocionales, normativos y evaluativos (116).

En el caso del proceso salud enfermedad atención la representación social expresaría la forma como la persona explica, siente, interpreta y enfrenta los problemas de salud.

Las RS poseen características fundamentales que Jodelet (117) describe de manera esquemática:

- Siempre es la representación de un objeto o de una persona.
- Tiene un carácter de imagen y la propiedad de intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto.
- Tiene un carácter simbólico y significativo.
- Tiene un carácter constructivo.
- Tiene un carácter autónomo y creativo.

Según Moscovisi (112), las RS no se generan sobre cualquier fenómeno, tema u objeto, sino deben darse una serie de condiciones que afecten tanto al hecho social como al grupo. El objeto debe tener carácter social, y establecer relaciones entre dicho objeto y las personas, ya que los grupos sociales no elaboran un pensamiento compartido si los objetos no son significativos para ellos. Este proceso debe reunir algunas de las siguientes características (118):

- Suponer un cambio importante en la concepción del mundo y el ser humano; ej. Desarrollo tecnológico.
- Desarrollar procesos que modifiquen las condiciones de vida de una sociedad.
- Relacionarse con acontecimientos dramáticos, usualmente dolorosos que afecten a la sociedad; ej.: cáncer.
- Partir de procesos que estén presentes de manera importante en la vida social de los sujetos y afecte procesos básicos de la comunicación, interacción social y visión del mundo.

Retomando a Moscovisi (112), se agregan otras características:

- Dispersión de la información sobre el objeto por una transmisión indirecta de las informaciones, y que esa dispersión de lugar a varias distorsiones en la información.
- Localización determinada del grupo social frente al objeto, que consiste en que los miembros del grupo presten atención a ciertos aspectos particulares y desinterés a otros.

- Proceso de presión de inferencia que permita la estabilidad del conocimiento que tiene el grupo y el desarrollo de conductas y discursos coherentes con el objeto y con el grupo.

Las RS se generan y funcionan en grupos reflexivos, donde cada sujeto reconoce su pertenencia, poseen criterios para saber quiénes pertenecen o no a dicho grupo; en estos grupos el conocimiento de las RS es público y circula libremente, insertándose en el discurso cotidiano de los sujetos, para que de esta manera las RS puedan cumplir las funciones de permitir el conocimiento de la realidad y conducir las actuaciones y prácticas cotidianas (109).

Como se había mencionado las RS se refieren a un objeto que es relevante para un grupo social y se generan a través de procesos comunicativos como es la objetivación (lo social en la representación) y el anclaje (la representación en lo social) (113).

La objetivación consiste en ordenar de manera particular los conocimientos relativos al objeto de la RS (110); es la transformación de los conceptos abstractos o extraños, en experiencia o materializaciones concretas. Esta transformación se produce en tres etapas (112): la primera de selección y descontextualización; donde los integrantes del grupo seleccionan algunos datos del objeto y descartan otros, y la descontextualización surge al momento donde las ideas científicas se transforman en conocimiento cotidiano. La segunda etapa se caracteriza por la conformación del núcleo o esquema figurativo, que corresponde a la materialización del objeto social abstracto en una imagen nuclear, gráfica y fácilmente accesible para una fácil comprensión. La tercera etapa corresponde a la naturalización donde el esquema o núcleo figurativo y sus elementos dejan de ser una elaboración abstracta para convertirse en su expresión directa e inmediata (119).

El anclaje se refiere al enraizamiento social de la representación y su objeto, es la integración cognoscitiva del objeto, implica la incorporación de lo desconocido en un sistema de categorías conocidas, permitiendo la inserción del objeto de representación en un marco de referencia ya dominado (109).

Jodelet (113) resume el anclaje como: interpretación de la realidad, integración de la novedad en un sistema preexistente de pensamiento grupal, orientación de las conductas y relaciones sociales; al conocer y comprender el objeto social desde la perspectiva del grupo, sus integrantes saben cómo desenvolverse frente a ese objeto.

El contenido de una RS se clasifica de tres modos: semántico, el cual se aplica a los textos, mediante la asociación libre de palabras, donde se logra obtener material referido a objetos, sucesos, sentimientos y emociones. El modo lexical el cual considera sustantivos, adjetivos, verbos y proposiciones y todas las expresiones gramaticales y el modo cognoscitivo procesual donde la RS refiere a estereotipos, actitudes, creencias y tendencias de conducta (109).

Todas las RS cuentan en su estructura con un nodo central que le da significado y está ligado a elementos no solo cuantitativos sino cualitativos como los eventos históricos, ideológicos y sociológicos del grupo, que se caracteriza por su estabilidad, rigidez y continuidad, y un sistema periférico determinado por la historia individual de cada sujeto y por sus experiencias particulares (109).

Las representaciones sociales son constructos sociales enmarcados en universos simbólicos y pautas culturales, lo que lleva a recurrir a una metodología de lógica cualitativa para su abordaje.

Las RS han sido abordadas por diferentes disciplinas como la antropología, psicología social, entre otras. En el campo de la salud se han realizado diversas investigaciones sobre RS, como las que se iniciaron con Claudine Herzlich (120) en quien distingue las nociones, categorías y lenguaje que describen la salud y la enfermedad de acuerdo al concepto de la sociedad francesa.

Vulnerabilidad Social, conceptos y definiciones

En relación al concepto de vulnerabilidad social (VS), autores latinoamericanos coinciden en que a través de diferentes definiciones se pretende generar una interpretación multidimensional, sintética e integradora sobre los fenómenos de desigualdad y pobreza en América Latina. En la década de los noventa, fenómenos sociales provocaron la inestabilidad económica en los países en vías de desarrollo. América Latina quedó expuesta a las consecuencias de la globalización. En el espacio internacional emerge la desigualdad estructural, y a nivel del interior de las sociedades se da una crisis en el empleo formal y el incremento de la pobreza, generándose fenómenos de volatilidad económica. En ese escenario emerge el concepto de “nuevos pobres”, el cual engloba a sujetos de clase media, que a pesar de contar con educación formal, y los reiterados intentos de insertarse en el mercado laboral, quedan excluidos de la distribución de los recursos sociales, y el ideal meritocrático se desmorona (121, 122).

La VS considerada como una condición de riesgo, de susceptibilidad e indefensión para sufrir o padecer algún tipo de perjuicio o daño, se centra en dos interpretaciones: fragilidad o riesgo (121).

La VS interpretada desde una concepción de fragilidad es entendida como una condición de los individuos, familias, comunidades, que al estar involucrados en ciertos procesos estructurales que les generan fragilidad, indefensión, precariedad e incertidumbre, son afectadas sus posibilidades de integración y desarrollo.

La interpretación de VS desde el enfoque de factor de riesgo, se refiere a los efectos que pueden ocasionar un conjunto de factores de riesgos a una situación, definiendo un síndrome de vulnerabilidad social (122).

Existen críticas acerca de los conceptos de VS, algunos autores como Moreno Crossley (121) destacan la tendencia a individualizar las fuentes de desigualdad y los fenómenos de exclusión al mismo tiempo que se omiten las acciones colectivas por contrarrestar estos fenómenos. Moser (123), realizó el análisis de familias pobres en distintos países para el Banco Mundial, y propuso prestar atención a lo que los pobres poseen más que a lo que carecen, advirtiendo que distintas situaciones de pobreza se deben a las diversas formas en que los hogares administran sus activos. Los activos se entienden como el conjunto de bienes, recursos, ya sean materiales como intangibles que pueden ser utilizados para mejorar la calidad de bienestar o superar adversidades. Caroline Moser (123) los sujetos y familias son más vulnerables unos que otros de acuerdo a la posesión y utilización de los distintos activos sociales. Por lo cual la VS se identifica con el conjunto de limitaciones o desventajas que las personas encuentran para acceder y utilizar los activos que se distribuyen en la sociedad. Desde esta perspectiva, surge la propuesta de políticas sociales centradas en la promoción de las oportunidades de acceso a los activos por parte de las familias al igual que el fortalecimiento de la manera de administrar sus activos (122).

Autores como Kaztman (124) y Filgueira (125) adhiriendo a la perspectiva de Morse sobre los activos y vulnerabilidad, propusieron analizar los procesos de formación y distribución de activos, a los que clasifican en: capital físico (ej. financieros, viviendas); capital humano (salud, trabajo, educación) y capital social (redes sociales). Estos activos son generados por tres fuentes: estado, mercado y comunidad, los cuales conforman la estructura de oportunidades (126). También define tipologías de grupos sociales, el cual no se limita solo a los pobres sino que incluye varios sectores de la sociedad. Así se definen seis

grupos sociales: integrados plenos, integrados pobres, excluidos totales, excluidos no pobres, vulnerables recientes y vulnerables estables (124). El mismo autor define a la VS como la situación por lo cual las personas, hogares, grupos, comunidades no obtienen trabajos de calidad, estables; las redes sociales son débiles y el acceso a los servicios públicos es irregular. En análisis posteriores agregan que el nivel de vulnerabilidad depende de la posesión y administración de los activos, entendiéndose a estos activos como los recursos requeridos para aprovechar las oportunidades que brinda el medio de desarrollo (126). También estos autores analizaron el rol del estado, el mercado y la comunidad, lo que les permitió realizar una clasificación de los estratos sociales: “vulnerables a la marginalidad”, como primer estrato, en el extremo inferior de la escala social (población en condiciones de pobreza estructural); “los vulnerables a la pobreza” (población con ingresos alrededor de la línea de pobreza y lazos débiles de integración social); y los “vulnerables a la exclusión de la modernidad” (grupos integrados que son afectados por el deterioro de la unidad familiar, la segregación residencial y educativa (126).

El conjunto de características que generan debilidad, desventajas o problemas en el desempeño y movilidad social de las personas, hogares, comunidades, grupos, etc. actúan como frenos u obstáculos para la adaptación de los actores a los escenarios cambiantes de la sociedad (127).

Los escasos recursos económicos, condiciones de trabajo, desigualdades en los servicios sanitarios, la educación, etc. tienen una repercusión importante sobre la salud y el componente bucal, teniendo también una influencia decisiva en los comportamientos individuales y colectivos (128).

La Organización Mundial de la Salud (66) menciona que la distribución y severidad de las enfermedades del componente bucal varía de una región a otra y su aparición está fuertemente asociada a factores socioculturales, económicos, del comportamiento y del ambiente.

La mayoría de las enfermedades bucales están asociadas con la pobreza, niveles bajos de educación y comportamientos de las personas y la comunidad (129).

El Centro Latinoamericano y del Caribe de Demografía (CELADE) integrante de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) define a la vulnerabilidad social como “la combinación de: a) eventos, procesos o rasgos que entrañan adversidades potenciales para el ejercicio de los distintos tipos de derechos ciudadanos o el logro de los proyectos de las comunidades, los

hogares y las personas; b) la incapacidad de respuesta frente a la materialización de estos riesgos; y c) la inhabilidad para adaptarse a las consecuencias de la materialización de estos riesgos” (130). Esquemáticamente la CEPAL (130) representa a la vulnerabilidad social como:

VULNERABILIDAD SOCIAL= EXPOSICIÓN A RIESGOS+ INCAPACIDAD PARA ENFRENTARLOS+ INHABILIDAD PARA ADAPTARSE ACTIVAMENTE

Es entonces que el concepto de vulnerabilidad se aplica a aquellos grupos de la población que por su edad, sexo, condición económica, condición social, origen étnico, conductas, etc. se encuentran en situaciones que les impiden incorporarse al desarrollo y acceder a mejores condiciones de bienestar. Desde esta perspectiva, los jóvenes alojados en centros socioeducativos del área penal juvenil pueden considerarse como grupos vulnerables.

Jóvenes en situación de encierro bajo el sistema penal juvenil

Existen varias formas, en que la sociedad ha clasificado a grupos de jóvenes y adolescentes en riesgo social por sus actividades, conductas, costumbres y estilos de vida. A diario se constata un notable incremento de hechos delictivos protagonizados por jóvenes y adolescentes. Esta realidad se ve reflejada en el ingreso de jóvenes asistidos en los centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba. Estudios realizados en este contexto demuestran, que si bien el número de jóvenes se mantiene constante, la población varía. Esto provoca una alarma social, y muchas veces no es factible distinguir entre los que constituye la actividad delictiva propiamente dicha y un comportamiento desviado de las costumbres, tradiciones, condicionamientos socioeconómicos en que viven, o quizás lo peor condicionados porque estas conductas son su modo de vida, un medio normal y habitual, en el cual se desarrollan desde su nacimiento y sus primeros años de vida (2).

¿Qué se entiende por delincuencia? La Real Academia de la lengua española (131) dice que es “la cualidad de aquel que comete delito”, entendiéndose por delito “el quebrantamiento de la ley; la acción u omisión voluntaria, castigada por la ley con pena grave”. Pero al querer entrar en el mundo de los que es la delincuencia juvenil, el ambiente que se percibe realmente es enrarecido; ya que es la conjugación de múltiples factores que llevan a niños y adolescentes a desarrollar conductas delictivas (2).

Existen diferentes conceptos relacionados con el comportamiento delictivo, algunos sociólogos lo relacionan con la marginalidad y la extrema pobreza, otros relacionan estas conductas a la carencia de una estructura familiar organizada (132).

Barbero (133) en su trabajo “El impacto del maltrato infantil en las conductas delictivas”, expresa que la delincuencia es un fenómeno que excede lo individual para afectar a todo el conjunto social y las causas que los originan son múltiples y por ello para analizar la delincuencia juvenil, se debe considerar el enfoque multicausal y multidisciplinario como fundamental.

Se consideran dos tipos de conductas delictivas en los jóvenes, la esporádica y la persistente. La primera estaría relacionada con la experimentación de roles que adopta un adolescente en este período; mientras que la del tipo persistente estaría asociada a una conjugación de múltiples factores de riesgos (134).

Los jóvenes en conflicto con la ley penal, en la Provincia de Córdoba, son alojados en centros socioeducativos ubicados fuera del ejido de la Ciudad de Córdoba; a 2 km del Camino de 60 cuadras en el km 14,5, concentrados en un predio, de 52 hectáreas, conocido como Complejo Esperanza (figura 1).

Este predio cuenta, hasta el momento, con cuatro centros socioeducativos que alojan a jóvenes de 12 a 20 años, distribuidos según la edad y un centro que funciona como admisión y distribución de los jóvenes cuando ingresan al sistema. El centro que aloja a jóvenes mujeres, en estas circunstancias es el CESAM, que en la actualidad se ubica en el corazón del Barrio Nueva Córdoba de esta Ciudad.

El tipo de delitos que presentan estos jóvenes, recorren una amplia gama que oscila desde hurtos simples hasta los de mayor pena como son los homicidios y casos de instancia privada. Estudios realizados en este contexto (2), donde participaron jóvenes con causas de delitos contra la propiedad, el robo calificado fue de 55%, siendo el 75% de jóvenes reincidentes y el 55% con algún integrante familiar purgando pena o con antecedentes penales; factor predisponente para el desarrollo y reiteración de conductas delictivas.

Los jóvenes alojados en estos centros que en la actualidad suman un número de 230 aproximadamente, tienen acceso a educación formal, ya que cuentan con una escuela dentro del mismo predio, donde se desarrollan programas de alfabetización primaria (Centro educativo de nivel primario de adultos- CENPA) y secundaria (Centro Educativo de Nivel Medio de Adultos- CENMA; Programa de inclusión/ terminalidad de la escuela secundaria 14-17 – PIT). Además cuentan

con 18 tipos de talleres de capacitación en: granja, espacios verdes, carpintería, electricidad, refrigeración, herrería, peluquería, panadería, entre otros. Tienen acceso a actividades deportivas como fútbol, rugby, vóley, básquet, gimnasia. Los mismos se desarrollan en los patios internos, o en las canchas externas del complejo y en las instalaciones del gimnasio.

El Complejo dispone, además de un centro de salud, que al momento ofrece guardias diarias de medicina y enfermería y brinda servicio de odontología y fisioterapia. En estos espacios se desarrollan actividades del primer y segundo nivel de atención, urgencias y emergencias.

Investigación Cualitativa

La investigación cualitativa (IC) se interesa por la vida de las personas, sus perspectivas subjetivas, sus historias, y comportamientos, experiencias, interacciones, sus acciones y sentidos. Todo esto lo interpreta situado en un contexto específico en el que tienen lugar. De esta manera trata de comprender esos contextos y procesos, explicándolos desde una causalidad local (135). La IC también es útil para estudiar las organizaciones, instituciones, movimientos sociales, transformaciones estructurales; dando lugar a nuevas y renovadas formas de conocer (135).

Esta estrategia de investigación ha sido muy utilizada por las ciencias humanas desde principios del siglo XX; la Escuela de Chicago, empleó a este tipo de investigación como herramienta en el área de la Sociología, para el estudio de la vida de los grupos humanos (136). La Antropología, a través de trabajos de Malinowski, Mead, Bateson, entre otros, realizaron trabajo de campo, donde el observador se establecía en el extranjero para estudiar costumbres y hábitos de otra sociedad y cultura (136).

La IC a través de un multimétodo focalizado incluye a la interpretación y a la aproximación naturalista de su objeto de estudio, de esta manera estudia los hechos en su situación natural tratando de entender e interpretar los fenómenos de acuerdo a los significados que la gente le otorga. Hace énfasis en la construcción social de la realidad, la estrecha relación entre el investigador y lo que estudia y las influencias del contexto que condiciona la investigación (136). La IC incluye la recolección y el uso de una variedad de materiales empíricos que describen la rutina, los momentos problemáticos y las significaciones en la vida de los sujetos.

Maxwell describe cinco propósitos, por los cuales la IC es de gran utilidad: 1- comprender los significados que los sujetos dan a situaciones y acciones en que se encuentran involucrados. 2- comprender el contexto particular en el cual participan los actores y la influencia que tiene éste sobre sus acciones, y de esta manera poder entender cómo se configuran las acciones, acontecimientos y significados por la circunstancia en la que ocurren. 3- identificar los fenómenos no previstos y generar nuevas teorías de bases acerca de éstos. 4- comprender los procesos por los cuales tienen lugar los acontecimientos y acciones. 5- desarrollar explicaciones causales validas, analizando como ciertos sucesos influyen sobre otros, comprendiendo los procesos de manera local, contextual y situada (137).

Vasilachis (138) señala que la IC abarca distintas orientaciones y enfoques, diferentes tradiciones intelectuales y disciplinarias que se integran en presupuestos filosóficos y despliegan nuevas estrategias de recolección y análisis de datos. Estos múltiples conceptos acerca de lo que se conoce, lo que se puede llegar a conocer, del cómo se conocen y de la manera en que se transmitirán los conocimientos, lleva a pensar que no hay una sola manera legítima para hacer IC. A su vez aclara que dentro de esas diferencias existen similitudes que permiten agrupar las características referidas a: quién se estudia, qué se estudia, las particularidades del método y la meta de investigación, al momento de diseñar una IC. En el mismo artículo menciona a varios autores que hicieron aportes al desarrollo de este tipo de metodología tales como Mason, Strauss & Corbin, quienes definen que el interés de la IC, como la forma en la que el mundo es comprendido, experimentado, producido, en la vida de las personas, sus comportamientos e interacciones. La dinámica de los procesos, del cambio y el contexto social. La perspectiva que los actores tienen sobre sus propios mundos (139, 140). A la IC la moviliza el sentido y los significados (137), las narrativas personales, las historias de vida (141), los relatos, por las experiencias internas vitales (142). También el lenguaje y las prácticas de los actores (143); distintos conocimientos y puntos de vistas, según (144); lo que las personas piensan, y lo que ese pensamiento les implica y significa (145).

Con lo expuesto al momento y basándose en el análisis de distintos autores, la IC es interpretativa (136); hermenéutica e inductiva (146); multimetódica, reflexiva, profunda, rigurosa (143). La IC es descripta como relacional y sustentada fundamentalmente en la comunicación (138).

La finalidad de la IC es caracterizada por algunos autores con el descubrimiento de lo nuevo y el desarrollo de teorías fundamentadas empíricamente (144). Con las acciones de descubrir, elucidar, comprender y construir nuevas perspectivas de lo que se conoce, para caracterizar el interés de la investigación cualitativa (147).

A la IC le interesa abordar a las personas y conjuntamente a sus acciones, expresiones, significaciones, interpretaciones, donde el/la investigador/a recoge e interpreta los datos para luego realizar el informe final y la devolución con los participantes del estudio. Al igual que le importa los contextos, las situaciones sociales que son observadas, y donde tienen lugar los participantes, relacionándose entre ellos como con el/la investigador/a. Estos intereses han llevado a afirmar que la metodología cualitativa realiza sus presupuestos basándose en el paradigma interpretativo (138) y su fundamento reside en la necesidad de comprender el sentido de la acción social en el contexto del mundo de la vida y desde la perspectiva de los actores (148). Por ello es oportuno no dejar de mencionar la “epistemología de sujeto conocido” propuesta por Irene Vasilachis, como componente de los intereses y quehaceres de la IC, donde la mayor inspiración radica en el conocimiento de las personas y su mundo de la vida, es aquí donde la “epistemología del sujeto conocido” (135) despliega sus características como: 1- la validez del conocimiento, en donde los actores participantes dejan de ser considerados como objetos para ser sujetos con una realidad ontológica, en un contexto espacial y temporal determinado; la identidad social, la política, la religiosa, la laboral, son expresiones de la identidad existencial de los sujetos. Esta validez de conocimiento es mejor lograda cuando menos se tergiversen las acciones, los sentimientos, las significaciones o cualquier otro componente de la identidad de ese sujeto conocido. 2- la capacidad del conocer, donde se trata de considerar el resultado del proceso de conocimiento como una construcción cooperativa, en la que los sujetos brindan aportes distintos. 3- las formas de conocer, donde el sujeto conocido recurre a cúmulo de nociones, representaciones e imágenes sociales a través de las que situará al investigador y a su actividad en la sociedad y que a su vez le servirán para situarse frente a él. 4- el alcance del conocimiento, donde el investigador debe recapacitar acerca de si su conocimiento contribuye a la reproducción de la sociedad, de sus jerarquizaciones, relaciones, etc.; y si su conocimiento tiene utilidad. 5- el desarrollo del conocimiento, entendido como un proceso de construcción conjunta entre el sujeto que conoce con el sujeto conocido (135).

En síntesis, los interrogantes a los que responde la IC, son aquellos interesados por las personas, sus construcciones, significaciones, representaciones, historia, percepciones y todo aquello contenido en la realidad contextual, que a diario construye la cotidianidad del sujeto.

Teoría Fundamentada

En inglés llamada Grounded Theory (149, 150), es una herramienta utilizada para la construcción de teoría basada en los datos empíricos que sustentan esa teoría, a partir de un procedimiento de análisis deductivo (151).

El enfoque que brinda la teoría fundamentada (TF) se basa en el proceso inductivo de análisis que genera conceptos y desarrolla teoría a partir del material procedente del estudio de casos. Esta técnica no constituye un método específico, sino un estilo de hacer un análisis cualitativo que se caracteriza por incluir herramientas específicas como es el muestreo teórico y la comparación constante.

La TF fue desarrollada por los sociólogos Barney Glaser y Anselm Strauss (149) en la década de los sesenta, con un estudio realizado sobre el personal de un hospital que estaban al cuidado de pacientes moribundos. De esta manera la sociología de la salud está vinculada al desarrollo de la metodología cualitativa. Denzin y Lincoln (136) ubican los orígenes de la TF en la fase posmodernista de los métodos cualitativos, que se extendió desde la posguerra hasta los años setenta, los cuales fueron considerados la edad dorada del análisis cualitativo riguroso.

Para el desarrollo de la TF aportaron dos corrientes, una la filosofía pragmática norteamericana con Dewey, Mead y Peirce quienes subrayaron sobre la acción y la situación problemática, como en la necesidad de concebir los métodos en los contextos de los problemas abordados. La segunda de las corrientes fue la tradición desarrollada en la Universidad de Chicago, entre los años veinte y cincuenta, donde se combinaron las observaciones de campo con las entrevistas como técnicas de interacción y los procesos sociales como ejes de atención (152). La escuela de Chicago pone énfasis en la necesidad de aprehender el punto de vista del actor para entender la interacción, el proceso y el cambio social. La adquisición de una perspectiva que aprehende endógenamente el problema desde la perspectiva de los actores intervinientes (sujetos

investigados), permite entender un suceso según los sujetos participantes entienden y categorizan (153).

La TF se fundamenta en el supuesto de que la teoría es indispensable para el conocimiento profundo de un fenómeno social. Por lo cual si el investigador pretende desarrollar ideas teóricas, no se puede limitar solo a codificar y analizar los datos de la información significativa que obtiene a través de las entrevistas y/u otras técnicas, sino que debe rediseñar y reintegrar constantemente sus nociones teóricas a medida de que revisa su material. En relación a ello, Glasser y Strauss (149) consideran las siguientes ideas teóricas básicas.

- *Categorías*: las cuales permiten codificar los incidentes, hecho y/o acontecimientos particulares y/o significativos que aparecen en el material recabado por el investigador a través de diferentes técnicas (entrevistas, historias y relatos de vida, documentos, etc.).
- *Propiedades*: características concretas de algo, ya sea idea persona, actividad, acontecimiento; susceptible a ser contextualizada.

Las categorías son definidas según propiedades, a través de una dimensionalización que lleva a cabo el investigador; y engloban información diversa pero con un denominador común. Las categorías centrales cumplen la función de integración y densificación de la teoría.

- *Hipótesis*: respuestas provisionales sobre las relaciones conceptuales entre categorías y las propiedades de una categoría.

Glasser y Strauss (149) caracterizan a la TF con dos estrategias: el *método de la comparación constante*, por el cual simultáneamente el investigador, codifica y analiza los datos que le permiten desarrollar ideas teóricas. Cada incidente es comparado con otro o con propiedades de una categoría, desde las mayores similitudes o diferencias posibles. Los mismos autores definen cuatro etapas dentro de esta estrategia: 1)- comparar incidentes o sucesos aplicables a cada categoría que posteriormente Strauss (150) establece distinciones en el proceso de codificación (abierto, axial y selectivo). 2)- integrar categorías con sus propiedades, de manera tal que la articulación siempre sea creciente de los componentes de la teoría 3)- delimitar la teoría, en una primera instancia solidificándola, las modificaciones se van reduciendo a medida que el investigador compara un incidente con el siguiente y sus propiedades y así llegar al proceso de la reducción, el cual implica que el investigador descubra las propiedades subyacentes, y de esta manera delimitando su teoría y su texto. 4)-

escribir la teoría con los datos que el investigador posee codificados al igual que los memos³.

La otra estrategia es la *técnica de muestreo teórico*, intencional para algunos autores (154), y responde a una pregunta fundamental en la investigación cualitativa ¿cómo selecciona el investigador los siguientes casos o incidentes a analizar? (149). Es un proceso de recolección de datos para generar una teoría, por la cual el investigador selecciona, codifica y analiza su información y decide qué información escoger luego y dónde hallarla para desarrollar su teoría. Este proceso está regulado por la teoría emergente, sea formal o sustantiva (149). A medida que se avanza en el proceso se van agregando a la muestra de situaciones observadas, algunas observaciones o entrevistas adicionales con la intención de aumentar la diversidad de la muestra, y con la finalidad de profundizar en la comprensión de propiedades diferentes. Llegado un momento que la categoría que se está analizando, la categoría central y sus categorías vinculadas se saturan⁴, no se puede sumar ni a ellas ni a sus propiedades nada nuevo, lo que determina la señal para iniciar la clasificación⁵ (154). Los criterios para determinar la saturación de una categoría y la teoría son: 1)- integración y densidad de la teoría, cuando se han analizado y explicado el mayor número de variaciones dentro de la teoría y cuando la relación entre las categorías emergentes encajan en un esquema lógico explicativo del problema de investigación; 2)- la combinación de los límites empíricos de los datos; la saturación se alcanza cuando el investigador no tiene acceso a otros datos que aporten a la investigación; y 3)- la sensibilidad y capacidad teórica de del investigador para abordar teóricamente los datos (149).

³ Memos: registros del investigador, de las ideas interpretaciones, preguntas y para las posteriores recolecciones de datos (152). Nota que el investigador escribe a cerca de las proposiciones que se le van ocurriendo en relación a una categoría o propiedad y sobre todo las relaciones entre categorías. El investigador escribe acerca de cómo se desarrolla el proceso (154).

⁴ Saturación teórica: momento en el investigador detiene la recolección de datos, ya que considera que su teoría ya está construida y porque los datos adicionales, en vez de aportar al desarrollo de la teoría incrementan el volumen de los mismos (158).

⁵ Clasificación: Es el principio del fin del análisis. La clasificación ocurre cuando todas las categorías están saturadas y consiste en la articulación de los memos de manera tal que tengan sentido dentro de la situación que se estudia (154).

La TF se nos presenta como una herramienta útil para la construcción de teoría a partir del análisis de datos empíricos, desde la perspectiva de los actores intervinientes o sea que nos permite entender un suceso según los sujetos participantes lo entienden.

Triangulación de información

Desde las lógicas de investigación cualitativa, la triangulación se define como el uso de varios métodos, fuentes, teorías, de investigadores o de contextos para el estudio de un fenómeno. Comprende el uso de varias estrategias para el estudio de un caso (155) y no literalmente el uso de tres métodos (156).

El uso de varias estrategias para el estudio de un mismo fenómeno, permite descartar debilidades de cada estrategia y destacar las fortalezas de otras (157). Es así que dentro de la metodología cualitativa, la triangulación se considera como herramienta que aumenta la validez y calidad de un estudio.

Este método permite visualizar un problema desde diferentes ángulos y así aumentar la validez y consistencia de los hallazgos, por ello se considera que una de las ventajas de la triangulación es cuando dos estrategias arrojan resultados similares corroborando los hallazgos; pero también se la considera útil cuando los resultados son diferentes ya que permite ampliar la perspectiva en cuanto a la interpretación del fenómeno, señala su complejidad y de esta manera enriquece el estudio (155). A su vez la triangulación además de ser utilizada para examinar el mismo fenómeno también puede enriquecer la comprensión del investigador permitiendo la emergencia de nuevas y más profundas dimensiones (159).

La triangulación es considerada como una estrategia que disminuye la posibilidad de malos entendidos, ya que produce resultados reiterativos durante la recolección de datos, esclareciendo los significados y verificando la repetitividad de una observación. Denzin (160) define a la triangulación como la combinación de metodologías en el estudio de un mismo fenómeno. Es útil, también para identificar las distintas formas en que un fenómeno se puede estar observando (157). Denzin y Lincoln (161) describen cuatro tipos de triangulación: metodológica, de datos, de teoría y la de investigadores, la cual consiste en que más de una persona examina la misma situación (157).

Estrategias metodológicas, técnicas para recabar información

El investigador dispone de determinados recursos técnicos para la obtención de información como son el análisis documental, entrevistas, grupos focales, observación, entre otros. Estos son utilizados siguiendo modelos y patrones específicos a los que se denominan estrategias metodológicas (162).

Entre estos recursos técnicos podemos mencionar:

Revisión, lectura de documentación; Valles (162) refiere que esta técnica tiene varias acepciones para su definición como las que propone Moliner (163): como verbo documentarse referido a instruirse a cerca de algo previamente a tratarlo o escribir sobre ello; el investigador hace uso de documentación con el propósito de justificar a acreditar sus análisis e interpretaciones; y también testimonios pasados que le sirve como herramienta para la reconstrucción de la historia.

Erlandson (164) define al documento como una amplia variedad de registros escritos y simbólicos. Estos incluyen cualquier cosa previa a y durante la investigación como relatos históricos, periódicos, obras de arte, registros de acreditación, fotografías, agendas, notas de reuniones, etc.

La investigación documental permite a través de la observación y el análisis de ese tipo de registro volver la mirada al tiempo pasado con la finalidad de comprender e interpretar la realidad actual; permite también contextualizar el fenómeno a estudiar; ampliar el campo de observación y enmarcar el objeto de estudio dentro de un momento histórico y de esta manera tener una mirada más global y holística del fenómeno (165).

La entrevista es la interrelación, el contacto, la comunicación, confrontación, el reporte, informe, la reflexión expresada, la indagación. Es una técnica antiquísima en donde se efectúa un acto de comunicación a través de la cual una parte obtiene información de la otra (166).

La entrevista, es un proceso comunicativo; es una técnica con la cual el investigador obtiene información de forma oral y personalizada. Esta información está condicionada por lo subjetivo de la persona, como creencias, actitudes, opiniones o valores en relación a la situación que se está estudiando (167).

Otros autores definen a la entrevista como una conversación provocada por un entrevistador con sujetos elegidos según un plan determinado con una finalidad de tipo cognoscitivo. Siempre está guiada por el entrevistador con un esquema flexible (168).

Valles (162) menciona la clasificación de las entrevistas según sean estandarizadas o no y también según su grado de estructuración. Los instrumentos estandarizados son los cuestionarios y los no estandarizados la entrevista propiamente dicha ambos utilizados para la recolección de datos mediante la interrogación.

La entrevista se caracteriza por ser un instrumento abierto, flexible, adaptable a los distintos contextos empíricos, moldeable a lo largo de la interacción: pero la flexibilidad puede presentar diversos grados. Se distinguen tres tipos de entrevistas: estructurada, la no estructurada y la semiestructurada, donde el investigador utiliza para el desarrollo de la entrevista un guión de pautas o guión de la entrevista basada en los objetivos y preguntas de investigación. No existe un orden de secuencias de las preguntas, el entrevistador puede plantear la conversación como desee, sobre un determinado tema, efectuar las preguntas que crea oportunas y hacerlo en los términos que estime convenientes, explicar su significado, pedirle al entrevistado, aclaraciones cuando no entienda algún punto y que profundice cuando le parezca necesario, estableciendo un estilo propio y personal de conversación (169, 170).

Las entrevistas generalmente son grabadas, previo consentimiento de los entrevistados, para obtener el corpus⁶, para luego analizarlo junto a las impresiones y notas de campo registradas por el investigador.

⁶ Corpus: contenido de la desgravación textual de lo hablado por el entrevistador y el entrevistado, durante la microsituación social que fue la entrevista (170).

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuáles son las representaciones que poseen los jóvenes alojados en los centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba sobre el PSEA a nivel del componente bucal?
- ¿De qué forma la situación del componente bucal de estos jóvenes impacta en su calidad de vida?
- ¿Cómo las condiciones de vida, costumbres y situación actual de estos jóvenes incide sobre su salud?
- ¿Cuál es la relación entre la situación clínica odontológica actual de los jóvenes y sus percepciones y representaciones sobre el PSEA a nivel del componente bucal?

OBJETIVOS GENERALES

- Conocer las representaciones que sobre el PSEA en su componente bucal poseen jóvenes alojados en los centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba.
- Reconocer el impacto que tiene el componente bucal sobre la calidad de vida de jóvenes alojados en los centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el perfil sociodemográfico de jóvenes alojados en los centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba.
- Identificar, jerarquizar e interpretar las definiciones, opiniones, metáforas, creencias y nexos de sentido que los jóvenes alojados en los centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba tienen del PSEA a nivel del componente bucal.
- Comprender los significados presentes en las representaciones de jóvenes alojados en los centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba.
- Conocer las percepciones sobre calidad de vida y PSEA a nivel del componente bucal, que poseen jóvenes alojados en los centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba.
- Evaluar el estado bucodental que presentan jóvenes alojados en los centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba.

- Relacionar las percepciones que sobre PSEA en su componente bucal tienen jóvenes alojados en los centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba con el estado bucodental que presentan.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal aplicando una combinación de lógicas metodológicas cuanti- cualitativa.

Población de estudio

Participaron del presente estudio 70 jóvenes de 14 a 18 años de ambos sexos, alojados por un período no menor a seis meses en centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba y dieron su consentimiento informado por escrito.

En todas las instancias de la investigación se respetaron los lineamientos éticos establecido en la declaración de Helsinki.

Todos los participantes dieron su consentimiento y asentimiento por escrito para ser incluidos en el estudio.

La presente investigación fue realizada en los centros socioeducativos del Complejo Esperanza: Módulo I (ex Horizontes), Módulo II (Ex Nuevo Sol), Módulo III (Ex Pasos de Vida), Módulo IV (Ex San Jorge) y el Centro Socioeducativo para Adolescentes Mujeres (CESAM ex CECAM).

Estudio cuantitativo

Para conocer el perfil sociodemográfico y la situación del componente bucal de los jóvenes participantes se aplicó la Encuesta de Salud Bucal de la OMS (97): modificada (Anexo 2). Este instrumento cuya primera edición data de 1971, proporciona un método sistematizado para registrar información sobre el estado del componente bucal y necesidades de tratamiento, obtenida a través del examen clínico bucal y extra oral que se complementa con datos sociodemográficos, antecedentes personales y familiares y adhesión a hábitos saludables.

Para validar dicho instrumento en el contexto se aplicó el coeficiente Alfa de Cronbach, resultando $\alpha = 0,74$.

Figura 1: Mapa de Complejo Esperanza (Imágenes de google maps)



Examen clínico: Se realizó en el consultorio de odontología del Módulo III del Complejo Esperanza, utilizando material de exploración y sonda periodontal. Para los diagnósticos se consideraron los criterios de la OMS (97), registrándose en Encuesta de Salud Bucal de la OMS (96) modificada (Anexo 2).

Las variables cualitativas se categorizaron como se muestran en la tabla 1 del Anexo 3.

Calidad de vida: Para valorar el impacto de la salud a nivel componente bucal en la calidad de vida de los jóvenes alojados en los centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba se aplicó el Cuestionario OHIP 49 (61), traducido al español (171); el cual consta de 49 preguntas englobadas en 6 dimensiones: limitación de la función, dolor físico, aflicción psicológica, incapacidad física, incapacidad social y en desventaja. Para su cuantificación se utilizó una escala tipo Lickert, con valores de 0 a 4, donde 0 representa el valor más bajo (nunca) y 4 el valor más alto (siempre) (62). A los fines de aumentar la comprensibilidad de las preguntas por parte de los jóvenes se adaptaron algunas expresiones al contexto sociocultural de aplicación. En la mayoría de los casos el cuestionario fue resuelto por los jóvenes, y algunas veces con la ayuda del investigador para la lectura (Anexo 4).

En el análisis del índice OHIP 49, se valoró cada pregunta de acuerdo con el tipo de respuesta obtenida. Se realizó un conteo individual de los puntos obtenidos según las respuestas del cuestionario (0 a 196). Para determinar el impacto se consideraron positivas las repuestas: rara vez, a veces, a menudo y siempre; y como de no impacto la respuesta nunca.

Así mismo se estimó el impacto en cada una de las distintas dimensiones contempladas en el OHIP 49.

Proceso de análisis e interpretación de los datos cuantitativos:

Los datos fueron procesados con el programa estadístico (172).

- Se calcularon los índices CPOD (173), SIC (174), IPC (97), Índice de placa de Løe y Silness (175), IED -Índice estético dental- (97), se determinó el tratamiento necesario a cada caso (97) y el nivel de severidad de prevalencia de caries (176).
- Para la descripción del comportamiento de las variables cuantitativas, se utilizaron las medidas de centralización y de dispersión: media \pm DS y mediana para variables discretas y el comportamiento de variables cualitativas se describe mediante Frecuencia Relativa expresada en porcentajes.
- Se analizó la correlación entre el índice CPOD, sus componentes y el tratamiento necesario, con el OHIP 49 y sus dimensiones aplicando el coeficiente de Pearson.
- Se realizó Análisis de Correspondencias Múltiple (ACM), técnica de estadística descriptiva multivariante que permite resumir grandes cantidades de información en número reducido de dimensiones o factores. El análisis de correspondencias reduce los datos analizados en dos o tres dimensiones. Se trabajó las variables que figuran en la Tabla 1.

Tabla 1: Recategorización de las variables

<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>
Consumo de Sustancias Psicoactivas	Porro/marihuana Paco/cocaína/mix consumo Ninguno
Visita al Odontólogo	Público Privado Ninguno
Jefe de Familia	Padre Madre Otros
Nivel de Instrucción	Analfabeto/PI/PC SI/SC
MB+CPOD	Hasta 10 Mayor a 10

- Se aplicó modelos lineales generalizados, se ajustaron modelos lineales de efectos fijos. Se construyó como variable de interés MB+CPOD (suma de piezas con presencia de Mancha Blanca y CPOD). Los criterios de verosimilitud penalizada (AIC y BIC) se aplicaron para la selección del modelo. Las variables explicativas consideradas, se recategorizaron como se muestra en la Tabla 1.

La variable de respuesta (MB+CPOD) es el número de piezas “enfermas” en cada paciente, por lo que el número de piezas afectadas puede variar entre 0 y 32. Así, en el marco de los modelos lineales generalizados, se indicó la distribución de las observaciones la Distribución Binomial y se especificó como función de enlace la logit.

Estudio cualitativo

A los fines de conocer las percepciones sobre calidad de vida y representaciones que sobre el PSEA a nivel del componente bucal, poseen jóvenes alojados en los centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba, se aplicó la técnica de entrevista estandarizada no programada (169) o guionada (165).

Se entrevistaron 28 jóvenes varones y 4 mujeres, en un único momento con cada entrevistado con una duración aproximada de 50 minutos. Estas tuvieron un marco pautado (167), donde se realizó un planteamiento sucesivo de las directrices temáticas derivada de los objetivos y de la evolución de la entrevista.

Guías y pautas de entrevista (170):

- ✓ 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
- ✓ Calidad de vida.

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

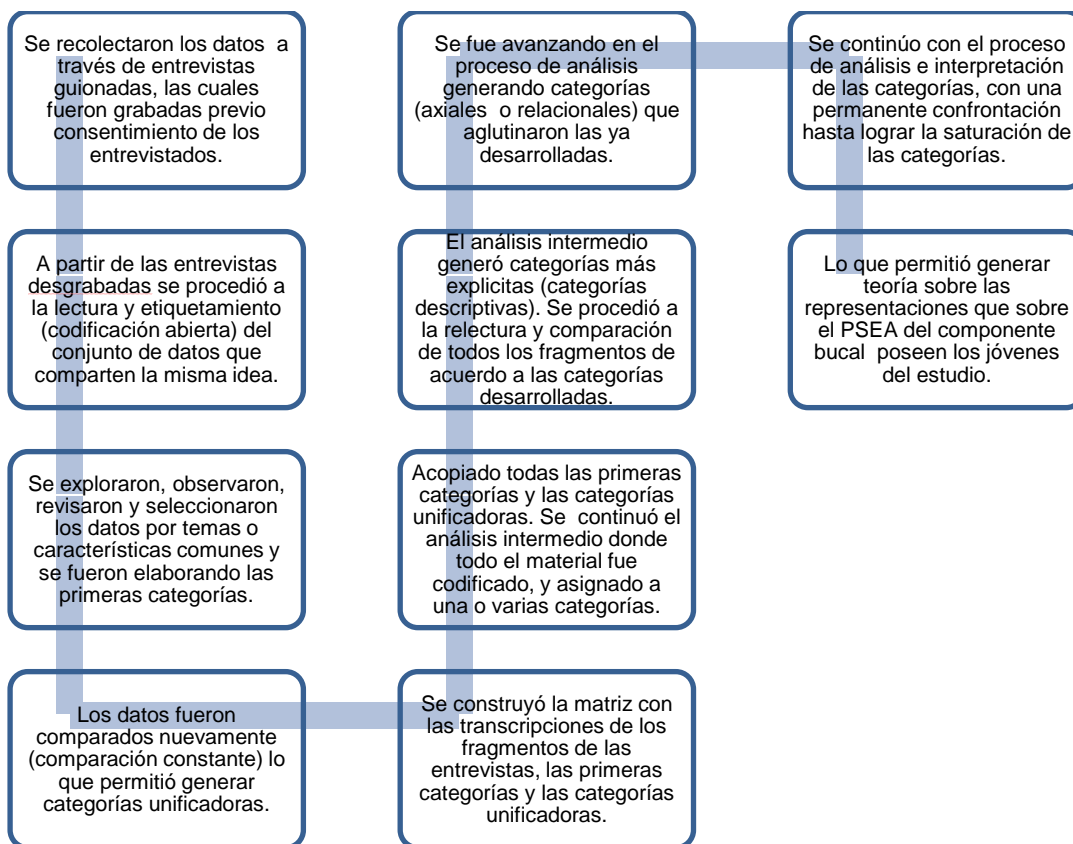
Cuando indagamos acerca de las diferentes prácticas de los jóvenes participantes de nuestro estudio, siempre se hizo en referencia a las realizadas previamente al ingreso a estos centros socioeducativos.

Luego se obtuvo el corpus específico posterior a la desgravación de las entrevistas.

El análisis de la información se realizó siguiendo la Teoría Fundamentada (150). El proceso de recolección, procesamiento y análisis de los datos se realizó según se muestra en la siguiente figura⁷.

⁷ Fuente de elaboración propia.

CALIDAD DE VIDA Y PROCESO SALUD ENFERMEDAD ATENCIÓN A NIVEL DEL COMPONENTE BUCAL DE JÓVENES ALOJADOS EN CENTROS SOCIOEDUCATIVOS DEL ÁREA PENAL JUVENIL DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA



RESULTADOS

Estudio cuantitativo

❖ Valoración de las características sociodemográficas

Participaron en el estudio 70 jóvenes, 94% masculinos y 6% femeninos, de 14 a 18 años, con una edad media de $16,91 \pm 1,11$, siendo el 37% de 18 años. Han concluido el nivel primario de educación un 34%, son residentes en la Ciudad de Córdoba un 69%, poseen antecedentes laborales del tipo informal el 69% (Gráfico 1).

En cuanto a la organización familiar los jóvenes intervinientes en el presente estudio pertenecen a una 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 (Gráfico 2).

Lo que refiere a la infraestructura de vivienda, el 93% de los jóvenes participantes de esta 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. (Gráfico3)

❖ Valoración de la frecuencia del consumo de sustancias

El 20% de los participantes de la presente investigación manifestó consumir entre 15 y 20 cigarrillos por día y el mismo porcentaje dijo no tener el hábito de fumar; el 63% de los jóvenes consume bebidas alcohólicas durante los fines de semana, en fiestas o reuniones sociales. El 37% de los participantes consumen mix de sustancias psicoactivas⁸, con una frecuencia diaria el 48% (Gráfico 4).

⁸ Mix de sustancias psicoactivas, entiendese como el consumo de diferentes sustancias (marihuana, cocaína, pastillas) en un mismo evento.

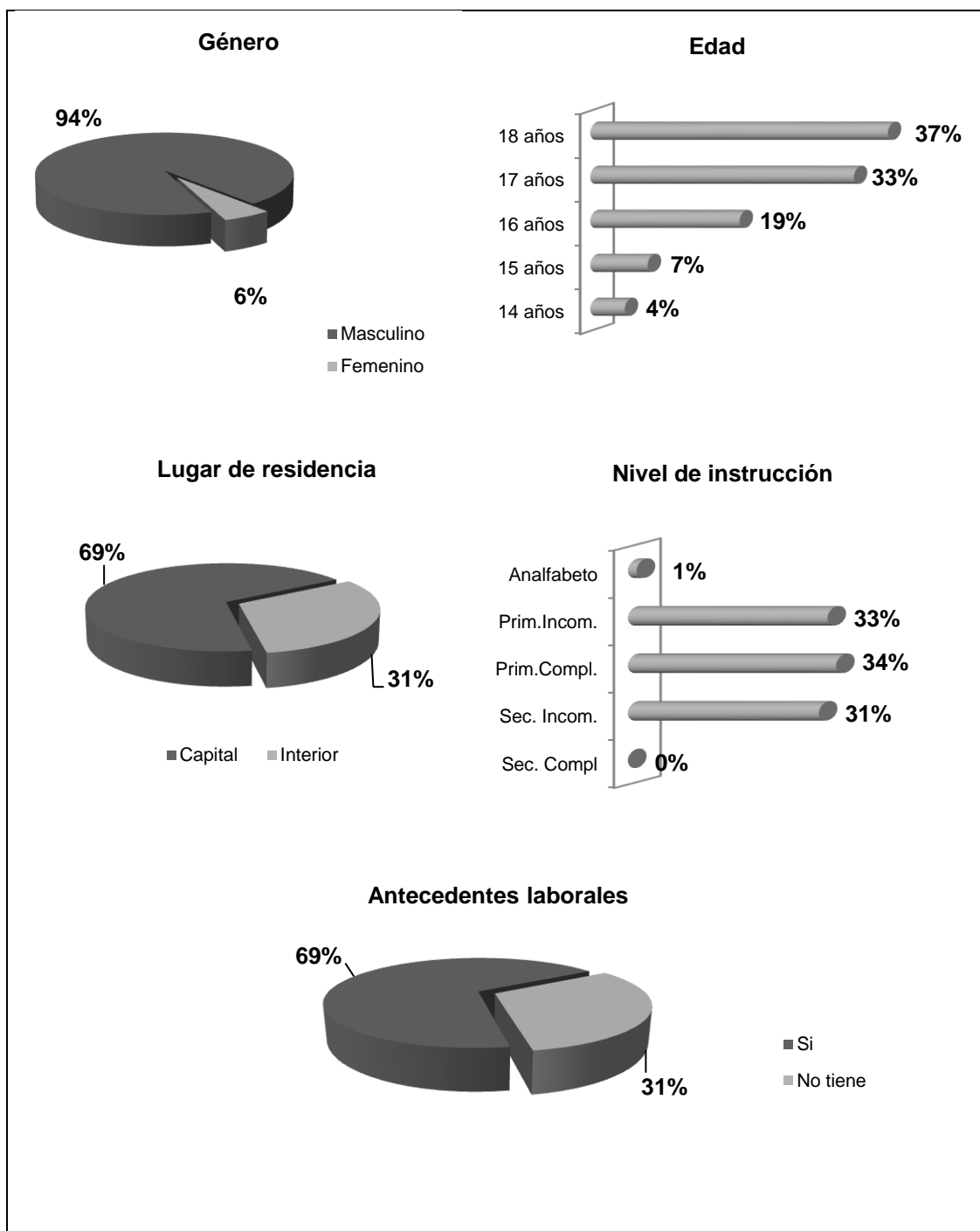


Gráfico 1: Distribución de la población de estudio según características individuales expresada en porcentaje

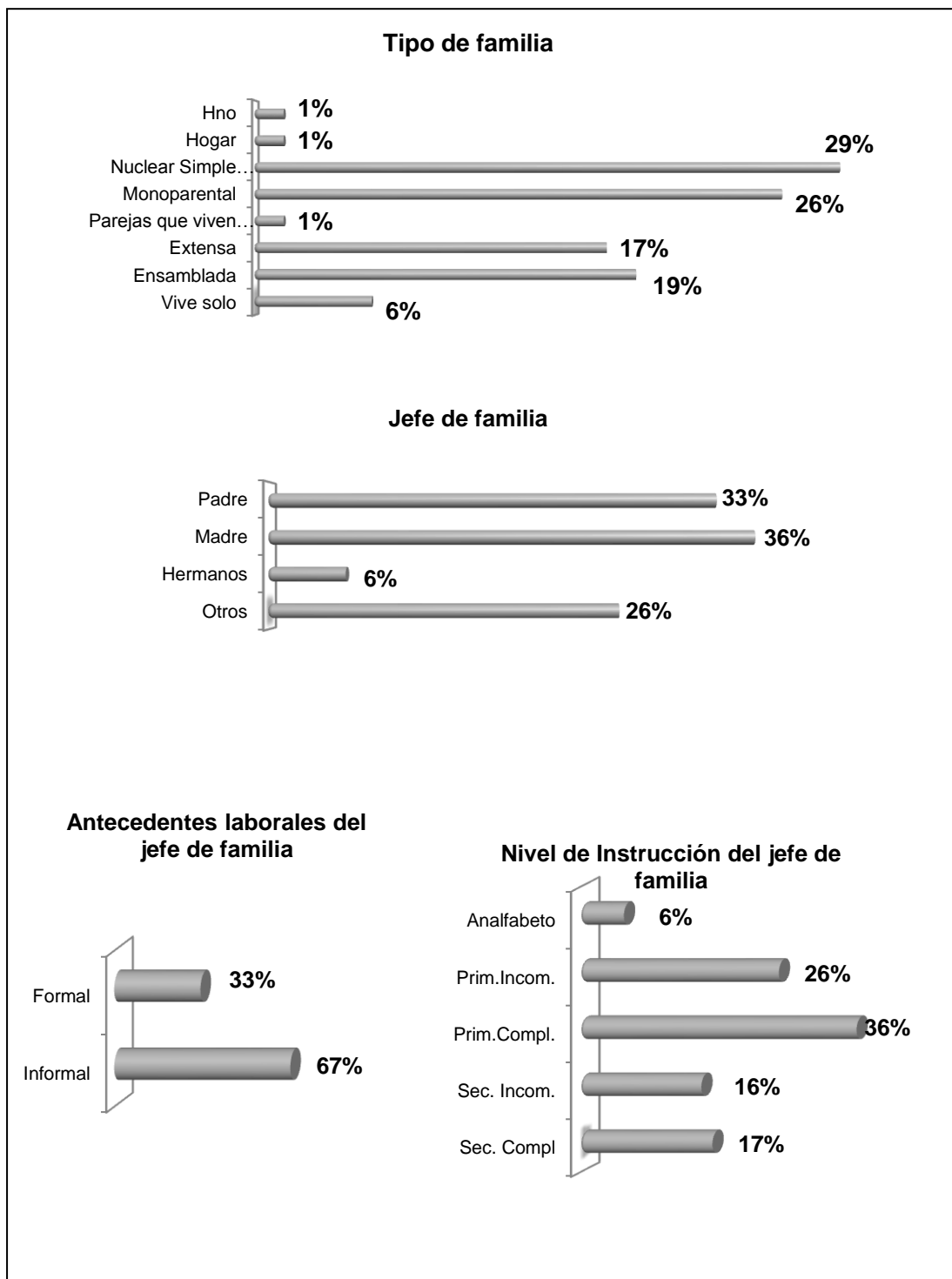


Gráfico 2: Distribución de la población según antecedentes familiares expresada en porcentaje

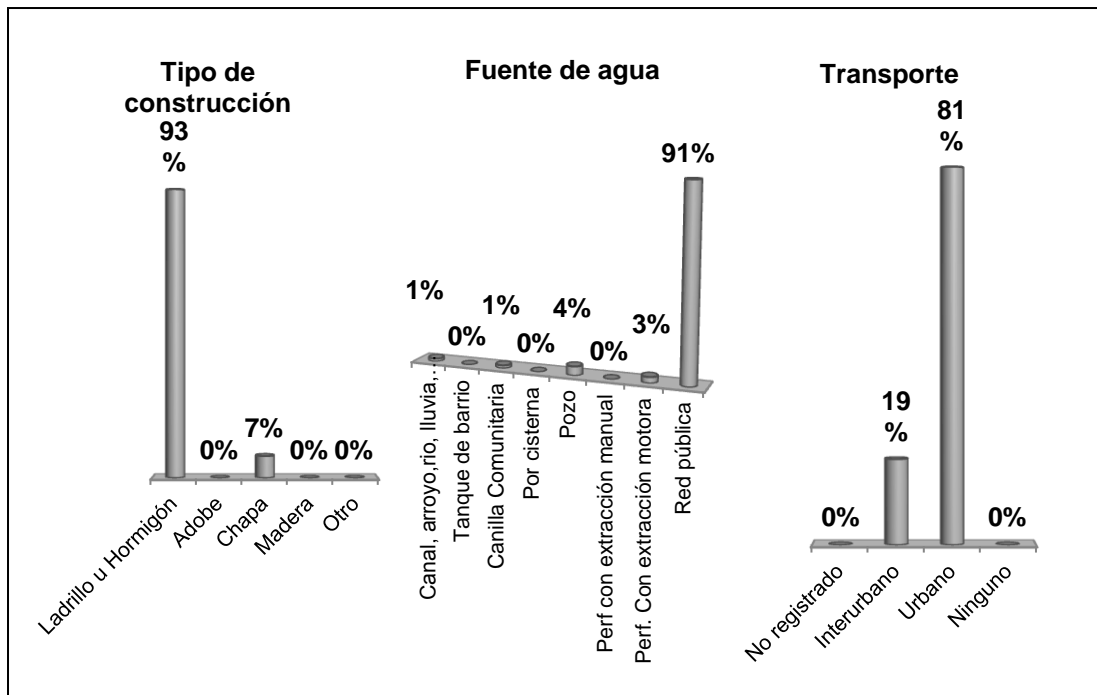


Gráfico 3: Distribución de la población según tipo de vivienda, agua y transporte expresada en porcentaje

❖ Valoración de la frecuencia de prácticas de autoatención

El 46% de los jóvenes participantes de la investigación manifestaron tener cuatro comidas diarias; el 29 % sólo dos, refiriendo no realizar desayuno ni merienda. En cuanto a la frecuencia del consumo de azúcares entre comidas el 71% de la población de estudio presenta más de cuatro momentos al día (Gráfico 5). En cuanto a las prácticas de autoatención intencionales al PSEA, la mayor parte de los jóvenes participantes de esta investigación manifestaron haber concurrido alguna vez al médico y al odontólogo (83% y 63% respectivamente). Entre los motivos de consulta, el dolor y la infección se destacaron con un 69% para el médico y un 80% para el odontólogo. Para concurrir al médico, un 95% de los jóvenes eligió entidades públicas, en el caso de la asistencia odontológica el 23% asistió a consultorios privados. Relatando el 21% de los participantes haber usado obra social. El 46% de los jóvenes refiere cepillarse los dientes a diario, y el 36% destaca como momento para el cepillado la mañana (Gráfico 6).

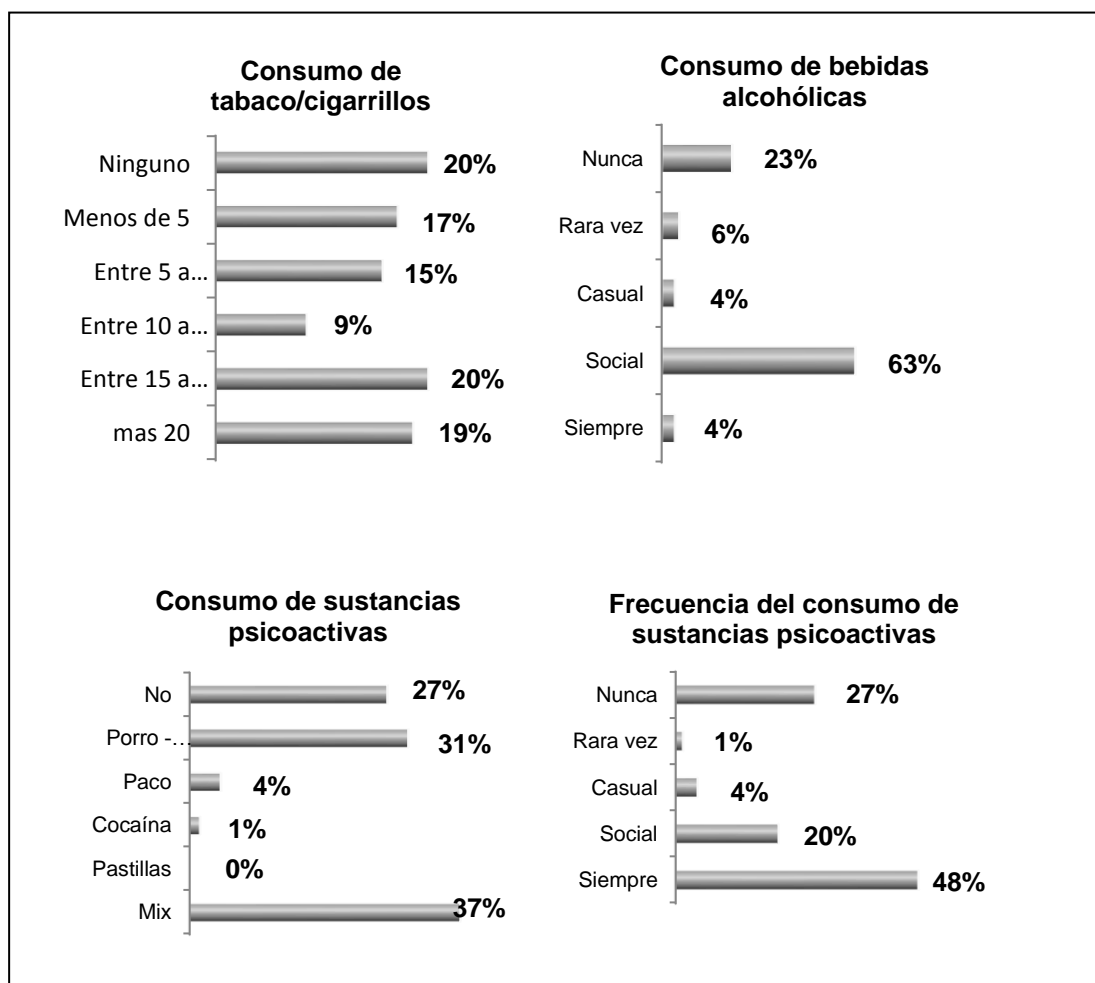


Gráfico 4: Distribución de la población de estudio según el consumo de sustancias expresada en porcentaje

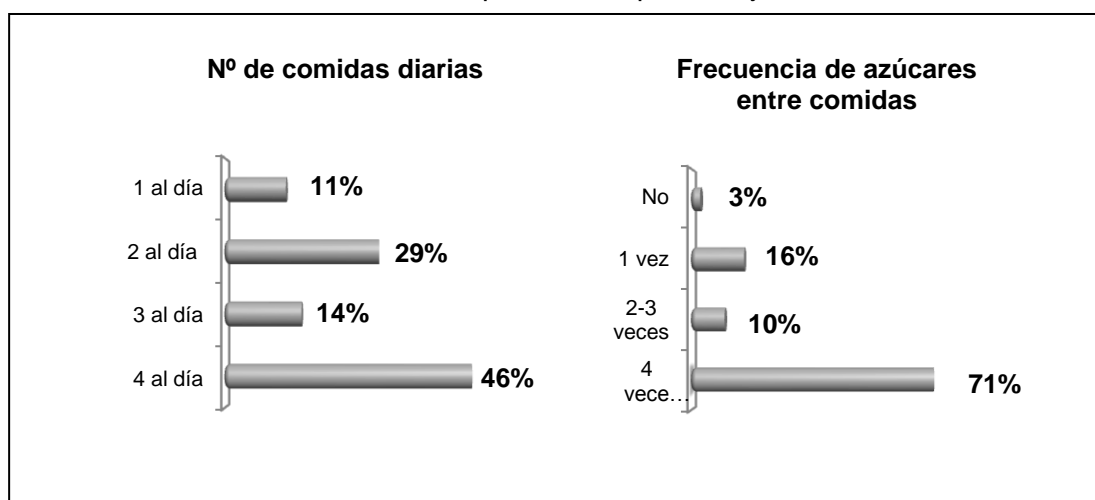


Gráfico 5: Distribución de la población de estudio según prácticas de autoatención expresada en porcentaje

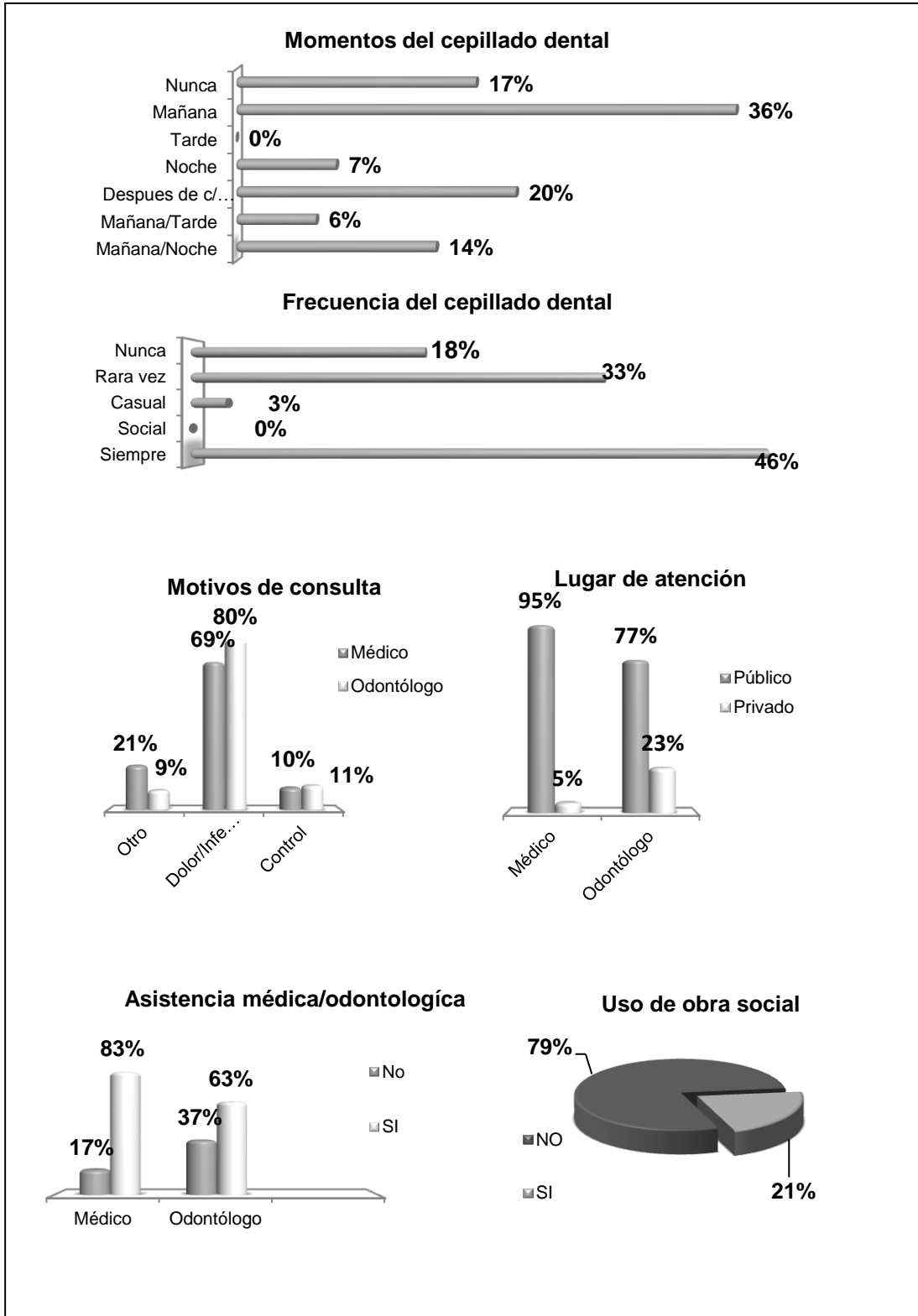


Gráfico 6: Distribución de la población de estudio según prácticas de autoatención intencionales al PSEA expresada en porcentaje

❖ **Valoración clínica-odontológica**

- Descripción de la situación extraoral de la población de estudio.

La población de estudio, según hallazgos en la inspección clínica, se manifestó en el examen extraoral con aspecto normal un 89%; el 16% presentó algún síntoma en la articulación temporomandibular; donde los signos que se destacan es el chasquido, con un 20% y el dolor con el 19% (Gráfico 7).

En el examen extraoral de los jóvenes participantes del estudio no se hallaron signos de edema, hematomas ni golpes, señales que se pensaba podrían ser frecuentes en este tipo de población.

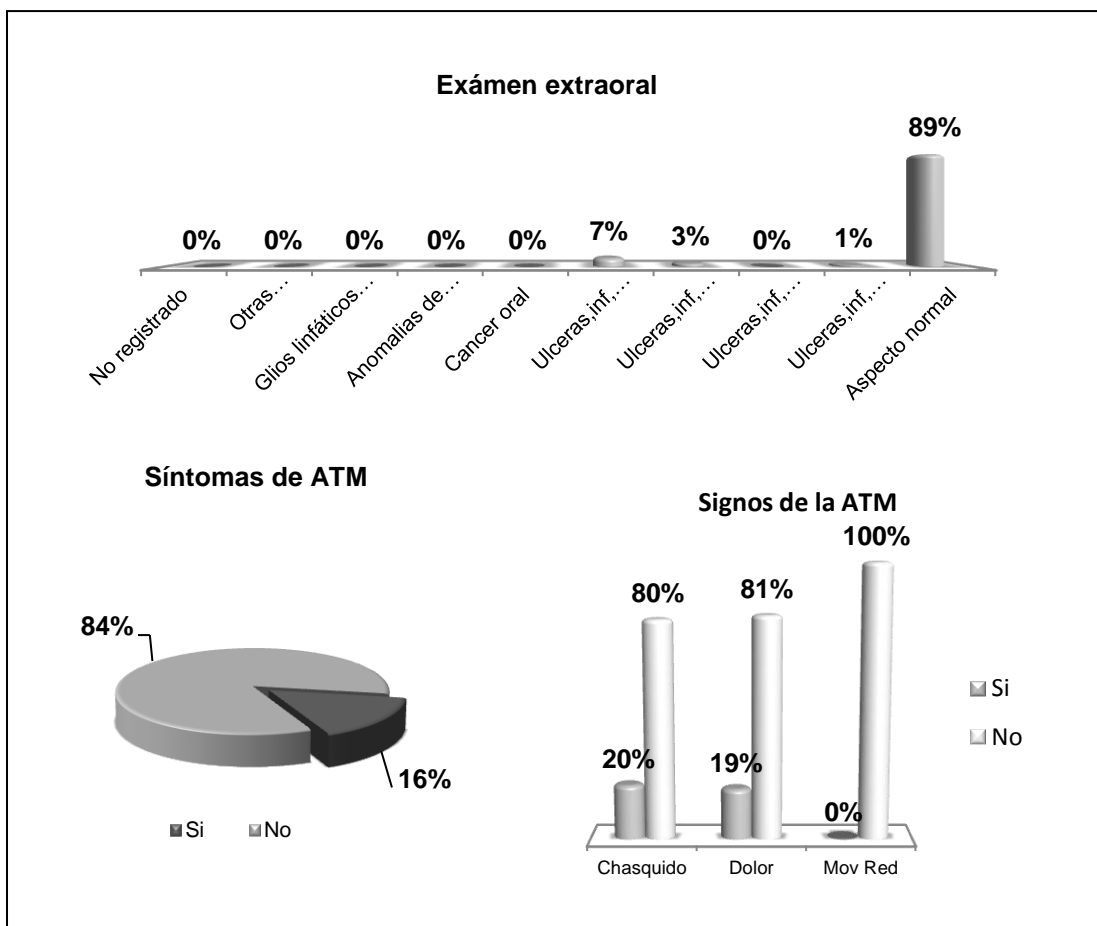


Gráfico 7: Distribución de la población de estudio según hallazgos en el examen extraoral expresada en porcentaje

- Descripción de la situación intraoral de la población de estudio

Mucosa bucal

A través de la inspección intraoral de los jóvenes en situación de encierro bajo el sistema penal juvenil, se halló trastornos de la mucosa bucal representados el 17% por queilitis y el resto de apariencia normal. (Gráfico 8).



Gráfico 8: Distribución de la población de estudio según trastornos de la mucosa bucal expresada en porcentaje

Alteraciones de esmalte, caries y tratamiento necesario

Como se muestran en la tabla 2 el índice CPOD presentó un valor medio de $8,94 \pm 4,75$; destacándose el componente cariado con una media de $7,44 \pm 4,26$. El tercio de población con un valor más elevado de CPOD presenta un Índice Significativo de caries (174) de $14,26 \pm 2,15$. El 70% de la población estudiada presenta nivel de severidad muy alto (176). La distribución de lesiones de esmalte, caries y tratamiento necesario en la población de estudio se presenta en el Gráfico 9. El 21% de los jóvenes presentó alguna alteración del esmalte dentario, como opacidad e hipoplasia; y también mancha blanca. El 67,14% de los jóvenes necesita tratamiento de rehabilitación.

Variable	Media \pm DS	Mediana
Elementos presentes en boca	28,14 \pm 4,53	28
CPOD	8,94 \pm 4,75	9
SIC	14,26 \pm 2,15	14
Componente cariado	7,44 \pm 4,26	7
Componente perdido	0,6 \pm 0,91	0
Componente obturado	0,9 \pm 1,97	0

Tabla 2: Medidas centrales de CPOD, sus componentes y SIC

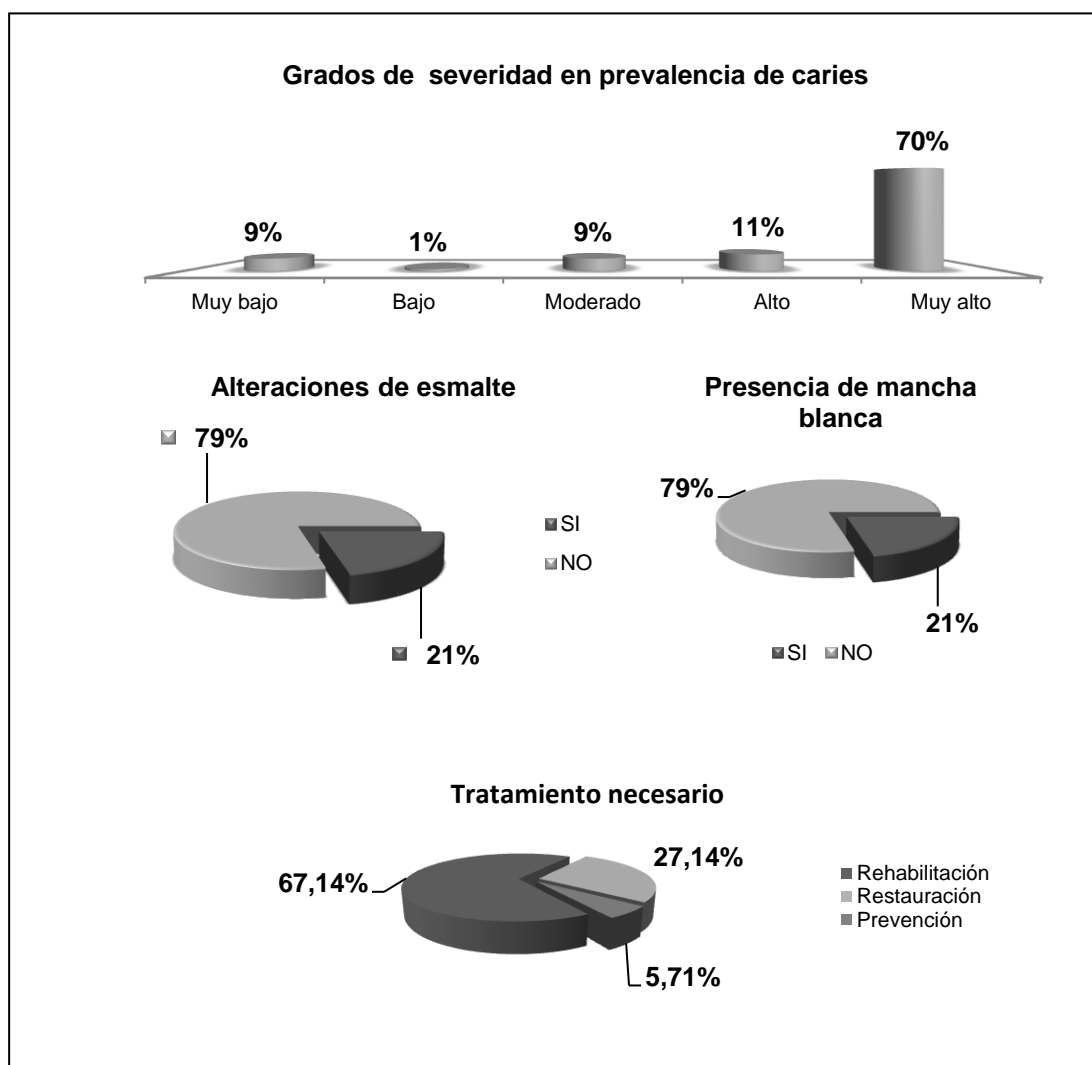


Gráfico 9: Distribución de la población de estudio según lesiones de esmalte, caries y tratamiento necesario expresada en porcentaje.

Tejidos periodontales

El índice de placa de Løe y Silness mostró para la población de estudio un valor medio de $0,33 \pm 0,12$. El índice periodontal comunitario (IPC) presentó una situación compatible con salud gíngivo-periodontal en el 3% de los jóvenes participantes del estudio. En la distribución de las categorías del IPC el 56% presentó cálculo dental y el 40% hemorragia gingival (Gráfico 10).

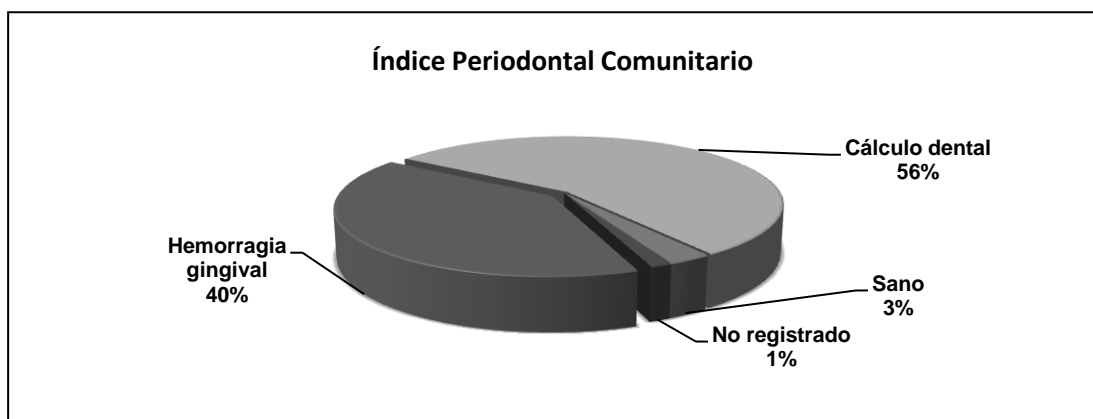


Gráfico 10: Distribución de la población de estudio según el IPC expresada en porcentaje

Anomalías dentofaciales

Los datos recopilados en la sección de anomalías dentofaciales del instrumento utilizado, según los criterios del Índice estético dental (IED) (97), permite analizar por separado o agrupados los componentes de las anomalías de dentición, espacio y oclusión. De acuerdo a lo cual se puede describir que 50% de la población de estudio no presenta apiñamiento dentario; el 62% presenta una relación molar normal; y el 90 % no presenta diastema ni separación en los segmentos de incisivos. Al igual que el 53% de la población de estudio presenta maloclusión, con maloclusiones muy graves el 18%, según los grados del IED (Gráfico 11).

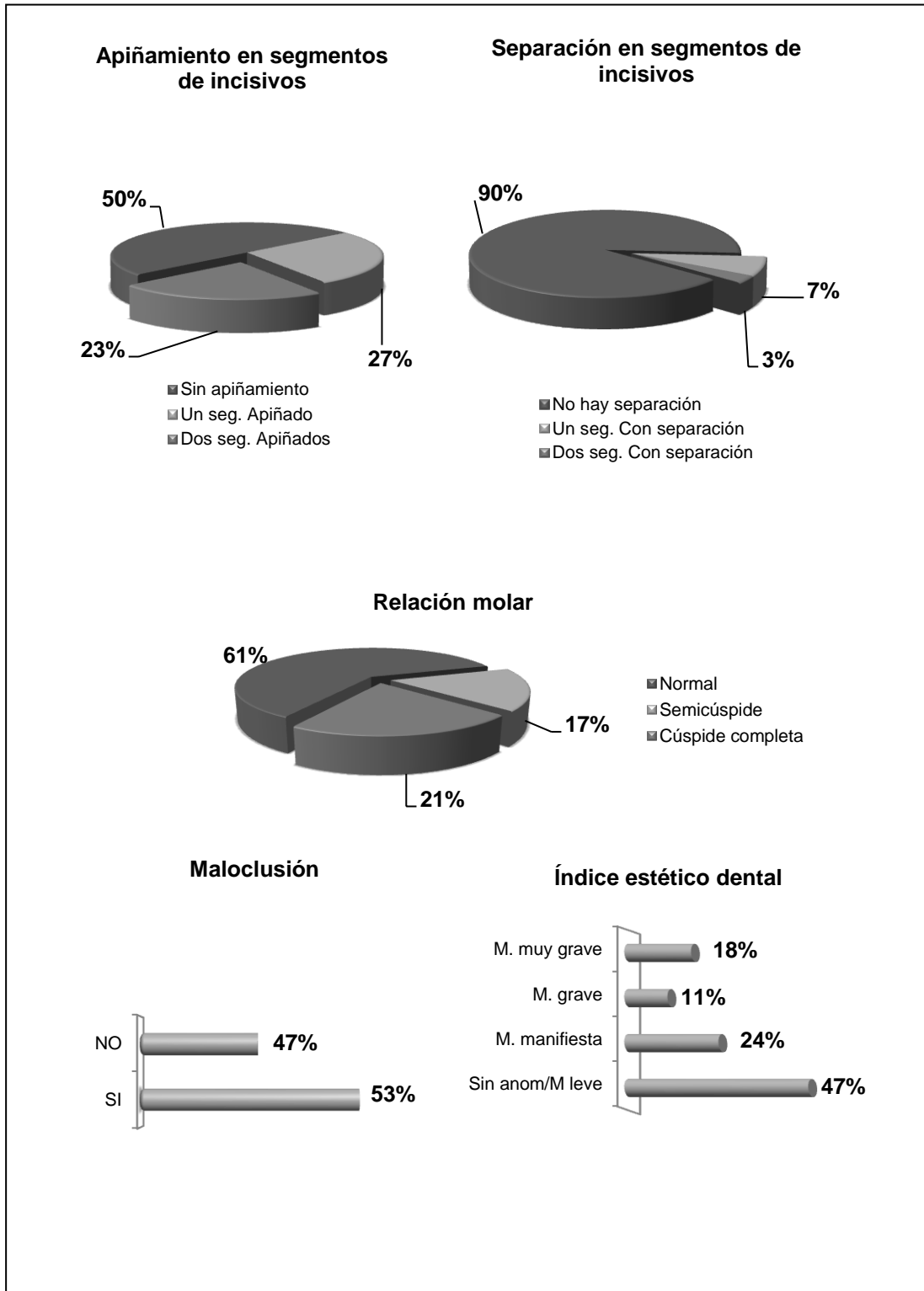


Gráfico 11: Distribución de la población de estudio según anomalías dentofaciales expresada en porcentaje

❖ **Variables asociadas a distintos estadios de caries**

• **Análisis de Correspondencias Múltiples**

En el gráfico 12 se puede visualizar agrupados por un lado los jóvenes cuyo jefe de familia no es el padre ni la madre, que consumen sustancias psicoactivas, especialmente aquellos que consumen marihuana, que no concurren al odontólogo y que son analfabetos/primario, por otro lado se encuentran agrupados aquellos que no consumen sustancias psicoactivas, con estudios secundario, cuyo jefe de familia es el padre, que consultan al odontólogo. Si bien la variable categoría MB+CPOD no provoca una medida de discriminación grande a lo largo de la primera dimensión, la categoría mayor a 10 aparece más próxima al primer grupo.

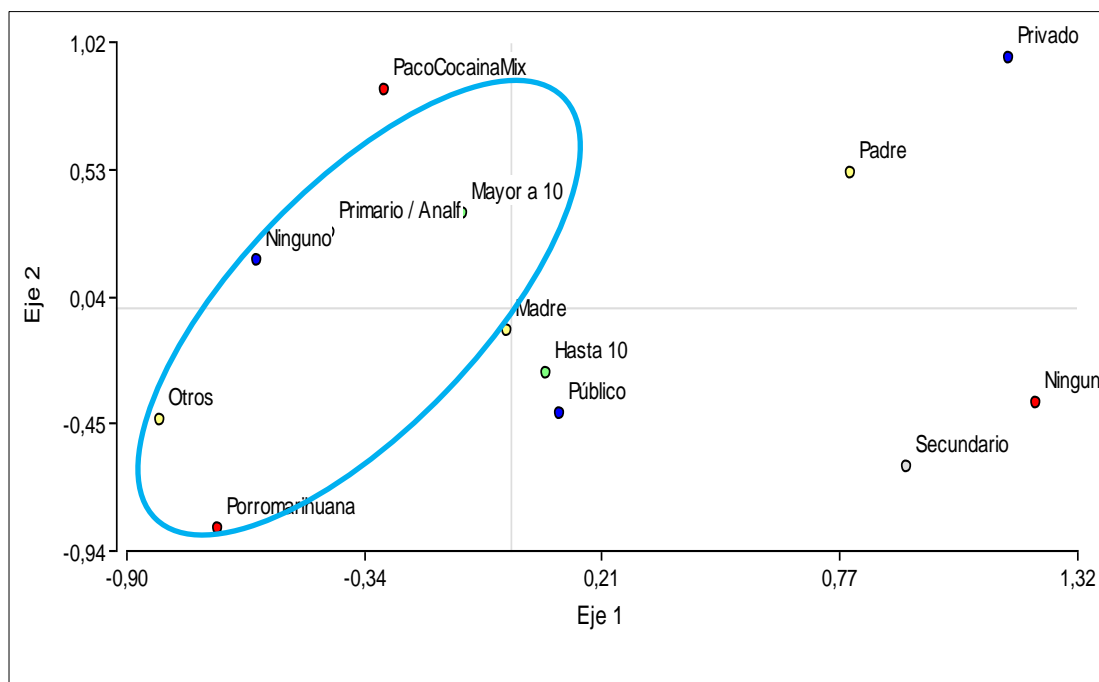


Gráfico 12: Análisis de correspondencias múltiples entre MB +CPOD con variables sociodemográficas, consumo de sustancias y prácticas de autoatención

• Modelos Lineales Generalizados

La variable respuesta MB+CPOD puede variar entre 0 y 32, así en el marco de los modelos lineales generalizados, se indicó para la distribución de las observaciones la Distribución Binomial y se especificó como función de enlace⁹ la logit; $\ln(\mu_i/(1-\mu_i))$ (Ver anexo 5).

Se ajustaron modelos lineales de efectos fijos; para la selección del modelo se aplicaron los criterios de AIC y BIC (Criterios de Información de Akaike¹⁰ y Bayesiano¹¹) (Ver anexo 5)

Los resultados de las Pruebas de hipótesis secuenciales para los efectos fijos determinó la incorporación de variables regresoras al modelo; considerando un $p < 0.005$ en la reducción en la deviance, correspondiente al efecto del determinado factor, el cual mostró un efecto significativo sobre MB+CPOD de las siguientes variables:

- ✓ Frecuencia en el consumo de Alcohol,
- ✓ Consumo de Sustancias Psicoactivas,
- ✓ Frecuencia del consumo de azúcar,
- ✓ Necesidad de prótesis,
- ✓ Trastorno de la mucosa,
- ✓ Opacidades / hipoplasia de Esmalte.

Se incorporaron como covariables (variables numéricas):

- ✓ Índice de placa,
- ✓ Edad.

Las variables: género, edad, nivel de instrucción, antecedentes laborales, maloclusión, número de comidas al día, frecuencia del cepillado dental, concurrencia al médico, entidades medicas privadas o públicas, concurrencia al odontólogo, jefe de familia, nivel de instrucción del jefe de familia, evaluación de

⁹ Los modelos lineales generalizados incluyen una función de enlace que relaciona la media de la respuesta con los predictores lineales del modelo. Ecuación: $g(\mu_i)$

¹⁰ Criterios de información de Akaike: En estadística, es una medida de la calidad relativa de un modelo estadístico para un conjunto de datos. Es un medio para la selección de modelos (177).

¹¹ Criterios de información Bayesiano: criterio para la selección de modelos entre un conjunto finito de modelos basados en la función de probabilidad y estrechamente relacionado al AIC (177).

la articulación temporomandibular, índice estético dental fueron incluidas en el proceso de selección del mejor modelo pero resultaron no significativas al momento de explicar el comportamiento de la variable combinada MB+CPOD.

- **Comparaciones Múltiples**

Para establecer los patrones de diferencias de las variables que tienen efecto significativo sobre la MB+CPOD se aplicaron pruebas de comparaciones múltiples - Prueba de DGC¹²; cuyos resultados se detallan a continuación:

Los jóvenes en situación de encierro que no han consumido sustancias psicoactivas, tienen una media de 0,22 de elementos dentarios afectados en distintos estadios con caries, y difieren significativamente de los dos grupos que consumen algún tipo de sustancia. Los jóvenes que rara vez o nunca consumen bebidas alcohólicas (0.26) y los que consumen estas bebidas siempre o en eventos sociales (0.20) tienen una media de elementos dentarios afectados con distintos estadios de caries, que difieren significativamente.

Los jóvenes del presente estudio que consumen azúcares entre las comidas en 2 o más momentos, tienen una media elementos dentarios afectados con distintos estadios de caries (0.26) que difieren significativamente de los que tienen solo un momento de consumo de azúcares entre comidas. Los jóvenes que presentan algún trastorno en la mucosa bucal y los que no presentan proporciones de elementos dentarios afectados con distintos estadios de caries, que difieren significativamente; 0.26 y 0.21 respectivamente.

Los jóvenes participantes de la investigación que presentan alteraciones del esmalte, 0.27 (Opacidades y/o hipoplasias) y los que no las registran (0.19) tienen una media de elementos con diferentes estados de caries que difieren significativamente. Aquellos jóvenes que tienen necesidad de prótesis presentan una proporción de elementos dentarios con diferentes estadios de caries de 0.28 que difiere significativamente de aquellos que no presentan necesidad de prótesis 0.19. Ver anexo 5.

¹² Prueba de Di Rienzo, Guzmán y Casanoves (DGC): es un procedimiento de comparación de medias que utiliza la técnica multivariada del análisis de conglomerados sobre una matriz de distancia entre medias muestrales de tratamiento. Establece patrones de diferencias a cada variable explicativa o regresora para observar la diferencia entre los grupos de categorías que conforman cada variable (178).

❖ **Perfil de Impacto de Salud Oral**

El OHIP49 permitió identificar el mayor impacto en la dimensión disconfort psicológico 52.86%, preocupación funcional y estética (limitación funcional) 47.14% y 41.43% respectivamente, dolores dentales (dolor físico) 40%, interrupción de comidas (incapacidad física) 41.43% (Tabla 3). Menor impacto tuvieron preguntas relacionadas a la interrupción del sueño nocturno y presencia de malestar (incapacidad psicológica) 28,57%, para realizar actividades diarias (incapacidad social) 21.43%; para interrupción de tareas laborales (en desventaja) 22.86%. (Tabla 4)

La correlación entre el índice OHIP 49 y CPOD fue $r=0,46$ $p=0,0001$, siendo $r=0.51$ $p 0,0001$ para la dimensión “dolor físico” (Tabla 5) Ver Anexo 4.

Tabla 3: Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP 49), dimensiones con mayor impacto en la población estudiada

Dimensión	Pregunta	Siempre %	A menudo %	A veces %	Rara vez %	Nunca %
Limitación funcional	¿Notaste si algunos de tus dientes y /o muelas no se ve bien?	41,43	7,14	12,86	8.57	30
	¿Sentiste alguna vez que el alimento ha quedado entres los dientes y/o muelas?	47,14	12,86	18,57	11,43	10
Dolor físico	¿Has tenido dolor de dientes y/o muelas?	21,43	11,43	40	10	17,14
Disconfort psicológico	¿Te has preocupado por vos? (por tu salud, por tu cuerpo)	52,86	5,71	5,71	2,86	12,86
Incapacidad física	¿Has podido comer bien por problemas de tus dientes, muelas y/o boca?	41,43	4,29	28,57	7,14	18,57

Tabla 4: Perfil de Impacto de Salud Oral (OHIP 49), dimensiones con menor impacto en la población estudiada

Dimensión	Pregunta	Siempre %	A menudo %	A veces %	Rara vez %	Nunca %
Incapacidad psicológica	¿Has estado molesto por problemas con tus dientes, muelas y/o boca?	12,86	2,86	28,57	11,43	44,29
	¿Tuviste dificultad para relajarte por problemas con tus dientes, muelas y/o boca?	7,14	5,71	28,57	15,71	42,86
Incapacidad social	¿Has tenido dificultades al ir a la escuela o realizar tus tareas habituales por problemas con tus dientes, muelas y/o boca?	4,29	5,71	21,43	10	58,57
En desventaja	¿Has tenido que dejar de hacer algún trabajo por problemas con tus dientes, muelas y/o boca?	2,86	0	22,86	10	64,29

Tabla 5: Correlación del Índice CPOD con las dimensiones del OHIP 49

Dimensión	Limitación Funcional	Dolor Físico	Disconfort Psicológico	Incapacidad Física	Incapacidad Psicológica	Incapacidad Social	En desventaja
CPOD	0,38*	0,51	0,33	0,25	0,42	0,28	0,38

*Coeficiente de correlación de Pearson ($p= 0.0001$)

Estudio cualitativo

El proceso de análisis del corpus y las notas de campo registradas permitió la construcción de categorías emergentes que ampliaron la descripción de variables consideradas en el estudio cuantitativo, al igual que surgieron categorías emergentes con sus propiedades permitiendo profundizar la comprensión expandir la comprensión de la realidad vivida por los jóvenes en situación de encierro, desde su propia visión:

- ♣ Contexto de procedencia
- ♣ Autopercepción de su forma de ser
- ♣ Proyecto para el futuro inmediato
- ♣ Percepciones del proceso salud enfermedad atención (PSEA)
- ♣ Impacto del PSEA a nivel de componente bucal en la calidad de vida

Categorías emergentes

♣ Contexto de procedencia de los jóvenes en situación de encierro

Analizando las entrevistas surge esta categoría que permite ampliar los datos estadísticos que se obtuvieron en el estudio cuantitativo, accediendo al significado (o sentido) que el contexto de procedencia ocupa en las trayectorias de vida de los jóvenes del estudio.

Familia

Los jóvenes del estudio integran *familias del tipo extendida*, donde surge la figura del padrastro:

“Con mi vieja y mis hermanos. Somos seis, tres varones y tres mujeres. .. Después mi mamá me presento, supuestamente, al novio de ella, todo y nos fuimos a vivir a Cosme... En Pilar, vivía con mi mamá y mi hermano de 20 años y mi sobrinito de 2 – 3 añitos. Y mis otros hermanos están juntados, son más grandes que yo; mucho más grandes que yo” (N0005, masculino, 15 años).

Las *actividades realizadas por los integrantes de la familia*, se dividen entre la escuela para los más pequeños y laborales para el jefe de familia, que recae tanto en la madre como en el padre:

“Son tres hermanas más chicas. Tienen 16, 12 y 10. Todas van a la escuela”... “Mi mamá en una pollería, ahí en la ruta, y mi papá en una fábrica metalúrgica camino a Monte Cristo.”(G0004, masculino, 18 años).

Refieren *una buena relación con la familia; más confianza con los hermanos, pero no aceptan la puesta de límites*:

“Con mi hermano, el más grande, tiene 26. Ahora se fue a vivir a otro lado, ahí cerca del barrio nomás. Con mis papas también me llevo bien, con los dos, pero a veces no les hacía caso. “(H0002, masculino, 17 años)

Escolaridad

Estos jóvenes *no han cumplimentado con los niveles de escolaridad, entre los motivos de interrupción* emerge la mala conducta, y la falta de interés por las actividades escolares:

“... por moquero, porque no iba... Y por quedarme en otro lado, lo que menos hacia era quedarme en el colegio”. (B0007, masculino, 16 años).

“... tenía mala conducta, así, y me echaban, y yo volvía, así y me recibían. Y después me volvían a echar hasta que me fui, porque estaban hablando de mí, así, que me echaban que se yo, y bueno, y que yo volvía. Y yo escuche, así, que me estaban sacando el cuero y bueno me fui”. (M0009, masculino, 15 años).

Grupo de pares

En cuanto a *sus amigos*, marcan diferencia según la *procedencia (escuela y/o barrio) y clase social*.

“De la escuela y del barrio”... “No, nunca porque como que no eran de la misma clase de sociedad. Si como que la escuela era... tenía más clase y estos eran muy negros así. Y como que no compartían así. Nunca se juntaron”. (V0039, masculino, 17 años).

“La esquina” aparece como *lugar de encuentro en el barrio* para el grupo de pares:

“A todos lados no íbamos, andábamos en todo juntos.”... “Nada, nos quedábamos en la esquina después salíamos así, a echar moco. Y a veces salíamos a bailar, pero cada tanto, no éramos de eso.” (G0004, masculino de 18 años).

Los deportes surgen como *ocupación del tiempo libre*:

... “yo jugaba mucho a las bochas antes y me gustaba mucho jugar a las bochas”... (F0008, masculino, 18 años).

Actividades Laborales

Los jóvenes presentan en su mayoría *experiencias de actividades laborales*, las cuales refieren diferentes significaciones.

Como una *actividad rentada para adquirir sus gustos y ayuda familiar*.

“de todo un poco – piensa- me vestía, le daba a mi mama y nada más” (F0003, masculino, 16 años).

Como rebusque:

“Y uno aprende, se la rebusca. Acá también hice taller.” (Mr0001, masculino, 18 años).

Como espacio de aprendizaje en acompañamiento de un adulto:

“Mi hermano es el encargado de ese taller, y mi hermano tiene el taller de él. Y él me enseñó”....” Cristian, mi hermano el más grande, aclara. Hay un par de cosas que yo miraba y aprendía y otras cosas que no entendía y le preguntaba a él”. (B0007, masculino, 16 años).

Surge también, la obtención de dinero, a través de actividades ilícitas, para el “bardo”¹³:

“Me la bardeaba. Con esa compraba ropa y con lo que robaba me la bardeaba en joda. Para que no se dieran cuenta en mi casa. Con la plata del trabajo compraba ropa, todo eso.”... “Y la otra me la bardeaba en joda, hoteles, y esas cosas... Ah compre un auto nomás, con la plata que robaba pero supuestamente la había encontrado”. (G0004, masculino, 18 años).

♣ Autopercepción de su forma de ser

Cuando los jóvenes del presente estudio describen su forma de ser dejan entrever cualidades de bondad y solidaridad que se contraponen a su accionar:

“Que soy un chico bueno. Cuando necesitan una ayuda la doy. Yo en enero del año pasado yo iba a viajar a Misiones, con unos amigos a hacer ayuda comunitaria. Yo salía yo iba a la iglesia... ¡Escucha lo que hacía! (se ríe)... Salía, robaba y me iba a Carlos Paz a entregar folletos de la iglesia. Aunque no lo creas...” (G0004, masculino, 18 años).

¹³ Bardo: término utilizado por los jóvenes para definir la ruptura de reglas de convivencia, que no siempre estas asociadas a conductas delictivas.

♣ **Proyecto para el futuro inmediato**

Todos los jóvenes alojados en los centros socioeducativos tienen metas para cumplir para el momento que egresen de estas instituciones entre ellas surgen estas propiedades:

Expectativas ideales para el egreso relacionadas a trabajo formal y la escolaridad.

“Irme al taller de él (hermano más grande) porque él hace todas las marcas. Donde estaba yo, hacemos Fiat nomás. Es una sucursal de la concesionaria de Fiat nomás”... “Terminar el colegio, total creo que no me cuesta nada”... (B0007, masculino, 16 años).

Cambio de conductas para el futuro motivada por afecto materno

“Si (contesta firme), siempre estoy diciendo que tengo que cambiar, hacer las cosas bien. Las cosas que hacía, no las puedo hacer más, por mi mamá”.... (F0003, masculino, 16 años).

... “El orgullo, siempre digo, no es una boludes. También lo hago por la fama que me hacen. Porque eso trae muchos problemas, eso me trajo acá. Y porque yo andaba explotando plata, todo así, y la gente por envidia”... (G0004, masculino, 18 años).

Expectativas reales para el “afuera”

“Y sería mejor decirle que voy a trabajar, pero... ¿sabe qué?... la repuesta está afuera... (Aclara) porque yo puedo prometer, jurar que voy a hacer las cosas bien acá, todos dicen lo mismo, que van a trabajar, estudiar, bla bla. Pero afuera lo ves, cuando querés tener algo y buscas que sea más fácil. Yo ya me conozco. Además si me voy de acá, me voy para la de mayores. Acá ya no.” (Mr0001, masculino, 18 años).

♣ **Proceso Salud Enfermedad Atención (PSEA)**

El proceso PSEA es una construcción individual y social por la cual el sujeto elabora su padecimiento, condicionando así los tipos de ayuda a buscar.

Para poder describir la representación que tienen los jóvenes en situación de encierro, a cerca del PSEA, se consideran estas subcategorías y/o propiedades:

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).

Bienestar físico, anímico y de la familia

“El estado de la persona, calculo yo” Qué es no tener ninguna molestia en el cuerpo. No tener ninguna molestia ni física ni... ¿cómo se llama eso que cuando algo te duele por dentro?... Ni internamente...” (B0007, masculino, 16 años).

“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).

Estado asociado al no consumo de sustancias psicoactivas y a prácticas saludables

“No drogarme, no fumar, nada. Qué se yo, no consumir nada que te haga mal.” (G0032, masculino, 18 años).

“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 futbol, siempre se levanta a la mañana, toma yogurt así, se desayuna con el sachet de leche así” (V0016, masculino, 18 años).

La enfermedad está asociada al dolor o padecimiento, descripción de síntomas

“... cuando me siento mal, me duele la cabeza” (Mr0001, masculino, 18 años).

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

Como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas

“...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).

Utilización de los servicios de salud

Cuando se sienten enfermos, es la puerta de entrada a los servicios de salud

“Iba al dispensario y me daban medicamentos y se me pasaba, y después no volvía más (se sonríe) y no me dolía más”. (Mr0001, masculino, 18 años).

...”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 j no!...” (B0007, masculino, 16 años).

“Tenía mucho dolor de cabeza así, estaba engripado así... para que me dieran pastillas o para que me pusieran la pichicata por la... por esa gilada” (M0009, 15 años).

PSEA a nivel del componente bucal

El PSEA a nivel del componente bucal es de suma importancia para las personas, una deficiencia a nivel de la cavidad bucal puede tener repercusiones importantes sobre el resto del cuerpo o viceversa. El dolor es la principal expresión del desequilibrio del componente bucal que lo lleva a la extracción dentaria como recurso rápido y efectivo. Se produce la naturalización de la exodoncia como único tratamiento viable.

“...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).

Las categorías hasta ahora mencionadas se encuentran teñidas por propiedades emergentes:

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

“Me empiezo a sentir mal, por ejemplo una vez me dolía mucho la cabeza, fiebre” (N0005, masculino, 15 años).

”...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).

“¿enfermo?... con fiebre nomás” (I0010, masculino, 18 años).

Naturalización de enfermedades de la niñez y 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).

En cuanto al componente bucal

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

“Si por las muelas también, les dolían las muelas también a mi papa. Ya se las hizo sacar la otra vez” (C0011, masculino, 17 años).

“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 afrontar 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).

“Mi hermana va al dentista porque se le pico un diente de adelante, por eso fue” (F0025, masculino, 18 años).

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

“... como a 3 cuadras, pero atienden al bardo, así nomás, tenés que ir re temprano, como a las 6 para sacar turno.” (F0025, masculino, 18 años).

“...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).

“Había un dispensario a 8 cuadras y media y un hospital que me quedaba más cerca, porque estaba en el centro y me quedaba a 3, 4 cuadras nomás... era pueblo chico, no es una cosa como decir Córdoba, que vas a sacar turno hoy y te van a dar de acá a un mes”. (F0014, 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 (29). 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).

“Deje el cigarrillo, cuidarme de las comidas por ejemplo”... (F0008, masculino, 18 años).

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

“...nunca le preste atención así uh... ¿me iré a enfermar? No, no... hace mucho que nos enfermamos, así no. La verdad nada, yo no me cuido.” (K0022, masculino, 18 años).

“...no me preocupo. Nunca me pasó nada, como te dije. Nunca me quebré, nunca me enfermé, nada.” (D0013, masculino, 17 años).

“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 saludable 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).

“...prácticamente ya no estaba en mi casa, ya. A veces comía como a las tres de la tarde, a veces. Algo comía rápido, lomito, algo, lo primero que tenía la rotisería. Desayunar, merendar eso no. A veces no comía en todo el día por las actividades” (G0004, masculino, 18 años).

Prácticas de autoatención intencionales al PSEA se generan ante el dolor y el padecimiento:

“Iba al dispensario y me daban medicamentos y se me pasaba, y después no volvía más (se sonríe) y no me dolía más”. (Mr0001, masculino, 18 años).

“Una vez me llevaron al Pediátrico, la Casa Cuna, ahí está mi tía, una de mis tías está ahí. Y me pusieron unos conos con calor y ahí se me paso un poco”... (B0007, masculino, 16 años).

“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).

“...yo cuando me duele la muela me echo cualquier cosa en la muela. Me eche alcohol, lavandina una banda de cosas pero me da vergüenza decir pero te lo voy a decir. Una vez me dolía mucho la muela, y yo me levanto a la madrugada y en una tapita orine, y me eche de una caliente, pero no la trague ni nada, me la deje ahí, y bueno y me la saque y me lave los dientes y se me paso todo. Pude dormir y cuando me levante tome el té y como es caliente y me empezó a agarrar de vuelta. Y después otra vez que me dolía iba al

dentista y bueno no sé qué me hacía y no me dolía más.” (C0020, masculino, 16 años).

“Cuando me dolía iba al hospital y me daban remedios ahí. A las muelas me las sacaban con una pinza, una tenaza, igual que al Cristian (hermano) y me las sacaba toda y no me salían más. Por ahí me quería pirar porque no me gusta esa gilada de la anestesia, es re chomi, las agujas son chomi, no me gustan, me pongo blanco, me mareo como que me desmayo.” (F0025, masculino, 18 años).

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

“Si, me dolía una muela, esta que me sacaron acá... bueno me dolía y yo me puse ácido de batería y ahí me calmo un poco, pero no fui al dentista.” (I0010, 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:

“... mi mama sabe lo que me da”... (B0007, masculino, 16 años).

“Una vuelta me queme la mano hasta por acá; y estábamos solo en mi casa, éramos chicos estábamos jugando. Tire un poquito de alcohol para que se prendiera el fuego y ¡qué! se me prendió toda la mano. Me caí ahí de mi mama, al geriátrico, con toda la mano así. Y ahí nomás me puso una crema, un par de vendas así y me curó. Ella tenía experiencia.” (I0024, masculino, 18 años).

“...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

Los jóvenes del estudio reconocen solamente como práctica nociva al 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 (rodea con su pulgar e índice su muñeca), y no tenía nada así.” (M0009, masculino, 15 años).

“...drogarte porque eso también te hace mal a la salud.” (I0010, masculino, 17 años).

“Me dí cuenta que me estaba haciendo mal. Estaba flaco, consumido acá la cara así, los cachetes; me costaba hablar” (I0024, masculino, 18 años).

Describen que cada SPA causa diferentes efectos:

“El porro como si fumaras un phillips, nada. La merca te da vuelta, te pone los ojos rojos, por ahí ni te acordás lo que hacés.” (Mr0001, masculino, 18 años).

“El porro es como que todo el día ando cegándome 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).

(Referido al consumo de pastillas) “... se me da vuelta la cabeza quiero ir robar, robar. La única forma es robar nada de matar, nada así. Yo robaba así... (Con respecto a la cocaína)... yo me quedo quietito, no molesto a nadie cuando estoy duro, estoy calladito así, no molesto a nadie... (En relación al fumar marihuana)... nada, conversando así como siempre cargándote de risa así, así normal como si hubieras estado de cara.” (C0020, masculino, 16 años).

Relatan un inicio temprano en el consumo de SPA:

“Marihuana a los 12, droga a los 14” (M0009, masculino, 15 años).

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

El consumo de SPA es una práctica necesaria para la aceptación del grupo de pares:

... "fumaba porque veía o fumaba porque si yo fumo total, para hacerme ver"... (F0008, masculino, 18 años).

... "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).

No reconocen 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).

"...en el barrio, el porro sale \$ 3 y la droga depende. De\$5 y \$10. Y la "alita de mosca"¹⁴ más caro \$70 el gramo. ¡Pero que! te tomas un gramo quedas durazo también." (K0022, masculino, 18 años).

Los jóvenes del estudio asocian al consumo de marihuana con el 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).

¹⁴ Alita de mosca: término utilizado por los jóvenes para referirse al tipo de cocaína de mayor calidad.

“Te agarra hambre, hambre de cosas dulces, te da ganas de comer caramelos, chupetín, cosas bien dulces.” (I0010, masculino, 17 años).

El consumo de tabaco está asociado a circunstancias vividas. Fuman en situación de privación de la libertad:

“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 refieren el consumo social de tabaco:

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

Relatan el consumo social de bebidas alcohólicas:

“...cuando salía de joda sino no”. (H0002, masculino, 17 años).

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

Existen distintas actitudes del grupo familiar ante el consumo de sustancias psicoactivas. Una la 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 poderme 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).

“Mi hermana que no me drogue, porque ella también se drogaba cuando era chica. Y mi hermano, bueno está en la droga nomás. Y mi papa tampoco me dice nada, también se droga con patillas y porro. Y mi mama no, a ella le molesta” (K0022, masculino, 18 años).

Y otra 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).

♣ **Impacto del PSEA a nivel de componente bucal en la calidad de vida**

La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a los aspectos de la vida de cada individuo que están dominados o influenciados significativamente por la salud personal (55).

Limitaciones funcionales y de roles sociales, atribuidas al dolor, afectan la Calidad de Vida relacionada al componente bucal (CVRCB)

Los jóvenes participantes de este estudio relatan que limitaciones funcionales relacionadas con la alimentación afectan la CVRCB:

“... cuando como así. Me entra así cosita en la muela, me siento incómodo, me duele. Siento que no como bien así, con miedo a veces por la muela”... (F0008, masculino, 18 años).

También reconocen que las limitaciones en sus quehaceres cotidianos (trabajo, escuela) afectan su CVRCB y no así en sus actividades sociales:

(Refieren en cuanto si el dolor interfería en sus actividades) “No, trataba de quedarme en mi casa, tomar antibiótico, o sea no trataba de salir. A veces tenía que trabajar, iba un poco más tarde, pero si salir con mis amigos no... aunque...-piensa-... aunque por ahí si tenía que salir, me tomaba algo, me calmaba y salía lo mismo” (D0006, masculino, 17 años).

“Cuando me dolía poco, no. Y cuando me dolía mucho me quedaba en mi casa. No, le decía a mi patrón que estaba enfermo y faltaba” (F0008, masculino, 18 años).

Relatan percibir una limitación psicológica para sus quehaceres y roles cotidianos:

“No está bien, pero la bronca es por el dolor, el mismo dolor. O por ahí estas así en un momento y te da una puntada, y vos estas renegando que donde está la plata, donde está la plata, que pum pam y te da una puntada en la muela así, y te da ganas de cagarlo a cañaso así y te hacen renegar y te duele la muela todo no! Pa’ matalo (se ríe)” (K0022, masculino, 18 años).

“No, no salgo. Si se pasa, o me dan algo y se me pasa, si sino no, porque me duele mucho y no se me pasa. Y me enoja por ahí porque quiero que se me pase pero bue.” (D0013, masculino, 17 años).

Posiciones sobre la apariencia estética del componente bucal y el grado de aceptación

La apariencia dental es un parámetro estético, que no influye en su autoestima ni actividad social.

“Me gustaría tener los dientes bien blancos, bien blancos así copado, así cuando me ria así resalten copados a la noche y bien derechos me gustaría tenerlos. De ahí en más, nada más. Estoy conforme. Si yo soy así como soy y a mi tienen que aceptar como soy. No me molesta ni me preocupa eso.” (K0022, masculino, 18 años).

Para algunos de estos jóvenes la pérdida de elementos dentarios anteriores afecta la autoestima:

“Mire como estoy, los dientes están para atrás, hasta me falta uno, me da vergüenza hasta reírme, ¡están “chomazos”¹⁵! Y si mire la ventana q tengo acá, mi hermana me dijo los otros días que arruinado que estaba, sin diente hasta canas me vio.” (Mr0001, masculino, 18 años).

Otros manifiestan que para evitar el rechazo de sus pares femeninos, acuden a sus habilidades comunicacionales.

“Es que a mi me da vergüenza no tener este diente (11), se me salió hace mucho, era chiquito, me caí de la bici. Y siempre me pregunto cuando voy con una chica ojala que no rebote por el diente. Pero eso es copado el chamuyo ni se fijan en el diente.” (A0023, masculino, 18 años).

¹⁵ Chomazo: Término utilizado por los jóvenes al referirse a algo feo y/o desagradable.

Las propiedades de la categoría central Impacto del PSEA a nivel de componente bucal en la calidad de vida, se ven cruzadas por esta categoría emergente transversal a las mencionadas:

Autopercepción del propio cuerpo relacionada a la funcionalidad y a lo estético

“Qué se yo... Nada... Aunque puede ser las manos. Porque puedo hacer las cosas, tengo fuerza...” si me cambiaría todo el comedor... Mire como estoy, los dientes están para atrás, hasta me falta uno, me da vergüenza hasta reírme, están chomazos! “(Mr0001, masculino, 18 años).

“A mí me da lo mismo, mi cuerpo es mi cuerpo, nací así y voy a morir así. No cambiaría nada” ... (N0005, masculino, 15 años).

Categorías transversales emergentes

A lo largo del proceso de análisis de las entrevistas surgieron categorías emergentes que son transversales a cada una de las categorías ya descritas, las cuales modifican, explican y amplían la comprensión de las percepciones que poseen los jóvenes en situación de encierro por medidas de privación de libertad sobre el PSEA y la CVRCB.

♥ **Integralidad del sujeto**

Refieren la integralidad del sujeto, el cuerpo manifiesta lo emocional a través de altibajos anímicos.

“Lo expresa el cuerpo mismo, por ejemplo la garganta ahora cómo estoy. Lo físico como lo demuestra en lo físico, esto por ejemplo el estrés, yo cuando estoy estresado, como que me tensa yo mismo, me estoy tensando y me estoy apretando yo mismo, y siento que las piernas me flaquean bastante. De esa forma el cuerpo me muestra cuando yo estoy bastante estresado o muy mal, mal anímicamente, destrozado, las piernas me empiezan a temblar, y me flaquean las piernas muchas veces Esa fue una cosa como que el cuerpo me demostró como diciendo bajá un par de decibeles o la vas a pasar peor.” (F0014, masculino, 18 años)

♥ **Situación de encierro muestra otra realidad y amplifica sensaciones**

La situación de encierro aparece como un *factor condicionante* que tiene dos características significativas: una *reveladora de otra realidad*, en varios aspectos para estos jóvenes, desde los valores, las emociones, lo físico y la importancia del componente bucal.

“No, nunca le di bola a los dientes, ahora... que se yo... porque estoy acá.” (I0010, masculino, 18 años).

“No si ahora, ahora. Si cuando yo estaba en cana tenía picada la de atrás, y la tenía poquito y después se me hizo esa gilada. Y después se me hizo de este lado, la de acá del otro lado se me hizo acá.” (M0009, masculino, 15 años).

Y como *amplificadora de sensaciones*, el dolor es el principal síntoma del desequilibrio del componente bucal, lo que provoca el impacto del PSEA del componente bucal de estos jóvenes en su calidad de vida. Donde la situación de encierro, actuaría como acrecentando las sensaciones; muchas veces asociada a la inaccesibilidad de algunos recursos paliativos del dolor, que cuando ellos estaban en libertad accedían fácilmente; o bien, relacionado solo a la situación de tener a mano todas las distracciones.

“No, acá me parece que te duele más, porque afuera te duele un ratito nomás. Afuera hay más cosas. Vas compras pastillas para que te calmen, te fumas un porro, todo (se ríe)” (H0002, masculino, 17 años).

“Casi nunca me agarro dolor de muela, cuando estuve adentro recién, antes no. Por ahí me dolía la cabeza; la cabeza y la muela por ahí. Acá adentro” (F0003, masculino, 16 años)

“Me dolían las muelas, de las muelas siempre sufrí. Y esta muela – se señala el elemento-bueno, me dolió siempre; ¡¿y ahora qué?! Cuando tas acá así que más todavía. Y cuando comía, tomaba el té caliente o sino el agua fría. Todo, me molestaba todo el tiempo. Y en el día se me calmaba. Siempre a la noche, toda la noche y me agarraba porque si” (D0029, masculino, 17 años).

“El dolor de muela, ¡uh! no aguantaba en la calle, mira en la calle; ¡¿cómo será acá?!” (F0008, masculino, 18 años).

“En la calle, tengo suerte no me enfermo nada, no acá adentro sí. Y resfrío todo así, en la calle nunca me había agarrado nada de eso, no se si no le daba cabida así, o por los mismos efectos, digo yo, no me daba cuenta... efectos de lo que consumía, andaba en el faso sólo; pero tiempo antes así también andaba en pastillas, después andaba con cocaína y después andaba con fana, porro. Fueron etapas así que probé de todo.”
(I0024, masculino, 18 años).

DISCUSIÓN

Nuestro trabajo permitió vislumbrar, descubrir y conocer las vivencias de jóvenes infractores de la ley alojados en los centros socioeducativos del área penal juvenil de Córdoba, en el transcurso de su vida y su situación actual de encierro, lo cual se vio reflejado a través de sus diferentes expresiones y relatos.

El **perfil sociodemográfico** de los jóvenes en situación de encierro, participantes de la presente investigación, resultó similar al de otros estudios realizados con jóvenes infractores de la ley.

En nuestra población de estudio predominó el género masculino (94%) siendo esto similar a lo hallado en diversos estudios realizados con jóvenes infractores de la ley en España (M: 82%; F: 18%) durante el año 2006 (179), en Asturias (M: 90%; F: 10%) (180), en el año 2012 en México (M: 97,5%; F: 2,5%) (181).

Si bien hasta el momento a nivel local, son pocos los estudios realizados en este grupo poblacional en una investigación llevada a cabo durante el año 2008, en el mismo contexto se presentó igual relación entre géneros (M: 96%; F: 4%) (2).

Este predominio del género masculino podría estar relacionado con la construcción de la identidad de los varones, que los lleva a ocupar espacios callejeros donde se ven expuesto a múltiples factores de riesgos; en nuestro país al igual que en otras partes del mundo, no existen grupos de jóvenes infractores de la ley integrados únicamente por mujeres; estas se suman en un rol de colaboradoras (182).

Si bien la edad media observada ($16,91 \pm 1,11$) no ha variado sustancialmente de lo hallado en el año 2008 en la misma institución ($16,42 \pm 0,82$), si se observa cambio en la edad predominante (moda), en la investigación actual 37% de los jóvenes tenía 18 años, mientras que en el estudio anterior el 42% tenía 16 años (2). Respecto a dicha observación, más allá de la implementación de programas educativos nacionales para la retención de los jóvenes en el nivel secundario, al momento no disponemos de otra información sobre posibles elementos institucionales o sociales que la expliquen. En estudios realizados con jóvenes en conflicto con la ley: en Asturias la edad promedio fue 15,5 años (180) y en Colombia $15 \pm 1,83$ (183), mientras que en México la edad media fue 18,05 años con predominio (30%) de 18 años (181).

En cuanto al lugar de procedencia de los jóvenes en estudio, se observa un aumento en la proporción de residentes del interior de la provincia de Córdoba,

Argentina, que la encontrada con anterioridad en los mismos centros (2). Lo que podría explicarse con la información que se desprende de las entrevistas, de que los jóvenes en situación de encierro bajo el sistema penal juvenil a pesar de tener lugares de residencias habituales se trasladan por diferentes barrios y localidades para llevar a cabo sus hechos delictivos. Muchos de ellos se mudan a las localidades del interior o colindantes a sus domicilios para preservarse de la estigmatización por parte de la comunidad.

En relación al nivel educativo se observa a los jóvenes del presente estudio con mejor nivel de instrucción con respecto a investigaciones realizadas con adolescentes alojados en el Centro de Régimen Cerrado de la Ciudad de Buenos Aires y Unidades para jóvenes adultos del Servicio Penitenciario Federal, durante el 2012, donde el 66% de los participantes no concluyeron el nivel primario (184).

Los jóvenes de nuestro estudio concurrían a establecimientos escolares cercanos a sus domicilios, fueron repitentes, y abandonaron la escuela. Entre los motivos que emergieron como causantes de esa interrupción señalan la mala conducta, su propia decisión y también el ingreso estos centros socioeducativos. El contexto actual de estas instituciones, surge como espacio contenedor y de acompañamiento que les permite concluir con los niveles de escolaridad e instrucción laboral a través de diferentes talleres. A pesar de estas posibilidades, en muchas ocasiones los jóvenes no se encuentran motivados para concurrir a estas actividades justificándose con diversas excusas, desgano, disgusto, preferencias por otras actividades de distracción, entre otras. A pesar de estas actitudes reconocen a la educación como agente legítimo de socialización y movilidad social que les permite la construcción de proyectos personales.

En el plano laboral, nuestro estudio muestra una alta proporción de jóvenes con antecedentes laborales (69%) al igual que sus progenitores, difiriendo con los resultados que mostró el trabajo realizado en Buenos Aires con jóvenes alojados en centros cerrados en el año 2012, (11% de jóvenes posee antecedentes laborales, 66% de las madres y el 44 % de los padres no trabajan) (184).

Los antecedentes de trabajos que manifiestan estos jóvenes son de tipo informal, las actividades que desarrollan están relacionadas con la construcción, mecánica del automotor, reparto entre otras. La necesidad de trabajo surge en ocasiones con la figura de rebusque para acceder el mundo material y cubrir sus necesidades; también con el acompañamiento de un adulto, representado por la imagen de quien ejerce el rol de jefe de familia (padre, padrastro, hermano,

abuelo) y le enseña la actividad. Si bien estos trabajos son consideradas subempleos para estos jóvenes constituyen la actividad rentada a través de la cual obtienen dinero, con el cual ayudan a sus familias, generalmente a las madres y los más pequeños de su grupo familiar (hermanos menores y sobrinos). En este plano emerge la alternancia entre trabajo y actividad delictiva, doble ocupación (185), ambos para la obtención de dinero necesario para la satisfacción de sus necesidades, a partir de lo que adscriben al sistema de “dos platas” (185). Una de fácil obtención a través de sus acciones ilícitas la que es gastada en salidas, drogas, bebidas alcohólicas, para el “bardo” como ellos mismos relatan y la otra obtenida más laboriosamente, la cual es destinada a la compra de ropa y a la ayuda familiar. Acordando con Kessler se puede decir entonces, que estos jóvenes legitiman su accionar delictivo en la lógica del proveedor, la cual justifica su accionar para satisfacer sus necesidades.

La organización familiar predominante del presente estudio es nuclear a diferencia de lo observado en el mismo contexto en el año 2009, donde las de mayor frecuencia fueron las familias monoparentales, pero en ambas investigaciones la madre ejerce el rol de jefe de familia (2). Si bien en la encuesta no se logra diferenciar las relaciones parentales, a través de las entrevistas se pudo visualizar que en muchos casos la figura del padrastro como padre legitimado en ese rol por el acompañamiento y la contención. En otros casos independientemente de la organización familiar la puesta de límites la ejercen otros integrantes de su círculo vital, como el hermano mayor. La figura materna aparece como conciliadora, comprensiva y de respeto máximo aunque muy débil en cuanto a autoridad. Sin embargo el afecto materno surge como motivo para el cambio de conductas de estos jóvenes.

Es de destacar que las prácticas que hacen referencia los jóvenes participantes de nuestro estudio corresponden a los momentos previos a su ingreso a los centros socioeducativos.

En referencia a la valoración del **consumo de sustancias** el uso SPA, como la marihuana, cocaína, psicofármacos y mix/policonsumo, aparece en el presente estudio con una frecuencia de consumo diario, menor a la frecuencia diaria de consumo que refieren jóvenes drogodependientes antes del ingreso a programas de rehabilitación, en la Ciudad de Córdoba (186).

El Informe Subregional sobre uso de drogas en la población escolarizada, a través de un estudio realizado en el año 2007 mostró una prevalencia de policonsumo y/o mix de 35% en Argentina (187), datos coincidentes con nuestra

investigación, en la que la distribución de la sustancia de consumo mostró un destacado aumento en la proporción de policonsumo/ mix 37% seguido el consumo de marihuana (30%). Se acentúa así una fuerte tendencia hacia el policonsumo que ya se advierte en otros estudios desarrollados con jóvenes drogodependientes en recuperación (186, 188).

En cuanto al consumo de tabaco (80%) y alcohol (77%) las frecuencias halladas en el presente estudio son muy superiores a las de un estudio realizado en menores infractores de la ley en el Principado de Asturias en el 2012 (tabaco: 10, 3%; alcohol: 16, 4%) (180). Es importante mencionar que para los jóvenes de nuestro respecto al consumo de alcohol está limitado a momentos sociales, durante los fines de semana y con consumo mayor, al igual que el de tabaco, en los jóvenes que residen en el interior de la provincia. Es notable en el relato, en cuanto a estas prácticas la diferencia entre los jóvenes residentes en la Capital de Córdoba y los del interior, lo que nos hace pensar en la dificultad de acceso para la obtención de SPA para los chicos residentes en el interior.

El inicio de consumo de SPA es a edad temprana entre los 12 y 14 años, dato menor a lo observado en estudios realizados con jóvenes drogodependientes (186); esto estaría relacionado con que los jóvenes del presente estudio no perciben barreras de ningún tipo para acceder a ellas, existe una naturalización del consumo de marihuana cuando refieren el consumo diario que tenían de cigarro “porro”, observación similar al de otros estudios con adolescentes en Córdoba, Argentina (189). Fumar porro es similar a fumar un cigarrillo, diferenciándolo de otras SPA, como la cocaína (droga para ellos) y las pastillas. Diferencian los efectos que causa cada una de ellas y justifican el policonsumo con la necesidad de contrarrestar algunos efectos de éstas. Las bebidas alcohólicas las consumen en reuniones o fiesta y muchas veces combinadas con otras sustancias. Durante su estadía en los centros socioeducativos, el tabaco es de alto consumo y ayuda en momentos de ansiedad y aburrimiento.

En cuanto a las **prácticas de autoatención** (Gráfico 5) los jóvenes de nuestro estudio relatan mayor frecuencia de las cuatro ingestas diarias. Las eliminadas de la dieta son el desayuno y la merienda, generalmente por costumbre; en menor proporción el almuerzo, dejando el único momento de ingesta para la cena, ocasión en la que eligen “comida rápida”¹⁶. El consumo de SPA también se

¹⁶ Comida rápida: Comida preparada y servida en un corto período de tiempo; los alimentos acostumbran a estar previamente procesados y con gran cantidad de conservantes. En general,

ve involucrado a los hábitos alimentarios, ya que actúa como responsable al momento de saltar u omitir las ingestas de alimentos.

Nuestro estudio respecto a las **prácticas de autoatención intencionales al PSEA** (Gráfico 6), mostró jóvenes con hábitos más deficientes de cuidados bucodentales (cepillado dental) previo al ingreso a estos centros, que los observados en Chile (190); en Asunción Paraguay con escolares de 14 a 16 años, durante el año 2015 (191); y en España con población infanto juvenil, de 2 a 15 años, durante el período junio 2006 - junio 2007 (192). En cuanto a la frecuencia de consumo de azúcares entre comidas presenta un consumo menor de dieta cariogénica que la población infanto juvenil (89,03%) en España (192); y mayor que el que presentaron adolescentes de 12 a 14 años (53,3%) en Venezuela durante el año 2011 (193).

En cuanto a la concurrencia al odontólogo, los jóvenes de nuestro estudio muestran una frecuencia similar en el uso de los servicios de salud bucodental que niños y adolescentes en España (191). Y menor a los niños y adolescentes de la Comunidad de Valencia, España, durante el 2004, donde el principal motivo de consulta con el odontólogo es el dolor/infección (194).

El análisis de las entrevistas permitió observar que la asistencia al odontólogo es el último tramo de elección en el itinerario terapéutico de estos jóvenes. Antes de concurrir al profesional recurren a diferentes prácticas paliativas del dolor como la automedicación con fármacos, uso de marihuana y prácticas de curanderismo.

“Me ponía hielo, me ponía algo, no podía, no aguantaba”...” ¡No! – se 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 esta. 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).

En este punto el aporte cualitativo mostró que los jóvenes en su situación actual muestran una modificación positiva de sus hábitos: alimentarios, de higiene, de comportamiento, escolaridad, acceso a servicios de salud entre otros, condicionados por el régimen de convivencia que rige en estos centros

también son platos con un alto aporte de calorías, ya que el procedimiento utilizado para su realización acostumbra a ser la fritura.

socioeducativos. Lo que lleva a pensar que es al ingreso a estos establecimientos se intensifican las buenas prácticas, disminuyendo las desigualdades sociales en el acceso a la atención en salud.

El componente bucal de la salud es un factor fundamental en las condiciones de vida y bienestar de una población, para que cada integrante se desarrolle plenamente en cada contexto de su cotidianeidad.

En lo referente a la inspección extraoral de la población de este estudio se observó una prevalencia de “algún síntoma en la articulación temporomandibular” (ATM) del 16%, estado más desfavorable al hallado en estudios realizados en una población mayor de 18 años en el municipio de Trinidad (1,3%) durante el año 2010 (195); y mejor situación a la observada en un estudio realizado en Uruguay con jóvenes de 15 a 39 años, en tratamiento por consumo problemático de drogas (196). Los signos predominantes en nuestros estudios muestran prevalencias de dolor y chasquido, situación menos adversa a la hallada en investigaciones realizadas con estudiantes de 13 a 18 años, en Temuco- Chile, que presentaban ruido articular (M: 35, 6%; V: 40,4%) y dolor periauricular (M: 20, 3%; V: 3,5%) (105). Los signos de chasquido y dolor de la articulación temporomandibular presentan condición más desfavorable en grupo de jóvenes drogodependientes (25,71%, 14,28%), de la Ciudad de Córdoba (197).

Estos síntomas en la ATM, son prevalentes y se ven condicionados con su situación actual, y se encuentran asociados a la ansiedad, angustia e inquietud que vivencian los jóvenes en estos centros, ya que previo a su ingreso nunca tuvieron esta sintomatología, según relatan.

La inspección intraoral, en esta investigación mostro el 11% de jóvenes con trastornos de la mucosa bucal, prevalencia esta, pocos puntos más elevada a la hallada en pacientes pediátricos, donde el 7,4% mostró lesiones (86). La presencia de lesiones estomatológicas son similares en grupos de jóvenes asistentes a escuelas urbano periféricas y jóvenes drogodependientes asistente al Programa Cambio (34,48%, 31,43%), mientras que distan del 25,86% que presentan jóvenes asistentes a escuela del microcentro de la Ciudad de Córdoba (197).

En cuanto a los valores de CPOD hallados en este estudio (CPOD= $8,94 \pm 4,75$) son similares a los encontrados en jóvenes drogodependientes en la Córdoba ($7,14 \pm 5,01$) (196). El valor de este índice muestra una población con una alta severidad de prevalencia de caries, según los criterios de OMS (176). Estos

resultados se encuentran alejados de las metas del milenio propuestas por diferentes instituciones de Latinoamérica que tienen como objetivo un CPOD de 1 a 2,9 para el año 2015 para América Latina (198).

El valor del Índice Significativo de Caries (SIC=14,26 ± 2,15) que presentó la población de nuestro estudio resultó similar al obtenido en grupo de jóvenes drogodependientes asistentes al Programa Cambio (12,91±2,87), y duplicó al hallado en jóvenes asistentes a escuelas céntricas y urbano marginales de Córdoba, 7,45±2,60; 7,20±2,44, respectivamente (197); y en adolescentes y adultos jóvenes de México (199).

Esta información permitió observar que el tercio que presenta mayor prevalencia de severidad de caries tiene valores del índice CPOD se aproxima casi al doble al que se observó en el total de la muestra, lo que lleva a plantear un mayor y mejor seguimiento de este grupo y a la implementación de programas en los tres niveles de atención. Igualmente es necesario considerar no solo la dimensión biológica para su abordaje, sino también lo social, a fin de revertir los objetivos basados en la enfermedad por aquellos sustentados en la salud, para poder lograr una práctica odontológica con fundamento holístico (198).

Nuestro trabajo mostró una prevalencia de mancha blanca de 21% (0,49±1,19), valor reducido a la mitad con respecto al hallado en jóvenes drogodependientes en recuperación (49,18%) en Córdoba, Argentina (200); e inferior a los valores medios registrados en estudios comparativos realizados con jóvenes concurrentes a colegio preuniversitario (2,56±4,8), a escuela urbano periférica (2,82±4,73) y a programa de recuperación de drogas (4,5±5,9) en Córdoba, Argentina (197). Esto podría estar relacionado a los diferentes criterios de diagnóstico y a las condiciones en que se realizaron los estudios. El examen de los jóvenes de este trabajo fue realizada en un consultorio odontológico, mientras que las otras pesquisas se llevaron a delante en diferentes condiciones de iluminación, lo que pudo ocasionar una valoración distinta de los estadios iniciales de caries. Por otra parte esta baja frecuencia del hallazgo de mancha blanca en estos jóvenes podría estar relacionada con la incorporación de hábitos de higiene bucal al ingresar a la institución donde se encuentran alojados.

El 79 % de los jóvenes de la presente investigación presentó alguna alteración estructural del esmalte (opacidades y/o hipoplasias), valor más elevado que el hallado en estudio realizado con escolares de 6 a 17 años (39,8 %), en Cuba (201); y en Colombia (49,9%) (202). Estas alteraciones ocurren en la etapa de formación del esmalte dentario y pueden estar asociados a diferentes factores

tanto locales, como sistémicos y hereditarios. Esto nos hace pensar en los diferentes causales a los que estuvieron expuestos estos jóvenes. Y considerando lo propuesto por Burak (15) podríamos inferir que estas alteraciones están relacionadas a las condiciones físicas, hábitos alimentarios entre otras, de las madres durante el embarazo; infecciones y trauma locales de los elementos dentarios al que estuvieron expuestos; hipocalcemias, fiebres elevadas, alergias, enfermedades pre y perinatales, deficiencias nutricionales que padecieron estos jóvenes.

En cuanto a la prevalencia de patologías periodontales, el índice periodontal comunitario mostró una prevalencia baja del estado compatible con la salud gingivo-periodontal de los jóvenes de la presente investigación, no registrándose datos de estadios avanzados de enfermedad periodontal.

Los índices de presencia de placa mostraron valores bajos. Los cuales no son coincidentes a los encontrados en estudios con jóvenes drogodependientes en la Ciudad de Córdoba (186). La frecuencia de hemorragia gingival es unos puntos superior a los hallados en estudios con adolescentes de 11 a 15 años (37,5%), en Cuba (203). Estas diferencias se pueden relacionar con diferentes factores tales como son las condiciones de exámen que imparte la OMS (97), según las cuales en los sujetos de menos 20 años sólo se registra seis elementos dentarios y a los menores a 15 años no se le debe registrar pérdida de inserción, solo considerar la hemorragia y los cálculos. Según lo recabado con el análisis cualitativo esta situación de la salud gingivo periodontal podría estar relacionada al modo en que realizan la higiene bucal estos jóvenes. Lo que hace pensar en la posibilidad de implementar acciones de promoción y prevención. La contradicción entre la prevalencia de gingivitis y el bajo índice de placa, podría explicarse en función del el orden en que se implementaron las mediciones. Los jóvenes previo a concurrir al consultorio de la institución para realizar la inspección de del componente bucal se cepillaban los dientes.

La prevalencia de maloclusión hallada en nuestro estudio fue del 53%, dato con el que podemos determinar el estado oclusal de los jóvenes de nuestro estudio: condición similar a la hallada en jóvenes asistentes a programa de rehabilitación de droga (57,71%), y más favorable que jóvenes asistentes a escuela urbano periférica (65,62%) y desfavorable con las observadas en jóvenes asistentes a escuelas del centro de Córdoba (196) y estudios realizados en Uruguay (33,8%) (204). El Índice Estético Dental (IED) permitió describir la prevalencia de maloclusión (MO) donde la mayor frecuencia la presentaron jóvenes sin

alteración o maloclusión leve. Estos datos son superiores a los hallados en el estudio anteriormente enunciado (204) en cuanto a la MO definida 18, 8%, severa 6,49% y muy severa 8,54%; mientras que supera a la frecuencia de oclusión normal con el 66,2 %. Estos resultados mostraron una situación más adversa de maloclusión de los jóvenes participantes de nuestro estudio, situación que se veía reflejada con un impacto negativo en la calidad de vida de estos jóvenes.

En cuanto a los factores asociados con la presencia de lesiones de caries la contribución de los siguientes factores: jefe de familia cuyo rol no fue desempeñado por el padre ni la madre, consumo de SPA/ marihuana, no concurrencia al odontólogo y nivel de instrucción analfabeto/primario. Aquí al igual que en otros estudios (186) los resultados refuerzan la idea del efecto de las SPA con lesiones de caries en sus diferentes estadios (CPOD+ MB>10).

A diferencia de los resultados de un análisis multivariado de regresión logística binaria aplicado a una población de niños de 6 a 12 años en México (81), que mostró riesgo de caries asociado a zona de estudio, urbana o conurbana y escolaridad materna, en nuestro estudio, consumo de SPA, frecuencia de la ingesta de alcohol, frecuencia del consumo de azúcares entre comidas, trastorno de la mucosa, necesidad de prótesis, opacidades/hipoplasias de esmalte y las covariables índice de placa y edad, son variables explicativas que se desprenden de la aplicación de un modelo estadístico lineal generalizado. Tales características estarían en consonancia con la diferencia de edades consideradas en estos estudios. Con el aumento de edad aparecen diversos factores relacionados a los estilos de vida y condiciones anatómo-fisiológicas responsables de interacciones y sinergismo particular que podrían estar incidiendo en la presentación de los diversos estadios de caries.

Algunos autores explicaron la asociación consumo de SPA y alcohol con las patologías del componente bucal. En adictos al alcohol se pudieron observar caries, enfermedad periodontal, abscesos dentoalveolares, guma, desgaste oclusal e incisal debido al bruxismo. El alcohol produce este tipo de enfermedades debido al elevado consumo de carbohidratos y la actitud descuidada con respecto a la higiene bucal (205). En adictos a marihuana, se ha observado caries a nivel cervical de los elementos dentarios atribuida al cepillado compulsivo; gingivitis, queilitis y candidiasis provocadas por la desnutrición ocasionada por la presencia de desórdenes alimentarios como anorexia (206). Además la marihuana contiene una sustancia activa que altera las funciones

cerebrales tales como la coordinación, los reflejos, incremento del ritmo cardíaco, la presión sanguínea y disminución el flujo salival (207).

El OHIP 49 fue utilizado en distintos estudios epidemiológicos, en los que se observó asociación muy significativa entre el nivel de salud oral y la satisfacción con el estado de la misma, se encontró que los elementos perdidos, las caries, la pérdida de inserción periodontal, y las barreras para el cuidado dental se asocian al impacto sobre el bienestar y calidad de vida (63).

Si bien hasta el presente no se han hallado investigaciones que aborden calidad de vida y componente bucal en contextos similares al de nuestro estudio, se han encontrado pesquisas que utilizaron el mismo instrumento con mujeres embarazadas chilenas y peruanas (59) donde los resultados fueron similares para las dimensiones del dolor e incapacidad física; mayor para la dimensión del disconfort psicológico y menor para las dimensiones de la incapacidad psicológica, social y desventaja.

Según las correlaciones del índice CPOD con todas las dimensiones del OHIP49 en la presente investigación, se destaca la correlación con el dolor físico ($r=51$), coincidiendo con estudios en adolescentes escolarizados de 14 a 19 años, realizados en instituciones escolares públicas y privadas, en Colombia, durante el 2007 (1), donde se hallaron puntuaciones bajas para el dolor corporal (17,06 en instituciones públicas, 14,08 en instituciones privadas). La dimensión del dolor físico muestra peor calidad de vida cuando se relaciona con las enfermedades crónicas (208, 210, 211), situación social, drogadicción, violencia, desplazamiento (212, 213).

En el transcurso de nuestra investigación todos los datos que nos brindaron estos jóvenes se vio enriquecida por sus testimonios, que nos permitió ampliar, incrementar y potenciar la información y logrando la comprensión de la construcción de los diferentes conceptos que nos interesaba conocer.

♣ **Proceso salud enfermedad atención (PSEA)**

Desde la perspectiva de la construcción de la realidad de Bordieu (214), 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.

El proceso PSEA es una construcción individual y social por la cual el sujeto elabora su padecimiento, condicionando los tipos de ayuda a buscar. La construcción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo se puede comprender contextualizada en el universo de creencias, valores y medio sociocultural de cada persona y también sus condiciones materiales de vida (14). Desde la concepción moderna el PSEA, es considerado como el modo en que los sujetos definen a la salud - enfermedad a partir de la relación que se establece con la sociedad (215). 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 (216).

En este sentido los jóvenes en situación de encierro bajo el sistema penal juvenil del estudio, definen al PSEA como un estado propio individual, relacionado a la ausencia de enfermedad, evidenciada principalmente por el dolor incluyendo al componente bucal. 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 (189).

Así mismo relacionan el PSEA con el bienestar anímico y familiar; dejándose 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. Estas representaciones están teñidas por experiencias previas propias, familiares y de vínculos cercanos que caracterizan el proceso, que llevan a minimizar la importancia, naturalizan enfermedades para la niñez como la existencia de los programas para el control y desarrollo del niño sano. Ello como sugiere Lucero (189), podría estar vinculado a los componentes emocionales asociados a la enfermedad. En ese sentido los jóvenes de nuestro estudio no refieren situaciones que le hayan provocado sentimientos negativos de dolencia y sufrimiento.

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 situaciones humillantes, vergüenza, porque 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.

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 (217). 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 impedimentos en cuanto a lo geográfico y económico, emergen dificultades que mencionan algunos jóvenes, en cuanto a los horarios inadecuados y/o las largas esperas.

Para analizar las prácticas intencionales al PSEA de estos jóvenes se considera sus creencias, saberes e itinerarios terapéuticos (218), donde la autoatención surge como un proceso de cuidado del cuerpo, el componente bucal y del alivio del dolor. Como ya se mencionó la autoatención constituye una de las actividades esenciales del proceso salud enfermedad atención.

Según Menéndez (29), 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 afectan a su salud, ya sean reales o imaginarios, sin la intervención directa de profesionales de la salud.

Los jóvenes entrevistados manifiestan tener prácticas de autoatención favorables 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 autoatención. Ello se encuadra en lo que Menéndez (29) 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 (29) 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 las acciones posteriores a la consulta, forman parte del proceso de autoatención (29).

En relación a la autoatención restringida 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 fármacos 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 cuando están enfermos a sus madres.

Los jóvenes en situación de encierro bajo el sistema penal juvenil reconocen como prácticas que afectan a la salud 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 adolescentes escolarizados (187), los jóvenes en conflicto con la ley manifiestan una naturalización del consumo de marihuana comparada a la de los cigarrillos, para ellos llamados “caretas”. La cocaína, para ellos droga, y las pastillas la asocian a la violencia y peligrosidad, y como factor predisponente del desarrollo de sus conductas delictivas.

A su vez el consumo de SPA se asocia a hábitos alimentarios deletéreos de estos jóvenes, dado que incluyen un círculo vicioso que ellos relatan, que

provoca la disminución de los efectos de las SPA y a su vez el consumo de SPA produce la falta de apetito debido que el tiempo que se encuentran bajo los efectos de las sustancias no tienen nociones de sus conductas.

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 por medidas de privación de libertad, el aburrimiento y la ansiedad les provoca el consumo, en tanto que si se retrotraen a cuando no se encontraban alojados en estos centros, la motivación era social para ellos “cuando pateaban la calle”.

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

Existen dos posturas familiares definidas en relación al consumo de SPA, una se refiere a la aceptación del grupo familiar acerca de la ingesta de SPA, dado que otros integrantes de la misma tienen o tuvieron esas prácticas. Por otra parte existe en el medio familiar una disconformidad fundamentalmente asociada a la figura materna. Que si bien se encuentra idealizada en construcción simbólica de estos jóvenes, desde los afectivo y contenedor, no se ve legitimada para la imposición de límites.

♣ **Impacto del PSEA a nivel de componente bucal en la calidad de vida**

La Organización Mundial de la Salud define a la calidad de vida relacionada al componente bucal como la percepción que tiene el individuo del grado de satisfacción con respecto a su dentición, así como con los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades diarias, teniendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, sus implicancias en el cuidado, expectativas y paradigmas acorde al sistema de valores dentro del contexto sociocultural (51).

La CV no puede ser independiente a las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada sujeto, por lo cual para su comprensión deben dejarse de lado un sistema único globalizado de valores y rescatar aspectos antropológicos y culturales (219).

Los jóvenes en situación de encierro del estudio, perciben a la calidad de vida relacionada con el componente bucal (CVRCB), al momento que aparece una limitación en sus diferentes roles sociales y funcionales. Donde el dolor físico es el principal responsable del registro de la pérdida de equilibrio de su componente

bucal. Es importante mencionar que estos jóvenes relativizan su malestar, según puedan manejar la situación de dolor a través de diferentes paliativos, acudiendo a recursos del autocuidado restringido como es la automedicación o el consumo de marihuana entre otros, para que no les afecte sus actividades prioritarias como son las sociales.

Existe una diferencia, según los relatos de los jóvenes, entre las actividades de escuela y trabajo con las salidas con sus amigos. Manifiestan conductas distintas ya que en caso de no sentirse bien o dolerle las muelas no concurren al trabajo, o lo hacen más tarde; a la escuela no van, quedándose en su casa. No así al momento de una salida con amigos, donde recurren a diferentes métodos para aliviar el dolor sin interrumpir sus actividades sociales. En cuanto a la limitación psicológica la diferencia también radica en la intensidad del dolor, para el desempeño de sus quehaceres y roles cotidianos, evitando relacionarse con diversas situaciones, ya que el dolor les provoca malhumor.

Lo que se refiere a la importancia estética (insatisfacción por la apariencia de su componente bucal), el efecto de las maloclusiones no es tan sólo funcional y/o estético, sino que también influye en los aspectos psicosociales (220, 221) y la calidad de vida, especialmente de los adolescentes (222, 223, 224, 225).

Los jóvenes en situación de encierro bajo el sistema penal juvenil manifiestan algún tipo de malestar con la apariencia de su componente bucal, por la disposición de su dentadura, la ven desparejas, los “dientes chuecos”; por la apariencia del color de sus dientes, considerando la blancura de éstos como un parámetro estético; pero a su vez no influiría al momento de relacionarse con sus pares ni en su autoestima; no así la ausencia de algún elemento anterior, que les dificulta relacionarse con sus pares. Lo cual les lleva a acudir al “chamuyo” (habilidad comunicacional) para evitar el rechazo.

Estas representaciones sobre las limitaciones que provoca el desequilibrio del componente bucal, que poseen los jóvenes de este estudio se ven influenciados por la autopercepción que poseen de su propio cuerpo relacionado a la funcionalidad y a lo estético.

Sin embargo su autopercepción no les permite captar la importancia del nivel de severidad de caries que presentan (CPOD= $8,94 \pm 4,75$).

Nuestro estudio permitió identificar representaciones del PSEA y el impacto en la calidad de vida de estos jóvenes construidas a partir de dos conceptos emergentes: - **la integralidad del sujeto**, donde el cuerpo expresa lo emocional a través de altibajos anímicos; logrando así que estos jóvenes puedan

reconocerse como una unidad conformada por las dimensiones biológica, psicológica y social; donde la emocionalidad les permite esta construcción íntegra de su persona. El segundo de los conceptos emergentes es - **la situación de encierro que muestra otra realidad y amplifica sensaciones**, surge para estos jóvenes como el punto de quiebre en la manera que vivencian, piensan y construyen los diferentes eventos, marcando la diferencia entre “el afuera / la calle” y “adentro / las rejas”. Lo que lleva a describir las representaciones sobre el PSEA que poseen estos jóvenes, como un proceso integral, psíquico y afectivo, que reconoce a los hábitos saludables como protectores, donde el componente emocional es el principal condimento y todo esto está relacionado a su calidad de vida. Donde el desequilibrio que provoca el impacto en la calidad de vida de los jóvenes en conflicto con la ley alojados en estos centros, se ve representado en muchas ocasiones por las afecciones físicas, el mayor impacto lo produce la situación de encierro, que les hace percibir sus vivencias de manera más intensa, condicionando la mediatización¹⁷ de sus necesidades.

¹⁷Mediatización: Influencia que algo o alguien ejerce sobre una persona o grupo de personas condicionando su libertad de acción (131).

CONCLUSIONES

- El perfil sociodemográfico de los jóvenes en situación de encierro bajo el sistema penal juvenil de la Provincia de Córdoba presentó las siguientes características: el 94% eran de género masculino; con una edad media de 16, 91 ($\pm 1,11$), el nivel de instrucción alcanzado fue el primario completo (34%), poseían antecedentes laborales del tipo informal (69%) y eran procedentes de la Ciudad de Córdoba (69%). La estructura familiar a la que pertenecen estos jóvenes es el tipo nuclear (29%); donde el jefe de familia está representado por el padre (33%), quienes presentan primario completo (36%) y poseen un trabajo del tipo informal (67%).
- El perfil clínico de los jóvenes en situación de encierro bajo el sistema penal juvenil de la Provincia de Córdoba mostró una marcada prevalencia del nivel muy alto de severidad de caries (70%), enfermedad gingival (IPC 56%) y maloclusión (53%), no así de los estadios iniciales de caries (21%), alteraciones de esmalte (21%) y disfunción temporomandibular (16%).
- Los índices CPOD ($8,94 \pm 4,75$) y SIC ($14,26 \pm 2,15$) mostraron una elevada severidad de caries en los jóvenes de nuestro estudio, situación que ellos no advierten como daño ni riesgo, generando una importante diferencia entre la realidad medida y la imagen que estos jóvenes tienen de si mismo.
- Las pruebas de hipótesis secuenciales para los efectos fijos, mostró efecto significativos sobre MB+CPOD de las variables en el siguiente orden Frecuencia en el consumo de alcohol, Consumo de sustancia psicoactiva, Frecuencia en el consumo de azúcares entre comidas,

Trastornos de la mucosa oral, Opacidades/ hipoplasias de esmalte, Índice de placa y Edad en último lugar.

- El análisis de correlación múltiple mostró que la variable MB+CPOD en su categoría mayor a 10 aparece más próxima al grupo de los jóvenes cuyo jefe de familia no es el padre o madre, que consumen sustancias psicoactivas, especialmente aquellos que consumen marihuana, que no concurren al odontólogo y que son analfabetos/primario que de aquellos que no consumen sustancias psicoactivas, con secundario, cuyo jefe de familia es el padre, que consultan al odontólogo.
- La evaluación del impacto de la salud oral en la calidad de vida de estos jóvenes, a través del OHIP 49 mostró impacto medio, siendo las dimensiones de más impacto la limitación funcional, el dolor físico, el disconfort psicológico y en menor grado la incapacidad psicológica y social.
- El análisis de correlación entre el impacto de la salud oral en la calidad de vida de estos jóvenes, evaluada a través del OHIP 49, y su situación clínica mostró una correlación media ($r=0.46$), siendo la dimensión del dolor físico la principal responsable ($r=0.51$).
- El análisis de los datos cualitativos muestran que las representaciones del PSEA a nivel del componente bucal, de estos jóvenes en situación bajo el sistema penal juvenil, incluyen al componente bucal como parte de la salud general, a partir de situaciones de padecimientos, no sólo por dolor físico sino también por la importancia estética.

- Comparando los resultados obtenidos del OHIP 49 y las entrevistas realizadas a estos jóvenes respecto a la calidad de vida, se destacó la riqueza de este último instrumento, ya que dio lugar a categorías emergentes que ampliaron y complementaron el análisis de la información obtenida a través del cuestionario, permitiendo conocer la realidad de estos jóvenes desde su propio punto de vista.
- Si bien el dolor es el principal responsable del impacto negativo de la salud-enfermedad- atención- del componente bucal en la calidad de vida de los jóvenes del estudio, la situación de encierro plantea un escenario particular para las sensaciones y resoluciones sobre la salud-enfermedad-atención- a nivel del componente bucal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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. [Internet] 2008 [Consultado 20 de Julio de 2014]; 24 (1):53-63. Disponible en:
<https://search.proquest.com/openview/a7881f2095a2de470b0964ae79b29b45/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2027436>
2. 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.
3. Pedrowicz S, Artagaveytia L, Bonetti JP. Salud y participación adolescentes. Palabras y juegos [Internet]. Montevideo: Unicef; 2006.p.19 [Consultado 19 de Abril de 2014]. Disponible en:
https://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_Herramientas_GUI_A_3.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos. 48^a ed. [Internet]. Italia: Organización Mundial de la Salud; 2014.p.1. [Consultado 20 de Marzo de 2015]. Disponible en:
<http://www.who.int/es>
5. Vergara Quinteros M. Tres concepciones históricas del proceso salud enfermedad. Hacia la Promoción de la Salud. [Internet] 2007. [Consultado 18 de Febrero de 2014]; 12: 41-50. Disponible:
http://recursos.salonesvirtuales.com/wp-content/uploads/bloques/2012/08/Revista-12_4.pdf
6. San Martín H, Pastor V. Economía de la Salud. McGraw Hill; 1989.p.42-49.

7. Serrano Hernández M, Torres López T, Ávalos Alcántara G. Concepciones culturales en torno a la salud y la enfermedad en población de adultos en Jalisco, México. Rev. Salud Pub y Nutrición. [Internet] 2009 [Consultado 18 de Febrero de 2014]; 10 (3). Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/x/3/articulos/con_cul_sal_enf.htm
8. 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.
9. Baca P, Bravo M, Junco P. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. En: Rioboo García R. Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria. 1° ed. Madrid: Avances; 2002.p. 19-36.
10. Granada Echeverry P. El campo de la salud como espacio de construcción simbólica. Rev. Ciencias Humanas. 1999; 6 (20): 1-8.
11. Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians. A working document [Internet]. Ottawa: Government of Canada; 1981.p.5-7 [Consultado 25 de Agosto de 2012]. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
12. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A. Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panam Salud Publica. [Internet] 2002 [Consultado 27 de Marzo de 2016]; 12(2):128-36. Disponible en: <http://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud%20Comunitaria/M4/BiblioM4/MEDICINASOCIAL.pdf>
13. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência&SaúdeColetiva. 2003; 8(1):185-207.

14. 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.
15. 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 [Internet]. Costa Rica: Ed. Tecnológica; 2001.p.20-36. [Consultado 20 de Julio de 2011]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/Adolescenciayjuventud.pdf>
16. Moreno Altamirano L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica Salud Pública de México. [Internet] 2007 [Consultado 20 de Julio de 2015]; 49(1):63-70. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n1/a09v49n1.pdf>
17. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. México: Siglo XXI; 2005.p.91-111.
18. Samaja J. Epistemología de la Salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial S.A; 2007.p.45-136. p.167-168.p.223-226.
19. Rojas Sánchez U. Una nueva episteme para interpretar la salud-enfermedad- atención. Rev. Ciencia Odontológica. [Internet] 2014 [Consultado 19 de Diciembre 2015]; 11 (2):107-110. Disponible en: <http://www.produccioncientifica.luz.edu.ve/index.php/cienciao/article/viewFile/19775/19721>
20. Susser M. Causal thinking in in the health science. New York: Oxford University Press [Internet]; 1973.p.181. [Consultado 23 de Diciembre 2015]. Disponible en: <https://www.abebooks.com>

21. Parsons T. Action theory and human condition. Nueva York: Free Press; 1978.p.96-114.
22. Kleinman, A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley University Press; [Internet] 1980.p.24-70. [Consultado 5 de Enero 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. [Internet] 1995 [Consultado 19 de Diciembre 2015]; 41(7): 1005-1021. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
24. Castro R. La vida en la adversidad. El significado de la salud y la enfermedad en la pobreza [Internet]. Cuernavaca Morelos: CRIM; 2000.p 48-64. [Consultado 19 de Diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.crim.unam.mx>
25. Good B, Good MJ. The meaning of symptoms. A cultural hermeneutic model for clinical practice. En: The relevance of social science for medicine. Dordrecht: D. Reidel Publishing. [Internet] 1980.p.165-6. 1995 [Consultado 19 de Diciembre 2015]. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-94-009-8379-3_8
26. Bibeau G. Step toward thick thinking: from webs of significance to connections across dimensions. Med Anthropol Q. [Internet] 1988 [Consultado 19 de Diciembre 2015]; 2:402-406. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1525/mag.1988.2.4.02a00080>
27. Corin E. The social and cultural matrix of health and disease. En: Evans RG, Barer ML, Marmor TR. The Determinants of Health Populations [Internet]. New York: Routledge; 1994.p.93-132 [Consultado 19 de Diciembre 2015]. Disponible en: <https://books.google.com.ar>
28. Libreños Piñeros L. El proceso salud enfermedad y la transdisciplinariedad. Rev Cubana Sal Pub. [Internet] 2012

- [Consultado 27 de Marzo 2016]; 38 (4): 622-628. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38n4/spu13412.pdf>
29. 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.
30. Michalewic A, Pierri C, Ardila-Gómez S. Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. Anuario de Investigaciones, Universidad de Buenos Aires. [Internet] 2014 [Consultado 15 de Junio 2016]; XXI: 217-224. Diponible en:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v21n1/v21n1a21.pdf>
31. Vargas-Escobar LM. Marco para el cuidado de la salud en situaciones de enfermedad crónica. Investigación en Enfermería, Imagen y Desarrollo. [Internet] 2010 [Consultado 15 de Junio 2016]; 12(1): 79-94. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co>
32. Merhy EE. Salud: Cartografías del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.p.31-46.p.65-76.
33. Thomas C. De-Constructing the concept of care. Sociology. [Internet] 1993 [Consultado 25 de Agosto 2015]; 27(4):649-669. Disponible en:
<http://www.research.lanacs.ac.uk>
34. Kleinman A, van der Geest S. 'Care' in health care. Remaking the moral world of medicine. Medische Antropologie. [Internet] 2009 [Consultado 24 de Setiembre de 2016]; 21(1): 159-168. Disponible en:
<http://tma.socsci.uva.nl>
35. Tejada de Rivero, D.A. Alma-Ata: 25 años después. [Internet] 2003 [Consultado 26 de Setiembre de 2016] 8(2):2-7. Disponible en:
<http://www.buenosaires.gob.ar>

36. Campos GWS. Gestión en salud. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.p.71-84.p.163-185.
37. Testa, M. El Hospital visto desde la cama del paciente. Salud, Problema y Debate; [Internet] 1993 [Consultado 30 de Diciembre 2015]; V (9). Disponible en: <http://www.altaalegremia.com.ar>
38. Heller A. On the concept of care. En: Pinheiro R, Gomes da Silva A. Ciudadania no cuidado. O Universal e o común na integralidades das acções de saude. Rio de Janeiro: CEPESC; 2011.
39. Ulloa F. Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica. Buenos Aires: Ed. Paidós; [Internet] 1995.p.4-12. [Consultado 30 de Diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.terras.edu.ar>
40. Matus C. Política, planificación y gobierno. Caracas: Fundación Altadir; [Internet] 1994.p.19. [Consultado 9 de Octubre 2015]. Disponible en: <http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar>
41. Ferreyra S. Calidad de vida en trasplante de órganos: una mirada desde el trabajo social. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Espacio Editorial; 2014.p.7-54.
42. Campbell A. The sense of well-being in America. New York: Mc Graw-Hill; [Internet] 1981.p.13-26. [Consultado 10 de Octubre 2015]. Disponible en: <https://babel.hathitrust.org>
43. Meeberg GA. Quality of life: A concept analysis. Journal of Advanced Nursing. [Internet] 1993 [Consultado 10 de Octubre 2015]; 18: 32-38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18010032>
44. Bognar G. The concept of quality of life. Social and Practice. [Internet] 2005 [Consultado 10 de Octubre 2015]; 31: 561-580. Disponible en: https://www.pdcnet.org/pdc/bvdb.nsf/purchase?openform&fp=soctheorpract&id=soctheorpract_2005_0031_0004_0561_0580

45. Hass B. Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of Nursing Scholarships*. [Internet] 1999 [Consultado 8 de Noviembre 2015]; 31: 215-220. Disponible en : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00483.x/full>
46. Smith K, Avis N, Assman S. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of Life Research*. [Internet] 1999 [Consultado 8 de Noviembre 2015]; 8: 447 – 459. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1023/A%3A1008928518577>
47. Urzúa A, Caqueo-Úrizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*. [Internet] 2012 [Consultado 8 de Noviembre 2015]; 30 (1):61-71. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
48. Felce D, Perry J. Quality of life: Its definitions and measurement. *Research in Development Disabilities*. [Internet] 1995 [Consultado 26 de Setiembre de 2011]; 16 (1): 51- 74. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
49. Solberg E, Diener E, Wirtz D, Lucas R, Oishi S. Wanting, having, and satisfaction: Examining the role of desire discrepancies in satisfaction with income. *Journal of Personality and Social Psychology*. [Internet] 2002 [Consultado 6 de Setiembre de 2014]; 83: 725-734. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.83.3.725>
50. Wu C. The role of perceived discrepancy in satisfaction evaluation. *Social Indicators Research*. [Internet] 2008 [Consultado 6 de Setiembre de 2014]; 88: 423- 436. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/226144588_The_Role_of_Perceived_Discrepancy_in_Satisfaction_Evaluation
51. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social*

- Science and Medicine. [Internet] 1995 [Consultado 11 de Noviembre de 2015 de 2014]; 41:1403 – 1409. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02779536/41>
52. Nieto-Munuera J, Abad-Mateo MA, Esteban- Albert M, Tejerina-Arreal M. Psicología para la ciencia de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad [Internet]. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 2015. [Consultado 26 de Julio de 2016]. Disponible en: http://www.ingebook.com/ib/NPcd/IB_BooksVis?cod_primaria=1000187&codigo_libro=5811
53. Taillefer MC, Dupuis G, Roberge MA, Le May S. Healthrelated quality of life models: Sistematic review of the literature. Social Indicators Research [Internet]. 2003 [Consultado 26 de Julio de 2016]; 64:293 – 323. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1024740307643?LI=true>
54. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Rev. méd. Chile [Internet]. 2010 [Consultado 26 de Julio de 2016]; 138: 341 – 348. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017&lng=es.http://dx.doi.org/10.4067/S003498872010000300017.
55. Misrachi C, Espinoza A. Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. Revista Dental de Chile [Internet]. 2005 [Consultado 20 de Marzo de 2013]; 96 (2):28- 35.Disponible en: <http://revistadentaldechile.cl>
56. Bungay KM, Ware JE. Medición y control de la calidad de vida relacionada con la salud. N Eng Med C. 1998; 1-39.
57. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQoL). Qual Life Res [Internet].

- 1993 [Consultado 20 de Marzo de 2013]; 2(1532): 9. Disponible en:
<https://link.springer.com/article/10.1007/BF00435734>
58. Mariño R, Schofield M, Wright C, Calache H, Minichiello V. Self reporter and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2008 [Consultado 19 de Abril de 2013]; 36: 85-94. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.2007.00378.x/full>
59. Misrachi C, Ríos M, Morales I, Urzúa J, Barahona P. Calidad de vida y condición de salud oral en embarazadas Chilenas e inmigrantes Peruanas. *Rev perú med exp. salud pública* [Internet]. 2009 [Consultado 05 Mayo de 2016]; 26 (4):455-461. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342009000400007&lng=es&nrm=iso. ISSN 1726-4634.
60. Slade, GD. Measuring oral Health and quality of life [Internet]. Univ of North Carolina. North Carolina; 1997 [Consultado 05 Mayo de 2012]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/19646238_Developing_socio-dental_indicators--the_social_impact_of_dental_disease
61. Slade G, Spencer J. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Den Health* [Internet]. 1994 [Consultado 05 Mayo de 2012]; 11(1): 3-11. Disponible en: <http://europepmc.org/med/8193981>
62. Locker D, Miller Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. *J Pub Health Den* [Internet]. 1994 [Consultado 05 Mayo de 2012]; 167- 176. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-7325.1994.tb01209.x>
63. Locker M, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Comparison of de GOHAI an OHIP-14 as measure of the oral health-related quality of the elderly. *Community Dent Epidemil* [Internet]. 2001 [Consultado

- 05 Mayo de 2012]; 29(5): 372-382. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.2001.290507.x/full>
64. Atchinson KA, Der- Martirosian C, Gift H. Components of self reported oral health in racial ethinc groups.J Public Health Dent [Internet]. 1998 [Consultado 18 de Febrero de 2012]; 58: 301-307. Disponible en:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-7325.1998.tb03013.x/full>
65. 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.
66. Organización Mundial de la Salud. Nota informativa N° 318. [Internet]. 2012 [Consultado 1 de Febrero de 2016] Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es>.
67. Hernández Marín CA, Broche Pombo A, Hernández Gutierrez D. Caracterización de la caries dental en adolescentes. Policlínico Doc Univ Villa Clara. [Internet] 2012 [Consultado 7 de Febrero de 2016] Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2012/mec124s.pdf>.
68. Azpeitia Valadez ML. Prevalencia de fluorosis dental en escolares de 6 a 15 años de edad. Rev Med Inst Mex Seg Soc [Internet]. 2008 [Consultado 10 de Febrero de 2016] Disponible en:
<http://lildbi.vcl.sld.cu/cgi-bin/wxis1660.exe/lildbi/iah/>.
69. Cabrera Escobar D, Herrera Nordet M, Gispert Abreu EA, Duque Fuerte M. Riesgo de caries dental en niños atendidos en el hogar en el período 2006-2007. Rev. Cubana Estomatol. [Internet]. 2009 [Consultado 6 de Febrero de 2016] Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475072009000200002&nrm=iso

70. Edelstein BL. The dental caries pandemic and disparities problem. BMC Oral Health. [Internet] 2006 [Consultado 10 de Febrero de 2016]; 6(2). Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-6-S1-S2>
71. Vázquez-Nava F, Vázquez-Rodríguez EM, Saldívar-González AH, Lin-Ochoa D, Martínez-Perales GM, Joffre-Velázquez VM. Association between obesity and dental caries in a group of preschool of children in Mexico. J of Public Health Dent. [Internet] 2010 [Consultado 2 de Abril de 2016]; 70: 124-130. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-7325.2009.00152.x>
72. González Sanz AM, González Nieto BA, González Nieto E. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Nutr Hosp. [Internet] 2013 [Consultado 25 de Julio de 2016]; 28 (4): 64-71. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000008&lng=es.
73. Petersen PE. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century- the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dentistry Oral Epidemiology. [Internet] 2003 [Consultado 25 de Agosto de 2016]; 31 (1):3-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1046/j..2003.com122.x>
74. Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. Pediatr Dent. [Internet] 1999 [Consultado 25 de Agosto de 2016]; 21: 325-326. Disponible en: <http://europepmc.org/med/10509332>
75. World Health Organization. Oral Health Surveys, Basic Methods. Ed 3. Genova; 1987.

76. Alaluusua S, Renkonen OV. Streptococcus mutans establishment and dental caries experience in children from 2 to 4 years old. Scand J Dent Res. [Internet] 1983 [Consultado 15 de junio de 2015]; 91: 453–457. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0722.1983.tb00845>
77. Alaluusua S, Malmivirta R. Early plaque accumulation: a sign for caries risk in young children. Community Dent Oral Epidemiol. [Internet] 1994 [Consultado 15 de junio de 2015]; 22: 273–276. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.1994.tb02049>
78. Chu CH, Fung DSH, Lo ECM. Dental caries status of preeschool children in Hong Kong. Br Dent J. [Internet] 1999 [Consultado 15 de junio de 2015]; 187: 616-620. Disponible en: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/42917280/dental_public_health_Dental_caries_statu20160221-18887-17ozpuf.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1500836685&Signature=3L79BWT93%2BvG0j%2B2jF1fVATq%2F48%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3Ddental_public_health_Dental_caries_statu.pdf
79. Tanaka K, Miyake Y, Arakawa M, Sasaski S, Ohya Y. Household smoking and dental caries in schoolchildren: the Ryukyus Child Health Study. BMC Public Health. [Internet] 2010 [Consultado 17 de Noviembre de 2015]; 10:335. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-335>
80. Van Loveren C, Duggal MS. Expert's opinions on the role of diet in caries prevention. Caries Res. [Internet] 2004 [Consultado 17 de Noviembre de 2015]; 38 (1):16–23. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000074358>

81. Medina-Solís C, Maupomé G, Pelcastre-Villafuerte B, Ávila-Burgos LA, Vallejos-Sánchez AA, Casanova-Rosado AJ. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de 6 a 12 años de edad. Rev Investigación Clínica. [Internet] jul. /ago, 2006 [Consultado 18 de Febrero de 2014]; 58(4):296-304. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo=S0034-83762006000400005>
82. Pérez Barrero B, Duharte Garbey C, Milanés Zambrano D, Lozada Quintana CM. (2010) Algunos factores de riesgo de la caries dental. Odontología y Estomatología. [Internet]. 2010 [Consultado 14 de Febrero de 2016] Disponible en: <http://www.portalesmédicos.com/publicaciones/authors/886>
83. Burt B. Research, Science and Therapy Committee of the American Academy of Periodontology. Position paper: epidemiology of periodontal diseases. J Periodontol. [Internet] 2005 [Consultado 28 de Febrero de 2014]; 76(8): 1406-1419. Disponible en: <https://doi.org/10.1902/jop.2005.76.8.1406>
84. Berglundh T, Donati M. Aspects of adaptive host response in periodontitis. J Clin Periodontol. [Internet] 2005 [Consultado 19 de Diciembre de 2014]; 32 (6): 87-107. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-051X.2005.00820>
85. Carranza FA; Sznajder NG. Compendio de periodoncia. 5°ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1996. p.31-41. p. 189- 196.
86. Espinosa – Zapata M, Loza G, Mondragón R. Prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en pacientes pediátricos. Informe preliminar. Cir Ciruj. [Internet] 2006 [Consultado 19 de Diciembre de 2014]; 74(3): 153-157. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc063c.pdf>
87. Majorana A, Bardellini E, Flocchini P, Amadori F, Conti G, Campus G. Oral mucosal lesion in children from 0 to 12 years old: ten years' experience. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.

[Internet] 2010 [Consultado 23 de Diciembre de 2015]; 110: 13-18.
Diponible en: <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2010.02.025>

88. Jiménez Palacios C, Villarroel Dorrego M, Pérez C, Bauce B, Córdova M. Factores que influyen en la prevalencia de patologías bucales de tejidos blandos y duros de niños y adolescentes. Revisión de la literatura. Acta Odontológica. [Internet] 2013 [Consultado 18 de Enero de 2016] 51(1). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/1/art22.asp>
89. Díaz-Guzmán M. Prevalencia de lesiones de la mucosa oral en paciente de las clínicas de la Facultad de Odontología de la UAEM. Práctica Odontológica. 1993; 14 (10): 37-48.
90. Herrera G, Martínez I, Cruz A. Estado nutricional y bucal de niños de 3 a 6 años. Revista ADM. [Internet] 1992 [Consultado 17 de Noviembre de 2011]; 49 (2): 73-80. Disponible en : http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showIndex&id_revista=24
91. Aliaga A, Mattos MA, Aliaga R, Del Castillo C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali, Perú. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública [Internet]. 2011 [Consultado 3 de Enero de 2015] Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-4634201100010001>.
92. Peres KG, Tomita NE. Oclusopatias. En: Antunes JLF; Peres MA. (Org.). Fundamentos de Odontología: epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.p. 83-101.
93. Becker CM, Kaiser DA, Schwalm C. Mandibular centricity: centric relation. J. Prosthet. Dent. [Internet]. 2000 [Consultado 3 de Enero de 2015]; 83(2):158-160. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0022-3913\(00\)80006-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3913(00)80006-2)

94. Alves de Oliveira JA, Forte FDS, Sampaio FC (2009). Condição socioeconômica e prevalencia de más oclusões em crianças de 5 e 12 años na USF Castelo Branco III: João Pessoa/Paraíba. Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial. [Internet] 2009 [Consultado 18 de Febrero de 2014]; 14 (3). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/dpress/v14n3/a08v14n3.pdf>
95. Bernabé E, Flores-Mir C, Sheiham A. Prevalence, intensity and extent of Oral Impacts on Daily Performances associated with self-perceived malocclusion in 11-12-year-old children. BMC Oral Health [Internet]. 2007 [Consultado 7 de Enero de 2016] Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/7/6>
96. Suliano AA, Rodrigues MJ, Caldas Jr AF, Fonte PP, Porto-Carreiro CF. Prevalência de maloclusão e sua associação com alterações funcionais do sistema estomatognático entre escolares. Cad Saúde Pública [Internet]. 2007 [Consultado 7 de Enero de 2016]; 23(8): 1913-1923. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Arnaldo_Caldas_Jr/publication/6186179_Prevalence_of_malocclusion_and_its_association_with_functional_alterations_of_the_stomatognathic_system_in_schoolchildren/links/560dd16908aeed9d13754f33.pdf
97. Organización Mundial de la Salud. Encuestas de Salud Bucodental. Métodos Básicos. Ginebra; 1997.
98. Oral K, Bal Kucuk B, Ebeo B, Dincer S. Etiology of temporomandibular disorder pai. Agri [Internet]. 2009 [Consultado 07 de Enero de 2016]; 21(3):89- 94 Disponible en: <http://www.journalagent.com/agri/pdf>.
99. Campos M, Herrera A, Ruan V. Desórdenes témporomandibulares en la población infantil. Un tema controversial. Revisión bibliográfica. Rev de ortodoncia y odontopediatria. Rev Latin de Ortodoncia y Odontopediatria. [Internet]. 2005 [Consultado 07 de Enero de 2016] Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2006/art-8/>

100. Castro Gutiérrez Y, Perez Muro Y, Bermúdez Paredes M, Fernández Serrano JM. Trastornos de la articulación temporomandibular en la población mayor de 18 años del Municipio Trinidad. 2010. Gac Méd Espirit [Internet]. 2015 [Consultado 07 de Enero de 2016]; 17(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212015000200002&lng=es.
101. Alves N, Cândido PL. Anatomia para o cirurgião-dentista. 3ª ed. São Paulo: Gen-Santos; 2013.
102. Sessle BJ. Evolution of the research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. J Orofac Pain. Winter. 2010; 24(1): 5-22.
103. Barone A, Sbordone L, Ramaglia L. Craniomandibular disorders and orthodontic treatment need in children. J. of Rehabilitation [Internet]. 1997 [Consultado 07 de Enero de 2016]; 24: 2-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2842.1997.tb00252>
104. DeBont, L. G.; Digkraaf, L. C. & Stegenga, B. Epidemiology and natural progression of articular temporomandibular disorders. J. Oral. Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol and Endod. [Internet] 1997 [Consultado 07 de Enero de 2016]; 83(1): 72-76. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1079-2104\(97\)90094-9](https://doi.org/10.1016/S1079-2104(97)90094-9)
105. Corsini G, Fuentes R, Bustos L, Borie E, Navarrete A, Navarrete D et al. Determinación de los signos y síntomas de los trastornos temporomandibulares, en estudiantes de 13 a 18 años de un colegio de la Comuna de Temuco, Chile. Int. J. Morphol. [Internet] 2005 [Consultado 07 de Enero de 2016]; 23(4): 345-352. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022005000400010

106. Wahlund K, List T, Dworkin S. Temporomandibular disorders in children and adolescents: Reliability of a Questionnaire, clinical examination, and diagnostics. J. OroFacial Pain. [Internet] 1998 [Consultado 07 de Enero de 2016]; 12: 42-51. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com>
107. 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. [Internet] 1999 [Consultado 07 de Enero de 2016]; 13(1): 9-20. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com>
108. Botero Gómez P. Representaciones y ciencias sociales: una perspectiva epistemológica y metodológica. Bs As: Ed. Espacio; 2008.p.15-61.
109. 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]. [Internet] Universidad de Manizales- CINDE, Colombia; 2006 [Consultado 20 de Enero de 2016]. Disponible en: <http://repository.cinde.org.co/handle/20.500.11907/561>
110. Moscovisi S. Psychoanalyse: Its image and its public. [Internet] USA: Polity Press; 2008.p.54-69. [Consultado 2 de Enero de 2016]. Disponible en: <https://books.google.com.ar/books>
111. Winkler MI. Representaciones sociales y prácticas mágico-religiosas en una comuna urbana. Rev Psyche. [Internet] 1999 [Consultado 2 de Enero de 2016]; 8(1): 83-91. Disponible en: <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/404/384>
112. Moscovisi S. El campo de la psicología social. En: Psicología Social. Tomo II. Ed. Paidós. Barcelona; 1986.

113. Jodelet D. Seminario de Representaciones sociales. Centro Universitario de Ciencias de la salud. Universidad de Guadalajara; 1997.
114. Rizo García M. La Intersubjetividad como Eje Conceptual para pensar la Relación entre Comunicación, Subjetividad y Ciudad. Rev Razón y Palabra [Internet]. 2005 [Consultado 5 de Marzo de 2016]; 47. Disponible en: <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n47/mrizo.html>
115. Berger P, Luckmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1991.
116. De Rosa AS. Social representations and attitudes: Problems of coherence between the theoretical definition and procedure of research. Papers on Social Representations. [Internet] 1993 [Consultado 5 de Marzo de 2016]; 2: 178-192. Disponible en: http://www.psych.lse.ac.uk/Psr/PSR1993/2_1993deRos.pdf
117. Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Serge Moscovisi Psicología Social. Tomo II. Ed. Paidós. Barcelona; 1986.
118. Ruiz JI. Representaciones sociales teoría y métodos de investigación. En Ruiz, J, Ponce, E, et al. Avances en medición y evaluación en psicología y educación: cinco lecturas selectas, serie aula de psicología, 3. Bogotá: Ed Kimpres; 2001.p13-74.
119. Viveros M. Representación social y estudios de salud y enfermedad. Boletín Socioeconómico. 1993; 26: 121-140.
120. Herzlich C. Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale [Internet]. Paris: Mouton. 1969. p.1519-21. [Consultado 5 de Marzo de 2016]. Disponible en: http://www.persee.fr/doc/ahess_03952649_1969_num_24_6_422185_t1_1519_0000_6

121. Moreno Crossley JC. El concepto de vulnerabilidad social en el debate en torno a la desigualdad: problemas, alcances y perspectivas. Miami, Center for Latin American Studies. University of Miami; 2008.
122. González LM (comp). Lecturas sobre vulnerabilidad y desigualdad social [Internet]. Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas. 2009.p. 13-29. [Consultado 5 de Marzo de 2016]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/cea-unc/20100825121333/Lecturasvulnerabilidad.pdf>
123. Moser C. Reassessing urban poverty reduction strategies: The asset vulnerability framework. World Dev. Washington. [Internet] 1998 [Consultado 19 de Abril de 2016]; 26 (1):1-19. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Caroline_Moser/publication/222872837_The_Asset_Vulnerability_Framework_Reassessing_Urban_Poverty_Reduction_Strategies/links/5437ce510cf2027cbb204935/The-Asset-Vulnerability-Framework-Reassessing-Urban-Poverty-Reduction-Strategies.pdf
124. Kaztman R, et al. Vulnerabilidad, Activos y Exclusión Social en Argentina y Uruguay. Santiago, Organización Internacional del Trabajo, Documento de Trabajo N° 107; 1999.
125. Filgueira C. La actualidad de viejas temáticas: sobre los estudios de clases, estratificación y movilidad social en América Latina [Internet]. Santiago de Chile, CEPAL. 2001. p.7-18.p.35-44. [Consultado 19 de Abril de 2016]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6008/S0108617_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
126. Kaztman R, et al. Activos y Estructuras de oportunidades. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay [Internet]. Montevideo, CEPAL; 1999.p.19-36 [Consultado 19 de Abril

de 2016]. Disponible en:
<http://www.cepal.org/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/10772/P10772.xml>

127. Pizarro R. La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. [Internet]. Chile: CEPAL; 2001.p.5-16. [Consultado 19 de Abril de 2016]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf
128. Marmot M. Introduction. En: Marmot M, Wilkinson RG, (eds). Social determinants of health. Oxford. Oxford University Press; 1999.p. 1- 16.
129. Cuenca Sala E. Las desigualdades en salud bucal. En: Cuenca Sala E, Baca García, P. Odontología preventiva y comunitaria, principios, métodos y aplicaciones. 3º ed. Barcelona: Masson; 2005.p. 263- 274.
130. Comisión Económica para América Latina y el Caribe Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. [Internet] Santiago de Chile, CEPAL, LC/R.2086. 2002. [Consultado 19 de Abril de 2013]. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publications>
131. Real Academia Española [Internet].Madrid: Real Academia Española; c2016. Diccionario de la lengua española. 23a ed. [Consultado 19 de Abril de 2013]. Disponible en: del.rae.es/?id
132. Muller C, Hoffman X, Nuñez R. Inseguridad social, jóvenes vulnerables y delito urbano: experiencia de una política pública y guía metodológica para la intervención. Espacio Ed. Buenos Aires; 2012.p.21-91.
133. Barbero Sarzabal G. El maltrato infantil en las conductas delictivas. Mendoza: Ed. Jurídicas de Cuyo; 2006.

134. Rutter M, Guiller H, Hagell A. La conducta antisocial de los jóvenes. Madrid, Cambridge University Press; 2000.
135. Vasilachis de Gialdino I. La investigación cualitativa. En: Vasilachis de Gialdino I (coord.). Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2006.p. 23-60.
136. Denzin NL, Lincoln YS. Introducción: ingresando al campo de la investigación cualitativa. En: Denzin NL, Lincoln (eds) Handbook of Qualitative Research. California: Sage; 1994.p.1-17.
137. Maxwell JA. Qualitative research design. An interactive approach. 1996. p.1-13.p.63-85.
138. Vasilachis de Gialdino I. Los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la investigación cualitativa. Qualitative Social Research. 2009; 10 (2): 7-9.
139. Marshall C., Rossman G. Designing Qualitative Research. [Internet]. California: Sage; 1999. [Consultado 12 de Diciembre de 2014]. Disponible en: <https://books.google.com.ar>
140. Creswell J W. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. Thousand Oaks, CA: Sage Publishers; 1998.
141. Atkinson, P. 2005. Qualitative Research – Unity and Diversit. Forum: Qualitative Social Research [Internet].2005 [Consultado 12 de Diciembre de 2014]; 6 (3). Disponible en: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/3-05/05-3-26-e.htm>.
142. Whittemore R, Chase SK, Mandle CL. Validity in qualitative research. Qualitative Health Research [Internet]. 2001 [Consultado 12 de Diciembre de 2014]; 11 (4): 522-537. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/104973201129119299>

143. Silverman D. Doing Qualitative Research. A Practical Handbook. [Internet]. Londres: Sage; 2000.p.1-12. [Consultado 12 de Diciembre de 2014]. Disponible en: <http://ayorek.org/files/workshop/20120901/Silverman.pdf>
144. Flick U. An Introduction to Qualitative Research. Londres: Sage; 1998.p.31-42.p.55-60.p.75-86.
145. Morse J. Intuitive inquiry. Qualitative Health Research. [Internet] 2002 [Consultado 12 de Diciembre de 2014]; 12 (7); 875. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/action/Intuitive+inquiry>
146. Maxwell J. Reemergent scientism, postmodernism, and dialogue across differences. Qualitative Inquiry. [Internet] 2004 [Consultado 12 de Diciembre de 2014]; 10 (1): 35-41. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1077800403259492>
147. Morse J, Barret M, Mayan M, et al. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. Int J QualMeth [Internet]. 2002 [Consultado 19 de Abril de 2016]; 1. Disponible en: <http://www.ualberta.ca/~ijqm>.
148. Vasilachis de Gialdino I. Métodos cualitativos. Los problemas teórico-epistemológicos. [Internet] Buenos Aires: Centro editor de América Latina; 1992. [Consultado 10 de Octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.ceil-piette.gov.ar/areasin/metcuali/metcuali.html>
149. Glasser B, Strauss A. The Discovery of Grounded Theory: strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine. 1967. p.45-77.p.101-115.
150. Strauss A, Corbin J. Grunded Theory Research: Procedures, Canonsm and Evaluative Criteria. Rev Qualitative Sociology. [Internet] 1990 [Consultado 17 de Noviembre de 2014]; 13 (1):3-21. Disponible en: <http://med-fom-familymed->

research.sites.olt.ubc.ca/files/2012/03/W10-Corbin-and-Strauss-grounded-theory.pdf

151. Jones D, Masznanelli H, Pecheny M. La teoría fundamentada: su aplicación en una investigación sobre vida cotidiana con VIH/sida y con hepatitis C. En: Kornblit AL. 2 ed. Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis. Buenos Aires: Biblos; 2007.p.47-74.
152. Kornblit AL (coord). Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis. 2ºed. Buenos Aires: Biblos; 2007.p.113-132,
153. Llovet J, Ramos S. Hacia unas ciencias sociales con la medicina: obstaculos y promesas. En: Hardy E, Duarte Osis M, Rodriguez Crespo E. (Eds) Ciencias sociais e medicina. Atualidades e perspectivas latino- americanas. San Paulo: Cemi.camp; 1995.
154. Vieytes R. Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad: epistemología y técnica. Buenos Aires: Ediciones de las Ciencias; 2004.p.40-47.p.672-693.
155. Okuda Benavidez M, Gómez Retrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Rev Col de Psiquiatría. [Internet] 2005 [Consultado 17 de Noviembre de 2014]; XXXIV (1): 118-124. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80628403009>
156. Giacomini M, Cook D. Users guides to de medical literarture: XXIII Qualitative research in health care A Arew the Results of the study valid? Jama [Internet] 2000 [Consultado 17 de Noviembre de 2014]; 284 (4): 357-362. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/e8c9/efdd30d35e754fd4ad1d1241eef16afe351b.pdf>
157. Patton M. Qualitative research and evaluation methods. 3ºEd. [Internet] Thousand Oaks, Sage; 2002.p.109-134. [Consultado 20 de

- Marzo de 2014]. Disponible en:
<https://people.ucsc.edu/~ktellez/Patton2003.pdf>
158. Corbin J, Strauss A. Bases de la investigación cualitativa, técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada [Internet]. Medellín: Ed. Universidad de Antioquia; 2002.p.157. [Consultado 20 de Marzo de 2014]. Disponible en:
http://www.academia.edu/949983/Bases_de_la_investigaci%C3%B3n_cualitativa._T%C3%A9cnicas_y_procedimientos_para_desarrollar_la_Teor%C3%ADa_Fundamentada
159. Jick TD. Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. Administrative Science Quarterly [Internet].1979 [Consultado 23 de Junio de 2015]; 24(4):602-611. Disponible en:
http://www.pm.lth.se/fileadmin/migrated/content_uploads/Jick_1979_Mixing_qualitative_and_quantitative_methods_-_Triangulation_in_action.pdf
160. Denzin NK. The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods. New York: McGraw-Hill.1978.
161. Denzin N, Lincoln Y. Handbook of qualitative research. 2° ed. Thousan Oaks, Sage Publication. 2000.
162. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. España: Síntesis; 1999.p.69-105.
163. Moliner M. Diccionario de uso de español. Madrid: Gredos; 1989.
164. Erlandson DA, Harris EL, Skipper BL, Allen SD. Doing naturalistic inquiry. Londres: Sage. 1993.p.148
165. Yuni J, Urbano C. Técnicas para investigar y formular proyectos de investigación. Vol.2. 2ª ed. Córdoba. Brujas; 2006.

166. López Estrada RE, Deslauriers JP. La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. Margen. [Internet] 2011 [Consultado 23 de Junio de 2015]; 61: 1-19. Disponible en: <http://trabajosocialmazatlan.com/multimedia/files/InvestigacionPosgrado/Entrevista.pdf>
167. Alonso L. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis; 1994.
168. Corbetta P. Metodología y técnicas de investigación. Italia: McGraw-Hill; 2007.
169. Denzin NK. The Research Act. Chicago: Aldine; 1970.
170. Merlino A, Arroyo Menendez M. Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales. Buenos Aires: Cengage Learning; 2009.p.113-132.
171. Lopez R, Baelum V. Spanish version of the oral health impact profile (OHIP- Sp).BMC Oral Health [Internet]. 2006. [Consultado 20 Julio de 2011]; 6: 11-23. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6831-6-11.pdf>.
172. Di Rienzo J.A., Casanoves F., Balzarini M.G., Gonzalez L., Tablada M., Robledo C.W. Grupo InfoStat, FCA, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina; 2010.
173. Klein H, Palmer CE, Kuntson JW. Studies on dental caries. Dental status and Dental needs of elementary school children. Public Health Rep. [Internet] 1938 [Consultado 20 de Octubre de 2011]; 53: 751-765. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/4582532>
174. Bratthall D..Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new oral health goal for 12-year-olds, Int Dent J. [Internet] 2000 [Consultado 20 de Octubre de 2011]; 50: 378-384. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1875-595X.2000.tb00572>.

175. Løe H, Silness C. Gingival index, the plaque index and the retention index system. *J.Periodontol.* [Internet] 1967 [Consultado 20 de Octubre de 2011]; 38 (6): 610-616. Disponible en: https://doi.org/10.1902/jop.1967.38.6_part2.610
176. World Health Organization. Measuring progress in oral health. *Bulletin of the World Health Organization* 2005 Sept; 83 (9): 686-693.
177. Fang Y. Asymptotic equivalence between cross-validations and Akaike Information Criteria in mixed-effects models. *Journal of Data Science.* [Internet] 2011 [Consultado 20 de Octubre de 2014]; 9: 15-21. Disponible en: <http://www.jds-online.com/files/JDS-652a.pdf>
178. Di Rienzo JA, Guzman TW, Casanoves F. A multiple comparisons methods based on the distribution of the root node distance of binary tree. *Journal of Agricultural, Biological and Environmental Staristic.* 2002; 7(2): 129-142.
179. Ocariz E, Vozmediano L, Germán I. La variable "lugar de residencia" de los menores infractores: relevancia y propuestas para su análisis geográfico. *Inter. e-Journal of Criminal Science.* [Internet]. 2011 [Consultado 19 de Diciembre de 2015]; 4(1): 1-24. Disponible en: <http://www.ehu.es/inecs>.
180. Fernández Suarez A, Pérez Sánchez B, Fernández Alonso L, Herrero Olaizola J, Rodríguez Díaz FJ. Perfil de menores infractores extranjeros acompañados y no acompañados en Asturias. *Rev. De Psicología* [Internet]. 2015 [Consultado 19 de Abril de 2016]; 24(1): 1-18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2015.36911>
181. Amaya Bastarrachea A, Salgado Góngora A, Martínez Loeza J, Chablé de la Cruz S. Perfil familiar, sociodemográfico y demográfico de jóvenes de un tutelar de menores. *Rev. Electrónica de Psicología Iztacala* [Internet]. 2013 [Consulado 23 de Diciembre de 2015]; 16(3):

- 903-926. Disponible en:
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html>
182. González del Solar JH. Delincuencia y derechos de menores. Buenos Aires: Depalma; 1995.
183. Sanabria AM, Uribe Rodríguez AF. Factores psicosociales de riesgo asociados a conductas problemáticas en jóvenes infractores y no infractores. Rev Diversitas. [Internet].2010 [Consultado 27 Abril de 2016]; 6(2): 257- 274. Disponible en: <http://tuxchi.redalyc.org/articulo>.
184. Varela O, De la iglesia M, Rojas Breu G, Caputo M. Estudio exploratorio sobre la génesis de los actos transgresores en jóvenes adolescentes de la provincia de Buenos Aires. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología .Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires [Internet] 2013.p. 69-73. [Consultado 27 de Abril de 2016]. Disponible en: <http://www.aacademica.org/000-054/535>
185. Kessler G. Sociología del delito amateur. 1°ed. Buenos Aires: Paidós; 2006.p.29-56.p.61-77.
186. Gigena PC. Salud bucodental de adolescentes y jóvenes drogodependientes y no consumidores de sustancias psicoactivas, en la Ciudad de Córdoba, Argentina. [tesis doctoral]. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba. 2013.
187. Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico. (SEDRONAR). Observatorio Argentino de sustancias. Informe Final: “El Uso Indebido de Sustancias y la Consulta de Emergencia. Cuarto Estudio Nacional: 2009” boletín oficial N° 31.843. [Internet]. 2009. [Consultado 20 de Julio de 2016]. Disponible en:
<http://www.boletinoficial.gov.ar/DisplayPdf.aspx?s=04&f=20100215>.

188. Cherubin CE, Sapira JD. The medical complications of drug addiction and the medical assessment of intravenous drug user: 25 years later. *Ann Intern Med.* [Internet] 1993 [Consultado 20 de Julio de 2016]; 119: 1017-1028. Disponible en: <http://annals.org/aim/article/706878/medical-complications-drug-addiction-medical-assessment-intravenous-drug-user-25>
189. 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.
190. Espinoza Santander I, Muñoz Poblete C, Lara Molina M, Uribe Cifuentes JP. Hábitos de Higiene Oral en Estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabíl. Oral.* [Internet] 2010 [Consultado 25 de Agosto de 2016]; 3(1): 11-18. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0718-5391\(10\)70035-5](https://doi.org/10.1016/S0718-5391(10)70035-5)
191. Arhens Villar AN, Colmán Rodríguez RE, Martínez Ramírez NE, Morel Barrios MI, Osorio de Galli M, Paciello de Ayala MR. Actitud y práctica sobre salud bucal en adolescentes de colegios públicos de Asunción. *Rev. Salud Pública Parag.* 2015; 5(2): 40-47.
192. Barriuso Lapresa L, Sanz Barbero B. Análisis multinivel del uso de servicios de salud bucodental por población infanto-juvenil. *Gac Sanit.* 2011; 25(5):391–396.
193. Fernández Vega LR, Barrueco Botiel LB, .Díaz del Mazo L, Rosales Torres I, Barzaga Domínguez Y. Caries dental en adolescentes de una comunidad venezolana. *Medisan.* [Internet] 2014 [Consultado 6 de Febrero de 2016]; 18(8):1070-1075. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.03.011>
194. Almerich Silla JM, Montiel Company JM. Encuesta sobre hábitos higiénicos orales en la población adolescente de la Comunidad Valenciana (2004). *RCOE* [Internet]. 2006 [Consultado 6 de Febrero

- de 2016]; 11(2):195-201. Disponible en:
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000200004&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000200004&lng=es)
195. Castro Gutiérrez I, Pérez Muro Y, Bermúdez Paredes, Fernández Serrano. Trastornos de la articulación temporomandibular en la población mayor de 18 años del municipio de Trinidad. 2010. Gac Méd Espirit [Internet]. 2015 [Consultado 6 de Febrero de 2016]; 17(2): 12-22. Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212015000200002&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S160889212015000200002&lng=es)
196. Riva R, Rotemberg E, Sanguinetti M, Rodríguez A, Massa F. Drogodependencia, Bruxismo y Trastornos Témporo-Mandibulares: Análisis comparativo en dos poblaciones: Muestra Nacional y población en tratamiento por consumo problemático de drogas en Portal Amarillo. Odontoestomatología. 201; 16 (24): 26-33.
197. Gigena PC, Bella M, Barnetche MM, Verduci P, Cornejo LS. Situación de salud bucal de adolescentes de diferentes contextos de la Ciudad de Córdoba, Argentina. [Resumen CD-ROM]: IX Congreso Latinoamericano Interdisciplinario del Adolescente. Porto Alegre; Universidad Federal Rio Grande do Sul; 2015.
198. Romero Y. Las metas del milenio y el componente bucal de la salud. Acta odontol. venez. [Internet]. 2006 [Consultado 8 de Octubre de 2015]; 44 (2): 210- 215. Disponible en:
http://www.actaodontologica.com/ediciones/2006/2/metas_milenio_componente_bucal_salud.asp
199. García Cortes JO, Mejía Cruz JA, Medina Cerda E, Orozco dela Torre G, Medina Solís CE, Marqués Rodríguez S, et. al. Experiencia, prevalencia, severidad, necesidades de tratamiento para caries dental e índice de cuidados en adolescentes y adultos jóvenes mexicanos. Rev. de Invest Clín. [Internet] 2014 [Consultado 8 de Octubre de

- 2015]; (66) 6: 505-511. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2014/nn146e.pdf>
200. Gigena PC, Bella MI, Cornejo LS. Salud bucal y hábitos de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes drogodependientes en recuperación. *Odontoestomatología*, 2012; 14 (20): 49-59.
201. Pedroso Ramos L, González Rodríguez S, Reyes Suárez VO. Anomalías estructurales del esmalte y afectación estética en escolares de 6-17 años de Cojimar. En libro de Ponencias: Congreso Internacional de Estomatología. La Habana [Internet]; 2015. [Consultado 8 de Octubre de 2015]. Disponible en:
<http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/799/466>
202. Mafla AC, Córdoba DL, Rojas MN, Vallejos MA, Erazo MF, Rodríguez J. Prevalencia de defectos del esmalte dental en niños y adolescentes colombianos. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. [Internet] 2014 [Consultado 20 de Enero de 2016]; 26(1): 106-125. Disponible en:
<https://search.proquest.com/openview/4b74ee17b7c74e750cc90f3764753704/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1806343>
203. Medina Seruton M, Gómez Mariño M, Quintero Ortiz JE, Méndez Martínez MJ. (2009). Comportamiento de las enfermedades periodontales en adolescentes. *Archivo Médico de Camagüey* [Internet] 2009 [Consultado 10 de Enero de 2016]; 13(5). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211116128002>.
204. Ourens M, Keller R, Hilgert J, Lorenzo S, Neves F, Alvaréz R, et.al. Prevalencia de maloclusiones en adolescentes y adultos jóvenes del interior de Uruguay. *Relevamiento nacional de salud bucal 2010- 2011. Odontoestomatología.- 2013; 15: 47- 57.*

205. Wynder EL, Stellman SD. Comparative epidemiology of tobacco related cancers. *Cancer Res* [Internet] 1977 [Consultado 10 de Enero de 2016]; 37: 4608-4616. Disponible en: <http://cancerres.aacrjournals.org>
206. Rivero SO, Fortoul VDGT. Tabaquismo y cáncer del aparato respiratorio. *Rev Fac Med UNAM*. 1990; 33 (5): 310-313.
207. Rosa Wen K. Atlas de periodontología. Ed. Japonesa – americana 1980.
208. Tuesca-Molina R. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte* [Internet] 2005 [Consultado 10 de Enero de 2016]; 21(s/n):76-86. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/817/81702108/>
209. Martín Centeno A, Soto Alvarez J, Díaz López M, Rodríguez González JM, Carrasco Garrido P. Vivir con EPOC: calidad de vida del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Estudio VICE): Diseño y métodos de estudio. *Investig. Clin. Fam* 2005; 23(3):155-60.
210. Jiang Y, Hesser JE. Association between healthrelated quality of life and demographics and health risk. Results from Rhode Island's 2002 behavioral risk factor survey. *Health and quality of life Outcomes* [Internet]. 2006 [Consultado 20 de Enero de 2016]; (4): 14. Disponible en: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-4-14>
211. Pickard A, Johnson A, Penn A, Lau F, Nosewothy T. Replicability of SF-36 summary scores by the SF-12 in stroke patients. *Stroke* [Internet] 1999 [Consultado 19 de Abril de 2013]; (30):1213-1217. Disponible en: <https://doi.org/10.1161/01.STR.30.6.1213>
212. Domingo Salvany A, Lamarca R, Ferrer J, García Aymerich J, Alonso J, Felez M, et.al. Health-related quality of life and mortality in

male patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002; 166 (5): 680-685.

213. Ariza-Ariza R, Hernandez-Cruz B, López-Antequera G, Toyos FJ y Navarro-Sarabia F. Adaptación transcultural y validación de una versión en español de un instrumento específico para medir calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con espondilitis anquilosante: el ASQoI. *Reumatol. Clin [Internet]* 2006 [Consultado 20 de Enero de 2016]; 2(2):64-9. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1699-258X\(06\)73024-8](https://doi.org/10.1016/S1699-258X(06)73024-8)
214. Huerta Alvarado. Reflexión medico antropológica, desde la perspectiva de Pierre Bordieu para la atención del enfermo renal. *Rev Hospital Gral. M Gea González.* [Internet] 2001 [Consultado 20 de Enero de 2016]; 4(4): 127-129. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2001/gg014i.pdf>
215. Herzlich C, Pierret J. De ayer y hoy: construcción social del enfermo. *Cuadernos médicos sociales*; 1988.p. 21-30.
216. 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.
217. Comes Y. Tesis para Optar el Doctorado en Psicología – Universidad de Buenos Aires; 2006.
218. Menéndez E. Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. México: CIESAS, Colección Cuadernos de la Casa Chata; 1983.
219. Schawartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería.* [Internet] 2003 [Consultado 15 de junio de 2015]; 9(2):9-21. Disponible en: <http://www.psicologiamedica.org.uy/pdfs/cvrs.pdf>

220. de Paula DF, Santos NCM, da Silva E, Nunes MF, Leles CR. Psychosocial Impact of Dental Esthetics on Quality of Life in Adolescents. *Angle Orthod.* [Internet] 2009 [Consultado 25 de Agosto de 2016 de 2016]; 79(6):1188-93. Disponible en: <https://doi.org/10.2319/082608-452R.1>
221. Klages U, Claus N, Wehrbein H, Zentner A. Development of a questionnaire for assessment of the psychosocial impact of dental aesthetics in young adults. *Eur. J. Orthod.* [Internet] 2006 [Consultado 31 de Octubre de 2016]; 28(2):103-111. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ejo/cji083>
222. Taylor KR, Kiyak A, Huang GJ, Greenlee GM, Jolley CJ, King GJ. Effects of malocclusion and its treatment on the quality of life of adolescents. *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* [Internet] 2009 [Consultado 20 de Marzo de 2016]; 136(3):382-392. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2008.04.022>
223. Marques LS, Ramos-Jorge ML, Paiv SM, Pordeus IA. Malocclusion: esthetic impact and quality of life among Brazilian schoolchildren. *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* [Internet] 2006 [Consultado 20 de Marzo de 2016]; 129(3):424-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2005.11.003>
224. Agou S, Locker D, Streiner, DL, Tompson B. Impact of self-esteem on the oral-health-related quality of life of children with malocclusion. *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* [Internet] 2008 [Consultado 20 de Marzo de 2016]; 134(4): 484-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2006.11.021>
225. Omyeaso CO, Sanu OO. Perception of personal dental appearance in Nigerian adolescents. *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.* [Internet] 2005 [Consultado 20 de Marzo de 2016]; 127(6):700-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2003.12.028>

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El firmante, la/ el joven.....

DNI..... de..... años de edad.

Por la presente acepto que:

Se me realice con fines de investigación el examen clínico de mi cavidad bucal, confección de historia clínica, cuestionario “Perfil de impacto de la salud bucal (OHIP- 49)” y entrevistas, por parte del investigador, estableciendo salvaguardas seguras del carácter confidencial de mi identidad y de los datos que se obtengan en el curso de la investigación.

Se me ha informado no realizará tratamiento odontológico alguno, pudiendo ser derivado si fuese necesario.

Se me ha transmitido y hecho entender las obligaciones del investigador en materia de consentimiento informado, ofreciéndome oportunidades de hacer preguntas e instarme a que las haga; excluyendo toda posibilidad de engaño injustificado, influencia indebida o intimidación.

Que tengo pleno conocimiento de los hechos pertinentes y de las consecuencias de mi participación, teniendo suficientes oportunidades de decidir si participar o no en la investigación, como así también de retirarme en cualquier momento sin que esto implique una pérdida de los beneficios que por la sola permanencia tendría derecho a recibir.

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

Firma de participante

Aclaración y DNI

Firma de tutor responsable

Aclaración y DNI

Anexo 2: Encuesta de Salud Bucal de OMS, modificada y contextualizada

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL

A - Identificación del Formulario		Año	Mes	Día	Numero de Identificación	Original/Copia	
		[][]	[][]	[][]	[][][][]	<input type="checkbox"/>	
B - Información General						Antecedentes Laborales	<input type="checkbox"/> 1 = No <input type="checkbox"/> 2 = Si
Nombre.....						Tipo de Trabajo	<input type="checkbox"/> 1= Formal <input type="checkbox"/> 2= Informal <input type="checkbox"/> 3= No Tiene
Fecha Nacimiento		[][]	[][]	[][]			
Edad en años		[][]					
Sexo (M=1;F=2)		[]					
Nivel de Instrucción		SC =1; SI=2; PC=3; PI=4; A=5				Tipo de emplazamiento	<input type="checkbox"/> 1 = Capital <input type="checkbox"/> 2 = Interior
						Barrio /Localidad	
C - Otros Datos		Consumo de Sust. Psicoactivas		Nº de comidas diarias		Frecuencia del cepillado dental	
Cantidad de cigarrillos que consume por Día		1 = Pomo-Marihuana 2 = Pazo 3 = Cocaína 4 = Pastillas 5 = Mix 6 = Otros 7 = No		1 = 1 al Día 2 = 2 al Día 3 = 3 al Día 4 = 4 al Día		1 = Rara vez 2 = Casual 3 = Social 4 = A diario 5 = Nunca	
1 = < 5 x Día 2 = 5 - 10 x Día 3 = 10 - 15 x Día 4 = 15 - 20 x Día 5 = > 20 x Día 6 = Ninguno		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Frecuencia en el Consumo de Alcohol		Frecuencia en el Consumo de Sust. Psicoactivas		Frecuencia del Consumo de Azúcares entre comida		Momentos de cepillado	
1 = Rara vez 2 = Casual 3 = Social 4 = Siempre 5 = Nunca		1 = Rara vez 2 = Casual 3 = Social 4 = Siempre 5 = Nunca		1 = 1 vez 2 = 2 - 3 veces 3 = 4 veces o más 4 = No		1 = Tarde 2 = Noche 3 = Después de c/ comida 4 = Mañana/Tarde 5 = Mañana/Noche 6 = Tarde/Noche 7 = Nunca 8 = Mañana	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Alguna vez fue al médico		Lugar de Atención		Alguna vez fue al Odontólogo		Lugar de Atención	
1 = Si 2 = No		1 = Privado 2 = Público 3 = Ninguno		1 = Si 2 = No		1 = Privado 2 = Público 3 = Ninguno	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Motivo				Motivo		Obra Social	
1 = Control 2 = Dolor/Infección 3 = Otro 4 = Nada				1 = Control 2 = Dolor/Infección 3 = Otro 4 = Nada		1 = Si 2 = No	
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Tipo de Familia		Jefe de Familia		Ocupación Jefe de Familia		Nivel de Instr. mxmo alcanzado por Jefe de Familia	
1 = Nuclear Simple Completa 2 = Monoparental 3 = Parejas que viven sola 4 = Extensa 5 = Ensambada 6 = Vive solo		1 = Padre 2 = Madre 3 = Hermano 4 = Otro:.....		1 = Formal 2 = Informal		1 = SC; 2 = SI; 3 = PC 4 = PI; 5 = A; 6 = NSNC	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Vivienda		Fuente de Agua		Cantidad de Dormitorio (en número)	Cantidad de Personas que duermen por Dormitorio (en número)		
Tipo de Construcción		1 = Red Pública 2 = Perforación con extr. motora 3 = Perforación con extr. manual 4 = Pozo 5 = Por sistema 6 = Canilla Comunitaria 7 = Tanque de Barrio 8 = Canal, arroyo, río, lluvia, acequia		[][]	[][]		
1 = Ladrillo u Hormigón 2 = Adobe 3 = Chapa 4 = Madera 5 = Otro:.....		<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>				Lineas de transporte en el Barrio			
				1 = Urbano 2 = Interurbano 3 = No registrado 4 = Ninguna		<input type="checkbox"/>	

<p style="text-align: center;">D- Evaluación Clínica</p> <p>Examen extraoral</p> <p>1 = Úlceras, inflamaciones, erosiones, fisuras (cabeza, cuello, extremidades)</p> <p>2 = Úlceras, inflamaciones, erosiones, fisuras (nariz, mejillas, barbilla)</p> <p>3 = Úlceras, inflamaciones, erosiones, fisuras (comisuras) <input type="checkbox"/></p> <p>4 = Úlceras, lagas, inflamaciones, erosiones, fisuras (borde berrnelón) <input type="checkbox"/></p> <p>5 = Cáncer oral</p> <p>6 = Anomalías de los labios superior o inferior</p> <p>7 = Ganglios linfático abultados (cabeza, cuello)</p> <p>8 = Otras hinchazones de la cara y la mandibular</p> <p>9 = No registrado</p> <p>10 = Aspecto extra oral normal</p>	<p style="text-align: center;">E- Evaluación de la Articulación Temporomaxilar</p> <p>Síntomas</p> <p>1 = Si <input type="checkbox"/></p> <p>2 = No <input type="checkbox"/></p> <p>9 = No registrado</p> <p>Signos</p> <p>Chasquido <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor por palpación <input type="checkbox"/></p> <p>Movilidad reducida de la mandibular (< 30 mm de abertura) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">1 = Si 2 = No 9 = No registrado</p>
--	---

<p style="text-align: center;">F- Mucosa Oral</p> <p style="text-align: center;">Trastorno</p> <p>1 = Tumor maligno (cáncer oral)</p> <p>2 = Leucoplasia</p> <p>3 = Liqueo plano <input type="checkbox"/></p> <p>4 = Úlcera (aftosa, herpética, traumática) <input type="checkbox"/></p> <p>5 = Gingivitis necrotizantes aguda <input type="checkbox"/></p> <p>6 = Candidiasis <input type="checkbox"/></p> <p>7 = Absceso <input type="checkbox"/></p> <p>8 = Otro trastorno (especifique si es posible) <input type="checkbox"/></p> <p>9 = No registrado</p> <p>10 = Ninguno estado anormal</p>	<p style="text-align: center;">Localización</p> <p>1 = Comisuras</p> <p>2 = Labios</p> <p>3 = Surcos</p> <p>4 = Mucosa bucal</p> <p>5 = Suelo de la boca</p> <p>6 = Lengua</p> <p>7 = Paladar duro y/o blanco</p> <p>8 = Bordes alveolares/encías</p> <p>9 = No registrado</p> <p>10 = Borde berrnelón</p>
--	---

<p style="text-align: center;">G- Opacidades/Hipoplasia del Esmalte</p> <p style="text-align: center;">Dientes permanentes</p> <p>1 = Opacidad delimitada</p> <p>2 = Opacidad difusa</p> <p>3 = Hipoplasia</p> <p>4 = Otros defectos</p> <p>5 = Opacidad delimitada y difusa</p> <p>6 = Opacidad delimitada e hipoplasia</p> <p>7 = Opacidad difusa e hipoplasia</p> <p>8 = Las tres alteraciones</p> <p>9 = No registrado</p> <p>10 = Elemento Ausente</p> <p>11 = Normal</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border: none; padding: 0 5px;">14</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">13</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">12</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">11</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">21</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">22</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">23</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">24</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none; padding: 0 5px;">46</td> <td colspan="6" style="border: none;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">36</td> </tr> </table> </div>	14	13	12	11	21	22	23	24									46							36	<p style="text-align: center;">H- Fluorosis Dental</p> <p>1 = Discutible</p> <p>2 = Muy Ligera</p> <p>3 = Ligera</p> <p>4 = Moderada</p> <p>5 = Intensa</p> <p>6 = Normal</p> <p>8 = Excluida</p> <p>9 = No registrada</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> </div>
14	13	12	11	21	22	23	24																		
46							36																		

<p style="text-align: center;">I- Índice Periodóntico Comunitario (IPC)</p> <p>1 = Hemorragia</p> <p>2 = Cálculo</p> <p>3* = Bolsa de 4 - 5 mm (banda negra de la sonda parcialmente visible)</p> <p>4* = Bolsa de 6 mm o más (banda negra de la sonda invisible)</p> <p>5 = Sano</p> <p>9 = No registrado</p> <p>10 = Sextante excluido</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border: none; padding: 0 5px;">17/16</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">11</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">26/27</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none; padding: 0 5px;">47/46</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">31</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">36/37</td> </tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">*no registrado en < de 15 años</p> </div>	17/16	11	26/27				47/46	31	36/37	<p style="text-align: center;">J- Pérdida de Fijación</p> <p>1 = 4 - 5 mm (UCE dentro de la banda negra)</p> <p>2 = 6 - 8 mm (UCE entre el límite superior de la banda negra y el anillo de 8,5 mm)</p> <p>3 = 9 - 11mm (UCE entre anillos de 8,5 mm y de 1,5 mm)</p> <p>4 = 12 mm o más (UCE más alta del anillo de 11,5 mm)</p> <p>5 = 0 - 3 mm</p> <p>9 = No registrado</p> <p>10 = Sextante excluido</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border: none; padding: 0 5px;">17/16</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">11</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">26/27</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none; padding: 0 5px;">47/46</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">31</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">36/37</td> </tr> </table> </div>	17/16	11	26/27				47/46	31	36/37
17/16	11	26/27																	
47/46	31	36/37																	
17/16	11	26/27																	
47/46	31	36/37																	

<p>N- Situación de Prótesis</p> <p>1 = Puente 2 = Más de un puente 3 = Dentadura postiza parcial 4 = Dos puentes y dentadura postiza parcial 5 = Dentadura completa removible 6 = Ninguna Prótesis 9 = No registrado</p>	<p>O- Necesidad de Prótesis</p> <p>1 = Necesidad de Prótesis unitaria 2 = Necesidad de Prótesis multiunitaria 3 = Necesidad de combinación de 1 y 2 4 = Necesidad de Prótesis completa 5 = Ninguna Prótesis necesaria 9 = No registrado</p>
---	---

P- Anomalías Dentolabiales

Dentición
 Superior Inferior **Dientes incisivos, caninos y premolares perdidos (sup. e inf.): indique el nº de dientes**

Espaciamiento

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aplamiento en los segmentos de incisivos:	Separación en los segmentos de los incisivos	Distancia en mm	Máximo irregularidad de anterior del maxilar en mm	Máximo irregularidad de anterior de la mandibular en mm
1 = Un seg. aplastado 2 = Dos seg. aplastados 3 = Sin aplastamiento	1 = Un seg. cl. Separación 2 = Dos seg. cl. Separación 3 = No hay Separación			

Oclusión

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Superposición ant. del mx. sup. en mm	Superposición ant. de la md. en mm	Mordida abierta ant. vertical en mm	Relación molar sesero posterior
			1 = Semioclusión 2 = Cúspide completa 3 = Normal

<p>Q- Necesidad Inmediata de Asistencia y Consulta</p> <p>Trastorno que amenaza la vida <input type="text"/></p> <p>Dolor o infección <input type="text"/></p> <p>Otro Trastorno (especifique) <input type="text"/></p> <p>.....</p>	<p>R- Consulta</p> <p>1 = Si <input type="text"/></p> <p>2 = No</p> <p>9 = No Registrado</p>
---	---

S- Notas:

Anexo 3: Variables categóricas

Tabla 1: Categorización de Variables

	Variable	Categorías	
Antecedentes personales	Sexo	1. Masculino 2. Femenino	
	Nivel de Instrucción	1. Secundario completo (SC) 2. Secundario incompleto (SI) 3. Primario completo (PC) 4. Primario Incompleto (PI) 5. Analfabeto (A)	
	Antecedentes laborales	1. No 2. Si	
	Tipo de trabajo	1. Formal 2. Informal	
	Tipo de emplazamiento	1. Capital 2. Interior	
	Familia	Tipo de familia	1. Nuclear simple completa 2. Monoparental 3. Parejas que viven sola 4. Extensa 5. Ensamblada 6. Vive solo 7. Hogar 8. Hermanos
		Jefe de familia	1. Padre 2. Madre 3. Hermanos 4. Otro
		Ocupación del jefe de familia	1. Formal 2. Informal
Nivel de instrucción máximo alcanzado por jefe de familia		1. Secundario completo (SC) 2. Secundario incompleto (SI) 3. Primario completo (PC) 4. Primario Incompleto (PI) 5. Analfabeto (A)	
Vivienda		Tipo de construcción de la vivienda	1. Ladrillo u hormigón 2. Adobe 3. Chapa 4. Madera 5. Otro
			1. Red pública 2. Perforación con extracción motora 3. Perforación con extracción manual 4. Pozo 5. Por cisterna
		Fuente de agua	

CALIDAD DE VIDA Y PROCESO SALUD ENFERMEDAD ATENCIÓN A NIVEL DEL
COMPONENTE BUCAL DE JÓVENES ALOJADOS EN CENTROS SOCIOEDUCATIVOS DEL
ÁREA PENAL JUVENIL DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

		6. Canilla comunitaria	
		7. Tanque de barrio	
		8. Canal, arroyo, río, lluvia, acequia	
		Cantidad de dormitorios	cantidad en número
		Cantidad de personas que duermen por dormitorio	
	Línea de transporte	1. Urbano	
		2. Interurbano	
		3. No registrado	
		4. Ninguna	
Hábitos no saludables	Cantidad de cigarrillos que consumen al día	1. < 5 por día	
		2. 5-10 por día	
		3. 10-15 por día	
		4. 15-20 por día	
		5. >20 por día	
		6. Ninguno	
	Frecuencia en el consumo de alcohol	1. Rara vez	
		2. Casual	
		3. Social	
		4. Siempre	
		5. Nunca	
	Consumo de sustancias psicoactivas	1. Porro-marihuana	
		2. Paco	
		3. Cocaína	
		4. Pastillas	
5. Mix			
6. No			
Frecuencia en el consumo de sustancias psicoactivas	1. Rara vez		
	2. Casual		
	3. Social		
	4. Siempre		
	5. Nunca		
Hábitos saludables	Número de comidas diarias	1. Una al día	
		2. Dos al día	
		3. Tres al día	
		4. Cuatro al día	
	Frecuencia del consumo de azúcares entre comidas	1. Una vez	
		2. Dos a tres veces	
		3. 4 o más al día	
	Frecuencia del cepillado dental	1. Rara vez	
		2. Casual	
		3. Social	
4. A diario			
5. Nunca			
	Momentos del cepillado	1. Tarde	
		2. Noche	
		3. Después de cada comida	
		4. Mañana y tarde	
		5. Mañana y noche	
		6. Tarde y noche	
		7. Nunca	

CALIDAD DE VIDA Y PROCESO SALUD ENFERMEDAD ATENCIÓN A NIVEL DEL
COMPONENTE BUCAL DE JÓVENES ALOJADOS EN CENTROS SOCIOEDUCATIVOS DEL
ÁREA PENAL JUVENIL DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

		8. Mañana
		1. No
	Motivo de consulta	1. Control
		2. Dolor/infección
		3. Otros
	Lugar de atención	1. Privado
		2. Público
	¿Alguna vez fue al odontólogo?	1. Si
		2. No
	Motivo de consulta	1. Control
		2. Dolor/infección
		3. Otros
	Lugar de atención	1. Privado
		2. Público
	¿Tiene obra social?	1. Si
		2. No

		1.Ulceras,inflamaciones,erosiones, fisuras (cabeza, cuello, extremidades)
		2.Ulceras, inflamaciones, erosiones, fisuras (nariz, mejillas, barbilla)
		3.Ulceras, inflamaciones, erosiones, fisuras (comisuras)
		4.Ulceras, inflamaciones, erosiones, fisuras (borde bermellón)
		5.Cáncer oral
		6.Anomalías de los labios superior o inferior
		7.Ganglios linfáticos abultados (cabeza, cuello)
		8.Otras hinchazones de la cara y la mandíbula
		9.No registrado
		10.Aspecto extraoral normal
		1.Si
		2.No
		3.No registrado
Evaluación de la ATM	Síntomas	1.Si
		2.No
	Signos: Chasquido, dolor a la palpación, movilidad reducida de la mandíbula (<30 mm de apertura)	1.Si
		2.No

CALIDAD DE VIDA Y PROCESO SALUD ENFERMEDAD ATENCIÓN A NIVEL DEL
COMPONENTE BUCAL DE JÓVENES ALOJADOS EN CENTROS SOCIOEDUCATIVOS DEL
ÁREA PENAL JUVENIL DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

		3.No registrado
Mucosa Oral	Trastorno	7.Absceso
		8.Queilitis
		10.Ningún estado anormal
Opacidades/hipoplasias del esmalte	Presencia	1.Si
		2.No
Mancha blanca	Presencia	1.Si
		2.No
Índice periodontal comunitario (IPC)		1.Hemorragia
		2.Cálculo
		5.Sano
		9.No registrado
Necesidad de prótesis		1.Si
		2.No
Apiñamiento en los segmentos de incisivos	Presencia	1.Un segmento apiñado
		2.Dos segmentos apiñados
		3.Sin apiñamiento
Separación en los segmentos incisivos	Presencia	1.Un segmento con separación
		2.Dos segmentos con separación
		3.No hay separación
Relación molar		1.Semicúspide
		2.Cúspide completa
		3.Normal
CPOD (Punto de corte Mediana=9)		1.<9
		2.= ó >9
Componente cariado (Punto de corte Mediana=7)		1.<7
		2.=ó>7

Anexo 4: Perfil de Impacto de la Salud Oral

Cuestionario OHIP 49

ID	Cuestionario OHIP 49	S	A M	A V	R V	N
1	Has tenido alguna dificultad al comer, masticar un alimento por problemas con tus dientes y/o boca?					
2	¿Tuviste problemas al hablar, pronunciar alguna palabra por problemas con tus dientes y/o boca?					
3	¿Notaste si algunos de tus dientes no se ve bien?					
4	¿Sentiste que tu apariencia ha sido afectada por problemas con tus dientes y/o boca?					
5	¿Has sentido mal aliento, mal olor por problemas con tus dientes y/o boca?					
6	¿Has sentido mal gusto por problemas con tus dientes y/o boca?					
7	¿Sentiste alguna vez que el alimento ha quedado entre tus dientes?					
8	¿Has sentido que los alimentos te hayan caído mal por problemas con tus dientes y/o boca?					
9	¿Has sentido que tus dientes y muelas no muerden bien?					
10	¿Tuviste molestias dolorosas en tu boca?					
11	¿Sentiste dolor en los maxilares, mandíbula?					
12	¿Tuviste dolor de cabeza por problemas con tus dientes y/o boca?					
13	¿Sentiste alguna vez tus dientes sensibles al comer alimentos o tomar líquidos fríos y/o calientes?					
14	¿Has tenido dolor de dientes?					
15	¿Has tenido dolor de encías?					
16	¿Te has sentido alguna vez incomodo al comer algún alimento por problemas con tus dientes y/o boca?					
17	¿Has tenido partes dolorosas en tu boca?					
18	¿Has tenido prótesis que no te quedaban bien?					
19	¿Has estado preocupado por problemas dentales?					
20	¿Has sido consciente de ti mismo por tus dientes y/o boca?					
21	¿Los problemas dentales te han hecho miserable?					
22	¿Te has sentido incomodo por cómo se ven tus dientes y/o boca?					
23	¿Te has sentido nervioso, inquieto por problemas con tus dientes y/o boca?					
24	¿Ha sido poco clara la forma en que tú hablas					

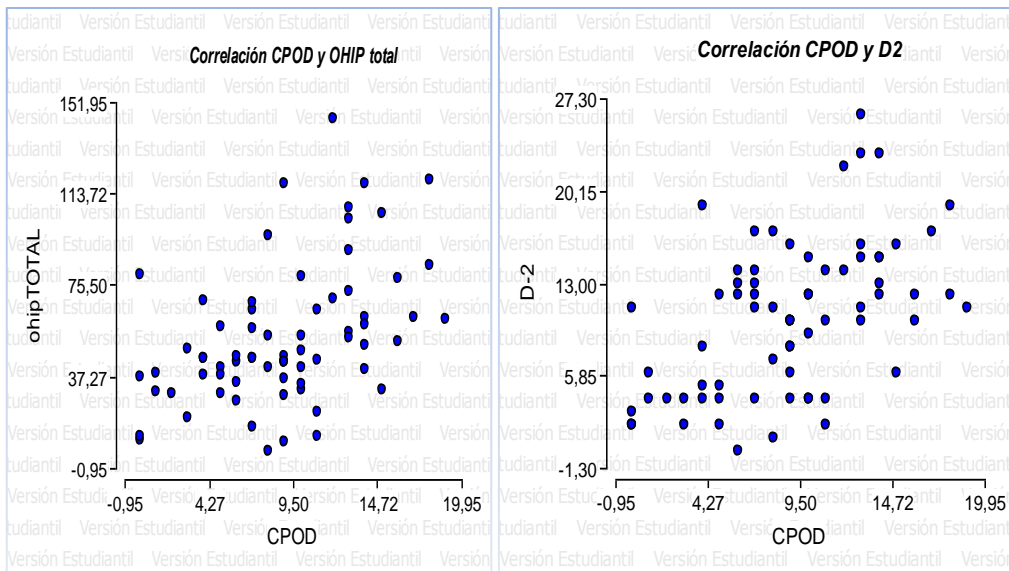
	por problemas con tus dientes y/o boca?					
25	¿La gente no ha entendido algunas de tus palabras por problemas con tus dientes y/o boca?					
26	¿Has sentido poco sabor en tus alimentos por problemas con tus dientes y/o boca?					
27	¿Tuviste dificultad para cepillar tus dientes de forma correcta por problemas con tus dientes y/o boca?					
28	¿Has tenido que dejar de comer algunos alimentos por problemas con tus dientes y/o boca?					
29	¿Tu alimentación ha sido insatisfactoria por problemas con tus dientes y/o boca?					
30	¿Has sido incapaz de comer con tus prótesis por problemas con ellas?					
31	¿Has evitado sonreír por problemas con tus dientes y/o boca?					
32	¿Has tenido que interrumpir comidas por problemas con tus dientes y/o boca?					
33	¿Te has despertado en la noche por problemas con tus dientes y/o boca?					
34	¿Has estado molesto por problemas con tus dientes y/o boca?					
35	¿Tuviste dificultad para relajarte por problemas con tus dientes y/o boca?					
36	¿Te has sentido triste por problemas con tus dientes y/o boca?					
37	¿Alguna vez no te pudiste concentrar por problemas con tus dientes y/o boca?					
38	¿Has tenido un poco de vergüenza por problemas con tus dientes y/o boca?					
39	¿Has evitado salir por problemas con tus dientes, boca o prótesis?					
40	¿Has sido menos tolerante con tu novia o familia por problemas con tus dientes y/o boca?					
41	¿Has tenido dificultad al conocer y relacionarte con otra gente por problemas con tus dientes y/o boca?					
42	¿Has estado un poco enojado con otra gente por problemas con tus dientes y/o boca?					
43	¿Has tenido dificultades al ir a la escuela o realizar tus tareas habituales por problemas con tus dientes y/o boca?					
44	¿Has sentido que tu salud general ha empeorado por problemas con tus dientes y/o boca?					
45	¿Has sufrido cualquier pérdida de dinero por no poder realizar tu trabajo por problemas con tus dientes y/o boca?					
46	¿Has sido incapaz de disfrutar mucho la compañía de otra gente por problemas con tus dientes y/o boca?					

CALIDAD DE VIDA Y PROCESO SALUD ENFERMEDAD ATENCIÓN A NIVEL DEL
COMPONENTE BUCAL DE JÓVENES ALOJADOS EN CENTROS SOCIOEDUCATIVOS DEL
ÁREA PENAL JUVENIL DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

47	¿Has sentido que la vida en general fue menos satisfactoria por problemas con tus dientes y/o boca?					
48	¿Has sido totalmente incapaz de realizar cualquier tarea por problemas con tus dientes y/o boca?					
49	¿Has sido incapaz de trabajar a tu capacidad total por problemas con tus dientes y/o boca?					

ID= Identificación del cuestionario; S= Siempre; AM= A menudo; AV= A veces; RV= Rara vez; N= Nunca.

Gráfico 1: Diagrama de dispersión de la Correlación del Índice CPOD y el OHIP 49



Anexo 5: Pruebas estadísticas

Modelos lineales generalizados

Medidas de ajuste del modelo

Resultados para el modelo: modelo.g06_MB.cpod_ML

General

Familia	Enlace	Convergencia	Escala
binomial	logit	Alcanzada	1

Medidas de ajuste del modelo

N	AIC	BIC	logLik	Deviance
70	442,63	465,11	-211,31	183,23

AIC y BIC menores implica mejor

Especificación del modelo

Modelo.g06_MB.CPOD_ML <glm (cbind (MB.CPOD (elementos dentarios con algún estadio de caries (32)- MB.CPOD) ~1+ Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas +Consumo de sustancias psicoactivas+ Frecuencia del consumo de azúcares entre comidas +Trastorno de la mucosa bucal+ Alteración del esmalte opacidades y/o hipoplasias +Necesidad de prótesis+ Índice de placa+ edad, family=myfamily

, na.action=omit

, data=R.data 6

Pruebas de hipótesis secuenciales para los efectos fijos

	Df	Deviance	Resid. Df	Resid. Dev	Pr(>Chi)
NULL			69	301,42	
Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas	1	8,17	68	293,25	0,0043
Consumo de sustancias psicoactivas	2	12,86	66	280,4	0,0016
Frecuencia del consumo de azúcares entre comidas	1	15,6	65	264,8	0,0001
Trastorno de mucosa bucal	1	15,38	64	249,42	0,0001
Opacidades/hipoplasia de esmalte	1	24,48	63	224,94	<0,0001
Necesidad de prótesis	1	13,26	62	211,67	0,0003
Índice de placa	1	15,05	61	196,63	0,0001
Edad	1	13,4	60	183,23	0,0003

Tablas de frecuencias de las variables aplicadas al modelo

Consumo de sustancias psicoactivas

Variable	Clase	Categorías	FA	FR
Consumo de sustancias psicoactivas	1	Ninguno	19	0,27
Consumo de sustancias psicoactivas	2	Paco/cocaína/mix	30	0,43
Consumo de sustancias psicoactivas	3	Porro/marihuana	21	0,3

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

Variable	Clase	Categorías	FA	FR
Frecuencia del consumo de alcohol	1	Rara vez/ nunca	23	0,33
Frecuencia del consumo de alcohol	2	Social/siempre	47	0,67

Frecuencia del consumo de azúcares entre comidas

Variable	Clase	Categorías	FA	FR
Frecuencia de azúcares entre comidas	1	2 veces o más	57	0,81
Frecuencia de azúcares entre comidas	2	Hasta 1 vez	13	0,19

Necesidad de Prótesis

Variable	Clase	Categorías	FA	FR
Necesidad de prótesis	1	SI	51	0,73
Necesidad de prótesis	2	NO	19	0,27

Alteraciones de Esmalte: Opacidades y/o hipoplasias

Variable	Clase	Categorías	FA	FR
Opacidades y/o hipoplasias	1	NO	15	0,21
Opacidades y/o hipoplasias	2	SI	55	0,79

Trastorno de la mucosa bucal

Variable	Clase	Categorías	FA	FR
Presencia de trastorno	1	NO	44	0,63
Presencia de trastorno	2	SI	26	0,37

Medidas ajustadas y errores estándares de variables regresoras

Medidas ajustadas y errores estándares para Consumo de sustancias psicoactivas

Inversa de la función de enlace con efecto aleatorio = 0 DGC(Alfa=0.05)

Consumo de sustancias psicoactivas	PredLin	E.E.	Media	E.E.	
Porro/marihuana	-1,16	0,12	0,24	0,02	A
Paco/cocaína/mix	-1,2	0,1	0,23	0,02	A
Ninguno	-1,25	0,12	0,22	0,02	B

Medias con una letra común no son significativamente diferente ($p>0,05$)

Medias ajustadas y errores estándares para Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas

Inversa de la función de enlace con efecto aleatorio = 0 DGC(Alfa=0.05)

Frecuencia del consumo de alcohol	PredLin	E.E.	Media	E.E.	
Rara vez/ nunca	-1,03	0,11	0,26	0,02	A
Social/siempre	-1,38	0,09	0,2	0,01	B

Medias con una letra común no son significativamente diferente ($p>0,05$)

Medias ajustadas y errores estándares para Frecuencia del consumo azúcares entre comidas

Inversa de la función de enlace con efecto aleatorio = 0 DGC(Alfa=0.05)

Frecuencia de azúcares entre comidas	PredLin	E.E.	Media	E.E.	
2 veces o más	-1,02	0,08	0,26	0,02	A
Hasta 1 vez	-1,38	0,14	0,2	0,02	B

Medias con una letra común no son significativamente diferente ($p>0,05$)

Medias ajustadas y errores estándares para Trastorno de mucosa

Inversa de la función de enlace con efecto aleatorio = 0 DGC(Alfa=0.05)

Trastorno de mucosa	PredLin	E.E.	Media	E.E.	
SI	-1,07	0,11	0,26	0,02	A
NO	-1,33	0,09	0,21	0,01	B

Medias con una letra común no son significativamente diferente ($p>0,05$)

Medias ajustadas y errores estándares para Alteraciones del esmalte Opacidades y/o hipoplasias

Inversa de la función de enlace con efecto aleatorio = 0 DGC(Alfa=0.05)

Opacidades y/o hipoplasias de esmalte	PredLin	E.E.	Media	E.E.	
SI	-0,97	0,08	0,27	0,02	A
NO	-1,43	0,13	0,19	0,02	B

Medias con una letra común no son significativamente diferente ($p>0,05$)

Medias ajustadas y errores estándares para Necesidad de Prótesis

Inversa de la función de enlace con efecto aleatorio = 0 DGC(Alfa=0.05)

Necesidad de Prótesis	PredLin	E.E.	Media	E.E.	
SI	-0,94	0,1	0,28	0,02	A
NO	-1,46	0,012	0,19	0,02	B

Medias con una letra común no son significativamente diferente ($p>0,05$)