

PRÁCTICAS DE AUTOATENCIÓN DE JÓVENES EN SITUACIÓN DE ENCIERRO

SELF-CARE PRACTICES FOR YOUNG PEOPLE IN CONFINEMENT

PRÁTICAS DE AUTO-CUIDADO PARA JOVENS EM SITUAÇÃO DE CONFINAMENTO

Resumen

Objetivo: Reconocer las prácticas de autoatención, de jóvenes en situación de encierro alojados en los centros socioeducativos del Área Penal Juvenil de la Provincia de Córdoba, Argentina. **Método:** Se desarrolló una investigación cualitativa en la que participaron 32 jóvenes, de 14 a 18 años de ambos sexos, alojados por un período no menor a seis meses en los centros socioeducativos en estudio. **Resultados:** Los jóvenes refieren prácticas destinadas al cuidado de su cuerpo y del componente bucal con la finalidad de evitar el dolor y la enfermedad. Si no hay enfermedad no existen prácticas de autoatención; las prácticas intencionales se generan ante el dolor y el padecimiento. Desde el rol materno se guía la autoatención. Las prácticas de alimentación quedan subordinadas a prácticas que afectan la salud. La situación de encierro genera prácticas distintas al “afuera”. **Conclusiones:** El contexto circunstancial, sea el de procedencia, el de la calle o el de encierro condiciona las prácticas de autoatención.

Palabras claves: salud; jóvenes; autoatención.

María Marcela Barnetche¹,
Marcela Inés Bella²,
Lila Susana Cornejo³

¹Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0607-0750>

²Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0173-1481>

³Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9116-0947>

Contacto: marcebar-netche@yahoo.es

DOI: <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.30077>

@Universidad Nacional de Córdoba



Trabajo recibido: 25 de agosto de 2020.
Aprobado: 21 de agosto de 2021.

Abstract

Objective: To recognize the self-care practices of young people in confinement situations housed in the socio-educational centers of the Juvenile Penal Area of the Province of Córdoba, Argentina. **Method:** A qualitative research was carried out in which 32 young people, aged 14 to 18, of both sexes participated, housed for a period of no less than six months in the socio-educational centers under study. **Results:** Young people report practices aimed at caring for their body and the oral component in order to avoid pain and disease. If there is no disease, there are no self-care practices; intentional practices are generated in the face of pain and suffering. Self-care is guided from the maternal role. Feeding practices are subordinated to practices that affect health. The situation of confinement generates practices different from the “outside”. **Conclusions:** The circumstantial context, be it that of origin, that of the street or that of confinement conditions self-care practices.

Keywords: health; young boys; self-care.

Resumo

Objetivo: Reconhecer as práticas de autocuidado de jovens em situação de reclusão, alojados nos centros socioeducativos da Área Penal Juvenil da Província de Córdoba, Argentina. **Método:** Foi realizada uma pesquisa qualitativa na qual participaram 32 jovens, de 14 a 18 anos, de ambos os sexos, hospedados por um período não inferior a seis meses nos centros socioeducativos em estudo. **Resultados:** Os jovens relatam práticas voltadas para o cuidado do corpo e do componente oral, a fim de evitar dores e doenças. Se não há doença, não há práticas de autocuidado; práticas intencionais são geradas diante da dor e do sofrimento. O autocuidado é pautado pelo papel materno. As práticas de alimentação estão subordinadas às práticas que afetam a saúde. A situação de confinamento gera práticas diferentes da “fora”. **Conclusões:** O contexto circunstancial, seja de origem, de rua ou de confinamento condiciona as práticas de autocuidado.

Palavras chaves: saúde; jovens garotos; autocuidados.

Introducción

La salud y la enfermedad a través de la historia de la humanidad, han transitado desde categorías opuestas a conceptualizaciones articuladas en un proceso (1). En la actualidad (2) se plantea la necesidad de incluir los modos de atención como parte de las formas en que la salud y la enfermedad se presentan en los diferentes contextos.

El proceso de salud-enfermedad-atención (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 (3). Burak (4) 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, como así también las acciones para promover la salud y prevenir la enfermedad (5).

En relación a ello, Menéndez (6) entiende la autoatención, como la actividad básica, nu-

clear y sintetizadora de este proceso llevado a cabo por sujetos y grupos sociales. Este proceso estructural (6) incluye a las representaciones y prácticas que se manejan en relación a los 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 prescriptas o propuestas 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). Siendo entonces, la autoatención el proceso básico de la reproducción biosocial y sociocultural de los sujetos y grupos, decisivo para la sobrevivencia y la calidad de vida (6).

En ese sentido en el marco del estudio Calidad de vida y Proceso Salud Enfermedad Atención a nivel del componente bucal realizado durante el año 2012, nos propusimos indagar sobre las prácticas de autoatención, en sentido amplio y restringido de jóvenes alojados en los centros socioeducativos del Área Penal Juvenil de la Provincia de Córdoba, Argentina, con la finalidad de aportar recursos, que respetando sus posibilidades y potencialidades mejoren la calidad de vida de estos jóvenes.

Metodología

Se desarrolló una investigación cualitativa teniendo en cuenta las normativas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (7). El protocolo de trabajo, contó con la aprobación del Consejo Asesor de la Carrera de Doctorado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). A los fines de conocer las prácticas de autoatención en general y a nivel del componente bucal en particular, que poseen jóvenes institucionalizados en los centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba, se invitó a participar en el estudio a todos los jóvenes de 14 a 18 años alojados por un período no menor a seis meses en los centros socioeducativos del Complejo Esperanza. El mismo comprende un predio de 52 hectáreas ubicado fuera del ejido de la Ciudad de Córdoba; en el 14.5 km, de Camino de 60 cuadras, en el que se encuentran cuatro centros educativos: Módulo I (ex Horizontes), Módulo II (Ex Nuevo Sol), Módulo III (Ex Pasos de Vida), Módulo IV (Ex San Jorge), que alojan a varones de 12 a 20 años, en conflicto con la ley penal de la Provincia de Córdoba. Las jóvenes mujeres en iguales circunstancias, en el año en que se aplicaron las entrevistas, se alojaban en el CESAM ubicado en Barrio Nueva Córdoba de la Ciudad. El grupo de estudio quedó constituido por 32 jóvenes de 14 a 18 años, 28 varones y 4 mujeres, que brindaron su consentimiento y asentimiento informado para participar en la investigación. Para la recolección de la información se aplicó la técnica de entrevista guionada (8), con un marco pautado realizándose un planteamiento sucesivo de las directrices temáticas derivadas del objetivo y de la evolución de la entrevista. Las dimensiones consideradas fueron: 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. Dichas entrevistas fueron llevadas a cabo por una única investigadora, en forma individual, en los consultorios de los equipos técnicos (psicólogos y trabajadores sociales) de los distintos centros, en un único momento, con una duración aproximada de 50 minutos. 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. Las entrevistas fueron grabadas, simultáneamente, durante la situación de entrevista se registró, en un diario de campo, las impresiones, sensaciones,

actitud de los jóvenes y características.

Se obtuvo el corpus específico con la transcripción literal de la desgrabación de las entrevistas. El análisis de la información se realizó siguiendo la Teoría Fundamentada (9). Se utilizaron códigos alfanuméricos para mostrar los casos que sustentan los resultados presentados en este trabajo. El proceso de recolección, procesamiento y análisis de los datos se realizó según se muestra en la siguiente figura.

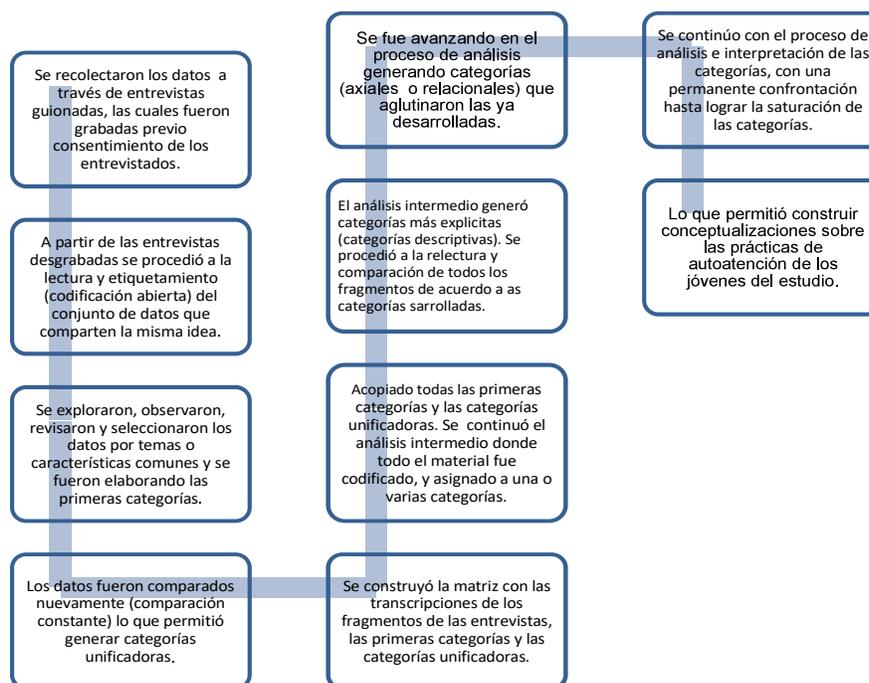


Figura 1. Proceso de recolección, procesamiento y análisis de los datos

Resultados

Características sociodemográficas y del contexto de procedencia del grupo en estudio

En un estudio marco, realizado en los centros socioeducativos del área penal juvenil de la Provincia de Córdoba, del que se desprende el presente trabajo, participaron 70 jóvenes, 94% varones y 6% mujeres, de 14 a 18 años, con una edad media de $16,91 \pm 1,11$, siendo el 37% de 18 años. El 34% de ellos han concluido el nivel primario de educación; 69%, son residentes en la Ciudad de Córdoba y el 69% poseen antecedentes laborales del tipo informal (10). El 29% pertenece a familia tipo nuclear; el 26% tipo monoparental; 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, el 33% el padre/padrastro, hermanos el 6%, 25% por abuelos/tíos; con ocupación del tipo informal el 67%. El 36% de los jefes de hogar tienen nivel de instrucción primario completo (10). El 93% de los jóvenes participantes de la investigación habitan en casas de construcción del tipo tradicional; cuentan con agua de la red pública el 90% y el 81% disponen de transporte urbano próximos a sus hogares (10).

El proceso de análisis del corpus y las notas de campo registradas caracterizan las distintas formas en que perciben sus contextos de procedencia. Describen formar parte de familias del tipo extendida, en la que se destaca la figura del padrastro. 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 (madre/padre/padrastro). Entre los motivos de la interrupción

de la escolaridad emerge la mala conducta, y el desinterés por las actividades escolares. Los deportes ocupan el tiempo libre; siendo las actividades ilícitas la principal forma de obtener dinero (10).

Prácticas de autoatención

Los jóvenes refieren prácticas destinadas al cuidado de su cuerpo y el componente bucal con la finalidad de evitar el dolor y la enfermedad (*sentido preventivo*).

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

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

Sólo se da ante situaciones de padecimiento, de lo contrario si no hay enfermedad no existen prácticas de autoatención (*sentido curativo*).

“...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, varón, 18 años).

“...no me preocupó. Nunca me pasó nada, como te dije. Nunca me quebré, nunca me enfermé, nada.” (D0013, varón, 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 autoatención intencionales al PSEA (*sentido curativo*) se generan ante el dolor y el padecimiento

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

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

“...le decía a mi mamá, mirá me siento mal, que se yo, como que me voy por engripar. Y bueno mi mamá 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, varón, 18 años).

“... mi mamá sabe lo que me da”... (B0007, varón, 16 años).

“...abrigate te vas a enfermar... ..no tomes mucho” (V0039, varón, 17 años)

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

“...no me gusta comer en todo el día; porque estoy todo el día fumando porro, y no me gusta comer cuando estoy fumado porque se te pasa la locura (se ríe). Interrumpe y aclara... Acá sí 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, varón, 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, varón, 18 años).

Situación de encierro

La situación de encierro aparece como **factor revelador de una realidad distinta** para estos jóvenes, desde los valores, las emociones, lo físico, incluyendo la significación que dan a la salud 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).

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

Asimismo, el encierro actúa como **amplificador de sensaciones**, muchas veces asociado a la inaccesibilidad de algunos recursos paliativos a los que tenían fácil acceso cuando estaban en libertad, o en relación a la falta de distracciones relacionados sólo 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)

Discusión y conclusiones

El ‘cuidar’ representa el conjunto de acciones que tienen por objetivo el desarrollo y continuidad de la vida. En relación a ello, la OMS (11) ha definido como “autocuidado” a la capacidad de las personas, las familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y para hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de servicios de salud.

Los avances científicos y tecnológicos, han influido en la conceptualización y formas de aplicación del cuidado. En la última década del siglo XX, (12) Colliere, diferenció dos tipos de cuidado de naturaleza diferente: denominando cuidados de costumbre a aquellos relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida y cuidados de curación a los relacionados con la necesidad de curar. En la primera de estas categorías, estrechamente relacionada con el concepto de autoatención amplia de Menéndez, ubicamos las prácticas que los jóvenes de nuestro estudio, realizan con el objetivo de cuidar su cuerpo y el componente bucal a los fines de evitar el dolor y la enfermedad (sentido de prevención). Dichas prácticas de cuidados representan los cuidados permanentes y cotidianos de tipo biopsicosocial necesarios para mantener la vida, que son proporcionados por su contexto de procedencia y adquiridos en el proceso de socialización de cada sujeto a medida que aumenta su nivel de desarrollo de autonomía de vida.

Algunos jóvenes del estudio, consideran no tener prácticas de autocuidado porque no las han creído necesarias, o porque nunca se han enfermado (*sentido curativo*). A esta construcción de que “si no hay padecimiento no hay cuidados” aportan dos vertientes de naturaleza muy diferente. Por un lado el pensamiento biopolítico disciplinador de la medicina que ha diseñado un sistema para curar la enfermedad y no para promover la salud, dividiendo el cuerpo y sus funciones y al mismo tiempo separando cuerpo y espíritu, al punto de llevar a utilizar indistintamente, como sinónimos, los términos cuidar y tratar. Desde esta perspectiva se hacen recomendaciones, basadas en evidencias científicas, para evitar la aparición, cronicidad y/o severidad de enfermedades determinadas. Siguiendo esta línea de pensamiento se ha pretendido conseguir modificaciones en el estilo de vida de las personas a través de estrategias de prohibición, de imposición, de uso del miedo y de la advertencia hasta llegar al apercibimiento por incumplimiento. El otro aspecto contribuyente a la falta de práctica de cuidado en los jóvenes se relaciona con los cambios físicos, psicológicos, de expresión de sentimientos de rebeldía, diferenciación de la familia nuclear y formación de la personalidad que experimentan los jóvenes, promoviendo en

ellos la sensación de inmunidad al padecimiento. La población joven es la que menos cree requerir apoyo médico o psicológico para cuestiones de higiene, alimentación, sexualidad, adicciones, etc. (13,14).

En investigaciones realizadas en jóvenes de Lima, Perú (15) y Córdoba, Argentina (14) las prácticas de autocuidado resultaron insuficientes o inadecuadas. En nuestro estudio, los jóvenes reconocen que una vez instalado el padecimiento aplican prácticas de autoatención intencionales al proceso de salud/ enfermedad/ atención (*sentido curativo*) respondiendo así a la necesidad de los sujetos y sus microgrupos de desarrollar estrategias para convivir o superar el padecimiento.

Estas prácticas comprenden las formas de atender los padecimientos y enfermedades más frecuente y constante en la vida cotidiana incluyendo según Menéndez, las experiencias de personas y familias en sus modos de significar y producir cuidados, emprendiendo trayectorias que articulan los saberes populares y biomédicos (16).

En los testimonios, se puso en evidencia un itinerario terapéutico mixto, (*Me ponía hielo..., con la muelita eso que se llama...no sé cómo es... me ponía la panza del sapo.... Me lavaba los dientes y se me pasaba... “Rezar...”*) con la puesta en práctica de un saber reconvertido por lazos interpersonales y de confianza ligados principalmente a la tradición familiar. Sin dejar de lado las indicaciones médicas, se construye una forma de atención que puede ser replicada en el grupo de pertenencia para la recuperación de la salud. En este marco la automedicación obedece a una lógica de prácticas singulares, que sin responder exclusivamente a la ciencia biomédica, la incluyen en representaciones construidas en base a una amplia red de asociaciones entre creencias religiosas y experiencias familiares. El análisis de las entrevistas muestra que el autocuidado se inicia en el ámbito doméstico en donde se destaca el rol de la madre como guía de ese proceso; coincidiendo con otros estudios (17) que también señalan que en el ámbito doméstico el cuidado de la salud lo proporcionan las mujeres, como algo más amplio que la simple lucha contra la enfermedad; es más bien como un pensar materno (18)“... *mi mamá sabe lo que me da*”... Un saber, hasta el presente, esencialmente femenino, que facilita las condiciones para un desarrollo saludable.

Las personas viven una realidad biológica atravesada por la estructura socio-cultural en la que viven. Las prácticas de autocuidado responden al contexto y modelos de crianza y de liderazgo en los que los jóvenes han participado durante su crecimiento y desarrollo (19). Cambios en el contexto de desempeño pueden generar modificaciones en las prácticas de autocuidado, como sucede con los hábitos alimentarios y el consumo de sustancias tóxicas según lo refieren los propios entrevistados, quienes relatan diferentes prácticas de alimentación según se trate de, *antes* (ámbito familiar o contexto de procedencia), *la calle* (espacio del trabajo delictivo), *ahora, acá* (alojados en centros socioeducativos del Área Penal). Si bien reconocen la importancia de una alimentación saludable y de no consumir sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, etc.), *en la calle*, desestiman dichas prácticas de autocuidado, argumentando falta de tiempo por sus actividades y la necesidad de sentirse mejor. Aunque el consumo de drogas representó para los jóvenes del estudio una forma de dañar su salud, también pudo permitirles eludir malestares. Al respecto, Freud (20) definió a los tóxicos como “quitapenas” que permiten a los sujetos refugiarse en un mundo que ofrece otro tipo de sensaciones. Por su parte quienes abusan de las drogas presentan hábitos alimenticios poco saludables; (10) asimismo, la ansiedad generada por la abstinencia a ciertas sustancias puede contribuir al consumo excesivo de alimentos (21). Situación ésta, que conduce a que las prácticas de alimentación queden subordinadas a prácticas que afectan la salud, como es el consumo de marihuana u otras sustancias psicoactivas.

La situación de encierro, contexto al que los entrevistados se refieren como “*ahora / acá / adentro / las rejas*” muestra **otra realidad y amplifica sensaciones**. Realidad que produce en los jóvenes un punto de quiebre en la manera que vivencian, piensan y construyen los

diversos eventos, marcando la diferencia entre “el afuera / la calle” y” lo que lleva a considerar el PSEA como un proceso integral, psíquico y afectivo, que les permite reconocer como protectores, los hábitos saludables, siendo la emocionalidad el principal condimento de su calidad de vida. Por lo que se podría concluir que los jóvenes en situación de encierro definen sus prácticas de autoatención relacionadas a evitar el padecimiento y la enfermedad. La situación de encierro, acrecentaría las sensaciones, muchas veces asociada a la inaccesibilidad a algunos recursos paliativos del dolor y/o a todo tipo de distracciones a las que accedían en libertad.

Referencias bibliográficas

1. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública*. 2002; 12(2):128-36.
2. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003; 8(1):185-207.
3. 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.
4. 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>
5. 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>
6. 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.
7. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)/OMS Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. [Internet]. 2002. [Consultado 20 de febrero de 2011]. https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
8. 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>
9. Strauss A, Corbin J. *Grunded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria*. *Rev Qualitative Sociology*. 1990; 13(1):3-21.
10. Barnetche MM. Calidad de vida y proceso salud enfermedad atención a nivel del componente bucal en jóvenes alojados en centros socioeducativos del Área Penal Juvenil de la Provincia de Córdoba. [Tesis] [Internet]. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba. 2017 [Consultado 27 de Octubre 2017]. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/handle/11086/4994>.
11. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. (2014). Self care for health. WHO Regional Office for South-East Asia. [Internet].1914 [Consultado 19 de Abril 2020] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205887>
12. Uribe Jaramillo TM El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y educación en enfermería*, 1999; 17(2):109-118.
13. de la Fuente-Maldonado VM, Omaña-Martínez V, SooRan Lee-Chun R, Alavéz-Orato BC, Peña-Carrillo HI, Sierra-Castañeda E. Teens’ knowledge and actions on healthself-care *Rev CONAMED*. 2011;16(1):29-33.

14. Carletto-Körber F, Isla C, Abraham L, Cornejo LS. Knowledge, attitudes, practices and oral health status in adolescents of the city of Córdoba, Argentina. *J Oral Res.* 2018; 7(9):418-425. doi: 10.17126/joralres.2018.085
15. Barrenechea Lagos DA, Flores Medina GI, Sulca Campana EK. Self Care Practices in the Physical, Social and Psychological Dimensions in Adolescents of Education, March 2018. [Tesis] [Internet]. Facultad de Enfermería. Universidad Peruana Cayetano Silva. 2018 [Consultado 20 de Marzo de 2019]. Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/4381/Practicas_BarrenecheaLagos_Dora.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Menéndez EL. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos.* 2018; 58:104-113.
17. Fernando Ramírez-de la Roche O, Hamui-Sutton A, Fuentes-García R. Prácticas de autoatención en pacientes de los tres niveles de atención en instituciones de salud de México. *Atem Fam.* 2013; 20(3):91-95.
18. Hernández, M. Arenas, R. Valde El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Rev Saúde Pública.* 2001; 35 (5):443-450.
19. Aguilar Guzmán O, Carrasco González MI, García Piña MA, Saldivar Flores A, Ostigüin Meléndez RM. Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. *200 Rev Enfermería Universitaria ENEO-UNAM.* 2007; 4(2): 26-30.
20. Freud S. *El malestar en la cultura.* Madrid España Editorial AKAL 1917. 172 pp.
21. Velázquez Altamirano M, Córdova Alcaráz AJ, Rodríguez Kuri SE, Fernández Cáceres C. Prácticas de autocuidado en adolescentes en tratamiento por el consumo de drogas. *Alternativas en Psicología.* 2019; 41:8-21.