



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**HÁBITOS SALUDABLES DE LOS TRABAJADORES
DE UNA INSTITUCION HOSPITALARIA PÚBLICA
DE ALTA COMPLEJIDAD EN BOGOTA**

JUAN CARLOS GARCIA UBAQUE

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
DOCTORADO EN SALUD PUBLICA
BOGOTÁ, D. C., AGOSTO 2011**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**HÁBITOS SALUDABLES DE LOS TRABAJADORES DE UNA INSTITUCION
HOSPITALARIA PÚBLICA DE ALTA COMPLEJIDAD EN BOGOTA**

JUAN CARLOS GARCIA UBAQUE

**Tesis de grado presentada para optar al título de
Doctor en Salud Pública**

CODIGO: 597391

DIRIGIDO POR: LUIS ENRIQUE FLOREZ ALARCON Ph.D.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
DOCTORADO EN SALUD PUBLICA
BOGOTÁ, D. C., AGOSTO 2011**

Quiero agradecer y dedicar este trabajo a quienes me han hecho lo que soy:

Al Señor de la vida:

Jesucristo, quien es mi camino y verdad

A mi esposa e hijos: Luisa F, Paula F, Santiago A y Tomas E,

Son magnifica compañía y apoyo en todo momento

Mi madre y mis hermanos: son soporte y confianza cada día

El resto de la gran familia: son alegría, compartimos el propósito de Dios

Los maestros y compañeros de una vida de estudio: son enorme ejemplo

Los estudiantes y discípulos con quienes he compartido: son un gran estímulo

Los amigos y compañeros de veinte años de trabajo: son un formidable reto

Los pacientes, usuarios y trabajadores de la salud: me generan continua inspiración

Los amigos que han pasado por mi vida y los que permanecen, de todos he aprendido algo

Luis: que gran persistencia y comprensión, dirigirme en este trabajo no ha sido tarea fácil

John, H. David, Carolina, Diana y muchos más: cuanta ayuda me brindaron

La lista interminable de los maestros y profesores: cuanto conocimiento logrado,

Las Instituciones y sus personas: Universidad Nacional, Hospitales de Bogotá y demás,

Tengo con todos ustedes un enorme compromiso de gratitud

DIOS LES BENDIGA SIEMPRE

Resumen

Objetivo: Evaluar niveles de práctica de hábitos saludables y aproximarse a la comprensión de sus determinantes, en trabajadores de un hospital público de alta complejidad de Bogotá D.C., contrastando explicaciones derivadas de un enfoque cultural y de la teoría de etapas.

Método: Con una extensa revisión bibliográfica se precisó y estructuró la conceptualización del término hábitos saludables. Se aplicó una encuesta de diseño propio a 367 trabajadores de un hospital de alta complejidad de Bogotá indagando acerca de los niveles de práctica de hábitos saludables y la percepción de los mismos en cuanto a los aspectos psicológicos (etapa actual y percepción de severidad, vulnerabilidad, beneficio, autoeficacia y costos) y los aspectos culturales (creencias, costumbres y pertenencia social, expresadas en discursos y normas, prácticas y relaciones). Se efectuó análisis estadístico con SPSS 15®.

Resultados: Se conceptualiza, diseña y valida un instrumento cuya aplicación evidencia un nivel de práctica intermedio, con diferencias sociodemográficas. Seguridad, muestra un nivel mayor, relacionados más fuertemente con aspectos psicológicos. Consumo e higiene muestran mayor cercanía con aspectos culturales. Participación evidencia nivel más bajo de práctica y aparece influenciada por ambos.

Discusión: No se encontraron estudios similares al aquí realizado, aunque la evidencia empírica señala que es necesario incorporar un mayor énfasis en los aspectos favorables de la salud. Se postula que incorporando los hallazgos de la investigación se puede optimizar el impacto de los programas de promoción de la salud entre los trabajadores hospitalarios. Se sugiere incluir en ellos el enfoque de desviación positiva.

Palabras clave: *Promoción de la Salud, Conducta de salud, Ciencias del comportamiento, Salud Pública, Salud laboral.* (Fuente: DeCS BIREME)

Abstract

Objective: To assess levels of practice of healthy habits in workers of a high complexity public hospital in Bogotá, D.C., contrasting explanations derived from a cultural approach and Stages of Change theory.

Method: Using an extensive literature review, it was clarified and structured a definition of the term “healthy habits”. A survey was self-designed and applied to 367 workers of a public hospital of high complexity in Bogotá city, asking about levels of practice of healthy habits and the perception of them regarding to psychological aspects (stage and perceived severity, vulnerability, profit, self-efficacy, and costs) and cultural aspects (beliefs, customs, and social membership, expressed in speeches and standards, practices, and relationships). Statistical analysis was performed by SPSS 15 ®.

Results: We conceptualize, design and validate an instrument whose application demonstrates an intermediate level of healthy habits practice with sociodemographic differences. “Safety” shows a higher level, more strongly related to psychological aspects. “Consumption and hygiene” showed greater proximity to cultural aspects. “Participation” evidences the lowest practice and appears to be influenced by both of them.

Discussion: We found no similar studies to this, although empirical evidence indicates that it is necessary to incorporate a greater emphasis on the favorable aspects of health. We hypothesize that incorporating this research findings can optimize the impact of health promotion programs among hospital workers. It is suggested to include the positive deviance approach in them.

Keywords: *Health Promotion, Health Behavior, Behavioral Sciences, Public Health, Occupational Health.* (Source: MeSH NLM)

Contenido

RESUMEN	VII
INTRODUCCION	1
1: OBJETIVOS	5
2: PROMOCION DE LA SALUD y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	7
2.1 ACCIONES DE LA PROMOCION DE LA SALUD	12
2.2 HÁBITOS SALUDABLES	19
2.3 EL PROCESO DE ADOPCION DE HABITOS SALUDABLES DESDE EL ABORDAJE PSICOLOGICO	56
2.4 EL PROCESO DE ADOPCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES DESDE EL ABORDAJE CULTURAL	75
2.5 CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LOS TRABAJADORES HOSPITALARIOS	94
3: DISEÑO METODOLOGICO	105
4: RESULTADOS	113
4.1 PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO	113
4.2 PRACTICA DE HABITOS SALUDABLES	117
4.3 DETERMINANTES DE LA PRÁCTICA DE HABITOS SALUDABLES ..	126
5: DISCUSION	133

CONCLUSIONES 143

REFERENCIAS 163

LISTADO DE TABLAS

TABLA 1: Resumen de búsqueda en bases de datos Public Health y Health Promotion.

TABLA 2: Resumen, resultados filtrados Public Health y Healthy Habits.

TABLA 3: Surgimiento de las miniteorías.

TABLA 4: Características principales de rasgos y hábitos.

TABLA 5: Distribución por Género y Edad, Trabajadores de un hospital de Bogotá 2010.

TABLA 6: Distribución por estado civil, número de hijos y género.

TABLA 7: Distribución de Nivel escolar según género.

TABLA 8: Distribución por Género y Gusto trabajo.

TABLA 9: Distribución por desarrollo de otra labor.

TABLA 10: Distribución de Jornada institucional semanal.

TABLA 11: Etapa psicológica en relación con el grupo de hábitos saludables evaluado.

TABLA 12: Variables psicológicas en relación con el grupo de hábitos saludables evaluado.

TABLA 13: Variables culturales en relación con la práctica de hábitos saludables.

TABLA 14: Variables culturales en relación con cada grupo de práctica de hábitos saludables.

TABLA 15: Variables culturales en relación con ámbito social.

LISTADO DE GRAFICOS

GRAFICO 1: Enfoque diferencial y complementario de la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad.

GRAFICO 2: Jerarquía de las fuentes de motivación.

GRAFICO 3: Esquema básico de los componentes de personalidad.

GRAFICO 4: Interrelación aprendizaje, motivación y personalidad.

GRAFICO 5: Modelo de tres etapas.

GRAFICO 6: Modelo PAPM.

GRAFICO 7: Modelo HAPA adaptado de Schwarzer et al. (2008).

GRAFICO 8: Discriminación del nivel de práctica de hábitos saludables por edad.

GRAFICO 9: Discriminación de las diferentes categorías de práctica de hábitos saludables en relación con la edad.

GRAFICO 10: Diferentes categorías de práctica de hábitos saludables en relación con el sexo.

GRAFICO 11: Practica de hábitos saludables según nivel escolar alcanzado.

GRAFICO 12: Diferentes categorías de práctica de hábitos saludables en relación con el nivel funcional.

GRAFICO 13: Práctica de hábitos saludables en relación con el horario principal de trabajo.

GRAFICO 14: Nivel de práctica de seguridad e higiene como hábitos saludables en relación con la experiencia Institucional.

GRAFICO 15: Practica de hábitos saludables de consumo e higiene según experiencia total.

GRAFICO 16: Práctica de hábitos saludables en relación con el gusto expresado por el trabajo.

GRAFICO 17: Comportamiento de las variables determinantes de la práctica de hábitos.

GRAFICO 18: Posibles relaciones entre el nivel de práctica de hábitos saludables y las variables evaluadas en desde la teoría de etapas y el enfoque cultural.

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO 1: Instrumento

ANEXO 2: Consentimiento Informado

ANEXO 3: Distribución por género y edad de las distintas variables socio demográficas.

Introducción

Se presentan los resultados de investigación y reflexión sobre el concepto de hábitos saludables y de un trabajo de campo acerca de los niveles y los determinantes de la práctica de las principales actividades recomendadas como tales por parte del personal de salud y administrativo que labora en un hospital de alta complejidad de Bogotá, analizando los hallazgos desde dos perspectivas: la teoría de etapas y el abordaje de la cultura.

El estímulo a la práctica de hábitos saludables es uno de los componentes de la Promoción de la Salud y está presente en muchas de las políticas públicas de salud en Colombia. Sin embargo la forma como estos hábitos se han venido trabajando en nuestro medio se relaciona esencialmente con actividades y acciones educativas, realizadas desde los Hospitales. Al respecto, un consenso de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS, 2001) insiste en que “Si bien casi todos reconocen la importancia de la educación en salud, la forma de hacerla viene recibiendo muchos cuestionamientos en cuanto a metodologías y su real impacto en costo-eficiencia y costo-efectividad”. En este aspecto, y en comunicaciones personales con los diferentes responsables de esta labor en Bogotá, se percibe una sensación de desaliento frente a la labor que se ejecuta y la mayor fuente de esta situación es relacionada por ellos mismos con una gran desconfianza frente al impacto de estas actividades y por ende un pobre reconocimiento y satisfacción profesional .

En el mismo consenso de la SDS, ya referenciado, se señala que, tradicionalmente, la evaluación de las intervenciones de educación y comunicación se hace con base en información cuantitativa referida al número de personas capacitadas o de actividades realizadas, pero que esta información no permite identificar si con las intervenciones se ha logrado el objetivo de cambiar actitudes o prácticas y que para identificar el impacto de dichas intervenciones se requeriría realizar evaluaciones de tipo poblacional, las cuales son cualitativas pero también tienen elementos cuantitativos, y propone hacer seguimiento a las poblaciones con las cuales se trabaja, seleccionando prácticas trazadoras que permitan un acercamiento a indicadores de resultado e impacto.

En síntesis, se vienen realizando actividades de capacitación que pretenden estimular la adopción de hábitos saludables sin que se conozca en realidad cómo las percibe el personal sanitario encargado de transmitirlos y cómo llega un individuo o un grupo humano específico a adoptarlas o rechazarlas, lo que nos ubica en lo que Mockus (2005), con base en la hipótesis del divorcio en Colombia entre Ley, Moral y Cultura (Carrillo 1991) , señala al afirmar que es posible que en la sociedad colombiana la regulación cultural no esté articulada con la legalidad y lleve a las personas aún a actuar en contra de sus mismas convicciones morales.

La investigación aquí presentada pretende explorar la posible asociación entre el nivel de práctica de hábitos saludables, de una muestra de población de trabajadores de un hospital de alta complejidad en Bogotá, con los componentes de dos enfoques de abordaje, el primero construido desde la psicología (teoría de etapas) y el segundo desde la antropología y la sociología (abordaje cultural).

Esta investigación pretende así responder a la necesidad de construir conocimientos que puedan contribuir a desarrollar e implementar intervenciones eficaces y eficientes, esto es, que supongan una alternativa razonable en beneficio y en costo para la Salud Pública.

En el primer aspecto es importante insistir en que una de las situaciones más complejas es la que se relaciona con la posibilidad de lograr la adopción de los denominados estilos de vida saludables por parte de los individuos o las comunidades, los cuales tienen relación con conductas protectoras y conductas de riesgo, como dos caras de una misma moneda (American Academy of Health Behavior Work Group on Doctoral Research Training, 2005). Al respecto y para utilizar un término más frecuente en el entorno de salud se habla de la adherencia a la práctica de los hábitos saludables en el personal de salud.

En este sentido, algunos autores (Falvo & Tippy, 1988, O'Connor, Shewchuck & Carney, 1994, Mira, Rodríguez y Cols. 2000) han insistido en la relación existente entre la satisfacción, la atención sanitaria recibida y la adherencia a prácticas saludables; señalando que sus efectos sobre el estado de salud, los indicadores de enfermedad y los costos son enormes (ILADIBA, 1996). Por tanto resulta conveniente conocer qué determinantes son clave para incorporar la práctica de los hábitos saludables a la vida cotidiana y por ende como se lograrían intervenciones más eficaces en este campo.

Respecto a los aspectos de costo y en el momento actual, cuando las tendencias para la prestación de los servicios de salud se orientan claramente hacia la medicina gerencial (Lifshitz, 2003), (Torres-Valadez, 2001), se insiste en conceptos que involucran nociones de economía en el manejo de los limitados recursos disponibles y se sabe que los esfuerzos infructuosos en salud incrementan las consultas y hospitalizaciones y por ende los requerimientos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad (ILADIBA, 1996a). Es decir, no parece razonable invertir un importante volumen de recursos, la mayoría de ellos públicos y habitualmente insuficientes, en acciones de promoción de conductas saludables en las que no se efectúa seguimiento de su impacto o al menos no se conoce empírica o teóricamente mucho acerca del potencial del mismo.

En tercer lugar hay que mencionar que resulta conveniente potenciar el ciclo establecido entre la calidad de los servicios y el seguimiento de las indicaciones fruto de la intervención en salud, para lo cual es necesario un conocimiento más profundo de las poblaciones que son objeto de interés de la intervención, es decir tanto los receptores de la misma como los difusores, en este aspecto los trabajadores de los hospitales públicos distritales, reúnen esta doble condición ya que simultáneamente desempeñan los dos roles tanto el de ciudadanos como el de promotores y las conductas que adoptan tienen impacto tanto en su estado de salud como en la práctica sanitaria, por tanto un conocimiento más

profundo de sus niveles de práctica de hábitos saludables y de los determinantes de la misma, aporta una información muy valioso para mejorar la calidad de estos esfuerzos.

En síntesis, esta investigación es el primer producto de un proyecto más ambicioso que apunta a comprender y si es posible diseñar medidas que mejoren tanto la eficacia, como la calidad y la eficiencia de las acciones encaminadas a lograr la adopción de hábitos saludables en poblaciones definidas y en lugares de trabajo específicos.

Los conceptos básicos se han reconstruido a partir de la búsqueda y el análisis de diversos trabajos relacionados con tres aspectos de interés: en primer lugar aquellos que tienen que ver con la promoción de la salud y en particular la práctica de hábitos saludables. Para este fin se efectuó una rigurosa revisión bibliográfica encontrando que el énfasis ha estado relacionado con evitar conductas de riesgo, particularmente en presencia de enfermedades específicas, pero que es posible señalar la existencia en la salud pública de cuatro grupos de conductas que definitivamente tienen potencial para enriquecer el capital de salud de la población y se relacionan en particular con las formas de consumo, de actividad física e higiene, de manejo de los aspectos de seguridad y de participación en la colectividad.

En segundo término, se examina lo relacionado con las explicaciones acerca de los procesos de adopción de comportamientos en general y de hábitos saludables en particular, frente a lo cual se destaca que hay dos grandes corrientes, de una parte las que están centradas en elementos culturales y que se desarrollan desde la antropología y la sociología médicas y de otra parte las que están centradas en el proceso de aprendizaje y la motivación individual y que se enfocan desde la psicología de la salud. Se encuentra que desde estas disciplinas se plantean múltiples teorías que buscan explicar y por ende orientar la intervención tendiente al desarrollo de hábitos saludables, pero ninguna ha alcanzado el consenso de los expertos y menos aún es capaz de explicar la totalidad del comportamiento de todos los subgrupos poblacionales, especialmente desde una perspectiva de salud en el trabajo.

Finalmente se aborda lo atinente a las instituciones hospitalarias de alta complejidad como lugares de trabajo y a las condiciones de trabajo de los integrantes del denominado personal hospitalario, en este aspecto se sostiene que el trabajo en sí mismo cumple con dos tareas importantes en la salud de las personas, de una parte, regula todo el ordenamiento de la vida moderna y en segundo lugar tiene un enorme potencial como escenario para el ejercicio de la salud pública en general y la promoción de la salud en particular, igualmente y con base en la literatura científica se desarrolla el concepto de condiciones de trabajo aplicado al entorno hospitalario.

Se concluye además, y con base en esta reconstrucción teórica los resultados de un trabajo exploratorio en el que se analizaron los niveles de práctica de los cuatro grupos de hábitos saludables abordados y la manera cómo este nivel de práctica se puede explicar al indagar acerca de los determinantes que se consideran centrales, desde la psicología de la salud, en la teoría de etapas, y desde la antropología, en una adaptación de los postulados de Kemmis y MacTaggart para la salud.

Los resultados muestran que la mayor práctica de hábitos saludables se encuentra en los aspectos de seguridad y que la menor corresponde a la participación en redes sociales de apoyo, y que en la primera parece haber una mayor influencia de los aspectos psicológicos, mientras que en los aspectos de consumo e higiene parece haber un componente más fuerte de los aspectos culturales, en particular aquellos generados en la familia.

En los aspectos de participación se plantea una relación intermedia entre las variables culturales y psicológicas.

Se puede concluir que es necesario profundizar en el conocimiento y abordaje de los aspectos culturales y fortalecer el trabajo en variables psicológicas como la auto eficacia, se deben revisar los aportes del enfoque de la desviación positiva como elementos a considerar.

1. Objetivos

General

Evaluar los niveles de práctica de hábitos saludables y aproximarse a la comprensión de los determinantes de los mismos, en los trabajadores de un Hospital Público de alta complejidad de Bogotá D.C., contrastando las explicaciones derivadas de dos enfoques teóricos referentes a factores complementarios.

Específicos

Establecer en la literatura los principales referentes que se utilizan para la descripción, explicación, e intervención en la práctica personal y colectiva de los hábitos de salud.

Diseñar, validar y aplicar un instrumento que permita establecer los niveles de práctica de los hábitos previamente descritos, en una población de trabajadores que laboran en un hospital público de alta complejidad de Bogotá D.C.

Realizar la descripción y el análisis correspondiente a los determinantes que se encuentren como factores clave de la aceptación o el rechazo de la práctica de los hábitos saludables estudiados, contrastando los resultados desde los dos enfoques teóricos adoptados.

2. Promoción de la Salud y Estilos de Vida Saludables

Para la conferencia Sanitaria Panamericana de 1990, promover la salud es la suma de acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros actores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

El American Journal of Health Promotion, en su filosofía editorial, la considera como la ciencia y el arte de ayudar a la población a cambiar su estilo de vida hacia buscar un óptimo estado de salud, el cual es entendido como el balance de salud física, emocional, social, espiritual e intelectual, insistiendo en que el cambio en el estilo de vida puede facilitarse a través de la combinación de esfuerzos de incremento en los conocimientos, de cambios de comportamiento y de creación de ambientes que ayuden a la adecuada realización de las buenas prácticas de salud, afirmando que, de estos tres, el trabajo en los ambientes será el que probablemente tenga un mayor impacto en producir cambios posteriores.

Cerqueira (1997), por el contrario, enfatiza en su definición de promoción de la salud en el papel de los esfuerzos sociales hacia la búsqueda de un desarrollo humano que se asocie al logro de estilos de vida más saludables, por eso insiste en el fortalecimiento de capacidades, protagonismo, oportunidades y escenarios de concertación y negociación entre las diversas instancias de la sociedad en su conjunto, que estimulen la adopción de conductas y estilos de vida saludables en lo individual y colectivo.

De forma más amplia es considerada la promoción de la salud por Franco, Hernández y Ochoa (2005), quienes la entienden como el esfuerzo colectivo por llevar la salud y la vida humana a un plano de dignidad, defendiendo y elevando la calidad de la vida al multiplicar y democratizar las oportunidades, aceptando que la salud es vida en presente positivo es decir capacidad de funcionar adecuadamente y de disfrutar este funcionamiento, lo que se expresa de tres formas:

Satisfacción de Necesidades,
Garantía de realización de Potencialidades y
Acceso a Oportunidades.

Ahora bien, al revisar en el tiempo los elementos fundamentales de la Promoción de la Salud, es posible relacionar este concepto con fuentes muy antiguas, aún hasta en los escritos hipocráticos, sin embargo la mayor parte de autores la ubica como una noción mucho más reciente.

Terris (1996), señala sus orígenes en la comprensión de la estrecha asociación existente entre la pobreza y la enfermedad, la cual fue señalada por William P. Alison, profesor de jurisprudencia médica en Escocia, quien hablando del tifus y la fiebre recurrente en 1820 planteó que las diferentes intervenciones médicas pueden ser perfectamente ineficaces mientras continuasen las condiciones y costumbres asociadas a la pobreza y la disminución de los recursos de las personas.

El mismo Terris (1996) señala que Louis René Villermé, en Francia en 1826 demostró que eran las increíbles condiciones de vida de estos trabajadores las que causaban la muerte prematura y que en Alemania, Rudolf Virchow llegó a la conclusión de que las causas de las epidemias eran tanto sociales y económicas como físicas, y la solución planteada se resumió en una democracia libre e ilimitada.

Postula, por tanto, que en esta época se logró establecer una causa general correcta: “la miseria y el hambre” y una causa específica incorrecta: “los miasmas”.

Este autor continúa su propuesta histórica indicando que en el año de 1909 Ludwig Teleky señaló la necesidad de investigar las relaciones entre el estado de salud de un grupo de población y sus condiciones de vida, indicando que estas últimas dependen de su posición social, así como las relaciones entre los factores nocivos que actúan de una forma particular en un grupo social y las condiciones de salud de ese grupo.

Luego destaca el movimiento de la Medicina Social en Gran Bretaña y cómo en 1943 Ryle plantea un verdadero interés por estudiar las correlaciones de la enfermedad con las condiciones sociales y laborales las cuales pensaba que “en algún momento, deberán ser consideradas como prevenibles en mayor o menor grado”.

Con otro enfoque Cerqueira (1997a), ubica los orígenes del concepto en 1920, cuando Winslow menciona que es necesario el esfuerzo de una comunidad organizada para lograr políticas que mejoren tanto las condiciones de salud de la población, como los programas educativos para que el individuo mejore su salud personal, así como para el desarrollo de una maquinaria social que asegure a todos los niveles adecuados para el mantenimiento y el mejoramiento de la salud.

Independientemente de estas tres opciones: buscar en origen de la promoción de la salud en la antigüedad, ubicarlo en Europa en el siglo XIX, o señalar su raíz solo en los comienzos del siglo XX, se debe destacar que los diferentes autores están de acuerdo en que el término “Promoción de la Salud” aparece como tal en 1945, cuando Henry E. Sigerist, historiador médico, definió las cuatro tareas esenciales de la medicina (Organización Panamericana de la Salud, 1996):

La promoción de la salud,
La prevención de la enfermedad,
El restablecimiento de los enfermos y
La rehabilitación.

El mismo Sigerist afirmó que la forma efectiva de promover la salud consiste en proporcionar condiciones de vida decentes: buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso; postulación que fue repetida cuarenta años después en la Carta de Ottawa dirigida a la promoción de la salud.

Es importante destacar que la formulación de Sigerist para la atención médica requería de un sistema de instituciones sanitarias y de personal médico, responsables de la salud de la población, los cuales debían ser accesibles a todos, y estar preparados y capacitados para aconsejar y ayudar a los ciudadanos a mantener la salud y a restablecerla cuando la prevención hubiese fallado.

También los autores son coincidentes en que la primera declaración teórica general de la Promoción de la Salud se publicó en Canadá en 1974 y fue el Informe Lalonde, el cual se desarrolló a partir de observaciones realizadas en el campo de la epidemiología de las enfermedades no infecciosas y propuso el concepto de campo de la salud con cuatro elementos centrales:

Biología humana,
Medio ambiente,
Estilos de vida y
Organización de la atención sanitaria.

Con base en este concepto se propusieron cinco estrategias, una de las cuales era de *promoción de la salud*, junto con una reguladora, una de investigación, una de eficiencia y una de establecimiento de objetivos.

Luego en 1979 en Estados Unidos, se produjo una enorme ruptura en el concepto cuando se publicó un informe del sistema de salud pública donde se diferenciaba la promoción de la salud de la prevención de la enfermedad, considerando que la primera se refería *exclusivamente* a los cambios de los estilos de vida, mientras que la segunda hablaba de la protección de la salud frente a las amenazas procedentes del ambiente (Healthy people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention, 1979).

Con posterioridad y por solicitud de Hafdan Mabler, director General de la Organización Mundial de la Salud OMS, en la oficina regional para Europa surgió el Proyecto regional e interregional de Promoción de la Salud, cuyo objetivo inicial consistió en direccionar un documento que lograra aclarar el significado de la Promoción de la Salud y sus principales metas, llegando en 1984 al denominado libro Amarillo, en el que se define la Promoción de la Salud como un proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y al mismo tiempo mejorarla (Kickbusch, 1996), esta

perspectiva deriva de un concepto de salud, que la entiende como la magnitud en que un individuo o grupo pueden, por una parte, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otra, cambiar su entorno o afrontarlo (Kickbusch, 1996a). De allí se desprenden cinco premisas importantes de la promoción:

- La promoción de la salud afecta a la población en su conjunto en el contexto de su vida diaria y no se centra en las personas que corren el riesgo de sufrir determinadas enfermedades.
- La promoción de la salud pretende influir en los determinantes o causas de la salud.
- La promoción de la salud combina métodos o enfoques distintos para complementarlos.
- La promoción de la salud se ocupa específicamente de conseguir la participación concreta y específica de la población.
- Los profesionales de la salud deben desempeñar un papel de gran importancia en la defensa y facilitación de la promoción en salud.

Además se desarrollan cinco áreas temáticas:

- Acceso a la salud.
- Desarrollo de un entorno facilitador de la salud.
- Refuerzo de las redes y apoyos sociales.
- Promoción de los comportamientos positivos para la salud y de las estrategias de afrontamiento adecuadas.
- Aumento de los conocimientos y difusión de la información relacionada con la salud.

Luego, en la reunión de Copenhague en 1985, se sostuvo que este enfoque podía ser aplicado a los países en desarrollo, con el argumento de que en estos la promoción en salud podía hacer parte inicial de las políticas de salud y de la atención primaria, mientras que en los países industrializados implicaría un reto para los sistemas ya establecidos.

De aquí partió la idea de realizar la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá en 1986, la cual presentó sus conclusiones en la denominada Carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1986), en la que se afirma que las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Igualmente se presentaron los diferentes componentes de la estrategia de promoción de la salud:

- Acción intersectorial para lograr, además de políticas de salud pública, políticas públicas saludables.
- Conservación y creación de ambientes y condiciones de trabajo y de vida favorables.

-
- Afirmación de la función activa de la población en el uso de sus conocimientos sobre la salud para hacer elecciones saludables y para obtener mayor control sobre su propia salud y sobre su ambiente, con énfasis en la acción local.
 - Desarrollo de aptitudes personales, a través de la escuela, el hogar, el trabajo y el ámbito comunitario.
 - Reorientación de los servicios sanitarios hacia las necesidades de las comunidades, respetando las condiciones culturales de los individuos y fomentando el trabajo intersectorial, al igual que desarrollando mayor investigación y transformando la formación profesional de los encargados de la prestación de los servicios sanitarios.

La carta de Ottawa significó un impulso en el camino hacia la reducción de desigualdades ante la salud, hacia el fortalecimiento de la participación de la población en la dirección de los temas relacionados con su propia salud como estrategia válida que ha llevado a desarrollar propuestas de modelos de planificación de promoción de la salud comunitaria, en un intento por trasladar la realidad de las comunidades al escenario de los programas.

Sin embargo y a pesar de ser la referencia más común, lo que resulta cierto es que en la conferencia de Ottawa, solo estuvieron representados 38 países, que en su mayoría correspondían al mundo desarrollado, estando ausentes la mayor parte de naciones de Suramérica, Centroamérica y el Caribe, por esto es importante destacar la conferencia Internacional que sobre el tema se realizó en 1992 en Bogotá, Colombia, con la asistencia de más de 500 delegados en representación de 21 países de esta región, presentándose en el documento final una propuesta centrada en tres estrategias:

- *Cultural*, en la que se insiste en la modificación de valores, creencias, actitudes y relaciones, para acceder al usufructo de bienes y oportunidades para facilitar opciones saludables
- *Sectorial*, en la que se busca hacer realidad el acceso universal a los servicios de atención, modificar los condicionantes que producen morbilidad y mortalidad y formular un ideal de salud entre la población.
- *Social*, con énfasis en la movilización de la voluntad política.

Luego de estas conferencias se han realizado en el mundo diferentes encuentros internacionales¹, regionales y locales acerca del tema, sin embargo y a pesar de que por las

¹ Han sido seis conferencias internacionales de promoción de la salud, la primera “INICIATIVA EN PRO DE UNA NUEVA ACCIÓN DE SALUD PÚBLICA” 17-21 de noviembre de 1986. Ottawa. Canadá, la segunda: “POLÍTICAS PÚBLICAS FAVORABLES A LA SALUD” 5- 9 de abril de 1988, Adelaida. Australia, la tercera “ENTORNOS PROPICIOS PARA LA SALUD” 9-15 de junio de 1991, Sundsvall. Suecia, la cuarta “NUEVA ERA, NUEVOS ACTORES: ADAPTAR LA PROMOCIÓN DE LA SALUD AL SIGLO XXI” 21-25 de julio de 1997. Yakarta. Indonesia, la quinta “PROMOCIÓN DE SALUD, HACÍA UNA MAYOR EQUIDAD” 5-9 de Junio de 2000, México y la sexta “MAYOR PARTICIPACIÓN EN LOS ESFUERZOS PARA MEJORAR LA SALUD MUNDIAL” Mayo de 2005, Bangkok, Tailandia.

reformas de tendencia neoliberal el tema parece haber sido desplazado de la agenda pública, conserva toda su validez.

2.1 ACCIONES DE LA PROMOCION DE LA SALUD

Aunque es difícil encontrar consensos frente a los aspectos esenciales que conforman el accionar de la promoción de la salud y se han propuesto varios esquemas (Epp 1986), una de las dificultades más grandes que se encuentra en este concepto tiene relación con su diferenciación con la prevención en salud, particularmente en los aspectos relacionados con la prevención primaria, sin embargo y por lo menos desde el punto de vista teórico, resulta comprensible señalar que el propósito general de la prevención esta en evitar la enfermedad y sus secuelas y que en este sentido se enfoca primordialmente en las circunstancias que generan riesgo y en su afrontamiento, por medio de maniobras de prevención, de mitigación o de superación (Holzmann y Jørgensen 2000). De otra parte, desde la promoción se busca esencialmente acrecentar, si fuese posible, el estado de salud (individual o colectivo) y aunque no hay consenso en las estrategias a aplicar, en este trabajo se considera que las acciones concretas se pueden agrupar en tres categorías: Diseño de políticas públicas y empoderamiento, construcción de ambientes o entornos favorables para la salud y autocuidado y educación en salud para generar y mantener estilos de vida o hábitos saludables, las cuales se presentan en el Gráfico 1.



Gráfico 1. Enfoque diferencial y complementario de la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad

A continuación se señalarán los elementos más importantes que sobre las tres categorías, consideradas como componentes de la Promoción de la Salud, recoge la literatura.

2.1.1. DISEÑO DE POLITICAS EN SALUD Y EMPODERAMIENTO COMUNITARIO

Este aspecto de la promoción de la salud es quizá el que mayor diversidad de interpretación ha presentado e incluye diversas posturas entre las que se pueden señalar un amplio espectro que va desde la generación de movimientos que desde la producción de conocimiento luchan por el acceso al poder², con el fin específico de lograr el compromiso son un concepto determinado de bienestar (Milio 1988), hasta aquellas³ en las que se podría pensar casi en el abandono total de cualquier elemento científico o técnico, para dejar todo el peso de las decisiones y la gestión específica en la comunidad afectada (Labonte 1987), entre estas dos, que pudieran considerarse extremas, existe una interesante serie de matices intermedios, frente a los cuales existen al menos tres factores compartidos entre las diferentes corrientes y movimientos:

- Movilización y Empoderamiento Comunitario,
- Abogacía del Sector y
- Logro Efectivo de Decisión.

El primer aspecto, la movilización y el empoderamiento comunitario o social (Deutsch, 1961) (Potvin, Gendron, Bilodeau & Chabot, 2005), se refiere a la comprensión de que el modelo económico y social, fundamentado en la corporativización y por ende en el consumo, dificulta y aún llega a impedir la simple persistencia de la opción por unas decisiones saludables, por tanto se concentra en devolver a la comunidad el poder que tiene de vetar, bloquear, limitar o al menos luchar contra el consumo de un producto o de una idea, contraria a sus intereses, entonces surge la necesidad de lograr un mayor grado de desarrollo comunitario que le permita a sus habitantes reconocer y utilizar en conjunto este poder, efecto que en si mismo se constituye en uno de los ejes de la promoción de la salud (Gonzalez-Molina, 2002).

Hay varias formas de afrontar este proceso, por ejemplo se puede hacer enfocándose de manera geográfica e implementando el desarrollo de líderes naturales, o en forma de concurrencia de intereses enfocándose en la educación popular, o de muchas maneras más, pero en todo caso buscando lograr un enfoque a nivel micro de un problema de nivel macro y animando el logro del control de la comunidad sobre la producción y el consumo de los elementos que pueden llegar a afectar su salud y su calidad de vida.

El segundo aspecto, el de la abogacía (Kaufer, 2000), (Chapman, 2001), se relaciona con la necesidad de apoyar, gestionar y aún representar los intereses

² Aunque no está expresado explícitamente, según el análisis realizado constituye la esencia de la postura defendida por Milio.

³ Tampoco esta expresado explícitamente, pero en la interpretación del autor constituye la postura defendida por Labonte.

comunitarios en salud, con el fin de incidir sobre distintos grupos de poder que pueden estar vinculados en la generación de políticas o de entornos, con el fin de que estos sean saludables.

En este tipo de proyectos, los profesionales de la salud actúan, desde su fortaleza científica, técnica, social y política, como facilitadores, apoyando las iniciativas y la búsqueda de los medios para llevar a cabo las distintas iniciativas e intentan convencer a los niveles altos e intermedio del gobierno y a los encargados de tomar las decisiones para que cuando estas se lleven a cabo logren contribuir a mejorar realmente la salud de la población general.

Hay múltiples iniciativas a este respecto, sin embargo se destacan dos, la primera que se refiere al derecho a saber, para que las poblaciones y sus dirigentes conozcan los componentes y los efectos de las sustancias y elementos que emplean en su vida cotidiana, mientras que la segunda tiene que ver con la comunicación en salud es decir la adecuada difusión de los resultados en investigación, en análisis de la situación de salud o en cualquier otro elemento cuyo conocimiento deba ser difundido (Labonte 1987).

El tercer elemento es decir el logro efectivo de decisión, se refiere a la necesidad de evaluar, de manera sistemática, cuál es el impacto real -sobre la salud de los afectados- de las diferentes políticas, sectoriales o no, que se adoptan en un territorio específico, así como cuáles fueron los mecanismos o procesos, a través de los cuales se construyó la política y se obtuvieron sus resultados.

Este aspecto presenta desarrollos relativamente incipientes ya que la discusión académica parece haberse centrado más alrededor de si la acción debe dirigirse hacia la modificación de los entornos (McLeroy, Bibeau, Steckler & Glanz, 1988) o de los comportamientos (Wechsler, Levine & Idelson, 1996).

Igualmente, quienes han propuesto modelos evaluativos encuentran muchas variables de confusión que limitan sus resultados. Sin embargo, con respecto al proceso de adopción de políticas en salud, Gómez (2005) realiza un interesante análisis, en el que se describen los pasos por los cuales atraviesa normalmente un cambio de las mismas en nuestro medio, destacando la importancia del empoderamiento comunitario y de la abogacía durante las distintas fases.

2.1.2. CONSTRUCCIÓN DE AMBIENTES Y ENTORNOS PARA LA SALUD

Resulta claro que la pobreza (Wagstaff, 2002), la precariedad del empleo (García, Riaño y Benavides, 2009) y la contaminación (Vargas, 2005) desempeñan un papel cada vez mayor en los problemas de salud de la sociedad, por tal motivo la intervención para promover la salud de los individuos y sus comunidades no puede realizarse solo sobre los aspectos individuales sino que esta debe afectar también su entorno (Palacio y Saez, 2001), a pesar de ser esta una opinión generalizada, resulta muy difícil encontrar propuestas que concreten las posibles intervenciones y menos aún experiencias masivas de intervención,

ya que con frecuencia se cae en los mismos elementos de los que se es contradictor, es decir que hay una preocupación por uno solo de los elementos y no consideran la integralidad de la vida de los individuos y de los diferentes escenarios en las que esta se desarrolla⁴.

En este aspecto desde la salud y seguridad en el trabajo, lo mismo que desde la salud ambiental (Yací, Kjellström, De Kok y Guidotti, 2002 y Ordoñez, 2000), se han aportado elementos valiosos para abordar este tema; por una parte están quienes trabajan con un enfoque que se pudiera denominar sanitarista, en el que la intervención se realiza controlando factores específicos de riesgo, ya sea en la fuente, en el medio o en el individuo, por medio de herramientas de diversas disciplinas, aplicadas con criterios de higiene y de seguridad.

Por otra parte están quienes trabajan desde un enfoque que puede ser considerado como ambientalista, tratando de observar, no solo la realidad particular, sino el entorno como un todo profundamente interrelacionado, en el que cualquier intervención tendrá efectos sobre el delicado equilibrio que se ha establecido y por tanto se recomienda limitar la participación activa del hombre; y finalmente están aquellos que con posturas críticas, enfatizan que esta relación con la naturaleza se hace profundamente asociada al modelo productivo, tanto durante el proceso de producción, como durante los tiempos de reproducción, por ende cualquier intervención en el ambiente será inocua sino está claramente asociada a cambios en dicho modelo. Sin embargo, aún parece faltar la construcción de consensos teóricos más sólidos frente a dilemas como el manejo adecuado del medio ambiente, el desarrollo sostenible, la política, la economía, la ingeniería, la ergonomía, etc.

No obstante, es claro que la relación de las personas con el entorno se produce en tres grandes grupos de escenarios: los domicilios, los lugares de ocupación y el espacio general, que puede ser catalogado como público. Frente a la posibilidad de efectuar intervenciones desde la promoción de la salud en los domicilios, es poco lo que se encuentra publicado en la literatura científica, a pesar de que es claro que condiciones de vivienda de grandes grupos poblacionales no favorecen el desarrollo de la salud y en muchas de las ocasiones la pueden deteriorar⁵.

⁴ Un ejemplo muy interesante de esta controversia lo constituyo el debate en salud pública realizado en el doctorado de la Universidad Nacional de Colombia en Marzo de 2005 el cual fue publicado en el numero 3 de los cuadernos del doctorado bajo el nombre de Ambiente y Salud Pública (ISBN 958-701-579-7), allí se sostuvo una discusión en la que se presentaron diferentes perspectivas, unas que critican el antropocentrismo y propugnan por una férrea defensa del planeta llegando casi a propuestas tan radicales como “imponer un estricto control” al ser humano, por ser el causante del mayor deterioro del ecosistema, es decir a un modelo de vida en el que la población humana viva en zonas muy densamente pobladas, con un estricto control de la utilización de los recursos naturales, y otras que defienden la necesidad de mantener un grado de armonía con la naturaleza, pero garantizando condiciones de comodidad y bienestar para las personas, centrandó la discusión no tanto en el daño como en la necesidad de mayor grado de equidad y de acciones de sostenibilidad en la utilización de los bienes de la naturaleza, en todo caso es claro que como lo señala Malagón en la presentación de este documento: “la naturaleza es una construcción social, que se experimenta y se transforma.. pero a su vez, transforma e inscribe la condición de lo humano”

⁵ Es de destacar que en la segunda mitad del siglo XX, principalmente durante la década de los setenta y ochenta y a partir del enfoque sanitarista de la salud pública, se realizaron en las viviendas acciones

Algo similar ocurre con los elementos relacionados con los espacios públicos, en los que se pueden evidenciar algunas intervenciones, aunque la mayoría no son lideradas desde el sector salud, relacionadas en zonas rurales con aspectos que se pudieran considerar globales tales como la protección de las selvas, los bosques y en general las reservas naturales, así como la protección de las fuentes de agua y a nivel urbano (McMichael, 2000), con aspectos como la calidad del aire (Rosales, Torres, Olaiz y Borja, 2008), (Tapia, 1988), la contaminación visual y auditiva (Berglund, Lindvall y Schwela, 1999), el manejo de residuos sólidos (Hamer, 2003) y la seguridad vial (Plasenciaa y Cireraa, 2003) entre otros. Aunque en nuestro medio debe señalarse que en este campo el enfoque ha sido mayoritariamente desde un contexto estatal y en tal sentido legal y por ende enfocado en los aspectos de inspección, vigilancia y control y no ha habido mayor énfasis en los aspectos promocionales.

Finalmente, y en lo que tiene que ver con los lugares de ocupación de las personas estos tienen dos grandes categorías, los lugares de trabajo y los lugares de estudio, los primeros han sido objeto de intervención desde la salud y la seguridad en el trabajo, mayoritariamente con el enfoque de prevención de riesgos de la higiene (Plog & Quinlan, 2002) y la seguridad industrial (Wyman, 2000), mientras que los segundos lo han sido como parte de la estrategia de escuela saludable (Ippolito-Shepherd, Cerqueira y Ortega, 2005), (Duran, 2005), en ambos casos el trabajo se desarrolla a partir del análisis de los microclimas existentes en el lugar que es objeto de la intervención considerando las condiciones higiénicas, sanitarias y de seguridad allí presentes.

2.1.3. AUTOCUIDADO Y EDUCACIÓN EN SALUD.

Una discusión muy interesante está dada por la relación que se establece entre la promoción de la salud y la educación en salud y por supuesto las relaciones que se establecen entre ellas, no obstante parece haber consenso en que aunque son dos instrumentos diferentes, en la promoción de la salud la estrategia educativa resulta fundamental y puede ser ejecutada en diversos campos, algunos de ellos son: la escuela, el trabajo, la comunidad y la formación profesional, en el último la meta principal es aumentar la capacidad de los profesionales para trabajar eficazmente en temas de salud, abarcando aspectos tales como los factores y comportamientos dañinos para la salud y los hábitos y entornos protectores (Nutbeam, Smith y Catford, 1996), mientras que en los dos primeros el propósito se centra más en desarrollar la capacidad social para efectuar una toma de decisión debidamente informada (Pilon, 1986).

denominadas de saneamiento básico, en las que mayoritariamente de trabajaban aspectos relacionados con el acceso a agua potable, al manejo de excretas y al control de vectores, pero que tal y como lo señala Rico J., en Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: Las contradicciones en el paradigma de salud para todos, Colombia Med 1997; Vol 28#1;27-33, este modelo fue afectado por la denominada crisis de la salud pública que se presentó en la década de los noventa y fue sustituido por otros más centrados en los aspectos de mercado y el tratamiento individual de la enfermedad

La educación abarca no solo la comunicación individual, incluye también la grupal ya sea esta directa o a través de los medios masivos de comunicación, e insiste en las metodologías del cambio para la intervención, incluyendo tres elementos básicos: la causa, el contenido, y el método, transmitiendo a la población objetivo las posibles relaciones causales entre el comportamiento individual o la situación del entorno y el nivel de riesgo, para una enfermedad o condición determinada, derivado de estos.

Los métodos de educación interpersonal, que se basan en el asesoramiento y en la comunicación “frente a frente”, parecen ser más eficaces cuando el individuo participa de forma voluntaria e influye en los miembros adecuados de la comunidad para que estos presten atención y lideren su grupo social, mientras que la comunicación por los medios de divulgación masiva, que buscan representar ideas y comportamientos con la intención de que estos sean imitados por la audiencia, tienen la ventaja de contar con la posición privilegiada que la población ha conferido a dichos medios como fuentes de información, educación y entretenimiento.

Gran parte de la discusión acerca del papel de la educación en la promoción de la salud, se ha formado alrededor de la posibilidad de por este medio generar una idea errada de excesiva responsabilidad del individuo frente a su situación de salud, ya que se argumenta que el énfasis en los estilos de vida y la acción individual enmascaran una actitud de culpabilización de la víctima (Peñaranda y Blandón, 2006), sobre una idea errada de que el individuo podría llegar a ejercer control completo sobre su realidad particular, lo cual resulta erróneo si se tiene en cuenta que existen grandes variaciones en las condiciones de vida, educación y trabajo entre los diferentes grupos humanos que inciden directamente sobre su forma de enfermar y morir y que dependen esencialmente de la organización social. No obstante existe aceptación acerca de la conveniencia de empoderar a los individuos para la toma de decisiones (Florez y Sarmiento, 2005). A este respecto han surgido diferentes corrientes de autocuidado definido como “todas aquellas actividades de salud no organizadas y decisiones sobre la salud tomadas por individuos, familias, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; y que comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social durante la enfermedad, los primeros auxilios en un entorno natural, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas” (Kickbush, 1996).

Estas tuvieron un gran auge en la década de los 70's del siglo XX con el movimiento de liberación femenina y con el concepto de “autoayuda”, que dieron pie al inicio de programas de superación de enfermedades crónicas y problemas tales como el alcoholismo, mezclando la conformación de grupos de apoyo y de grupos de presión. Luego en la década de los 80's se lleva a cabo la primera reunión en la Organización Mundial de la Salud OMS sobre la “autoayuda y la salud” y para 1983 ya se contaba con diversos “grupos de autoayuda”. Se debe destacar que el enfoque dado inicialmente por la OMS se dedicaba al individuo, dejando un poco de lado el aspecto colectivo, tomando como positivo un comportamiento social más activo que pasivo. Sin embargo el claro problema que plantea el autocuidado es la imposibilidad de establecer una distinción clara entre comportamientos de autocuidado y de cuidado de terceros, entre comportamientos preventivos y de promoción de la salud, entre autotratamiento y automedicación y entre

afrontamiento y provisión de apoyo social. Sin embargo, en opinión de Kickbusch (1996a) estos aspectos serían menos difíciles de enfrentar si se tuvieran en cuenta perspectivas empleadas en otras disciplinas y ramas de la sociología, tales como las reglas propuestas en el método sociológico de Giddens de las cuales considera como importantes:

- Centrar el esfuerzo en la acción y no en el comportamiento.
- Indagar acerca de la composición de las estructuras en las cuales se desarrolla la agencia humana, las que a su vez son restrictivas y permisivas.

Traduciéndose lo anterior en el concepto de que el autocuidado debe basarse también en el significado y en el contexto, no sólo en la responsabilidad individual. De todos modos, los mecanismos empleados para elegir las metas, los componentes de la tecnología social y del comportamiento, abarcan siempre procesos políticos, así como grupos de interés (Koelena, Vaandragerb & Colomérc, 2001) y de diferentes ciudadanos, que pueden resultar afectados de diversas maneras.

Sin embargo, la mayor dificultad en el desarrollo de procesos educativos parece residir en la insuficiente comprensión de los procesos y mecanismos que permiten o al menos facilitan el cambio, tanto a nivel individual como colectivo, lo que genera una enorme dificultad a la hora de definir el método más adecuado para desarrollar la educación en un grupo específico. A este respecto existen múltiples aproximaciones, tanto desde la psicología como desde la antropología y la sociología, que serán objeto de discusión más adelante en este documento y que generan un amplio y a veces confuso panorama, que produce un importante grado de desconcierto frente al mejor camino para abordar este proceso de motivación y adopción de comportamientos.

Finalmente y a manera de conclusión se puede afirmar, junto con Franco y colaboradores que: con diferentes métodos:

“la promoción de la salud quiere: Modificar las condiciones de vida, para que sean dignas y adecuadas, hagan posible la realización de las potencialidades, la satisfacción de necesidades y el acceso a oportunidades... busca modificar las condiciones que influyen negativamente en la posibilidad del bienestar y desarrollar las condiciones del contexto familiar, laboral, intelectual, social, deportivo en los cuales se realiza la vida humana.

La transformación de los procesos individuales de toma de decisiones, para tratar que ellas sean predominantemente favorables a la calidad de vida y a la posibilidad de salud a partir de motivaciones interiores conscientes e inconscientes, a partir de imágenes, estereotipos, deseos, proyectos e intereses, pues no se decide solo con argumentos intelectuales, pesan también –y generalmente más- las pasiones, los intereses y los miedos.

Apuntar a los mecanismos de decisión colectiva y de producción de las decisiones sociales, que son el producto de una red de intereses, cálculos, poderes, negociaciones y presiones” (Franco y cols. 2005a).

2.2 HÁBITOS SALUDABLES

Es evidente que la percepción del estado de salud del sujeto está íntimamente relacionada con sus hábitos de vida, por tanto los efectos negativos de dichos hábitos se corresponden de forma negativa con la apreciación de sí mismo (Antonio y Andújar, 2000); Sin embargo, el estudio del proceso para la adopción de los hábitos saludables, en particular de los mecanismos que operan en el individuo y las comunidades durante su adopción no arroja resultados claros aún y su análisis con frecuencia no ha sido contextualizado sino que principalmente se ha efectuado a la luz del grupo étnico (Leturia y Yanguas, 2001), o de algunas patologías específicas, como por ejemplo la Tuberculosis (Alvarez-Gordillo, Alvarez-Gordillo, Dorantes-Jiménez y Halperin-Frisch, 2000), la Enfermedad Cardiovascular (Conferencia de Consenso de los Institutos Nacionales de Salud sobre Actividad Física y Salud Cardiovascular, 1995), las Alergias (Alonso, Zapatero y Martínez, 2003), las enfermedades cardiovasculares (Bertomeua y Quiles 2005), la Malaria (Llanos, Cotrina y Campana, 2001), la Obesidad (Dalmau 2004), el VIH/SIDA (Llinás, Feijoó, Carballo y Ribera, 2003), los Trastornos de Ansiedad (Castilla 2001), etc.

Igualmente, resulta notorio en la literatura que el mayor número de publicaciones, señala como hábito saludable el abandonar las conductas de riesgo, así por ejemplo, en una búsqueda en la base de datos OVID, en la que se indagó por publicaciones de cualquier tipo, realizadas entre los años 2003 y 2008, que incluyeran en cualquiera de sus variables de ubicación la palabra “public health” sola o con alguna de cuatro palabras más y la palabra “health promotion” en las mismas condiciones, se encontró el siguiente resultado:

Palabra clave	Resultados de Public Health y	Resultados de Health Promotion y
- - -	69.534	8.643
Risk Factors	24.112	3.385
Protective Factors	796	161
Life Style	708	165
Healthy Habits	49	38

Tabla 1. Resumen de búsqueda en bases de datos Public Health y Health Promotion.

Como se aprecia, en ambos casos cerca del 30% de la producción relacionada con estos dos aspectos tiene que ver con factores de riesgo, siendo realmente desproporcionada la cifra de documentos que se relacionan con hábitos saludables que apenas alcanza cifras inferiores al 5 por mil.

Adicionalmente, es importante destacar que al refinar la búsqueda correspondiente al término: “public health” con “healthy habits” y revisando que efectivamente se considerara como hábito saludable el adoptar un comportamiento determinado y no

solamente el abandonar una conducta de riesgo, se encontró que las publicaciones de este periodo se distribuyen de la siguiente forma:

Año	Documentos		Artículos		Otros	
	Total	Relac.	Total	Relac.	Total	Relac.
2004	10	1	6	0	4	1
2005	11	2	5	2	6	0
2006	8	1	5	1	3	0
2007	10	2	6	1	4	1
2008	10	3	5	1	5	2
TOTAL	49	9	27	5	22	4

Tabla 2. Resumen, resultados filtrados Public Health y Healthy Habits.

Es decir, que de los 49 resultados iniciales de la búsqueda, solamente 9 tienen que ver con la adopción de conductas considerables como hábitos saludables; de éstos, uno corresponde a una revisión del concepto de bienestar (Kiefer, 2008) en el que se resalta la importancia de incluir el punto de vista del afectado para comprender la forma como los individuos entienden los conceptos de salud y bienestar y por ende modifican su comportamiento frente a las diferentes situaciones. El segundo, (Kettlewell, 2004) corresponde a una revisión acerca de la importancia y los criterios y recursos para la implementación de acciones de nutrición integral entre escolares.

Otros cinco de los artículos insisten en la importancia de la actividad física, en uno de ellos (Lee & Buchner, 2008), se hace una revisión acerca de el caminar como una acción benéfica para la salud, mientras en el segundo (Pate & O'Neil, 2008), se insiste en la importancia del papel que pueden jugar las escuelas, como promotoras de la salud de niños en jóvenes, para dar cumplimiento a las recomendaciones de actividad física de la asociación americana del corazón.

El tercero (Wrotniak, Zimmer, Dingle, Dingle, Miller, Knoell, & Weiss, 2007), relaciona la actividad física, la salud y la dieta de niños en escuela secundaria con el rol de los padres, encontrando asociación entre los hábitos de los niños y los de los padres, concluyendo que cualquier intervención para reducir los comportamientos sedentarios en lo niños debe incluir a los padres de los mismos.

El cuarto (Parson, Power & Manor, 2006) presenta el seguimiento de una cohorte de adultos en los aspectos de actividad física y dieta, encontrando una posible relación entre el desarrollo de actividad física y el tener una dieta más adecuada.

El quinto (Resnicow, Jackson, Blissett, Wang, McCarty, Rahotep, & Periasamy, 2005), incluye los resultados de una intervención desarrollada con base en un grupo de iglesias, orientada a mejorar los niveles de actividad física y el consumo de frutas y verduras. Allí se comparan tres métodos de intervención, uno de educación con base en material didáctico, otro con herramientas culturales de autoayuda y el último con herramientas culturales de autoayuda y consejería y seguimiento telefónico de intervención

motivacional, encontrando que los grupos dos y tres tienen cambios significativos y duraderos frente a quienes recibieron solo educación con base en material didáctico.

Otro de los textos encontrados (Brosseau, Parker, Samant & Pan, 2007), es sobre una posible intervención frente al comportamiento en seguridad, en el uso de máquinas pequeñas, entre trabajadores del sector metalmeccánico, señalando que dada la complejidad del campo, debe individualizarse la intervención frente a cada grupo de trabajadores, estableciendo objetivos precisos y particulares. El último (Popkess-Vawter, Yoder & Gajewski, 2005), trata sobre el papel de la espiritualidad en el abordaje holístico del peso corporal, indicando que hay asociación entre la percepción de bienestar espiritual y los aspectos de autoestima y calidad de vida.

No obstante la escasez de documentos acerca del campo de interés que aquí se presenta y después de realizar una amplia revisión de la literatura y de consultar con expertos en diferentes círculos de trabajo en salud⁶, se postula en este informe que los hábitos saludables, entendidos como aquellas prácticas activas de la conducta, que ayudan a mejorar el nivel de salud, se pueden agrupar en cuatro grandes categorías:

1. Los hábitos pertenecientes al consumo, tanto de alimentos como de bebidas y de medicamentos.
2. Los que están relacionados con las acciones de higiene y con la actividad física.
3. Aquéllos que tienen que ver con los aspectos de seguridad, y, finalmente,
4. Los interrelacionados con la participación en redes sociales de apoyo.

A continuación se presenta un análisis de cada una de estas categorías.

2.1.2. HÁBITOS DE CONSUMO

Esta categoría involucra directamente y en primer lugar el consumo de alimentos, en segundo lugar el de las bebidas y en tercero el de los medicamentos, por no pertenecer al abordaje tradicional no se incluye como cuarta perspectiva el consumo de otros bienes y servicios, que en particular tienen que ver con el consumo social, sin embargo estos se tratarán en los aspectos relacionados con la higiene.

Para el abordaje presentado, estos consumos son analizados desde tres perspectivas, en una primera en lo relacionado con el requerimiento de consumo, en segundo lugar en lo atinente a la cantidad y frecuencia de este consumo y en tercer lugar en lo concerniente al tipo de elemento consumido y principalmente a la calidad del producto.

⁶ Durante cerca de cinco años y mediante dialogo directo el autor consulto con diferentes personas que tienen a su cargo las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en diferentes niveles de actuación en la ciudad de Bogotá, llegando al consenso aquí presentado

También debe insistirse en que tal y como se mencionó previamente, en este trabajo se consideran únicamente los hábitos saludables y no las conductas de riesgo, por ende esta categoría no incluye el consumo de tabaco, psicofármacos o cualquier sustancia considerada peligrosa para la salud. A continuación se efectúa una breve descripción de cada una de las categorías de análisis:

A. HABITOS PARA EL CONSUMO DE ALIMENTOS (Dieta)

Los hábitos para el consumo de alimentos (Willey, 1970), pueden ser interpretados, como costumbres que reflejan la forma en la que se traza una norma de conducta en relación con el alimento, lo que incluye tanto el patrón de alimentación y la selección de alimentos así como la preparación y la cantidad que se ingiere de los mismos (Osorio, Weisstaub y Castillo 2002), los cuales dependen de múltiples factores, más allá de la voluntad individual, que incluyen entre otros el comercio, la economía, el ámbito político, la geografía y el clima que a su vez pueden ser modificados por distintos aspectos de índole social. Sin embargo antes de profundizar en estos aspectos es necesario aclarar algunos conceptos:

Alimentación: Es la forma como el individuo lleva a su organismo las sustancias necesarias (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales, agua y fibra) para formar o reparar tejidos, mantener las funciones corporales y suministrar energía.

Nutrición: Es el conjunto de funciones armónicas y coordinadas entre si, que se efectúan al interior del organismo y tienen por objeto mantener y conservar la vida. Corresponde por tanto a un estado de los seres vivos, cuyo proceso es involuntario y para que sea apropiado deberá tener una buena y variada selección de alimentos.

Dietética: Corresponde a la técnica y el arte de utilizar de forma apropiada los alimentos, incluye el estudio de las formas de alimentación completa, suficiente, armónica y adecuada para el ser humano, ya sea de manera individual o colectiva, ajustándose a sus necesidades nutricionales y teniendo en cuenta su edad, género, costumbres y estilos de vida.

Alimentación equilibrada: Es aquella que permite al individuo el mantenimiento de un estado óptimo de salud, a la vez que facilita la realización de diferentes actividades cotidianas. La alimentación equilibrada debe aportar diariamente la cantidad de nutrientes necesarios para cubrir adecuadamente la función de nutrición. Ello implica que debe incluirse, en forma variada, los alimentos formadores, reguladores y energéticos (Arboleda, 1999), insistiendo en que ningún grupo de alimentos es más primordial que otro, ya que la nutrición requiere de la combinación de cantidades proporcionadas de todos ellos.

Ahora bien, en la dieta las cantidades varían con la edad, la actividad y el género, entre otros factores y difieren de un grupo poblacional a otro y por supuesto esta en estrecha relación con el perfil de salud y enfermedad de una comunidad. Una

alimentación saludable se alcanza armonizando diversos alimentos de manera equilibrada, lo cual no solo conduce a satisfacer las necesidades nutritivas para un adecuado crecimiento, sino que ayuda a desarrollar las capacidades físicas e intelectuales (Izquierdo, Armenteros, Lancés y Martín, 2004), siendo los componentes de esta mezcla los temas que se abordan a continuación.

Consumo de Proteínas

Cerca de tres cuartas partes de la porción sólida del cuerpo están constituidas por las proteínas, las cuales incluyen: enzimas, nucleoproteínas, proteínas estructurales, proteínas que transportan el oxígeno, proteínas que causan la contracción muscular, y muchas otras que realizan funciones intra y extracelulares en todo el organismo; en los humanos están conformadas por veinte aminoácidos básicos que se agregan entre sí constituyendo las cadenas peptídicas, de estos aminoácidos, la mitad son considerados esenciales, ya que el organismo no es capaz de sintetizarlos en cantidad suficiente para satisfacer sus requerimientos y por ende deben ser aportados por la dieta, por tanto se recomienda una ingesta diaria de 60 – 70 gramos de proteína (Guyton & Hall, 2006), (0,75 gramos por Kilogramo de peso) teniendo en cuenta que esta debe incluir los aminoácidos esenciales en cantidad suficiente los cuales se encuentran principalmente en proteínas de origen animal (lácteos, huevos y carnes).

Consumo de Azúcares y Almidones

En el cuerpo humano, la necesidad de consumo de alimentos para surtirse de energía depende de muchos condicionantes como la edad, el sexo, el peso corporal, la temperatura del entorno y la actividad que se encuentre desempeñando, siendo para tal fin la fuente más importante los carbohidratos, tanto a nivel de monosacáridos (azúcares, como la glucosa), como de polisacáridos (almidón), es importante señalar que el organismo no tiene capacidad para almacenar grandes cantidades, así que recurre a la ingesta frecuente, siendo más importante el consumo de polisacáridos puesto que los azúcares simples generan oscilaciones importantes de los niveles plasmáticos (Faller, 2006). El consumo diario recomendado, con el fin de cubrir el requerimiento basal energético, es el equivalente al 55% de las calorías necesarias, que se calculan teniendo en cuenta que 1gr de carbohidratos equivale a 4,2 kcal y que en reposo se requieren aproximadamente 1 kcal por Kg de peso por hora, siendo importante el conservar un régimen de dieta consistente por semana y año (Wing & Phelan, 2005).

Consumo de Grasas

Desde el punto de vista de la gastronomía, las grasas con frecuencia son utilizadas para dar el sabor deseado a los alimentos y hay que tener en cuenta que estas son la fuente más concentrada de energía alimentaria ya que cada gramo representa en promedio nueve kilocalorías, que comparadas con las cuatro de las proteínas o los carbohidratos,

constituyen un alto número. Según su composición química las podemos clasificar en triglicéridos (cuya función principal es la de almacenamiento), fosfolípidos y colesterol (que forman parte de la estructura de las membranas celulares), (Berdonces y Blasco, 2003).

Hay que tener en cuenta que las grasas son necesarias en la alimentación en determinada cantidad, porque ayudan a la absorción y transporte de las vitaminas liposolubles (A, D, E, K) y aportan ácidos grasos esenciales no saturados necesarios para la integridad de las células y tejidos (Wiley, 1970a).

No obstante, los comités de expertos, concuerdan en la necesidad de controlar la ingesta de grasa en la dieta y recomiendan que su consumo aporte cerca de un 15% y no más de un 30% de las calorías totales que consume un adulto, además indican que un alto consumo de ácidos grasos saturados (AGS) aumenta los niveles de colesterol en la sangre y, como resultado, puede incrementar el riesgo de una enfermedad coronaria. También es importante insistir en que, por su contenido en ácidos grasos esenciales, se debe dar prioridad a la ingesta de grasas no saturadas (Peterson, Aguilar, Mesa, Jáuregui, Díaz, Simi y Tavella, 2006).

Se debe considerar que la única fuente de grasa corporal no es la ingesta, ya que en general todo excedente nutricional es transformado químicamente por el organismo durante el proceso metabólico y acumulado en forma de grasa, la cual permite combatir la sensación de hambre, recubre y protege a los órganos vitales, y regula la temperatura corporal (Arboleda, 1999a).

Mención especial merece el colesterol, debido a que finalmente es un componente de las membranas celulares y resulta necesario para la producción de las hormonas sexuales y de los ácidos biliares que ayudan en la digestión de los alimentos. Sin embargo su exceso se ha asociado a la producción de depósitos en las paredes de los capilares sanguíneos y por ende la reducción del flujo sanguíneo de los tejidos (International Food Information Council (IFIC) Foundation, 2004), y también, aunque no de forma consistente, a problemas tumorales (Mayne, 2001), (Colmes, 2000).

El colesterol de la dieta se halla exclusivamente en los alimentos de origen animal como por ejemplo manteca, vísceras, carne vacuna, pollo y en menor proporción, en los frutos de mar, mientras que los aceites y mantecas vegetales no contienen colesterol.

Consumo de Frutas, Vegetales y condimentos

En la adecuada nutrición resultan esenciales las frutas y verduras por el aporte de oligoelementos, de sales minerales, de vitaminas y de fibra (Ballesteros, Cabrera, Saucedo y Grijalva, 1998). Destacándose que el ser humano no puede sintetizar de manera autónoma las vitaminas y por ende le resultan imprescindibles en la dieta a fin de lograr un adecuado crecimiento y desarrollo y poder reproducirse. Las vitaminas tradicionalmente se clasifican en hidrosolubles (las que forman parte del complejo B y la vitamina C) y liposolubles (vitaminas A, D, E y K).

Algo similar ocurre con los oligoelementos, que incluyen el hierro, el cobre el zinc, el cobalto, el yodo, el molibdeno y una veintena más de elementos químicos que están presentes en una pequeña proporción pero que por su utilidad catalítica, resultan esenciales para la vida, y con las sales minerales que incluyen los fosfatos, el calcio, el sodio, el potasio y el cloro entre otras y que cumplen funciones relacionadas con la osificación y la regulación osmótica (Macarulla y Goñi, 2003), (Berdanier & Zempleni, 2009). La recomendación nutricional es consumir en forma variada entre tres y cinco porciones diarias de estos alimentos.

En cuanto a los condimentos, se han señalado algunos riesgos por alto consumo (Valencia, Saucedo, Grijalva y Cruz, 1992), sin embargo estos aportan algunos de los elementos mencionados como necesarios para la salud y tienen una valoración social importante, por lo que han sido utilizados en algunos casos para combatir deficiencias nutricionales en la población (Ballot, MacPhail, Bothwell, Gillooly & Mayet, 1989).

B. HÁBITOS PARA EL CONSUMO DE BEBIDAS

Recientemente, los aspectos relacionados con el consumo de bebidas han cobrado importancia ya que la introducción al mercado y el consecuente consumo masivo de bebidas azucaradas se ha asociado a incremento en riesgos para la salud derivados de la obesidad, por tal motivo se han convocado a diferentes reuniones de expertos con el fin de debatir estos temas (Popkin, Armstrong, Bray, Caballero, Frei & Willett, 2006), (Rivera, Muñoz, Rosas, Aguilar, Popkin y Willett, 2008). Se destaca que en el panel de los estadounidenses se propuso una clasificación de las bebidas, ubicándose al agua potable como la bebida de elección para cubrir las necesidades diarias de líquido, seguida por el café y el té, luego se ubica la leche y las bebidas de soya (prefiriendo aquellas bajas en grasa y sin endulzantes), a continuación bebidas con algún beneficio nutricional como el alcohol o las bebidas deportivas y finalmente el resto de bebidas azucaradas y pobres en nutrientes

Agua

El consumo de agua es esencial para todos los seres vivos; los seres humanos pueden sobrevivir semanas sin alimento, pero solo algunos días sin agua, una pérdida de 10% de agua corporal es grave mientras que una pérdida superior al 20% casi siempre resulta mortal. El agua es un componente esencial de la sangre y en general del organismo, interviene en la regulación de la temperatura corporal, transporta las sustancias nutritivas facilitando su absorción, circulación, digestión y excreción, ayuda a combatir el estreñimiento, mantiene la piel hidratada y es fundamental para eliminar las sustancias de desecho (Arboleda, 1999b). La única condición para el consumo de agua es su potabilidad y no existen riesgos asociados a un alto consumo, excepto si la persona está presentando una falla renal o cardíaca o una pérdida simultánea y excesiva de electrolitos por ejemplo por ejercicio intenso (Kenney, 2004).

Cafeína y otros estimulantes

En lo relacionado con la cafeína, presente en el café, en el té y en las bebidas gaseosas entre otras, se presentan discusiones importantes, es así como para algunos autores su consumo no es perjudicial para la salud y puede resultar benéfico por sus propiedades diuréticas y estimulantes (Smith, Christopher & Sutherland, 2006 y Kenney, 2004a), mientras que para otros el consumo excesivo tiene relación con el desarrollo de cáncer de vejiga y páncreas (Boticario, 2005), y se señala como su presencia en algunas bebidas se vincula con adicción y por esta vía con otras situaciones como la obesidad. Sin embargo se acepta que la ingesta diaria de cafeína en adultos saludables no debe superar los 400 mg diarios, mientras que en las mujeres en embarazo esta cifra disminuye a 300 mg/día y en niños entre 4 y 6 años de edad a 45 mg/día (Higdon & Frei, 2006).

Alcohol

Alrededor del tema de consumo de alcohol (etanol) y por su triple carácter de alimento, metabolito y psicofármaco, no hay en el momento unidad de criterio, se dice por un lado que cantidades pequeñas y de consumo diario, protegen al sistema cardiovascular previniendo el desarrollo de accidentes cerebrovasculares y disminuyendo la mortalidad por un menor riesgo de enfermedad coronaria (Herrán, Leonelo y Bautista, 2005, Rimm, Williams, Fosher, Criqui & Stampfer, 1999, ILADIBA, 1996b), mientras que por otra parte se indica que es una sustancia adictiva y la principal causa de los accidentes de tráfico, ya que retarda los tiempos de reacción y deteriora el juicio de las personas (Mc Gee, 2005), que el alcoholismo es la causa del 35% de los ingresos de los hombres y del 18% de las mujeres en los servicios psiquiátricos (Sasson, 1993), que tomar alcohol, especialmente junto con fumar, aumenta el riesgo de contraer cáncer de boca, esófago, laringe, faringe e hígado en los hombres, y de cáncer de mama en las mujeres (Bffetta & Garefinkel, 1990), (National Toxicology program Department of health and human service, 2010), que al incrementar el interés por la actividad sexual (Torres-Valadez, 2001a), está asociado a prácticas sexuales de riesgo (Weiser et al, 2006), y que consumos elevados pueden ser considerados como un síntoma de afectación psicosocial del individuo (Guibert, Cobas, Reyes y Zuaznabar, 1999).

Sin embargo se puede plantear que en los adultos (excepto las mujeres en periodo de embarazo y lactancia), consumir entre 10 y 20 gramos interdiarios de alcohol, contribuye a disminuir la posibilidad de desarrollar arteriosclerosis, al afectar la agregación plaquetaria y el colesterol HDL, pero que este consumo no puede ser superior, ni acumulativo (Andersen, y Baumberg, 2006).

En resumen, hay que señalar que a pesar de haberse señalado desde épocas hipocráticas la importancia de la dieta en la salud, solo desde la segunda mitad del siglo XX, se ha iniciado un trabajo intenso alrededor de los denominados alimentos saludables y aunque el primer paso estuvo relacionado con el tratamiento de distintas enfermedades, seguido en los ochenta de la comercialización masiva de los denominados productos aligerados (light), se ha logrado recuperar la consideración de alimentos para la salud

como aquellos “capaces de provocar un impacto positivo sobre la salud de las personas que los consumen, así como sobre su desarrollo físico o sobre su salud mental, al margen de contribuir al aporte dietético de nutrientes” (Astiasarán, Lasheras, Ariño y Martínez, 2003).

Ahora bien, es reconocido que los aspectos relacionados con la comida y la nutrición, cada vez más, forman parte de las agendas públicas, expresándose en medidas como las acciones alrededor de la seguridad alimentaria, la adición de algunos nutrientes y la limitación de algunos otros en los productos elaborados, la vigilancia y el control de los procesos de manufactura industrial de alimentos y bebidas, la elaboración de recomendaciones nutricionales y guías para diferentes grupos poblacionales o la información al público, entre otros (Spark, 2007), sin embargo hace falta una mayor participación de los interesados, principalmente en los procesos de investigación y coordinación en estas materias (Ortiz, Ruiz y Alvarez, 2006).

C. HÁBITOS PARA EL CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Desde tiempos antiguos se ha estado abrogando por incluir el consumo reiterado de ciertos medicamentos como un hábito saludable (Puerto, 1997), se destacan en este campo el uso de ácido acetilsalicílico (ASA) a bajas dosis en personas mayores, con el fin de disminuir el riesgo cardiovascular gracias a su efecto como antiagregante plaquetario (Agusti y Diogene, 2004), de la misma manera se menciona el uso continuo de bloqueadores solares (Barón, Alvarez y Montealegre, 2009), o de suplementos nutricionales durante todas las etapas del ciclo vital (Galván y Amigo, 2007), (Parra, Manjarrés, Gómez, Alzate y Jaramillo, 2005), (Pierart y Rozowsky, 2006), con especial énfasis en las vitaminas y en particular de aquellas que tienen acción antioxidante, de la cual destacan su eventual efecto en la prevención del cáncer, también se ha señalado como benéfico el consumo regular y periódico de complementos de calcio en relación con la osteoporosis y finalmente la utilización habitual de estrógenos en las mujeres para disminuir riesgos asociados al climaterio y la menopausia.

Igualmente se ha publicitado el uso habitual de una gran cantidad de productos autodenominados como naturistas por su origen vegetal, animal o mineral (Seidl, 2002), (Lampe, 2003), atribuyéndoles multitud de efectos que en especial se vinculan con una capacidad eventual de retrasar el proceso de envejecimiento. Sin embargo, en la mayoría de ellos, la investigación actual no es bastante concluyente para proporcionar recomendaciones generales a la población, por consiguiente, una implicación práctica es que resulta necesario evaluar individualmente a cada persona (Akabas y Dolins, 2005).

Adicionalmente y como se sabe, este énfasis en la medicalización de la vida diaria con frecuencia responde a los intereses de la poderosa industria farmacéutica (Angel, 2006), omitiéndose el reconocimiento de que los medicamentos frecuentemente pueden producir efectos secundarios que en ocasiones pueden llegar a ser letales, convirtiéndose en todo un problema de salud pública (Lee, 2007). A lo que debe sumarse las dificultades asociadas a la automedicación (Estudio de los Factores Asociados a la Incidencia de la

Automedicación y al Nivel de Conocimientos de sus Complicaciones en mayores de 18 años del Distrito de Chiclayo-Perú, 2005), tales como el enmascaramiento de la enfermedad, la prolongación o agravamiento de la enfermedad, la resistencia a los medicamentos empleados, el fomento de la fármaco dependencia y la aparición de reacciones adversas, entre otros.

Mención especial merece en el contexto actual la popularidad de las denominadas medicinas alternativas, las cuales eventualmente pueden llegar a ser un procedimiento terapéutico acertado dado que por ejemplo en el tratamiento del dolor, el pluralismo terapéutico ha demostrado que puede traer ventajas financieras y operacionales al sistema de salud (Bezerra, 2006), (Hernández, Arenas & Valde, 2001), no obstante lo anterior, la falta de evaluación científica por parte de la comunidad médica mundial, hace que sea necesario tener prudencia al respecto.

En síntesis desde la perspectiva de hábito de consumo saludable, el uso de medicamentos (Busto y Naranjo, 1992), está restringido a una buena adherencia a la formulación profesional adecuada, lo que incluye una dosis mínima necesaria, a un costo razonable (Ministerio de protección social, 2004).

2.2.2. HÁBITOS DE HIGIENE Y ACTIVIDAD FÍSICA

Se acepta que el término de higiene tiene relación con la mitología griega, en particular con *hygeia* (ὑγεία) hija de *Esculapio* (σκληπιός), deidad de la medicina y la curación y con el mismo se hacía referencia a los principios necesarios para conservar la salud (Sacasa, 2000), que posteriormente son los que dan origen a la salud pública cuando su práctica deja de ser un asunto de interés privado y grupos sociales comienzan a avanzar en la imposición de determinadas costumbres y prácticas sociales, con el fin de combatir la aparición de enfermedades epidémicas (Quevedo, 2004). En la actualidad el término se utiliza asociado a otros más para señalar una serie de habilidades y condiciones ambientales recomendadas para optimizar la salud.

A. ACTIVIDAD Y EJERCICIO FÍSICO

La expresión actividad física tiene relación con cualquier movimiento del cuerpo que produce gasto energético y en él se incluyen acciones que tienen como propósito el mantenimiento de la vida (el autocuidado, el desplazamiento, los oficios domésticos, la ocupación habitual, etc.) y la distracción (las relaciones sociales, el ocio, etc.), mientras que el ejercicio físico es un trabajo corporal planificado, estructurado y repetitivo que tiene como objeto (intermedio o final) el mantenimiento o el mejoramiento de la condición física e incluye acciones de resistencia cardiorespiratoria (aeróbica o anaeróbica), de fuerza o resistencia muscular (dinámicos (isotónicos o isocinéticos) y estáticos) y de flexibilidad (estiramientos y movilidad articular), mientras que el deporte es una clase de ejercicio físico, que contiene criterios de competición y por ende incluye acciones de preparación o entrenamiento con el fin de llevar al límite las capacidades y de esta manera

mejorar el rendimiento; el resultado de estas acciones corresponde a la forma o condición física, que no es más que los atributos que las personas disfrutaban en cuanto a resistencia cardiorespiratoria, resistencia muscular, fuerza, flexibilidad y velocidad (Guillen y Linares, 2001).

El ejercicio físico, entendido como acondicionamiento, es recomendado para practicarse con una intensidad moderada, de manera diaria o interdiaria, por lapsos entre 20 y 50 minutos, que pueden ser continuos o en intervalos, condiciones bajo las cuales se mejora la salud y se logran efectos de prevención de enfermedades, particularmente del grupo de las crónicas no transmisibles (Saavedra, 1999).

Sin embargo, se reconoce que el medio ambiente puede condicionar significativamente las capacidades para realizar ejercicio físico, tanto por aspectos naturales (altura sobre el nivel del mar, clima, etc.) como por condiciones antropogénicas (seguridad, instalaciones, vestimenta, etc.), igualmente que existen algunos riesgos asociados a la práctica intensa y poco preparada del ejercicio, que por supuesto incluyen el peligro de lesiones óseas, articulares o musculares, pero también otros trastornos de más reciente descripción, entre ellos la “pseudanemia del deportista”, relacionada con la pérdida de sangre a través de los sistemas gastrointestinal y urinario, así como con la ruptura de los eritrocitos debida a eventos mecánicos, osmóticos y oxidativos (Javier y Bonilla, 2005); o el incremento de desordenes alimentarios, particularmente en adolescentes y en mujeres jóvenes y en especial en las actividades que requieren de una figura esbelta y magra, tales como la gimnasia, el patinaje artístico y el ballet, entre otras, acuñándose el término de anorexia atlética o deportiva, definido como una condición que es prevalente entre los deportistas y se caracteriza por miedo intenso a aumentar de peso, aún cuando la persona sea magra y está caracterizada por una reducción de la ingesta calórica, a menudo combinada con ejercicios de larga duración y por supuesto pérdida de peso (Del Castillo, 1998).

De otra parte, se ha señalado que en ambientes polucionados los atletas tienen mayor susceptibilidad y exposición a la inhalación de estos contaminantes, en primera instancia porque la cantidad aumenta de manera proporcional con el incremento del aumento del volumen inspiratorio, igualmente porque durante el ejercicio la fracción de aire inhalado a través de la boca es mayor, evitando su paso normal por la nariz, donde se dan los mecanismos de filtración de grandes partículas y de vapores solubles y además por la elevada velocidad de flujo de aire que transporta los contaminantes a zonas más profundas del tracto respiratorio (Ponce, Peña, Ramírez, Villena, Roe y Villena, 2005). Por todo ello el ejercicio físico es una práctica saludable en la que se recomienda preparación y supervisión.

B. POSTURA

La postura se entiende como la situación de todo el cuerpo, o de un segmento del mismo, en relación con la fuerza de gravedad, por tanto es el resultado de la aplicación de potencias (originadas en los músculos) que luchan contra resistencias (el peso de los segmentos corporales) accionando sobre palancas de distinto género (sistema osteoarticular).

Resulta difícil establecer los límites entre la buena y la mala postura (Guillen y Linares, 2001a), lo que implica que no hay una única postura que pueda ser considerada como normal, ya que la misma estará en relación con el género, la edad y la constitución física del individuo entre otros factores (Miralles, Miralles y Puig, 1998), por esto, el propósito de la higiene postural es aprender a realizar los esfuerzos de la vida cotidiana de la forma más adecuada, mediante el desarrollo de comportamientos que permitan el adecuado balance entre la relajación y la contracción muscular (Fordyce, Brockway & Bergman et al., 1986), así como el respeto por la fisiología y las limitaciones existentes en los arcos de movimiento de cada uno de los segmentos corporales (Mcardle, Katch & Katch, 1991), mediante la aplicación de los principios básicos de la biomecánica y la antropometría, acompañados de acciones que garanticen condiciones óptimas del entorno (Gonet & Kryzwon, 1991).

En este sentido, se consideran las diferentes posiciones que los individuos adoptan a partir de su esquema corporal y como expresión del mismo, buscando la preservación del equilibrio y el balance (Wheeler y Hooley, 1971), tanto en las posturas estáticas o sedentes, tales como estar de pie, acostado o sentado, como en las posturas dinámicas de caminar, correr (Latorre y Herrador, 2003), subir, bajar, saltar, trepar, etc. o al manejar cargas, siendo esta última de gran interés por los posibles efectos negativos cuando se realiza de forma inadecuada (INHST, 2003).

Para mejorar la postura se trabajan cinco clases de ejercicios fisioterapéuticos: de equilibrio de fuerzas, de fortalecimiento de grupos musculares, de respiración, de estiramiento y de corrección de los ejes óseos (Méndez y Gómez, 2001), (Geldhof, Cardon, De Bourdeaudhuij & De Clercq, 2006), buscando evitar situaciones que obliguen mantener la misma postura durante tiempos prolongados o que lleven a forzar las curvaturas anatómicas del cuerpo o de alguno de sus segmentos o a desarrollar movimientos repetitivos o bruscos aún cuando sean de baja intensidad (Tenorio, Casarotto y Amado, 2009).

En cuanto al manejo de cargas se consideran las acciones de recoger, transportar, empujar y ubicar, teniendo en cuenta el esfuerzo dado por el peso -que no debe ser mayor al 10 o 15% del peso corporal- y el volumen de las mismas (Albaladejo, Kovacs, Royuela, del Pino & Zamora, 2010), y por ende el grado de riesgo asociado a la carga física que se deriva de la actividad, el cual se minimiza mediante la realización de pausas activas (Cardon, De Clercq & De Bourdeaudhuij, 2000).

En cuanto a las condiciones del entorno se considera, desde la perspectiva de la ergonomía, el grado de adaptación de los individuos con el diseño del entorno y de los elementos presentes en el mismo, desde el vestuario hasta el mobiliario, pasando por los instrumentos o elementos que son utilizados, tanto en el hogar (Grandjean, 1973), como en la ocupación habitual y en el espacio público (medios de transporte, parques, avenidas, etc.), teniéndose recomendaciones específicas para cada uno de ellos⁷.

Finalmente se insiste en que el acercamiento a estos factores en conjunto, desde edades tempranas (Castillo, Naranjo y León, 2003), permite resultados mucho más consistentes que el simple aprendizaje de algunos ejercicios físicos (Moffett, Chase, Portek & Ennis, 1986),

⁷ Para más información pueden consultarse recomendaciones específicas en diferentes textos o en el internet, en páginas como: <http://www.espalda.org/divulgativa/prevencion/higiene.asp>

siempre y cuando haya una interiorización de este tipo de conocimiento que permita la incorporación del mismo a los esquemas corporales de práctica (Le Boulch, 2001).

C. UTILIZACIÓN DEL TIEMPO LIBRE: RECREACIÓN Y OCIO

Aunque según Toti (1975), la utilización del tiempo incluye cinco grupos de actividades, en este trabajo se consideran solo dos grandes agrupaciones, en primera instancia se ubica lo que se puede denominar como el tiempo cotidiano y en segunda el tiempo libre, en la primera, el tiempo es utilizado para tres grandes grupos de acciones: Las relacionadas con la ocupación o el quehacer habitual (trabajar o estudiar, buscar trabajo u oportunidades de estudio, realizar actividades domésticas, etc.), las fisiológicas (comer, dormir, asearse, etc.) y las socio-culturales (formación, participación, turismo, etc.).

En contraste, el tiempo libre, entendido como aquel que queda de las necesidades y obligaciones cotidianas y se puede utilizar discrecionalmente (Munné, 1980), está basado en la no obligatoriedad, por lo que le permite ser un espacio creativo para el desarrollo de las capacidades y satisfacción de necesidades, lo que Boltvinik (2007), llama el “florecimiento humano” y Elias y Dunning (1995), consideran como parte del “proceso civilizatorio”, orientado a construir una mejor y más ordenada convivencia, con el fin de superar el control que los fenómenos sociales y los eventos naturales tienen sobre los grupos y las personas.

Si bien no es el propósito de este trabajo, hay diversas preguntas que pueden ser formuladas en cuanto a la distribución que las personas y los grupos sociales tienen del tiempo, siendo la primera de ellas cuántas horas al año se dedican a cada una de las actividades que se realizan y la segunda derivada de esta, cuánta autodeterminación puede ser evidenciada en esta distribución y por supuesto como consecuencia de las posibles respuestas que se encuentran: cómo se explican las diferencias que pueden evidenciarse por género, por edad, por distribución geográfica, por clase social (Rodríguez y Argulló, 2002), etc.

No obstante que no se asumen estas preguntas si es de destacar que hasta hace poco persistió una dicotomía entre tiempo libre y trabajo (Vásquez, 2010), en la que se llegó a considerar el primero como complemento del segundo y peor aún como una forma de haraganería y complacencia, que condujo a una desvalorización del concepto, llegando a considerarse el tiempo libre y hasta el descanso como tiempo desocupado, no deseado, perdido e inútil (Silva, 2001), que produce angustia e inestabilidad, lo que condujo a que desempleados y trabajadores sobrevaloren el trabajo y acepten sin restricción altos niveles de sobrecarga del mismo (Janne, 1968), aún en contravía del artículo 24 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que señala que: “Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas”.

El tiempo libre puede tener dos grandes posibilidades de utilización, en primer lugar esta lo que tiene que ver con la capacidad creadora e imaginativa es decir con la reconstrucción y el desarrollo personal y colectivo, que incluye espacios para la reflexión,

la meditación, el pensamiento y las artes como expresión social y de otra parte están las actividades de disfrute y placer, relacionadas con la recreación y el ocio, que incluyen el juego, el deporte y la diversión entre otros (Miranda, 2006), los cuales tienen una dimensión de liberación emocional, pero que han incorporado una poderosa industria, que ha convertido al ocio en un objeto de consumo y por ende en una posible fuente de alienación e insatisfacción.

En este contexto merece mención especial la utilización de la televisión en particular y de los medios masivos de comunicación en general, cuya tarea, referida a educar, informar y divertir, se puede efectuar a favor de una vida más sana por su poder de inducir, modificar y/o mantener actitudes y conductas, por tanto son de interés los contenidos que a través de estos canales están recibiendo la población al proponer estilos de vida con los que el televidente se puede identificar y desear (Naveillan, Cornejo, López y Saint-Jean, 1987), (Altamirano, Barbancho, Prieto y Moreno, 2004), llevando a facilitar o dificultar la educación, la capacitación y el empoderamiento para la salud.

D. SUEÑO Y DESCANSO

La expresión “higiene del sueño” es utilizada para describir un grupo de conductas que exponen a las personas a actividades y señales que los preparan para el momento adecuado y eficaz de disfrutar de un periodo de sueño (Meltzer & Mindell, 2004), que cumpla con su papel en cuanto a la conservación de la energía, la reparación corporal y neurológica y la protección ante el desgaste del día futuro, así como la consolidación de la memoria y la regulación de diferentes funciones vitales (Kovalzon, 1990), todo lo cual tiene el potencial para mejorar la calidad de vida y el aprendizaje (Suen, Tam y Hon, 2010).

Al respecto debe recordarse que casi todos los animales, incluyendo los seres humanos, tienen un ritmo circadiano que establece múltiples procesos biológicos y de comportamiento, el cual se encuentra controlado por el núcleo supraquiasmático del hipotálamo y es fuertemente influido por la luz, trazando en consecuencia un patrón diurno de la actividad y nocturno del descanso (Boivin, Czeisler & Dijk et al., 1997), los cuales son administrados por el sistema neuroendocrino, por medio principalmente de la melatonina y el cortisol (Bunney y Potkin, 2008).

Este aspecto resulta de interés en las alteraciones del ánimo (Yin, Wang, Klein & Lazar, 2006), la depresión (Weibel, Maccari & Van Reeth, 2002), la impulsividad y agresividad (Archbold, Pituch, Panahi & Chervin, 2002), y otras alteraciones más (Siegel et al., 2004), (Salvador, Iriarte, Silva, Gómez, Díez y Frühbeck, 2004), ya que la evidencia señala que el sueño insuficiente o ineficaz afecta el aprendizaje, la memoria, la creatividad verbal, la atención, el razonamiento abstracto y otras funciones ejecutivas ubicadas en la corteza prefrontal del cerebro (Durmer & Dinges, 2005).

Aunque los mecanismos por los que las prácticas de higiene del sueño, logran promover el mismo, no han sido claramente delimitados según (McGinty & Szymusiak, (

2000), y (Antle & Silver, (2005), éstas están principalmente representadas en tres categorías: (1) medio ambiente (temperatura más fresca, niveles mínimos de ruido, baja iluminación, comodidad de la cama, entre otros orientados esencialmente a reducir el nivel de estimulación externa), (2) prácticas y rutinas para dormir (programación regular de tiempos de sueño y de vigilia, conservar la hora habitual de acostarse, la utilización de mecanismos de relajación previos a dormir, etc.), y (3) situaciones fisiológicas (tales como la siesta corta en el día, el ejercicio moderado, preferiblemente en la mañana, el horario regular de las comidas y el evitar el consumo de sustancias estimulantes o depresoras del Sistema Nervioso Central, entre otras), siendo notorio el desconocimiento de las mismas (Brown, Buboltz & Soper, 2006), (O' Quinn, 2003).

Esta situación se ha visto agravada por el surgimiento de la sociedad "24 horas" y la creciente complejidad de la vida moderna (Navarra y Nelson, 2007), que ha llevado a insistir por ejemplo en la necesidad de estudiar la relación entre el estilo de trabajo de los padres y los problemas de sueño en los niños (Komada, Adachi, Matsuura, Mizuno, Hirose, Aritomi & Shirakawa, 2009).

E. HIGIENE DEL ENTORNO (LIMPIEZA Y ASEO)

Aunque desde Hipócrates, se mencionó la importancia de considerar la ubicación de las ciudades en relación con las fuentes de agua y el recorrido de los vientos (Buck, 1994), sólo como resultado del descubrimiento de que el cólera era causado por el consumo de aguas contaminadas con materia fecal, ocurrido durante la segunda mitad del siglo XIX, la higiene pública, con el apoyo de la ingeniería sanitaria, logró una importante hegemonía en lo relacionado con los procesos de erradicación, control y prevención de las enfermedades, que duró con gran fuerza hasta la primera mitad del siglo XX (Quevedo, 2000), y aunque con frecuencia, las campañas higienistas que se desarrollaban en países o regiones dependientes, tenían componentes políticos, económicos y sociales encubiertos (Brown, 1979), estas aportaron notoriamente en el avance de los procesos de higienización de los entornos en los que habitaban las sociedades.

Ya en el siglo XXI, la investigación de la higiene del entorno ha ido evolucionando de tal manera que en la actualidad su estudio se ha abordado desde diferentes perspectivas y denominaciones del mismo concepto tales como: "higiene del medio", "saneamiento ambiental", "protección y desarrollo del ambiente", "salud y ambiente", "ambiente y salud" entre otras. Tomando una vital importancia para preservar, proteger y restaurar el ambiente para salvaguardar el bienestar de las personas, teniendo en cuenta cuestiones relativas al ambiente en general, al de trabajo y a la vivienda, prestando atención particular a los grupos más necesitados (Ordoñez, 2000).

Por ejemplo, aquellos grupos que viven en condiciones de marginalidad y de pobreza extrema poseen viviendas que se ubican generalmente, en zonas alledañas a caños, con alto grado de contaminación ambiental, expuestas a factores de riesgo como deslizamientos, derrumbes, inundaciones, etc., construidas con material generalmente

reciclado, mal ventiladas, con un alto porcentaje de hacinamiento, de tal forma que no cumplen con condiciones de seguridad, abrigo y protección para sus habitantes.

Así mismo, estas viviendas carecen de servicios públicos como el del agua potable, alcantarillado, energía eléctrica domiciliaria, deficitario a nulo manejo adecuado de residuos tanto líquidos como sólidos, con presencia de insectos y roedores sin conservar ningún tipo de medida higiénico sanitaria.

Cuando se adiciona a estas condiciones una situación económica precaria, incomprensible la generación de conflictos intrafamiliares y por ende el aumento de la violencia y del consumo de alcohol, cigarrillo y sustancias psicoactivas, al igual que la restricción de los alimentos y el hambre, que en su conjunto son factores que contribuyen, de manera directa o indirecta, al aumento de la morbilidad y la mortalidad siendo mayormente afectados los niños y las mujeres, en especial las embarazadas.

Constituyéndose todo lo anterior en un foco que favorece el deterioro de la salud, propicio para que se presenten enfermedades infectocontagiosas, de origen hídrico, de la piel, accidentes, desnutrición y muertes que en una buena proporción son evitables (Sánchez 2005).

Teniendo en cuenta que la vivienda es uno de los entornos que puede influir favorablemente en los procesos restauradores de la salud, las condiciones de éste son de vital importancia para los seres humanos. A su vez, el hogar constituye el centro primario de aprendizaje del conocimiento, las prácticas y las actitudes sobre la higiene y el cuidado del entorno (Pérez, Jiménez y Plasencia, 2007).

Sin embargo, la vivienda no es el único ambiente en el cual el ser humano desarrolla sus actividades, por ejemplo, en el ámbito hospitalario es de vital importancia mantener estos espacios en condiciones adecuadas de limpieza y desinfección, ya que este espacio en particular puede llegar a ser el lugar donde se da la difusión de enfermedades y epidemias que pueden afectar a los trabajadores y la comunidad a la que se le presta el servicio (Carling, 2009).

F. HIGIENE CORPORAL

En el siglo XVI se usaban para la higiene corporal perfumes, polvos y pelucas, tomando una importancia significativa como elementos cosméticos que según se creía actuaban como limpiadores siendo así una de las primeras formas de limpieza (Soto 2006).

Desde el siglo XVIII se desarrollaron diferentes creencias y percepciones acerca de la higiene, la limpieza del cuerpo y el baño. Las opiniones y creencias variaban según la persona, por ejemplo Benjamin Franklin creía que para lograr una mejor limpieza de su cuerpo no era necesario el uso de agua, sino que por el contrario el exponerse durante un período de 60 a 30 minutos sin ropa al aire en su hogar bastaba. De otra parte, existen posturas que se interesaban más en puntualizar la frecuencia y duración del baño, ya sea

este implementando agua fría o agua caliente. Es importante aclarar que el acceso al baño era exclusivamente una actividad que realizaban los reyes, marqueses y cortesanos. Con el pasar de los años y la incorporación de diferentes medios utilizados en otros países para bañarse como por ejemplo el uso del bidé, los baños parciales con la utilización de esponjas, baños turcos y baños públicos a vapor que se usaban desde el siglo XIII – XVI y que fueron cerrados por problemas de higiene y salud (Soto 2006a), así el baño tomó una connotación más generalizada y social, en la cual ya no se trataba únicamente de un privilegio sino que adquirió una connotación de higiene y bienestar para aquellos que lo practicaban (Vigarelo, 1991).

Con la abolición de los baños públicos, el baño privado presentó un mayor uso, pero dado que el resultado final de limpieza -la cual garantizaría la salud- dependía únicamente de la adecuada ejecución de ciertos comportamientos de cada persona, (Quevedo, 2004a) resulto necesario promover una cultura de la higiene y del cuidado del cuerpo, asignándose esta tarea primordialmente a los médicos, higienistas, educadores y profesores (Ríos, 2007).

En siglo XXI, de acuerdo a los parámetros establecidos en un estudio de higiene entre poblaciones con discapacidad cognitiva y un grupo control, se identificaron algunos comportamientos específicos asociados al cuidado corporal como lo son: afeitar la barba, las piernas, las axilas, cortar el cabello, limpiar la nariz, lavar el cabello, limpiar los dientes, examinar la dentadura, limpiar los oídos, cortar las uñas, poner gotas en los ojos y realizar la limpieza genital (De Freminville, 2007).

Sin embargo, otros autores clasifican los comportamientos de higiene corporal como: limpieza de pies, manos, higiene bucodental y normas básicas de vestimenta (Muelas, Calvo, Quiles, López, Castillo, Serrano y Beteta, 2008), lavado frecuente de las manos antes de las comidas y de manipular alimentos, después de orinar o defecar y de estar en contacto con objetos sucios; así como cortar y limpiar las uñas, uso de toalla individual, aseo del cabello al menos 2 o 3 veces por semana, el uso de peine y cepillo individual, uso de ropas limpias y apropiadas a la época del año y el ajuste adecuado de los zapatos para evitar deformaciones (Castanedo, 2002).

Tradicionalmente, los productos de limpieza han sido el agua y jabón. En la actualidad, se han desarrollado diferentes utensilios para realizar una buena higiene corporal, los cuales tiene por objetivo primordial limpiar la piel adecuadamente manteniendo parte de los microorganismos cutáneos sin modificar de manera radical el pH cutáneo y sin arrastrar en su totalidad la barrera hidrolipídica. Algunos ejemplo de estos nuevos productos existentes en el mercado son: geles, aceites, hidratantes, desodorantes, tonificantes, emulgentes, baños de espuma y sales de baño (Azcona, 2006).

Mención especial merece la limpieza de la cavidad bucal en la que la motivación para preservar la dentición y por esta vía incidir en aspectos nutricionales y de autoestima, que promueven la salud, ha sido la clave de la conceptualización acerca de la misma. La higiene oral tiene como propósito esencial el evitar las acumulaciones representadas por la placa bacteriana y el cálculo dental (Pader, 1998) y puede lograrse por métodos naturales

(enjuague con agua o saliva, frotarse con la lengua, uso de dedos o uñas para retirar la placa, frotarse con sal, arena, carbón molido u hojas vegetales abrasivas), ecológicos (dieta rica en frutas, verduras y carnes y libre de azúcares), físicos o mecánicos (cepillado dental, hilo o seda dental, palillos), químicos (dentífricos o cremas, geles de auto blanqueamiento) biológicos (bacterias consumidoras de residuos que no produzcan ácidos) y el ejercicio para fortalecer el sistema masticatorio o maxilobucodental (principalmente la masticación de alimentos duros naturales, tales como la carne y ejercicios de relajación que eviten la masticación continua, para evitar el excesivo desgaste del esmalte), (Herazo, 2003).

A pesar de que las cremas dentales y los enjuagues han sido ampliamente recomendados (Enrile y Santos-Aleman, 2005), el cepillado, combinado con el uso de la seda dental, es señalado como el procedimiento más efectivo, seguro y económico para remover la placa dental (Schow & Blinkhorn, 1993), e incluye: eliminar y evitar la formación de placadentobacteriana, limpiar los dientes que tengan restos de alimento, estimular los tejidos gingivales y aportar fluoruros por medio de la pasta dental. Hay que destacar que en adultos sanos el cepillado exhaustivo una vez al día, después de la cena puede resultar suficiente, mientras que los jóvenes y las personas con propensión a la caries o los que no se cepillan minuciosamente, pueden requerir cepillado después de cada comida y antes de dormir (Higashida, 2000).

También hay que destacar que se ha encontrado que una educación correcta y exhaustiva sobre estos aspectos, impartida a estudiantes de sexto grado (con edad cercana a los doce años), es altamente eficaz en la conservación de la salud dental de la población (Caldes et al., 2005), lo anterior en atención a que durante la adolescencia el impacto de la caries es alto y las creencias inadecuadas sobre la etiología y prevención de la misma parecen jugar un papel relevante para ejecutar prácticas eficaces de prevención de la enfermedad oral (Tascón y Cabrera, 2005). Sin embargo se reconoce que durante todas las etapas de la vida este tipo de educación resulta eficaz (Tascón, 2006), (Casals, 2005).

G. AUTONOMIA EN LAS FORMAS DE CONSUMO Y DE MODA

Por consumo se entiende la utilización de mercancías y servicios para la satisfacción directa de las necesidades humanas y en muchas de las sociedades contemporáneas estos procesos ocupan el eje principal del proceso de articulación entre la producción y la reproducción social (Alonso, 2004). Las necesidades de mayor consumo en la actualidad son: salud, alimentación, nutrición, vivienda, vestuario, trabajo, recreación y ocio, seguridad social, transporte y educación y su satisfacción de estas necesidades se enmarca dentro del modelo económico capitalista, el cual consiste en estimular el consumo creciente de mercancías y servicios por parte de las masas; las cuales deben trabajar una mayor cantidad de tiempo para poder consumir más.

Este modelo económico tiene por objetivo provocar en las masas un deseo insaciable de consumir, despertar ansias de destacarse, ser admirado y envidiado. El consumo cumple una doble función: la disciplina de trabajo del individuo y entrega a su empresa y la salida a los productos industriales de las empresas que se benefician y

provocan la sociedad de consumo. Ésta última, trae como consecuencia: ciclo de consumo, culto a lo nuevo, el resquebrajamiento del principio de autoridad, la rebelión de los jóvenes, la sociedad opulenta, el condicionamiento publicitario y la moda; la cual alimenta el ansia de destacarse de la masa para ser reconocido por lo que se tiene y no por lo que se es.

Las modas estimulan el culto a lo nuevo (innovacionismo) y sólo por esto se impone el hacer sacrificios económicos necesarios para “ponerse a la moda” (Sánchez y Ruiz, 1994), y sacrificios en la salud como por ejemplo el uso de piercing intraorales, los cuales pueden generar algunas complicaciones de salud como lo son: lesiones vasculares, inflamaciones, infecciones (locales, bacterianas, transmisión de enfermedades, endocarditis bacteriana, angina de Ludwing), dolor, alergias a los metales, traumatismos y fracturas dentarias, alteraciones periodontales, acumulación de placa bacteriana y formación de cálculo, malposición dentaria, aspiraciones e ingestiones, sialorrea, corrientes galvánicas, alteraciones del habla, masticación o deglución, lesiones hiperplásicas y epitelizaciones del piercing (De Urbiola y Viñals, 2005).

De otra parte, teniendo en cuenta los resultados reportados en un estudio que pretendía analizar los diferentes tipos de lesiones y su incidencia por el uso de piercings se encontró que de un total de 100 individuos, sólo 17 de estos no presentaron lesiones y se hallaron 174 diferentes lesiones, lo cual a su vez indica que el porte de ese tipo de accesorios puede incidir de manera grave en la salud. Este es sólo un ejemplo de cómo el seguir la moda puede llegar a ser un riesgo de la salud (De León, Ochoa, Dufoo y Díaz, 2004).

Sin embargo la evidencia muestra que de alguna manera el consumismo hace que el conjunto social vaya aceptando silenciosamente este tipo de prácticas que en ocasiones son ejecutadas de manera consciente e inconsciente llegando así a establecer formas de control en la población que a su vez prefiere no hablar de ello, pues ser crítico suele no ser aceptado fácilmente (Gavilanes, 2008).

Durante la historia se evidencia muchas formas en las que el culto al cuerpo, especialmente al de las mujeres, implica la realización de comportamientos que de diversas maneras resultan riesgosos contra la salud. Por ejemplo, desde la antigüedad, el uso del corsé junto con el miriñaque y el kimono japonés no facilitaban los movimientos y la respiración adecuada. Luego la incorporación del uso de tacón elevado ha generado inestabilidad y obstaculizado la marcha de la mujer y en la actualidad, con el fin de estar acorde con modas que proponen y difunden un estereotipo de mujer ideal caracterizado por ser joven, muy delgada y con determinadas proporciones y rasgos, ha estimulado la realización de diversas dietas y cirugías supuestamente orientadas para el embellecimiento pero que llegan a matar a través de complicaciones diversas y de patologías tales como la anorexia y la bulimia entre otras (Herrero, 2005).

Es por esto que en la actualidad y como parte de las características de la autonomía saludable, se hace necesario incluir conceptos saludables como la resiliencia, término cuyo origen procede del latín de la palabra *resilio*, que significa volver atrás, volver de un salto,

resaltar, rebotar y que se refiere a la resistencia de un cuerpo a la rotura por golpe o a la capacidad de un material de recobrar su forma original después de someterse a una presión deformadora. Es un concepto traído de la física e ingeniería civil que fue adaptado posteriormente a las ciencias sociales (Kotliarenko, Cáceres y Fontecilla, 1997), en particular y en la década de los ochenta, por el trabajo social, la psicología, las áreas educativas, la sociología y la medicina entre otras, (Barranco, 2009).

Esta habilidad para afrontar de manera exitosa el estrés y las situaciones adversas procede de la interacción de una serie de factores tales como el temperamento, la inteligencia, el dominio, la familia, el ambiente de la comunidad y por supuesto la duración y frecuencia de las situaciones estresantes (Kumpfer, 2006, citado por Becoña, 2006), a lo cual se adiciona la personalidad (Moreno, Garroza y Galvez, 2005).

La reacción ante eventos o situaciones difíciles que transforman la vida, involucra un proceso de adaptación que es asumido de manera diferente por cada individuo, justamente la resiliencia involucra las conductas, pensamientos y acciones que puede desarrollar y aprender cualquier persona frente a situaciones de amenaza (APA, 2004), en este sentido se considera que no es algo extraordinario, sino que corresponde al proceso o medio, con el cual los afectados identifican los factores que hacen posible su bienestar, aún cuando se encuentren ante situaciones extremas de conflicto (Berk, 2002), es decir, corresponde a los factores que promueven el bienestar y la entereza en individuos que están sometidos a condiciones inusuales de estrés (Dyer y McGuinness, 1996). La resiliencia permite hacer énfasis en las fortalezas y no en las debilidades de las personas, en la medida en que las circunstancias difíciles pueden llegar a entenderse como retos a través de los cuales se presenta la oportunidad para el cambio (González, 2004).

Existen varias maneras de construir resiliencia, la APA describe las siguientes: Establecer relaciones, Evitar ver las crisis como obstáculos insuperables, Aceptar que el cambio es parte de la vida, Desarrollar algunas metas realistas, Hacer algo regularmente, Llevar a cabo acciones decisivas, Cultivar una visión positiva de sí mismo, Mantener las cosas en perspectiva, Nunca perder la esperanza, Cuidar de sí mismo, a las cuales Berk (2002) adiciona: Destrezas en la comunicación y en la resolución de problemas, así como la capacidad para manejar sentimientos fuertes e impulsos. Por lo que es deseable que desde la guardería o el pre-escolar todo niño tenga un maestro o cuidador formado en estrategias pedagógicas y psicológicas orientadas a intervenir adecuadamente sobre el manejo de la agresión y los conflictos, que ayude a los niños a desarrollar habilidades y competencias sociales al tiempo que trabaja en detectar a aquellos que presenten problemas de conducta y se encuentren en riesgo (Escobar, 2005).

De otra parte, en el estudio de la resiliencia y de sus manifestaciones debe considerarse el momento del ciclo vital en el cual se encuentra la persona ya que en los diferentes períodos de la vida (niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez) se atraviesa por momentos y circunstancias difíciles y de transformación, las cuales no se pueden relacionar directamente con la resiliencia aunque los individuos en estas etapas sí dan a conocer comportamientos adaptativos que pueden pertenecer a su nivel de resiliencia, dependiendo del tipo de adversidad que se presente (Saavedra y Villalta, 2008).

El estudio de la resiliencia en sus inicios se centró en el estudio de niños en situaciones de extrema pobreza, actualmente ha ampliado su aplicación a campos como el de la resiliencia en comunidades, que se aborda en diferentes ámbitos como la familia, la escuela, el barrio, y el centro de salud (Valdebenito, 2009).

En definitiva, el desarrollo de habilidades de resiliencia implica un tipo de intervención psicosocial que promueva procesos que involucren al individuo y su ambiente social, ayudándolo a superar la adversidad (y el riesgo), a adaptarse a la sociedad y a tener una mejor calidad de vida (Ospina, Jaramillo y Uribe, 2005).

2.2.3. PARTICIPACION EN REDES SOCIALES DE APOYO

Maguire (1980) se refirió a las redes sociales como “fuerzas preventivas” que asisten a los individuos en caso de estrés, problemas físicos y emocionales (Himes & Evin, 2000, citados por Guzmán, Huenchuan, y Montes de Oca, 2004). En la promoción de la salud, la participación ha sido habitualmente considerada como una estrategia para la producción social de bienestar a partir de la interacción de los diversos actores (Castro y Hernandez, 1993), y se ha entendido como la actividad organizada de un grupo, con el objeto de expresar necesidades y demandas, así como de defender intereses comunes e influir de manera directa en los poderes públicos, ganando así poder político (Schutter, 1986), lo que responde a características del contexto social y político, así como del momento en que se realiza (Magalhaes, Bosi y De Carvalho, 1998).

También se resalta que el concepto adquiere diferente sentido si se le considera como fin en sí mismo o como medio para lograr ciertas metas (Broman y Gleizer, 1994), lo cual es particularmente cierto en la interacción de las comunidades con el denominado sector salud (Delgado, Vázquez, Zapata y García, 2005).

No obstante, cuando se habla de participación en redes de apoyo, como categoría de los hábitos de vida saludable, se hace referencia a periodos durante los que un individuo o un grupo de ellos se integra y hace parte de una colectividad vinculándose a actividades propias de ésta y logrando la movilización de diferentes estamentos que le ayudan en su bienestar, siendo necesario que actúe como medio de empoderamiento de los individuos mediante un proceso a través del cual exista interacción, respeto mutuo, reflexión crítica, acción grupal, compromiso, influencia e información.

Por tanto, para poder participar efectivamente se requiere del acceso a la educación, a la información, a las actividades sociales y políticas y a la tecnología entre otros, con el fin de que cada individuo sea capaz de reflejar y de definir los problemas y sus soluciones, que sea capaz de identificar e involucrar a las redes de apoyo en la comunidad, que sea sensible a las normas que rigen las redes informales de ayuda, que favorezca un cambio desde una perspectiva de potencialidades y de promoción de las habilidades y recursos comunitarios, que incorpore principios de autodeterminación, participación, auto

confianza y ayuda mutua en el proceso de provisión de ayuda, y que promueva relaciones basadas en la igualdad y en la responsabilidad compartida.

Ahora bien, se entiende el apoyo social como las provisiones aportadas por la comunidad, las redes sociales y los amigos íntimos, sean estas instrumentales o expresivas, reales o percibidas, (Lin, Woefel & Light 1985), mientras que para Fronland, las redes informales de apoyo configuran un contexto de ayuda que es altamente pluralista y diferenciado con respecto a los tipos de personas involucradas, lo que hacen y por qué, discutiéndose si su efecto es directamente promotor o de prevención por amortiguación (Lopez & Sanchez 2001).

Estas figuras de apoyo y ayuda incluyen miembros de la familia, amistades en las que se confía o miembros del vecindario o de la comunidad alrededor, pero también instituciones, públicas o privadas, orientadas a brindar apoyo, personas que ayudan a otras desconocidas como voluntarios o miembros de grupos de autoayuda, personas que tienen una preocupación especial acerca de un problema particular, porque lo han experimentado en sus propias vidas o ha sido vivido por alguien cercano a ellas; personas que desempeñan roles profesionales o análogos, personas con tiempo y habilidades infrautilizadas o simplemente y personas que se acaban de conocer pero que están dispuestas a ayudar.

Estos diferentes tipos de individuos y organizaciones configuran unas redes de ayuda en las que las personas desempeñan roles complementarios o interrelacionados, proporcionando o recibiendo apoyo al realizar diversas actividades en la comunidad.

La ayuda, formal o informal no es una actividad unidireccional sino que constituye un flujo mutuo que implica tanto la recepción como la provisión de ayuda. La ayuda se proporciona como parte de un intercambio mutuo y continuo que constituye un sistema más amplio de derechos y obligaciones dentro del grupo primario, vecindario, comunidad o cultura. Al respecto es importante destacar que el concepto de red social no es consistentemente operacionalizado y medido, razón por la cual se ha trabajado en describir las posibles características bajo las cuales se puede conformar una red social señalando que estas pueden ser definidas y evaluadas por su tamaño, frecuencia de contacto, densidad, intimidad, durabilidad dispersión geográfica y reciprocidad (Cox, Spiro & Sullivan, 1988).

Igualmente se destaca que para algunos autores al individuo le puede resultar más importante el soporte social percibido (Katz & Neugebauer, 2001), concepto que tiene relación con lo que la persona considera en relación con el nivel en el que quienes le rodean le conocen y le comprenden y por ende en qué proporción puede contar con ellos, esta distinción puede resultar significativa puesto que es posible que algunas personas tengan accesible el apoyo sin que lo perciban y por ende, en caso de contingencia, no podrán demandarlo ni utilizarlo (Cassel, 1974).

La función promotora del soporte social en salud al parecer se produce a través del fomento y la conservación de la autoestima y la identidad, así como de la satisfacción de

las necesidades de vínculo (Shumaker & Brownell, 1984), por lo que resulta conveniente abordar la estructura social con el propósito de fortalecer, instaurar o integrar los recursos que allí se pueden generar con el fin de que brinden soporte a las personas, tanto a nivel individual y familiar como colectivo (Fernández, 2005).

Para efectos de este trabajo a continuación se presentan diez posibles redes de apoyo en las que el individuo puede participar activamente y que le pueden resultar eficaces como medio de vinculación y progreso:

A. RED FAMILIAR

Según Sosa, (citado por Calvo 2001) la familia es una institución básica de la sociedad que constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana, cumpliendo funciones importantes en el desarrollo biológico, psíquico y social del hombre. Se constituye por tanto en el órgano de mayor influencia tanto del pasado como del presente de cualquier individuo, del pasado porque la familia es el territorio primario en la formación del individuo y en el presente porque sirve de contexto posible de regulación y modulación de sus propias conductas, así pues la familia influye en la participación del individuo en los diferentes aspectos de la sociedad (Briceño 2005).

Según Sunkel (2006), durante la historia la familia ha sufrido profundas transformaciones relacionadas con la diversidad y forma, destacando que en los últimos años además ha cambiado el modelo de hombre proveedor por el modelo mujer cuidadora, lo que ha generado una tendencia creciente de familias con jefatura femenina y ha reducido el tamaño promedio de las familias.

Igualmente, la familia tradicional, es decir aquella en la que el padre trabaja y la madre se hace cargo de los quehaceres domésticos y del cuidado de los hijos, disminuyó cerca de un diez por ciento en la década de los 90. Este cambio se ha dado no sólo porque la mujer se ha interesado en estudiar y obtener una profesión que le permita obtener su propio dinero sino también porque los ingresos familiares ya no son suficientes para todos los gastos del hogar, por ende ha resultado necesario que la mujer busque un segundo ingreso para el hogar (OMS, 1986a).

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, las dinámicas y las relaciones en el hogar se pueden ver influenciadas de distintas maneras, las cuales a su vez se ven reflejadas en las formas en las que se puede percibir y proporcionar el apoyo dentro de los miembros de la familia con sus integrantes y parientes.

Con relación a esto, se han desarrollado diferentes modelos propuestos por diversos autores para explicar los tipos de apoyo en la familia. Uno de éstos es el modelo de la estructura de la solidaridad intergeneracional, el cual consta de tres características principales: en primer lugar se puede encontrar la estructura de oportunidades que hace referencia a la proximidad geográfica y la frecuencia de contacto entre los miembros de la familia, por otro lado la afinidad se refiere a la participación, cercanía emocional y

sentimientos de responsabilidad que predispone a los miembros de la familia a actuar de manera recíproca. Y por último el intercambio de sentimientos, emociones y preocupaciones con los miembros de la familia (Wills, Blechman & McNamera, 1996, citados por Van de Vijver, & Arends-Tóth, 2010).

Otros modelos interesados en dar a conocer los diferentes tipos de apoyo familiar de igual manera distinguen tres tipos de apoyo: apoyo instrumental el cual se ofrece cuando un miembro de la familia proporciona asistencia con diversas tareas, tales como ayuda con las tareas del hogar. En segundo lugar, podemos encontrar el apoyo financiero que es visto como parte esencial y natural en el apoyo familiar. Y por último el apoyo emocional y de información que se refiere a la disponibilidad de un miembro de la familia con quien uno puede compartir los problemas (Cheal, 1988, citado por Van de Vijver, & Arends-Tóth, 2010a).

Un ejemplo de apoyo familiar, se puede encontrar en las comunidades africanas de Imo (Nigeria), donde el cuidado, apoyo y responsabilidad de la población adulta mayor se encuentra a cargo de los niños, esposas y parientes cercanos. Sin embargo este tipo de comportamientos no eran tradicionales en esta comunidad dado que estos fueron incorporados a partir de la situación de pobreza por la cual atravesaba África (Unanaka, 2002).

Así como se ha mencionado anteriormente acerca de la importancia del apoyo familiar en los seres humano, éste puede ser considerado también como una parte fundamental en el tratamiento de la enfermedad de uno de sus miembros, puesto que es la familia la encargada de cambiar sus hábitos para ayudar a estimular al paciente a que cumpla con las indicaciones prescritas por el médico.

Es así como en un estudio realizado por Marín y Rodríguez (2001) se puede evidenciar que los pacientes con hipertensión tienen un mayor grado de apego al tratamiento cuando reciben apoyo familiar adecuado, de lo que se desprende la necesidad de dirigir acciones de intervención orientadas al mejoramiento del entorno familiar, independientemente de las características de ésta.

B. RED EDUCATIVA

Conceptualmente, el apoyo en la educación es un elemento que limita con el concepto de apoyo familiar o de manera más general con las políticas de bienestar. Estas políticas pueden ser entendidas como la capacidad y práctica con el objetivo de direccionar y mejorar el contexto de crianza de los niños y equilibrar los factores de riesgo. Adicional a esto, el apoyo a la educación debe referenciar y orientar a los padres y familiares hacia una intensiva y especializada guía.

Dentro de este marco, el apoyo educacional puede ser tomado de diferentes maneras. Hermanns citado por Ramaerkers, 2005, define el apoyo educacional como todas

aquellas actividades que tienen por objetivo la educación situacional de los niños, en otras palabras, ayudar a los educadores a educar.

También Vandemeulebroecke citado por Ramaerkers, 2005, define el apoyo educacional como el establecimiento de medidas, servicios, estructuras y actividades las cuales son encaminadas para el direccionamiento de las posibilidades del contexto educacional, enriqueciéndolo y optimizándolo con el propósito de ofrecer a los niños y jóvenes educación óptima y desarrollo de oportunidades.

Es evidente que hoy en día existe una necesidad de un cambio de mentalidad progresiva en los ámbitos individual, social y económico, en este cambio toma un rol central la educación la cual tiene una función constructora, y es por ello que se plantea la necesidad de una educación por el desarrollo humano.

De esta manera, la educación en sus diferentes ámbitos debe realizar diversos intentos y maneras de darles a conocer a las personas la influencia y relevancia que tienen las diferentes acciones particulares y colectivas de los individuos, las cuales pueden llegar a repercutir en la salud (Rozo, 2001).

Finalmente, se puede concluir que la red educativa proporciona diversos recursos para que los individuos posean mejores prácticas saludables en su vida; muestra de esto, puede ser observado en los meta-análisis realizados en los 90's, donde se evaluó la efectividad de los programas escolares para prevenir el consumo excesivo de tabaco, alcohol y cannabis a temprana edad; mostrando que los programas diseñados fueron efectivos en un gran porcentaje, sin embargo se mostró a su vez que son insuficientes para generar en los adolescentes un cambio más profundo y conciente en cuanto a las consecuencia del consumo (Fernández, Nebot y Jané, 2002).

C. RED DE AMIGOS, VECINOS Y PAISANOS

Dado que la red social puede ser entendida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas y el soporte social está constituido por la ayuda, real o percibida, que para el individuo se deriva de quienes constituyen su red social o dicho de otra manera el grado en que las necesidades sociales básicas de una persona (afiliación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación) son satisfechas a través de la interacción con otros (Clemente, Tartaglini y Stefani, 2008), resulta de interés la interacción continua que se produce con personas cercanas que no forman parte de la familia o la ocupación habitual del individuo, al respecto se ha encontrado que mientras para los hombres el apoyo de las personas cercanas está asociado a una menor intensidad de estrés, en las mujeres la percepción del apoyo de sus amigos permite una menor intensidad de estrés académico, (Feldman, Goncalves, Chacón, Zaragoza, Bagés y De Pablo, 2008), esto se puede explicar porque para tratar problemas de salud es más efectivo el apoyo procedente de la familia mientras que el apoyo otorgado por los amigos puede ser más útil para manejar conflictos no relacionados con la ella (Barrón, 1996).

En una investigación se procedió a estudiar la relación entre el apoyo social y la salud mental y física en una población de adultos mayores a través de la escala de apoyo social de Wenger, teniendo como categorías redes socialmente integradas, ya sea localmente por medio de la familia, los amigos y vecinos o en forma amplia por medio principalmente de amigos y parientes más lejanos y redes socialmente restringidas, encontrando que las relaciones electivas y el compromiso social son los factores principales de las redes sociales que actúan promoviendo la salud en esta población (Golden, Conroy & Lawlor, 2009).

En las redes de amigos, vecinos y paisanos los vínculos de afecto, que son establecidos por intereses comunes y actividades compartidas, son los que brindan los apoyos que pueden llegar a resultar más significativos que aún los provistos en el seno de la familia y por supuesto son mucho más personales que los suministrados por cualquier sistema formal. La red de amigos, más que la existencia de sólo un buen amigo, hombre o mujer, es esencial para el cuidado fuera del ámbito del hogar (Himes & Evin, 2000, citados por Guzmán, Huenchuan y Montes, 2004a).

Aunque en Colombia no es muy fuerte, en otros paises como México resulta importante una categoría especial de este tipo de vínculos que es el del compadrazgo, el cual se genera a través de servir como testigo, o más exactamente como padrino, en algunas ceremonias religiosas.

En estos casos los “compadres” se comprometen a brindar diversas formas de ayuda a través de la facilitación de medios y objetos para los cuales las personas requerirían de un mayor tiempo para obtenerlos por sí mismo, habitualmente este tipo de ayuda está restringida al acompañamiento en la crianza y supervisión de los hijos que se apadrinan y a servir de tutor en caso de ausencia definitiva de los padres, sin embargo por cercanía es frecuente que se genere un intercambio continuo de favores y apoyos, los cuales se dan y se reciben dentro de la filosofía de una amistad (Alder, 2001).

D. RED DEL TRABAJO, COLEGAS Y ORGANIZACIONES GREMIALES Y SINDICALES

Para solucionar dificultades relacionadas con el ámbito laboral el apoyo más adecuado es el otorgado por los compañeros de trabajo y colegas (Barrón, 1996a), por ejemplo en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria las personas que tienen estrechas relaciones con sus compañeros de trabajo tienen un menor impacto de la enfermedad (Quiles, Terol y Quiles, 2003) y aunque en general en las etapas inicial y final de la vida los roles de apoyo familiar son los más significativos, en la etapa intermedia no siempre cumplen esta función, ya que entran a jugar un papel importante los compañeros de trabajo (Molina, 2005), tanto por el tiempo laborable que se pasa con ellos, como porque con frecuencia se implican también en estas relaciones las actividades de ocio y esparcimiento. Por ejemplo en el caso de la salud mental se señala que una buena coordinación entre los responsables de la atención médica, los compañeros del trabajador y sus supervisores, es decisiva para un resultado adecuado (Houtman & Kompier, 2001)

Mención especial merece el sindicalismo, que aunque ha venido siendo golpeado por el debilitamiento de las negociación colectiva y la pérdida de los derechos adquiridos (Espinoza, 2003), sigue siendo esencial en la búsqueda de que el trabajo productivo no impida que los derechos sean respetados y se garantice la seguridad y protección en su ejecución, al tiempo que se permita la posibilidad de participar en las decisiones que afectan a sus asociados, aspectos vinculados con la conceptualización de trabajo decente de la Organización Internacional del Trabajo (Somavía, 2000) y que por extensión se pueden aplicar también a las asociaciones de carácter gremial. A este respecto se reconoce que organizaciones sindicales más fuertes tienen una gestión más sobresaliente en la prevención de los accidentes de trabajo de los países (Rueda, 2004).

E. RED DEPORTIVA Y RECREATIVA

El ejercicio físico a lo largo de todas las etapas de la vida forma parte importante de la cotidianidad de los seres humanos. Actividades tan normales como: caminar, trotar, bailar, nadar, realizar deportes, entre otras actividades, constituyen elementos imprescindibles para el desarrollo de las personas. Desde la edad escolar por ejemplo, el programa de educación física permite el desarrollo físico de los jóvenes, contribuyendo a su formación integral como ser social; utilizando de manera adecuada el tiempo libre en actividades culturales, recreacionales y artísticas, de acuerdo a sus aptitudes y posibilidades. Todo este conjunto de actividades que constituye la red deportiva y recreativa que ayuda a mejorar la calidad de vida del individuo de una manera significativa (Castanedo, 2002).

A partir de lo anterior cabe señalar que la enseñanza de la actividad física debe comprender tanto el dominio de ciertas destrezas físicas, así como el aprendizaje y la práctica de ciertos valores como la solidaridad, la cooperación, la comunicación, la afectividad y la expresión; solo enseñando el deporte de esta manera es posible el fortalecimiento de la identidad cultural y la integración social. Por esta razón, el objetivo principal de las políticas de promoción de la actividad física y el deporte debería ser el desarrollo físico, cultural y social de los sujetos. Es por esto que la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2006) enfatiza que es necesario el desarrollo de políticas integrales de promoción del deporte y de la salud, ya que es muy importante que ésta práctica se extienda más allá de las escuelas, de manera que se establezcan ambientes saludables que presten especial atención a otras personas (OPS, 2006, citado por Veleda, Tchintian, Coppo y Gigli, 2009).

Es importante resaltar que aparte de los beneficios mencionados anteriormente de la actividad física, ésta también favorece en otros ámbitos del ser humano como son: primero, puede ir encaminada a mejorar el estado de salud y físico atlético de los individuos así como tratar y prevenir patologías, También, la recreación que puede ser deportiva ayuda en la buena utilización del tiempo libre en actividades lúdicas a fin de no ser absorbidos por el ocio y el sedentarismo, por último el deporte competitivo donde se busca el éxito y la supremacía sobre los demás atletas. Todas estas facetas de la actividad

física contribuyen al desarrollo de una mejor calidad de vida de las personas (Narro, Martínez, Ruiz, Sandoval, Islas, Pardo, Graue, Guevara, Vilar, Carrasco, Lavalle y Pintos, 2008).

F. RED DE EXPRESIÓN ARTÍSTICA Y CULTURAL

El arte es un medio de expresión y comunicación, de educación y transformación, de conocimiento y valoración de la realidad; estas funciones encuentran su unidad alrededor de la función estética, la cual brinda un tipo de conocimiento de acceso a la realidad difícil de adquirir por otras vías. Es a través del arte, donde se pueden criticar determinados aspectos de la realidad, por ejemplo, actitudes negativas de las personas, presentando así nuevas alternativas de vida y de comportamientos y llevar a los sujetos, grupos o comunidades a la reflexión sobre determinados aspectos de la realidad que no resultan idóneos o conflictivos y que necesitan ser transformados (Zaldívar, 1995). Esta transformación puede ser realizada a través de las distintas funciones del arte como lo son: el arte como mediador de la razón, el arte como medio de identificación, el arte como medio de comunicación, el arte como posibilidad de reconceptualizar la realidad, el arte como juego, el arte como cura para el dolor, el arte como vía de autoconocimiento y el arte como terapia en la enfermedad (Zenil y Alvarado, 2007).

Al hablar de manera más específica en el arte, se puede encontrar la red de expresión artística y cultural, la cual puede llegar a ser de gran beneficio para el ser humano, es por eso que han sido utilizados diversos recursos artísticos para elaborar terapias con el objetivo de ayudar con la mejora de diferentes tipos de problemas y situaciones de salud en que se implican alteraciones psicológicas y físicas. Esta terapia artística es un recurso flexible que puede ser empleado en poblaciones heterogéneas, tales como niños, adultos, ancianos; así como también con sujetos que presentan dificultades y trastornos emocionales.

De igual manera, este enfoque puede desarrollarse con otros fines de salud en diferentes escenarios: escuelas, centros de salud y en diversos espacios comunitarios; y el tratamiento puede ser abordado de diferentes maneras: trabajando con individuos, con familias y en grupos. Así como esta terapia artística puede llegar a ser de gran ayuda para las personas con diferentes afecciones, ésta también se ha valido de diferentes formas del arte para direccionar su ayuda dependiendo de la población a la cual se dirige, entre estas se encuentran las terapias dramáticas, terapias musicales, terapias danzarias, y el arte terapia (Suárez y Reyes, 2000). Este último, es un medio para ayudar a las personas en situaciones problemáticas, entendiendo las condiciones de la existencia humana y haciendo frente a los aspectos difíciles de dichas condiciones a partir del arte, entendiéndolo como una forma de creación de un orden significativo que ofrece refugio ante la confusión de la realidad exterior (Polo, 2004).

Uno de los principales investigadores europeos en el área del arte comunitaria ha sido François Matarasso, quien da a conocer la necesidad de insertar el arte participativo como herramienta en las políticas sociales y culturales, esto con el fin de reducir aquellas

situaciones que generan malestar dentro de las comunidades y sus habitantes. Uno de los aspectos más relevantes que este autor menciona es que el arte puede canalizar y enfocar la atención de los ciudadanos en situaciones distintas a las que se enfrentan en la comunidad tales como el desempleo, la exclusión social y la violencia. Matarasso al implementar el arte como herramienta transformadora en Gran Bretaña encontró que: la participación artística es una manera efectiva para el desarrollo personal, llevando a la confianza elevada, la amplificación de habilidades y a progresos en el ámbito de la educación, resultados que pueden mejorar el contacto social y la empleabilidad de las personas. También puede contribuir a la cohesión social desarrollando redes y entendimiento y por último, el arte tiene impacto en otras áreas como el medio-ambiente y la salud (Red Latinoamericana de arte para la transformación social, 2009).

G. REDES CIUDADANAS Y DE VOLUNTARIADO

Se suele distinguir entre participación social, comunitaria, política y ciudadana (Cunill, 1991, citado por Villareal, 2010). La participación ciudadana requiere del involucramiento de los individuos en el espacio público estatal y no estatal desde su identidad de ciudadanos, es decir, de integrantes de una comunidad política. Esta participación se relaciona con los modelos de democracia y al tipo de relación gobierno-sociedad que se quiere construir, de esta manera pone en contacto a los ciudadanos y al Estado, en la definición de las metas colectivas y las formas de alcanzarlas (Cunill, 1991, citado por Villareal, 2010a).

La participación ciudadana se relaciona con el hecho de una intervención concreta de los ciudadanos en los procesos económicos, sociales, culturales, salud y políticos que afectan sus vidas. Según Edgerton y cols (2000), la participación consta de un proceso mediante el cual los interesados influyen e intervienen en el control de las iniciativas, las decisiones y de los recursos que los afectan (Edgerton y McClean, 2000, citados por Irarrazaval, 2005). Es importante tener en cuenta que este vínculo participativo a menudo no es estable, sino que proviene de determinadas reacciones de la comunidad ante acontecimientos que les afectan (Aranguren, 2005).

Uno de los aspectos en los cuales pueden participar los ciudadanos es en el área de la salud; ésta consta de diferentes enfoques, propósitos y metodologías, a partir de las cuales se ha pretendido involucrar a las comunidades, en los programas de promoción de la salud y en la gestión de los servicios de salud (Mosquera, Gutiérrez y Serra, 2009).

H. RED INSTITUCIONAL Y POLÍTICA

La presencia de los ciudadanos en las cuestiones y decisiones gubernamentales, es una situación necesaria para alcanzar la gobernabilidad democrática, lo anterior en atención a que de una eficaz participación ciudadana depende la efectiva realización de los derechos humanos; Así por ejemplo según la constitución política Colombiana todo ciudadano tiene derecho a participar mediante mecanismos como el voto, el plebiscito, el

referendo, la consulta popular, el cabildo abierto, la iniciativa legislativa y la revocatoria de mandato (Constitución Política de Colombia, 1991).

No obstante es claro que no basta con enunciar la importancia y las vías para participar políticamente, es indispensable que las personas lleguen a saber cómo hacerlo y sobre todo, puedan organizarse para ello, de tal modo la participación como construcción social, está determinada por la dinámica social que le imprimen quienes interactúan en ese espacio, que son además quienes elaboran colectivamente y a partir de sus relaciones, los sentidos o significados que le otorgan (Delgado, Vázquez, Zapata y García, 2005).

El objeto de la participación política ciudadana es promover la eficiencia en la gestión pública, orientar la gestión de la administración a la obtención de resultados conforme a las necesidades sociales, establecer esquemas de responsabilidad, de rendición de cuentas, intentando desmontar la cultura de corrupción (Participación Ciudadana, 2009, República de Colombia, Ministerio de Educación Nacional). Sin embargo, a partir de los actos deshonestos que se desarrollan en las esferas políticas, la política ha tomado un significado negativo para los ciudadanos, quienes ya no desean participar y permanecen lo más alejados que les es posible de ella. Frente a esto, los partidos políticos y algunos sectores de la sociedad han iniciado una búsqueda de medios alternos para la participación política. Uno de ellos, es conformado por las redes ciudadanas que podrían facilitar una participación directa mayor que la de los propios partidos, y que podrían constituir, amplias masas de individuos dispuestos a integrarse en el sistema político (Hernández, 2008).

I. REDES DE PARES

Uno de los aspectos más importantes que se puede resaltar frente al apoyo de los pares en los adolescentes, está relacionado con la ayuda brindada por éstos en aquellas situaciones concernientes a las rupturas amorosas y sentimentales. Algunos autores reportan que en la adolescencia, los jóvenes pasan menos tiempo con la familia y más tiempo con sus pares, siendo cada vez más importantes las relaciones con sus pares sustituyendo a los padres en cuanto al apoyo emocional en la adolescencia (Ainsworth, 1989, citado por Esbaugh, 2010).

Otro aspecto en el cual se puede apreciar el apoyo por parte de los pares, está relacionado con el acompañamiento para acudir a los servicios de salud, facilitando la utilización de éstos en general. Sin embargo, el apoyo de los pares puede ser un obstáculo para la utilización de servicios relacionados específicamente con la prevención de enfermedades de transmisión sexual (Nuño, Canales, Madrigal, Villaseñor y Hifalgo, 1998).

La participación de los pares tiene un efecto positivo sobre el rendimiento académico de los jóvenes, rendimiento laboral y, salud mental. La calidad de las redes sociales es de mayor importancia para la participación en actividades pro-sociales. Se puede argumentar que los profesionales y los grupos de pares positivos ofrecen modelos de conducta, así como el apoyo social y emocional para las personas jóvenes que desean integrarse con las esferas institucionales, en particular el sistema escolar y el mercado

laboral (Markward, Memillan & Markward, 2003, citados por Sek-yum, Ngai, Cheung & To, 2008).

Por último, otro aspecto en el cual se puede apreciar la importancia de las redes de apoyo de pares es el concerniente a la inclusión social de personas de edad avanzada en la sociedad una vez que éstas han sido relegadas por su condición. Por ejemplo, en Argentina se han desarrollado diferentes estrategias con el fin de incluir a ésta población en actividades que puedan brindar un beneficio a sus vidas. Una de las estrategias que se ha empleado son las OPE (Organizaciones de Personas de Edad), las cuales se basan en un modelo de desapego y presentan actividades de inclusión en grupos de pares por parte de los mayores (Salvarezza, 1988, citado por Fassio, 2001).

J. RED DE APOYO ESPIRITUAL Y RELIGIOSO

Según Hidalgo (2006) la religiosidad comprende desde el comportamiento religioso de los individuos, las prácticas y actos de culto, creencias, supersticiones y símbolos religiosos, hasta sus relaciones con las instituciones religiosas.

Geertz (1978) considera a la religión como un sistema de símbolos que actúan para establecer poderosas, penetrantes y duraderas disposiciones y motivaciones a los seres humanos, a través de la formulación de conceptos de orden de una existencia general, de tal manera que el hombre bajo esta concepción de existencia de un ser superior llega a encontrar relación entre su bienestar y el acercamiento a dicho ser, es así como el número de informes que muestran los efectos positivos de la participación en este tipo de redes es llamativo (El Efecto de la Religión en la Salud), de tal modo que dos tercios de las 125 facultades de medicina de Estados Unidos incluyen ahora cursos sobre espiritualidad y fe, en comparación con sólo tres de ellas en 1992.

La religión siempre ha sido un instrumento importante para regular la conducta individual, se ha demostrado que es una herramienta efectiva en la cual se busca asistencia en momentos de crisis y estrés (Rojas, 2006). Por ejemplo, en situaciones de pérdidas de seres queridos, separaciones, sentimientos de soledad y conflictos interpersonales, una respuesta muy frecuente es el afrontamiento mediante el incremento de los ritos privados (rezar, meditar y leer textos sagrados) y públicos (aumentar la asistencia a la iglesia), (Campos, Páez, Fernández, Igartúa, Méndez, Moscoso, Palomero, Pérez, Rodríguez, Salgado y Tasado, 2004).

Así mismo, las creencias también pueden intervenir en el estilo de vida y comportamiento saludable; por ejemplo decisiones cotidianas como la elección de una dieta adecuada, el tratamiento de una enfermedad, en las decisiones frente al cuidado de la salud y la percepción en una situación de enfermedad. En cuanto al último tema mencionado, algunos autores enfatizan que la espiritualidad es una forma de manejar las dolencias en enfermedades crónicas y puede llegar a ser una estrategia de afrontamiento positivo en la adaptación a un estado de discapacidad (Sánchez, 2009). Específicamente en los adultos mayores la espiritualidad, ha mostrado ser útil al redundar en menor mortalidad

en los casos crónicos y se relaciona con mayor longevidad, baja ansiedad, incremento de la autoestima, tasas de suicidio más bajas, menor abuso de sustancias e incremento en la satisfacción de vida en el matrimonio, teniendo un impacto positivo en la salud contra el estrés producido por la hospitalización (Rivera y Montenegro, 2007) y por las pérdidas típicas en la adultez mayor asociadas con la depresión (Whetsell, Frederickson, Aguilera y Maya, 2005).

2.2.4. SEGURIDAD Y CONFORT

La etimología nos recuerda que el término securitas nombra la cualidad del cuidado de sí. Este punto de partida resulta interesante pues la evolución del concepto seguridad, como se verá, gira en torno a algo esencial: de qué nos hemos de cuidar y, su consecuencia, a quién se atribuye la función tutiva. La búsqueda de la seguridad y el confort, en todos los elementos que constituyen el entorno de las personas, es también un hábito saludable, por ende es necesario conocer en forma suficiente la interacción del individuo con estos dispositivos en lo relacionado con los requerimientos físicos (postura, fuerza y movimiento) y mentales, aspecto para el que la ergonomía se constituye en una herramienta fundamental (Vernaza y Sierra, 2005).

Las estrategias de mejora de la seguridad que se han desarrollado en los últimos años se basan en la aplicación de una serie de principios y técnicas que provienen de las llamadas “ciencias de la seguridad”, como son el análisis de sistemas, la psicología cognitiva y la ingeniería de factores humanos. Cualquier programa de esta índole implica numerosos cambios en los procedimientos, equipos, organización y formación que integrados consiguen mejorar la seguridad del sistema, como afirman Leape et al: “la seguridad está hecha de muchas pequeñas cosas que en conjunto consiguen hacer una gran diferencia”. Estas medidas deben estar basadas en los conocimientos de la ingeniería de factores humanos y consisten en a) reducir la complejidad, simplificando y estandarizando los procedimientos; b) optimizar los procedimientos de información; c) automatizar los procesos, d) incorporar barreras o restricciones que limiten u obliguen a realizar los procesos de una determinada forma, y e) anticiparse y analizar los posibles riesgos derivados de la introducción de cambios en el sistema, para prevenir los errores antes y no después de que ocurran (Otero, 2004).

Para fines de una mejor comprensión se consideran como aspectos de interés para la seguridad el orden y aseo y los, recursos y confort y como áreas en las que desde la salud se ha privilegiado la seguridad: la sexualidad, la seguridad ambiental, la seguridad en vías y vehículos, la seguridad en el espacio público y la seguridad en el trabajo, que para este documento se considera desde la bioseguridad.

A.SEGURIDAD AMBIENTAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha venido haciendo seguimiento de un conjunto de patologías consideradas como emergentes o reemergentes, las primeras

corresponden a aquellas inexistentes previamente y las segundas aquellas que resurgen después de que ya habían sido erradicadas o disminuidas (De Lisio, 2008) y ha venido alertando acerca de la influencia que sobre ellas tienen los flujos bio-geo-químicos que dinamizan y estructuran los medios de soporte de la vida y que están condicionados por factores como el crecimiento demográfico, cambio de patrones de comportamiento social, desarrollo tecnológico y económico y laxitud en el cumplimiento de las regulaciones de salud pública.

En el tema de seguridad ambiental se ha considerado conveniente aplicar el denominado «principio de precaución» que consiste en la idea de que ante la amenaza de daños no es necesario esperar a alcanzar una certidumbre científica completa para tomar las debidas medidas protectoras y más aún, actuar antes de contar con esa evidencia científica «incuestionable» (De Cózar, 2005).

Por lo anterior, en la actualidad se han ido adoptando medidas para prevenir posibles daños ambientales y humanos que deterioren la salud y la calidad de vida. En este contexto la principal fuente de riesgo de contaminación del aire por actividad humana es la combustión incompleta y la suspensión de partículas respirables, que están influenciadas por la topografía y las condiciones climáticas (Ponce, Peña, Ramírez, Villena, Roe y Villena, 2005).

Igualmente existe la presencia de potenciales contaminantes químicos en muchos productos de consumo cotidiano (Paredes, 2005), los cuales pueden representar un compromiso importante para la salud de los más pequeños (Ballester, 2005), lo mismo que de la población en edad productiva (García, García & Vaca 2010).

Resulta importante también el manejo adecuado de los desechos orgánicos a través de reciclaje y reutilización, así como por medio de rellenos sanitarios, botaderos, y vertederos o procesos de combustión. En el caso de los rellenos sanitarios, los desperdicios son enterrados en la tierra con varios sistemas de seguridad que previenen la contaminación de fuentes de agua. Pero que su vez pueden llegar a convertirse en un riesgo para la salud debido a la emisión de gases que se expiden de estas áreas (Louwrier, 1998, citado por Okono, Ogun, Shittu & Ogunnusi, 2009).

Además, se ha reconocido que las condiciones psicológicas de los individuos están fuertemente influidas por la presencia de contaminantes en su ambiente laboral o doméstico, así como por la reducción del espacio disponible para las actividades y las largas jornadas en espacios con baja calidad de su ambiente interior (Vargas y Gallego, 2005) y se ha introducido el término “síndrome del edificio enfermo” que se entiende como la situación en la que en un edificio determinado, más personas de lo normal manifiestan tener un conjunto de síntomas inespecíficos pero bien definidos, que desaparecen al abandonar el edificio. Incluye un grupo de síntomas de vías respiratorias altas y bajas, dermatológicos, oculares y sistémicos, que aparecen a las horas de permanecer en el interior de un edificio y mejoran tras alejarse de dicho ambiente (Boldú y Pasca, 2005).

B. SEGURIDAD AMBIENTAL EN EL USO DE PLAGUICIDAS

En Colombia, de acuerdo a algunas cifras reportadas por Organización Mundial de Salud (OMS), alrededor de 500.000 personas por año sufren envenenamiento por ingestión o inhalación de pesticidas; de ellas mueren entre 30.000 - 40.000 cada año (Salcedo y Melo, 2005). Lo anterior muestra que en Colombia no se han tomado las medidas necesarias para prevenir los efectos nocivos en la salud pública.

De acuerdo a algunas investigaciones realizadas en América Latina se ha hallado una estrecha relación entre la exposición a diferentes plaguicidas y/o neurotoxinas con la aparición de síntomas o malformaciones específicas en los organismos. Cavieres (2004), da a conocer algunos resultados específicos como lo son los defectos congénitos (malformaciones físicas o deficiencias funcionales), donde se ha estimado que el 47% ocurre por causas desconocidas, 25% son genéticas, 25% son multifactoriales (es decir una combinación de factores genéticos y ambientales) y 3% son causadas por agentes físicos, químicos o biológicos.

En Norte América, donde la mayor parte de la investigación se ha realizado, se pueden apreciar varios hallazgos importantes, en los cuales la conducta materna y el desarrollo se pueden ver severamente afectados por la exposición a tóxicos. Específicamente en Estados Unidos, se ha desarrollado bastante investigación en este tema que es de gran interés, promoviendo así mismo un área específica denominada Toxicidad del Desarrollo, la cual estudia la exposición prenatal y posnatal de los organismos a sustancias tóxicas, que se pueden ver manifestadas en cualquier etapa de la vida y expresadas como déficit en el funcionamiento (Makris, Raffaele, Allen, Bowers, Hass, Alleva, Calamandrei, Sheets, Amcoff, Delrue & Crofton, 2009). Dorsey & McConnell (1999), en su artículo plantean que la exposición a pesticidas puede producir reducciones en el tamaño del cuerpo, disminución en el peso del cerebro entre otros efectos, los cuales se manifiestan a largo plazo.

Otras consecuencias de la exposición a toxinas son las malformaciones genéticas (Bellinger & Adams, 2001), problemas de aprendizaje, problemas de memoria, daños a nivel de sistema nervioso central y periférico, variaciones morfométricas (Sharpe, 2008), deficiencias hormonales y alteraciones al sistema endocrino (Mearns, Dunn & Lees-Haley, 1994), deterioro en la calidad espermática, dificultades reproductivas, problemas de desnutrición durante el embarazo, mayor probabilidad de Alzheimer, manifestaciones del espectro autista (Larsson, Weiss, Janson, Sundell & Bornehag, 2009, citados por Bushnell, Kavlock, Crofton, Weiss & Rice, 2009).

C. SEXO SEGURO (SEXUALIDAD)

En la actualidad aún persiste el doble estándar respecto a lo que se espera del comportamiento cada sexo, lo que hace que prevalezcan la polarización y la inequidad en las relaciones de género. Estas diferencias determinadas por el género influyen en el

proceso de formación de la identidad en la adolescencia, proceso que incide, a su vez, en las decisiones que los jóvenes toman respecto a su vida sexual y reproductiva (Flórez, 2005).

En este proceso, es relevante considerar el papel formativo de la familia en la prevención de las relaciones sexuales riesgosas ya sea entre jóvenes heterosexuales u homosexuales para la prevención del VIH (Lasala, 2007). De acuerdo al centro de Prevención y Control de enfermedades en los Estados Unidos, existe aproximadamente un millón de personas jóvenes con edades comprendidas entre los 10 y 24 años que tienen clamidia, gonorrea o sífilis (Daly, 2010).

La prioridad en lo relacionado con una sexualidad segura se ha venido dado a la utilización del preservativo, a este respecto los jóvenes deben enfrentar ciertos obstáculos para su uso como la disponibilidad, el costo, la naturaleza esporádica de su relación sexual, la falta de información sobre el uso correcto, las normas sociales que inhiben la comunicación frente a quien asume la responsabilidad de proponer su uso (Vásquez, et al, 2005).

Debido a la importancia de este tema, algunos autores se han interesado en investigar y proporcionar datos estadísticos acerca del uso del preservativo en poblaciones adolescentes, encontrando así que se presenta un bajo uso del condón en relaciones sexuales de riesgo, las cuales son definidas como la interacción sexual con una pareja con la que no se tiene una relación estable. Las mujeres son las que reportan un menor uso del condón en su última relación sexual de riesgo (13% - 40%), en comparación con los hombres (31% - 61%) (Khan & Mishra, 2008, citados por DeMaria, Galárraga, Campero y Walker, 2009).

Otro estudio encontró que las prácticas de riesgo ocurrieron con mayor frecuencia en relaciones donde no existió una negociación previa del uso de éste (Kordoutis, Loumakou & Sarafidou, 2000). Igualmente ha evidencias de que el preservativo no ofrece total protección contra las ETS y que pueden presentar fallas que dejan vulnerable al usuario (López, 2004), por lo que existen defensores de la abstinencia y la fidelidad matrimonial como estrategias eficaces en el desarrollo de una sexualidad segura (OMS, 1992, citado por López, 2004a).

D. SEGURIDAD EN EL ESPACIO PÚBLICO: USO DE VÍAS Y DE VEHÍCULOS

De acuerdo a la OMS, el problema de la inseguridad vial alcanza una dimensión de auténtica pandemia global. A nivel mundial, los accidentes de tráfico se estima que causan la muerte de 1.200.000 personas, cifra equivalente a la causada por la tuberculosis o la malaria. En el año 2000, la región de América Latina y el Caribe presentaba la tasa promedio de mortalidad más alta del mundo (26 fallecidos por cada 100.000 habitantes).

Se estima que la tasa de mortalidad proyectada en América Latina y el Caribe podría llegar a ser hasta seis veces más alta que la observada en los países más seguros del mundo como Reino Unido, Suecia o Países Bajos (OMS,2004, citado por Monclús, 2008), mientras datos publicados por la Organización Mundial de la Salud muestran que las lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito ocupan la novena posición entre las causas de vida saludable perdida, calculando que para el año 2020 ocuparán el tercer lugar (OMS, 2004, citado por Puentes, 2005).

Dentro de los factores que podrían llegar a incrementar el riesgo en la seguridad vial se encuentra: la invasión del espacio destinado a los peatones (mercancía de almacenes, exceso de vendedores ambulantes, carros aparcados) que obligan al peatón a utilizar el espacio destinado a los automotores (Echeverry, Mera y Villota y Zárata, 2005). Casi la mitad de los peatones fallecidos en accidente son mayores de 65 años y el 25% son mayores de 74 años. Estas cifras son reportadas teniendo en cuenta que los peatones también incurren en una serie de infracciones que aumentan la accidentalidad como lo son: no utilizar los pasos peatonales, irrumpir en la calzada o cruzar de forma incorrecta, cruzar con el semáforo en rojo para los peatones, cruzar porque lo hacen los demás, cruzar distraído, cruzar entre vehículos estacionados o que estén maniobrando y esperar en la calzada o en el andén para cruzar.

Es importante resaltar que este tipo de infracciones en los adultos mayores se ven exacerbados por las diferentes condiciones que afrontan en su edad, por ejemplo, menor capacidad de reacción, deterioro de la movilidad, alteraciones visuales y auditivas, situaciones patológicas de distintos aparatos o sistemas, fármacos, alteración cognitiva, falta de educación vial y desconocimiento de las normas y falta de consideración de los conductores (Minaya, 2009), que una gran porción son adolescentes que conducen a grandes velocidades sin respetar las normas de tránsito, ya que no se interesan por la seguridad vial, la seguridad ciudadana y propia (Fernández, Callejo, Ibáñez y Vidal, 2006).

Según la OMS existen diferentes medidas que pueden ser adoptadas para la prevención de lesiones causadas por accidentes de tránsito como lo son: el uso obligatorio del cinturón de seguridad, el uso de sistemas de retención (asientos especiales) para niños, el uso del casco en ciclistas y motociclistas, la implementación de leyes vinculadas con el consumo de bebidas alcohólicas durante la conducción de vehículos y, la reducción de los límites de velocidad máxima. La adopción de las medidas anteriormente mencionadas, podrían llegar a reducir en gran medida el riesgo de muerte que se puede ocasionar por un accidente de tránsito así: una reducción de muerte del 61% si se usa el cinturón de seguridad de manera correcta al igual que el uso obligatorio de sistemas de retención para niños el cual puede reducir las muertes infantiles, hasta en un 35%.

La reducción de lesiones craneales mortales y graves en un 45% debido al uso de casco de manera adecuada, y por último el cumplimiento de las leyes vinculadas con el consumo de bebidas alcohólicas durante la conducción de vehículos podría llegar a reducir las colisiones relacionadas con el alcohol en un 20% (WHO, 2009). Se debe tener en cuenta también que la implementación de medidas de seguridad no son suficientes para reducir en un 100% los daños ocasionados por la accidentalidad, sino que es importante

tener en cuenta las características del vehículo, el tipo de vehículo, los sistemas de bolsas de aire, la ubicación de las sillas y las personas, y la utilización de mecanismos de seguridad (Andrew, 2002).

E. SEGURIDAD EN EL ESPACIO PÚBLICO: SEGURIDAD COLECTIVA

En este campo se puede observar que se ha ido despojando a la seguridad de sus antiguas aliadas (la libertad, la solidaridad, o la confianza mutua) y que ha quedado reducida casi por completo a una parte marginal de su globalidad: la protección de la ciudadanía frente a la criminalidad.

Por tanto, la distinción entre seguridad subjetiva y objetiva resulta fundamental para comprender el incremento de la inseguridad de la población y para arbitrar medidas que proporcionen seguridad real, no simbólica. Del mismo modo, esta distinción puede facilitar la búsqueda de las raíces del miedo y evitar la canalización de las inseguridades personales y sociales, en forma de castigo de los sectores más desfavorecidos de la sociedad, por la proliferación de las estrategias privadas de seguridad, lo que la ha convertido en un bien que se compra y se vende y que determina la posición social de quien lo consume, es decir que se ha tornado en un símbolo de status, un estilo de vida, (Davis citado por Naredo, 2001).

No obstante es claro que debe realizarse un esfuerzo colectivo orientado a mejorar la seguridad en parques y zonas de recreación, cultura y esparcimiento, así como en todos los espacios comerciales o sociales abiertos al público.

F. SEGURIDAD EN EL LUGAR DE TRABAJO (BIOSEGURIDAD EN HOSPITALES)

La actividad laboral influye en gran medida en la vida de las personas y como consecuencia, también en su salud, es decir, las condiciones y ambientes en que se realizan los diferentes procesos de trabajo resultan ser determinantes importantes en la interacción salud-enfermedad de los trabajadores (Moreno, Barreto, Mora, Morales, y Rivas, 2003). Dentro de los principales peligros a los cuales se puede ver enfrentado el ser humano en su área de trabajo, se encuentran los de origen biológico, que pueden hacer que el trabajador sufra una enfermedad infecciosa al ponerse en contacto con un agente patógeno. También se encuentran los de origen químico, que dependen de la manipulación de sustancias que pueden ser tóxicas, corrosivas e irritantes.

Así mismo los de naturaleza física que pueden producir un daño considerable o mortal a través de mecanismos térmicos, eléctricos, mecánicos o por radiación e igualmente esta la potencialización que de estos riesgos realizan los factores humanos y ambientales y que entre otros se relacionan con aptitudes y habilidades para el trabajo como lo son el estado físico y psicológico del trabajador, su capacidad intelectual y el

entrenamiento laboral (Pérez y Cueto, 2006) y los denominados factores de la organización.

Por lo tanto, se deben realizar acciones encaminadas para estimar la magnitud de las amenazas laborales que pueden evitarse a través de la evaluación de riesgos, y de esta manera obtener información necesaria para que se tomen medidas y decisiones adecuadas para prevenir, reducir o eliminar los riesgos (Gambino, 2007).

En las instituciones hospitalarias estas precauciones deben ser aplicadas por todas las personas y comprenden entre otras el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos, la utilización de barreras que aunque no evitan los accidentes de exposición si disminuyen las consecuencias de dicho accidentes y la eliminación de residuos. Es por esto que todas las personas deben seguir de forma rutinaria una serie de precauciones para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas a cualquier germen o compuesto que pudiera llegar a representar un riesgo (Palucci, 2003).

Al respecto es importante lograr la concientización adecuada del personal sobre la importancia del cumplimiento de las normas de bioseguridad (Soto y Olano, 2004), ya que han surgido interrogantes sobre una posible subnotificación de los accidentes de trabajo con material corto-punzante, sobre todo debido a la pequeña importancia dada a ese tipo de problemas por las instituciones hospitalarias y por las dificultades enfrentadas para la notificación de los accidentes (Palucci, 2003a), así como a las situaciones propias de la formación práctica en este campo (Díaz y Cadena, 2001).

En el contexto Colombiano y en su legislación, se puede apreciar que existen una serie de decretos, normas y leyes que respaldan y aprueban la implementación de estrategias de bioseguridad, sin embargo los esfuerzos realizados hasta el momento no han sido suficientes para reducir en sus totalidad los riesgos que se presentan en el personal que tiene contacto con sustancias biológicas, ya sea por el desconocimiento o mal uso de estas normas (Baquero y Herrera, 2004).

2.3 EL PROCESO DE ADOPCION DE HABITOS SALUDABLES DESDE EL ABORDAJE PSICOLOGICO

El abordaje desde la psicología frente al tema relacionado con la adopción y práctica de hábitos saludables y de la promoción de la salud no es único, por esto es importante abordar algunas teorías explicativas en general y en particular observar y analizar las principales variables que se han señalado como explicativas de las razones que hacen que el individuo se comporte y se involucre en las diversas prácticas, que atentan o no contra su salud.

En este contexto es necesario recurrir a algunas de las teorías del aprendizaje y de la motivación que exponen y dan a conocer elementos para comprender este fenómeno

desde la perspectiva psicológica, señalando eso sí que los enfoques del aprendizaje y la motivación que intentan explicar el comportamiento humano, no lo logran hacerlo de una manera total, pero sí se constituyen en aportes para dilucidar una explicación razonable de la conducta humana, pasando a continuación a señalar los principales abordajes prácticos que desde la psicología se han utilizado para estimular la adopción de prácticas saludables y concluyendo con la elección de las principales variables que se señalan como esenciales en el abordaje de este proceso.

2.3.1. TEORIAS DEL APRENDIZAJE y LA MOTIVACION

Dentro de las teorías del aprendizaje se señalan aquellas que han intentado abordar y entender la conducta humana como producto de la interacción directa del ser humano con el ambiente, es decir que según este enfoque son los estímulos que conforman el contexto los que hacen actuar y moldean el comportamiento de diferentes maneras para así obtener un resultado específico (Skinner, 1979).

En este grupo se incluyen entre otras: la teoría del condicionamiento clásico de Pavlov, la cual señala que estímulos ambientales, que en un inicio no evocaban ninguna respuesta en el organismo, pueden llegar a tomar el control de una respuesta determinada; La ley del efecto de Thorndike, la cual preconiza que si las consecuencias que recibe un organismo son satisfactorias (apetitivas) luego de realizar determinada conducta, éstas tendrán una mayor probabilidad de repetirse en el futuro, mientras que, si las consecuencias son negativas (aversivas) luego de la presentación del comportamiento, la probabilidad de volver a ejecutar la conducta será menor en el tiempo futuro; y por último, la teoría del condicionamiento instrumental u operante de Skinner, que describe cómo los refuerzos forman y mantienen un comportamiento determinado.

El abordaje de las teorías planteadas por Pavlov y Thorndike, por lo general, fueron enfocadas desde la fisiología del sistema nervioso, sin embargo, Skinner y su modelo experimental (Skinner, 1953) ubicaron las causas de la conducta en el exterior, es decir que desde este enfoque las causas del comportamiento no pueden ser halladas dentro de los individuos, sino en su entorno y en la interacción con el mismo; ruptura que no sólo implicó la adopción de nuevas maneras de acercarse al objeto de estudio, sino que a su vez, hizo necesario adoptar un método distinto de análisis y de investigación tratando de examinar la conducta y el comportamiento desde perspectivas consideradas como objetivas, observables y cuantificables, buscando obtener datos, ensayos de conducta y observaciones claras que dieran a conocer cómo y por qué los individuos hacían lo que hacían en sus contextos (Skinner, 1979).

En este enfoque es primordial comprender algunos conceptos claves del condicionamiento operante: Refuerzo, Reforzador, Castigo y Contingencia. Por refuerzo se entiende el proceso responsable del fortalecimiento de las respuestas, el cual hace que se incremente su tasa o hace que se vuelva más probable que ésta ocurra, mientras que el reforzador es el estímulo o acontecimiento que se sigue de la respuesta y la vigoriza, los reforzadores no pueden determinarse de antemano, sólo se pueden determinar ante su

efecto; En cuanto al castigo, es el proceso mediante el cual las respuestas se debilitan, haciendo que sean menos probables en su aparición, en tanto que las contingencias hacen referencia a la relación de dependencia entre las consecuencias y las respuestas, es decir que la contingencia da a conocer una “dependencia” o una relación bicondicional, en la que la presentación de uno de los elementos que la componen indica la aparición del otro (Schunk, 1997).

En segunda instancia tenemos lo relacionado con los conceptos motivacionales, cuyo origen se remonta en la historia hasta los griegos clásicos, quienes se interesaron por comprender y explicar por qué razón se producía el comportamiento de las personas; sus exponentes más significativos fueron Platón y Aristóteles, el primero postuló que la motivación fluía desde el alma (mente o psique) la cual estaba constituida en forma tripartita y jerárquicamente organizada, en la que el nivel más primitivo estaba constituida por los apetitos y deseos corporales, tales como el hambre y el sexo entre otros, mientras que en el segundo nivel se ubicaba el elemento competitivo, que aporta a los roles socialmente establecidos sentimientos tales como honor y vergüenza, finalmente y en el nivel más alto se ubicó el aspecto calculador como responsable de las capacidades de toma de decisiones considerando elementos como la razón y la elección, los cuales podían dominar y mantener vigilados a los niveles subordinados (Erdely, 1985, citado por Reeve, 2003).

Aristóteles por su parte, aunque mantenía el mismo enfoque, prefirió una terminología diferente: nutritiva, sensitiva y racional, en la que el aspecto nutritivo era el más impulsivo, irracional y animal que contribuía a las urgencias corporales necesarias para la preservación de la vida, el sensitivo, también relacionado con lo corporal, regulaba el placer y dolor y el racional, exclusivo a los seres humanos, se relacionaba con lo ideal y lo intelectual, caracterizando la voluntad, que utilizaba la intención, la elección y todo aquello que era divino e inmortal.

Posteriormente la psique tripartita de los griegos se redujo a un dualismo: las pasiones del cuerpo y la razón de la mente, así se hizo la distinción principal entre lo que era impulsivo, irracional, animado y biológico contra lo que era inanimado, inteligente, racional y espiritual; Ya en la época postrenacentista, fue Descartes quien postularía la primer gran teoría de la motivación, la teoría de la voluntad, según la cual esta inicia y dirige la acción y determina si se actúa y como hacerlo, en este enfoque las necesidades corporales, las pasiones, placeres y dolores crean impulsos a la acción que solo son capaces de estimular la voluntad, que consiste en una facultad o fuerza de la mente que controla los apetitos y pasiones corporales en aras de la virtud, mediante el ejercicio de su poder de elección y lucha, esto fue controvertido por los planteamientos de Darwin, quien explicó la motivación a través de los instintos, que hacen que los organismos se comporten de una manera específica ante las diversas situaciones que se les presentaban, sin embargo, con el paso de los años, esta teoría se reevaluó, ya que daba una explicación del comportamiento solamente desde el punto de vista biológico, desconociendo o minimizando la acción del contexto y de la posibilidad de elección del hombre.

Luego, a partir de la biología funcional, vino el concepto de pulsión desarrollado por Woodworth quien sostuvo que la función del comportamiento consiste en satisfacer las necesidades corporales, en consecuencia planteaba que conforme ocurren los desequilibrios biológicos los organismos experimentan de manera psicológica los déficits como “pulsiones”, las cuales estimulan comportamientos instrumentales para satisfacer estas necesidades corporales y lograr alcanzar nuevamente el equilibrio, hubo dos exponentes de estas teorías, Freud y Hull (Reeve, 2003), que tuvieron una mayor acogida durante este tiempo, los planteamientos del primero indican que la pulsión tiene cuatro componentes: fuente (déficit corporal), perentoriedad (fuerza que se orienta a enfrentar la situación), fin (remoción del déficit corporal subyacente) y objeto (elemento capaz de eliminar el déficit corporal), cuya superación genera en el organismo un estado de satisfacción.

De otra parte, la formulación motivacional de Hull y su escuela (Hull, 1943, 1952; Spence, 1956) representa el intento de trasladar el modelo homeostático a la explicación psicológica de la motivación humana, postulando dos conceptos básicos: el impulso (drive) y el incentivo, basados en los principios del aprendizaje (Barberá, 2002), cuyos aportes centrales giran alrededor de la consideración de las condiciones antecedentes de la conducta (contexto) y el papel de la pulsión en la búsqueda del equilibrio, la homeostasis.

Con posterioridad, surgieron una serie de teorías denominadas “postpulsión” que no tuvieron mayor aceptación puesto que generaron diversos conflictos y discusiones referentes a su objetividad y razonabilidad, siendo desplazadas con posterioridad por las denominadas miniteorías, que intentan explicar la motivación a partir de pequeños hechos y comportamientos, sin pretender abarcar toda la conducta motivada, La tabla 3 presenta un resumen de las principales miniteorías que emergieron durante las décadas de los 60 y 70 del siglo pasado, llegando a reemplazar las grandes teorías que se plantearon inicialmente (Reeve, 2003).

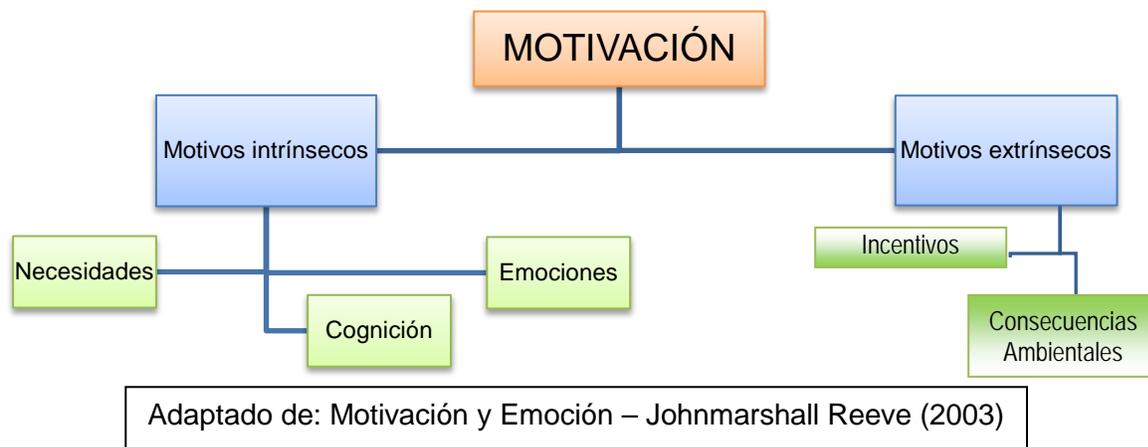
Tabla 3. Surgimiento de las miniteorías

TEORIA	Autor
Teoría de la motivación al logro	Atkinson, 1964
Teoría de atribuciones de motivación al logro	Weinet, 1972
Teoría de la disonancia cognitiva	Festinger, 1957
Motivación de efectividad	White, 1959; Harter, 1978
Teoría expectativa por valor	Vroom, 1964
Motivación intrínseca	Deci, 1975
Teoría de establecimiento de metas	Locke, 1968
Teoría de la desesperanza aprendida	Seligman, 1975
Teoría de la reactancia	Brehm, 1966
Teoría de la Autoeficacia	Bandura, 1977
Auto esquemas	Markus, 1977

De esta revisión resulta claro que el estudio de la motivación intenta responder principalmente a dos cuestionamientos: ¿qué causa la conducta? ¿Por qué la conducta varía en su intensidad?; Hay dos consideraciones principales: la motivación intrínseca y la extrínseca, dejando en claro que aunque se puede observar el comportamiento, no resulta fácil conocer las causas subyacentes del mismo, es decir que se puede contemplar que las personas realizan un gran despliegue de esfuerzo y persistencia frente a determinados asuntos, pero no así las razones que explican esas acciones y que el estudio de la motivación.

Desde la psicología, permite explicar en cierto grado estas observaciones al señalar que es necesario considerar como variables los aspectos relacionados con aquellos procesos que proporcionan energía (fortaleza, intensidad y persistencia) y dirección (propósito, orientación a un logro) a la conducta (motivos), en este sentido Reeve (Gráfico 2) propone un modelo de estudio de la motivación humana, a partir de una serie de variables que se encuentran inmersas tanto en el ambiente como en el individuo.

Gráfico 2. Jerarquía de las fuentes de motivación



Como se aprecia en este enfoque, los motivos intrínsecos se relacionan con las necesidades (condiciones necesarias para preservar la vida), cogniciones (sucesos mentales específicos como creencias y expectativas) y emociones (aspectos referidos a la experiencia: sentimientos, preparación fisiológica, función y expresión), que permiten reaccionar de manera adaptativa a los acontecimientos importantes de la vida, mientras que los motivos extrínsecos son interpretados y analizados como aquellos incentivos (informan que una conducta particular tal vez origine consecuencias de recompensa (refuerzo) o castigo) y consecuencias ambientales (reconocimiento público) que proporcionan energía y dirección a la conducta, por ejemplo, ofrecer dinero o dadas con frecuencia energiza algunos comportamientos, mientras que el encuentro hostil fomenta la evitación defensiva.

Resulta necesario, no solo hacer el inventario de elementos motivantes presentes, sino identificar el nivel de motivación en el que ese encuentran los individuos, aspectos para los que autores como Atkinson y Birch, 1970, 1978; Bolles, 1975; Ekman y Friesen, 1975, citados por Reeve (2003) han determinado siete aspectos de la conducta que revelan la presencia y la intensidad de la motivación:

- Esfuerzo (extensión del trabajo que se aplica cuando se intenta completar una tarea (Kahnerman, 1973, citado por Reeve, 2003),
- Latencia (tiempo que la persona retrasa una respuesta),
- persistencia (tiempo que transcurre desde el inicio de una respuesta hasta su terminación),
- Elección (preferencia por un curso de acción respecto a otro),
- probabilidad de respuesta (número de ocasiones que una respuesta dirigida hacia una meta ocurre durante determinado número de oportunidades que éste tiene la posibilidad de presentarse (Lasning y Heyins, 1959, citados por Reeve, 2003),
- Expresiones faciales (La conducta no verbal de la cara comunica la existencia y la intensidad de una emoción subyacente y por tanto el contenido específico de sentimientos y emociones (Ekman y Friesen, 1975; Ekman y Rosenberg, 1997 citados por Reeve, 2003)
- Expresión corporal (la postura, los cambios de distribución del peso del cuerpo y los movimientos de las piernas y manos manifiestan deseos y preferencias subyacentes (Lockard, 1978, citado por Reeve, 2003),

De tal manera que al intentar relacionar estas variables con el grado de motivación se puede señalar que el esfuerzo, la persistencia y la elección, son directamente proporcionales, mientras que la latencia lo es de manera inversa y la probabilidad de respuesta, así como la expresión facial y corporal son manifestación de las otras cuatro.

Igualmente es importante insistir en que la evidencia señala que muchos de los comportamientos y actividades en las cuales se ve involucrado el ser humano, son en gran medida influenciados por las características de personalidad y experiencia, que cimientan los rasgos y los hábitos, mediante las cuales se construyen y se mantienen comportamientos particulares en diferentes contextos.

A este respecto, la teoría de la personalidad, propone que las combinaciones de rasgos son determinantes fundamentales de comportamiento y son considerados evidencia específica de la relación entre personalidad y comportamiento (Furnham & Heaven, 1999), es decir que la personalidad, entendida como el conjunto de formas y modos característicos de enfrentarse al medio de un individuo, aporta factores que pueden ser positivos o negativos en las prácticas de comportamientos saludables (Adler & Matthews, 1994).

Es por esto que en el Grafico 3 se presentan los principales componentes de la misma, destacando la influencia de los componentes biológicos y ambientales (Pueyo, 1997).

Grafico 3. Esquema básico de los componentes de personalidad

La personalidad, como aquello que hace referencia a la totalidad del individuo humano, engloba las peculiaridades propias de la estructura morfológica y fisiológica de los sujetos en relación con el temperamento, que hace referencia a “los rasgos relativamente estables del organismo, determinados principalmente por la biología del mismo, que se manifiestan en rasgos formales de reacción en las características energéticas y temporales de la conducta” Strelau, (1983), citados por Pueyo, (1997), es decir que el temperamento sintetiza los rasgos emocionales de la conducta.

En relación con el carácter, que es una dimensión psicológica y aprendida de la personalidad en la que se expresan y se dan a conocer las características emocionales de la conducta, las cuales se moldean a través de la experiencia que se obtiene de la interacción entre el individuo y el medio ambiente.

Finalmente, la personalidad se encuentra también en relación con la inteligencia, que se refiere al conjunto de capacidades cognitivas que determinan las diferencias individuales en el rendimiento.

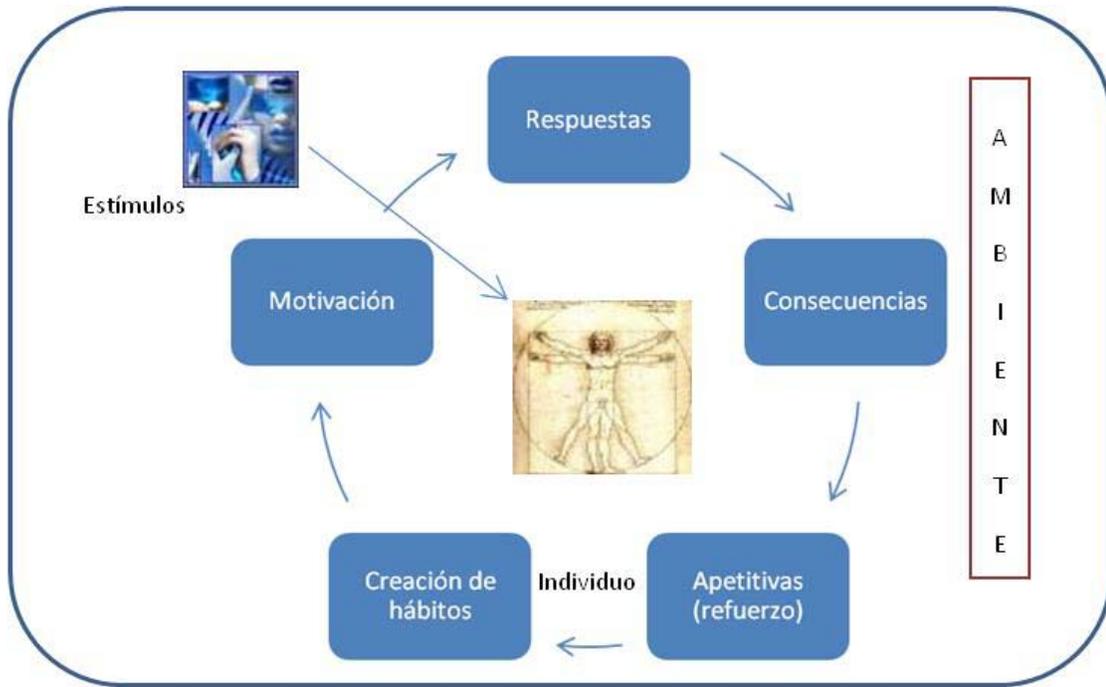
Se destaca que en el componente de la inteligencia se encuentran rasgos, que se relacionan con la consistencia de los comportamientos humanos al desempeñarse en una actividad determinada (Brody, 1988, citado por Pueyo, 1997), estos comportamientos son estables y duraderos en el tiempo y moldean la conducta de cada individuo, de otra parte, en el carácter aparecen los hábitos, que hacen referencia al modo específico de actuar ante el ciclo estímulo – respuesta; Con el fin de diferenciar los rasgos de los hábitos la tabla 4 presenta una síntesis de las mismas.

Tabla 4. Características principales de rasgos y hábitos

Rasgos	Hábitos
Son entendidos como una variable latente en los organismos.	Son respuestas observables.
Son consistentes en las situaciones.	Son específicos ante las situaciones (Estímulos – Respuestas).
Son definidos teóricamente.	Son definidos empíricamente.

Con los elementos señalados, en el gráfico 4 se presenta un modelo de interrelación entre los procesos de aprendizaje y motivación en relación con la personalidad.

Gráfico 4. Interrelación aprendizaje, motivación y personalidad



El ciclo presentado busca evidenciar la interdependencia única y directa que existe entre un individuo y su ambiente, del cual obtiene una gran variedad de estimulación la cual es interpretada por el sujeto que le otorga un sentido y un significado específicos y la incorpora con el fin de ejecutar una serie de respuestas, las cuales a su vez generarán una serie de consecuencias (apetitivas y aversivas), de las cuales dependerá que ese comportamiento se vuelva a presentar en el futuro, puesto que si el balance resulta a favor de los reforzantes o apetitivos, es probable que el comportamiento se repita, haciendo que se constituya en hábito.

Finalmente es importante insistir en que esta serie de relaciones y de respuestas se incrementarán y se harán más fuertes si satisfacen necesidades primordiales para los sujetos, sean éstas de orden fisiológico, social o psicológico.

2.3.2. CONTRIBUCIÓN DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD

Para comenzar es importante destacar la conceptualización de Matarazzo (1982) acerca de la psicología de la salud a la que considera como un “conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias” (p. 4), en este contexto se pueden identificar varios aspectos claves, en primera instancia y de acuerdo con lo expuesto por O’donnell (1989), la promoción de la salud es la ciencia y arte de ayudar a las personas a cambiar su estilo de vida, moviéndolos para que obtengan un estado óptimo en su salud, en este sentido un cambio en el estilo de vida es esencialmente un cambio en el comportamiento humano, que por lo dicho previamente requiere de la creación de ambientes que soporten una práctica adecuada de la salud, dicho de otra manera, si el estímulo ambiental es saludable, esto ayudará a que los comportamientos se modifiquen de manera satisfactoria.

En segundo lugar, la prevención, de acuerdo a lo expuesto por Gil, es entendida como el proceso mediante el cual se realizan y se toman medidas pertinentes para evitar la aparición de enfermedad como producto de la actividad diaria y del estilo de vida, teniendo tres niveles de desarrollo: primario, cuando se instauran medidas para evitar el inicio de la enfermedad; secundario, enfocado al diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, evitando así complicaciones y terciario, orientado a evitar la progresión de la enfermedad y a posponer el desenlace final mediante el tratamiento y a resolver las secuelas mediante la rehabilitación y reinserción (Gil, 2002), teniendo la psicología en estos niveles un aporte valioso en temas como el cáncer (ACS (American Cancer Society), 1987, citado por Winett, King & Altman, 1989), el abuso de sustancias (ADAMHA (Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration), 1987, citado por Winett, King & Altman 1989), tabaquismo (Boyd, 1987), accidentes (The National Safety Council, 1987), embarazo adolescente (Mitchel & Brindis, 1987) y los estilos de vida (Bell, 1964) entre otros, en los que se busca conocer los motivos, preferencias, gustos, deseos, cogniciones y hábitos que generan los comportamientos observados.

Desde la psicología de la salud, se han construido diversas teorías, las cuales se pueden clasificar principalmente en dos grupos: las teorías cognitivo-sociales que comprenden a su vez: El modelo de Creencias en Salud, el Modelo de Acción Planeada, el Modelo de Motivación a la Protección y la Autoeficacia y en segundo lugar las teorías de Etapas, que engloban a su vez el Modelo de Proceso de Adopción de Precauciones, el Modelo Trans-Teórico y finalmente el Modelo HAPA (Health Action Process Approach) (Conner & Norman, 2005).

2.3.3. TEORIA COGNITIVO SOCIAL

La teoría cognitivo-social, contempla aspectos relacionados con factores demográficos, sociales, emocionales y de percepción de síntomas, así como aquellos relacionados con el acceso a la atención y los factores de personalidad y cognitivos (Rosenstock, 1974; Taylor, 1991; Adler & Matthews, 1994; Baum & Posluszny, 1999). Sobre estas bases, la teoría cognitivo-social aborda el comportamiento saludable, entendido como una actividad realizada por una persona que cree que él mismo puede tener un nivel óptimo de salud, previniendo enfermedades y/o detectando síntomas a tiempo (Conner & Norman, 2005), o en concepto de Gochman (1997) como aquellos comportamientos, acciones y hábitos que se relacionan con mantener, restaurar y mejorar la salud de un individuo.

En este enfoque se preconiza que las variables demográficas como edad, género, estatus socio-económico y étnico, se asocian con la ejecución de comportamientos saludables, citando que generalmente, los jóvenes, más adinerados, mejor educados sufren bajos niveles de estrés por contar con altos niveles de soporte social y son más propensos a practicar comportamientos saludables, mientras que los altos niveles de estrés y/o pocos recursos son asociados con compromisos insuficientes con la salud y comportamientos de riesgo como fumar y abusar de alcohol (Taylor, 1991).

Entre los factores sociales incluye, entre otros, los modelos parentales, señalando que los comportamientos se ven influenciados por los valores culturales y las prácticas que se desarrollan al interior de cada sociedad (McNeil, Jarvis, Stapleton, Russel, Eiser, Gammage & Gray 1988). En cuanto a los factores emocionales señala por ejemplo la influencia del estrés al analizar la dieta en las personas obesas (Greeno & Wing, 1994), mientras que destacan que la accesibilidad a los servicios ha sido encontrada como una influencia del uso de los mismos (Whitehead, 1998).

También propone que las combinaciones de rasgos de la personalidad son determinantes fundamentales de comportamiento (Furnham & Heaven, 1999), destacando que estos pueden ser favorables o desfavorables para las prácticas saludables (Adler & Matthews, 1994; Steptoe, Wardle, Vinck, Toumisto, Holte & Wichstrom, 1994) e igualmente sostiene que los factores cognitivos entendidos como los elementos que informan al individuo acerca de la elección (percepción de riesgo, potencial y eficacia de los comportamientos para reducir riesgos, percepción social y control de conducta) determinan o no las prácticas de un comportamiento saludable en un individuo.

Con este enfoque se ha realizado un importante número de estudios, por ejemplo, en la investigación desarrollada en el condado de Alameda (Wiley y Camacho, 1980), se identificaron 7 factores del estilo de vida: No fumar, moderada ingesta de alcohol, dormir entre 7 y 8 horas en la noche, realizar ejercicio regular, mantener el peso de manera razonable, comer pocas frituras y desayunar regularmente, asociándolos con la morbilidad y la subsecuente posibilidad de sobrevivir, mientras otros atribuyen a los estilos de vida como fumar, consumir de alcohol, no realizar ejercicio, entre otros como precursores de

enfermedad y por ende conductas que hay prevenir (Belloc & Breslow, 1972; Belloc, 1973; Breslow & Enstrom, 1980).

Modelo de Creencias en Salud:

Propuesto por Hochbaum, Rosenstock y Kegels durante la década de 1950 (Becker, 1974) validó la idea de la relación existente entre las creencias en salud y el comportamiento, respecto a lo cual Lewin (1951) planteó que las creencias hacen que el comportamiento sea positivo o negativo hacia la salud de acuerdo a las diferencias individuales. En particular, la probabilidad de experimentar problemas de salud, la severidad de las consecuencias y los beneficios percibidos de un comportamiento saludable son los aspectos que evalúa un individuo a la hora de involucrarse en una conducta específica, esto sumado a una valoración que hace éste de los costos que puede tener al elegir dicho comportamiento (Lewin, 1951).

Desde este enfoque se afirma que dos factores primordiales influyen en que una persona adopte una acción recomendada preventiva para la salud, primero, debe sentirse personalmente amenazada por la enfermedad es decir susceptible con serias o severas consecuencias y segundo, debe creer que los beneficios de tomar las acciones preventivas son mayores que las barreras (y/o costos) percibidas a la acción preventiva (Fishbein resumiendo Becker, 1974, 1984; Janz & Becker, 1984; Rosenstock, Strecher & Becker, 1994).

Es el más antiguo y el más ampliamente usado como modelo de cognición social en la psicología de la salud (Conner, 1993), destaca que la percepción de la enfermedad amenazante comprende dos aspectos: la susceptibilidad a la enfermedad y la severidad de las consecuencias y orienta la evaluación del comportamiento de contacto con la amenaza, el cual comprende los beneficios percibidos o eficacia y los costos del comportamiento a adoptar.

En este enfoque la percepción de la amenaza son creencias que determinan la probabilidad de que el individuo siga acciones de salud – relativa, por lo que son modificados por diferencias individuales, por variables demográficas, presión social y personalidad, mientras que la acción tomada es una creencia determinada por la evaluación de las alternativas disponibles que tiene el sujeto. Es decir que asume que algunos individuos que siguen probablemente una acción saludable particular, creen que si toman las medidas necesarias para contrarrestar los posibles efectos nocivos de sus comportamientos estarán bien, compensando los costos.

Otras dos variables comúnmente incluidas en el modelo son las señales de acción y la motivación de la salud, las señales de acción son asumidas o incluidas en diversos rangos como desencadenantes para aquellos individuos que toman acciones que pueden ser internas (síntomas psicológicos), externas, o individuales (Janz & Becker, 1984), al respecto Furthermor & Becker (1974), argumentaron que ciertos individuos pueden tener

predisposición a responder a señales semejantes debido a la valoración que pueden realizar de su salud y de su medio ambiente (Becker, 1974).

Finalmente, en este modelo, es importante resaltar, que las creencias provienen de una relación estrecha entre la socialización y el comportamiento y aunque señala que las creencias provienen de las características individuales, de acuerdo a su experiencia y la manera de comportarse, estas pueden ser adquiridas en los procesos de socialización primaria e insiste en que las creencias son modificables, lo cual puede hacerse posible a través de diferentes métodos que permitan mejorar el nivel de salud y vida, siendo uno de los métodos más usados la educación en la salud.

Con base en este modelo se han realizado múltiples investigaciones, en particular en Colombia se destaca la desarrollada en Cali que pretendió describir las creencias sobre la salud de jóvenes universitarios y su relación con las prácticas o conductas de riesgo o de protección, en seis dimensiones del estilo de vida (condición, actividad física y deporte; recreación y manejo del tiempo libre; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y sueño), encontrando una alta o muy alta la presencia de creencias favorables con la salud, en todas las dimensiones, excepto en el sueño e Incongruencia entre creencias y prácticas en la mayoría de las dimensiones del estilo de vida (Arrivillaga, Salazar y Correa, 2003).

Igualmente en La Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada se adelantó un trabajo de investigación que encontró que los estilos de vida de los médicos y enfermeras evaluados presentan deficiencias, principalmente en actividad física y deporte, evidenciando que la información sobre la enfermedad no resulta suficiente para producir cambios de conducta que la prevengan (Sanabria, González y Urrego, 2007).

Modelo de Motivación a la protección:

Rogers (1975, 1983, 1985) desarrolló la teoría de la motivación de la protección, según la cual los comportamientos relativos a la salud son un producto de cinco componentes: dos que corresponden a la percepción al enfrentar el problema (Capacidad individual y eficacia de la respuesta) y tres a como se valora la amenaza (vulnerabilidad, severidad y miedo) a partir de dos fuentes de información: Las experiencias previas y la interacción con el medio.

Estas permiten describir respuestas adaptativas y des-adaptativas frente a las amenazas de la salud, dando como resultado de la aparición de dos procesos: Apreciación de amenaza y afrontamiento de la misma.

El primero está basado en la consideración o percepción de la susceptibilidad y la severidad de la amenaza para la salud, mientras que el afrontamiento corresponde al proceso en el que se evalúan y fijan las alternativas de comportamiento que podrían disminuir la amenaza con base en las expectativas que los individuos tienen acerca de sus comportamientos, de cómo pueden remover la amenaza (respuesta eficaz) y de una

creencia basada en la habilidad de ejecutar los cursos de acción recomendados (auto-eficacia) (Maddux & Rogers, 1983; Roger, 1983).

Se destaca el rol que este enfoque da al nivel de miedo que puede ser asumido por el individuo, el cual permite modular la percepción de susceptibilidad y severidad del daño e igualmente el que las respuestas adaptativas son más probables en los individuos que perciben la efectividad de acciones semejantes a la hora de reducir la amenaza.

Estas dos apreciaciones cognitivas alimentadas dentro de la motivación a la protección, pueden ser una variable interviniente que energiza y dirige la actividad de proteger y controlar el peligro, por tanto la motivación de la protección es típicamente operacionalizada como la intención a ejecutar los comportamientos de proteger la salud o evitar los comportamientos que comprometan la misma.

Entre las investigaciones realizadas acerca de la influencia generada por el miedo dentro de la teoría de la protección, se destaca la de Hovland (1953), quien postuló que las valoraciones y las situaciones donde se percibe el miedo dirigen el comportamiento hacia acciones específicas, en las cuales, el sujeto hace una valoración de la situación y del riesgo que implica involucrarse en ella, siempre teniendo presente el elevado nivel de riesgo y el estado emocional en el cual se encuentra, destacando que en muchas ocasiones el conocer y saber cuál es el nivel de riesgo y el miedo elevado que se llega a experimentar, no resultan suficientes para que el individuo deje de lado determinado comportamiento, esto por la percepción de la existencia de reforzantes que resaltan el beneficio de actuar de cierta manera (Hovland, Janis & Kelley, 1953).

Modelo de Acción Planeada:

Formulado por Fishbein y Ajzen (1975), señala que varios factores anteceden y explican el comportamiento humano, postulando que las conductas están bajo el control consciente de los individuos a partir de distintos determinantes que las preceden y explican; Para estos autores el determinante inmediato de la conducta no es la actitud propiamente dicha, sino la intención de realizarla, la cual a su vez tiene dos precursores que la explican; uno estrictamente individual: La actitud acerca de la conducta, y otro de carácter colectivo y social: El contexto socio-cultural del individuo, acuñado como norma subjetiva (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen 1989; Morales, Reboloso y Moya, 1994).

Propone que los determinantes proximales del comportamiento son intencionales, es decir que el individuo tiene una noción y percepción de control de los comportamientos en los cuales se implica y las intensiones representan la motivación de la persona en el sentido del plan o decisión a ejercer, por tanto la percepción del comportamiento se corresponde con una expectativa que la persona realiza de la noción de control que puede tener de una conducta específica (Trafimow, Sheeran, Conner & Finlay, 2002).

En este sentido el control es un concepto similar al planteado por Bandura (1982) como Autoeficacia, la cual se refiere a cómo la gente se siente, piensa, se motiva y se

comporta, encontrando que esto es producto de la creencia en los efectos diversos de cuatro procesos importantes, los cognitivos, los de motivación, los afectivos y los de selección (Bandura, 1994), sin embargo, en este caso, el control es visto como un continuo en el comportamiento, que va encaminado a un fin o meta, en la cual se analizan, los recursos, las demandas y destrezas.

Para este enfoque, la intención es determinada en sí misma por tres factores específicos: Las actitudes (percepción de consecuencias de los comportamientos, basándose en la probabilidad de resultado de la ejecución del comportamiento y la evaluación observable del mismo), las normas subjetivas (creencias que las personas tienen acerca de los significados o pensamientos que probablemente se hubiesen empleado en el comportamiento, las cuales tienen la función de normalizar las creencias y de representar las percepciones de los significados específicos de otras posibles opciones o preferencias para ejecutar un comportamiento particular), y la percepción de control (que es influenciada a su vez por las creencias concernientes al acceso a los recursos necesarios y a las oportunidades para la ejecución del comportamiento, ponderando la percepción de los factores que facilitan o inhiben la ejecución de la conducta y que incluyen criterios de control interno (información, diferencias individuales, habilidades y emociones) y de control externo (oportunidades, dependencia al grupo, barreras)).

Modelo de Pensamiento Paralelo:

Postulado por Edward de Bono, afirma que la intención es el primer paso, pero se requiere de estructuras para convertir esa intención en acción y transformarla en resultados, dichas estructuras son descritas con la parábola de los seis sombreros:

- Sombrero blanco, corresponde a la información, por tanto es neutral y objetivo, maneja hechos y cifras, es esencialmente intelecto.
- Sombrero rojo, concerniente a la intuición, la emoción y los sentimientos, por tanto se relaciona con pasiones, tales como ira y placer, entre otros.
- Sombrero negro, relacionado con la cautela, la crítica y el pesimismo, es decir que es triste y negativo, estimula el freno a la conducta, las razones por las que algo no puede o debe hacerse.
- Sombrero amarillo, relativo a los beneficios, valores y ganancias, es feliz y positivo, corresponde al optimismo y la esperanza, estimula el pensamiento positivo, descubre las ventajas de la acción.
- Sombrero verde, inherente a la creatividad, al análisis de alternativas y posibilidades, genera nuevas ideas y enfoques sobre la conducta a asumir ante la situación que se analiza.
- Sombrero azul, propio del control de los procesos, se ubica por encima de las situaciones y administra la organización del proceso del pensamiento, corresponde a la autoridad sobre la decisión final (Sánchez).

En síntesis, se puede señalar que la teoría cognitivo-social plantea que la motivación humana y la acción son asumidas a partir de tres expectativas: resultado-

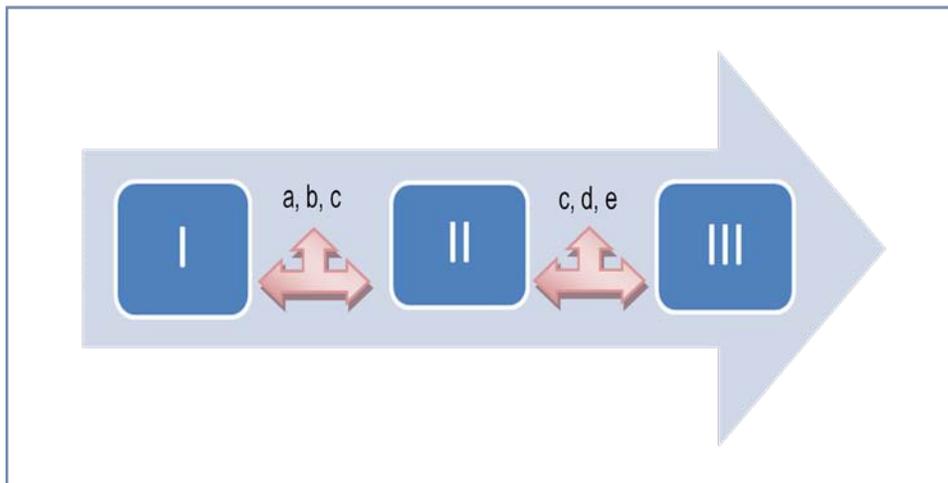
situación, acción-resultado y percepción de autoeficacia. Estas expectativas, interfieren en las acciones personales de cada individuo a la hora de tomar decisiones e involucrarse en un comportamiento determinado.

Para el caso de los hábitos saludables, la susceptibilidad a la amenaza de la salud, representa una situación-resultado, mientras que la acción-resultado, es la creencia que se da acerca de cuando el comportamiento es o no dirigido a una meta específica sobre la cual se obtendrá un resultado benéfico o deletéreo para la salud y finalmente la autoeficacia, es la creencia que tiene el individuo acerca de que el comportamiento es o no dependiente del control individual (Bandura, 1982).

2.3.4. TEORIA DE ETAPAS

De acuerdo con este enfoque las personas pueden moverse a través de diferentes estados en los cuales su comportamiento varía, recibiendo a su vez distintas consecuencias dependiendo de su conducta. El gráfico 5, esquematiza los principales aspectos de este modelo.

Gráfico 5. Modelo de tres etapas



Como se aprecia, los numerales I, II y III representan las diferentes etapas en las cuales un individuo puede verse involucrado o incluido por su conducta, pasando por las diferentes transiciones, en las cuales se pueden apreciar los factores a, b, c, d y e, como moduladores o determinantes que pueden incrementar la posibilidad de moverse de un estadio a otro, cambiar de dirección o aún mantenerse en el comportamiento en el que se encuentra, todos estos factores actúan como variables independientes sobre las etapas o estadios que se convierten en variables dependientes; se destaca también que en el modelo el factor “c” es compartido en las dos transiciones y que hay relación explicativa de los factores que influyen en esta transición, de tal manera que la influencia de “c”, puede ser diferente en paso de I a II, que en paso de II a III, y tener un efecto indirecto sobre los

demás factores, por supuesto que este es un modelo simple de solo tres etapas, pero permite una aproximación a situaciones más complejas que incorporan un mayor número de etapas, dando, en consecuencia, una explicación más relevante de las transiciones y de las variables involucradas en este proceso (Conner & Norman, 2005).

Se destaca que los modelos de la teoría de etapas tienen, según Flórez, la importancia de concluir en la necesidad de dar respuestas diferenciales para fomentar el control (Flórez, 2003).

Modelo Trans – Teórico:

El modelo Transteórico (TTM) ha sido dominante en los enfoques de la promoción de la salud desde la psicología, fue desarrollado en 1980 por un grupo de investigadores de la universidad Rhode Island, como una derivación de un sistema de psicoterapia y explica que los individuos progresan a través de un determinado número de etapas durante su proceso de cambio de conducta:

- Pre-contemplación (no pensar en adoptar una conducta específica en un futuro próximo);
- Contemplación (considerar la idea de adoptar una conducta específica en un futuro cercano);
- Preparación (tener la intención de adoptar una conducta específica de forma inmediata);
- Acción (poner en práctica una conducta específica); y
- Mantenimiento (consolidar la conducta y utilizar estrategias para continuar y prevenir deslices) (Prochaska, DiClementi & Norcross, 1992; Carr, Hotte & Hotz, 1997).

Una de sus principales aplicaciones empíricas se ha relacionado con el abandono del hábito de fumar y la permanencia de esta conducta (DiClemente & Prochaska, 1982; Prochaska & DiClemente, 1983).

El nombre de trans-teórico se debe a que incluye constructos diferentes: la etapa de cambio, los pros y contras del cambio, confianza y tentación y el proceso de cambio, en una tentativa a integrar esos diferentes constructos de cambios comportamentales y sistemas de psicoterapia para así darle coherencia al modelo.

Usualmente se asume el movimiento de las etapas en orden, pero en realidad se trata de ciclos de etapas, siendo posible recaer en fases previas en la acción o mantenerse por mucho tiempo en la misma etapa, destacando que el tiempo de permanencia solo es determinado por el cambio comportamental.

La TTM ha sido empleada en varias investigaciones, dentro de las cuales, según Conner & Norman, (2005) se pueden resaltar:

Comportamiento	Autores
Fumar	DiClemente et al (1991); Prochaska et al (1993); Kraft et al (1999); Borland et al (2000); Aveyard et al (2003).
Beber	Budd and Rollnick (1996); Migneault et al (1999).
Uso de drogas	Isenhardt (1994); Belding et al (1996)
Ejercicio	Marcus and Simkim (1993); Courneya et al (2001), Blissmer and McAuley (2002).
Alimentación saludable	Domel et al (1996); Steptoe et al (1996).
Uso del condón	Ever et al (1998); Brown-Peterside et al (2000).
Mamografías	Rakowski et al (1992); Clark et al (2002).
Protección del sol	Rossi et al (1994); Weinstock et al (2002).

Esta teoría ha sido complementada con la inclusión de elementos como los pros y contras de la percepción de las ventajas y desventajas del cambio en el comportamiento, que fueron estudiados por Janis & Mann's (1977) analizando específicamente la conducta de fumar (Janis & Mann, 1977), igualmente con conceptos como la confianza que es similar al constructo de Bandura (1986) de autoeficacia y se refiere a la explicación que el individuo realiza de un comportamiento recomendado para ser ejecutado en una situación potencialmente difícil y la tentación, que se refiere al constructo que da a conocer un comportamiento establecido en un rango de acciones que no es saludable para el sujeto, siendo ésta una situación dificultosa de sobrellevar para el individuo (Bandura, 1986).

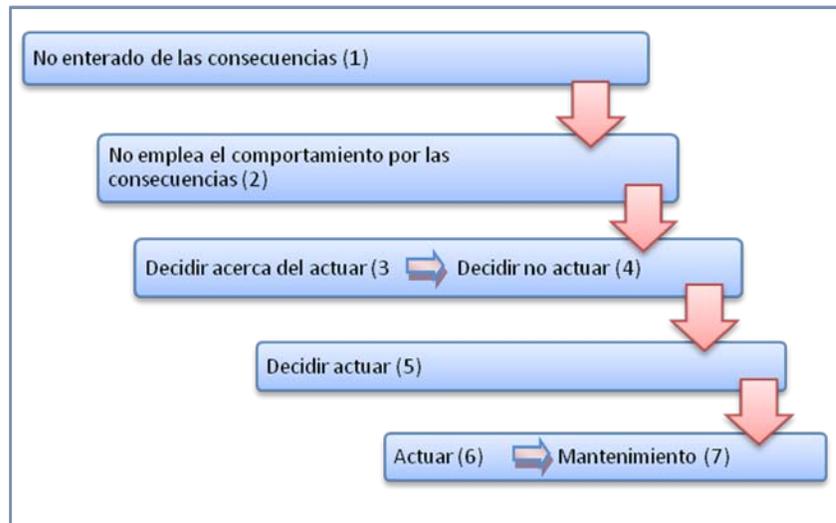
Modelo de Proceso de adopción de precauciones:

El modelo de la Adopción a la Precaución (PAPM) fue originalmente desarrollado por Weinstein (1988) pero fue revisado por Weinstein y Sandman (1992), es una metodología para la promoción de salud siguiendo los postulados del modelo de competencia teniendo al autocontrol como meta final.

Supone etapas cuyo propósito es que la propia persona identifique, valore y fomente conductas protectoras, busca por ende lograr el conocimiento global del factor de protección y de los beneficios que puede aportar a una persona, obtener conocimiento particularizado, dirigido a grupos de referencia, sobre los beneficios del factor de protección, adquirir un conocimiento específico, resultante del auto-análisis de los beneficios que aporta el factor, asumir una decisión consciente de actuar para adoptar la precaución, resultante del análisis de costos/beneficios y elaborar un plan personalizado para la adopción de la precaución, teniendo en cuenta condiciones favorables y adversas.

Lo que se lleva a cabo generalmente a través de talleres con grupos vulnerables, diseñados y dirigidos por especialistas diversos que han sido previamente entrenados (psicólogos, médicos, enfermeras y pedagogos) (Weinstein, 1982).

La representación del modelo se presenta en el gráfico 6.

Gráfico 6. Modelo PAPM

Como se aprecia, la teoría especifica cinco niveles posibles con siete etapas en el proceso de la adopción de la precaución:

- En la etapa uno, el sujeto no se ha enterado de la consecuencia que tendrá su comportamiento sobre la salud.
- En la etapa dos, el sujeto se entera de los efectos del comportamiento, pero no adopta la precaución y no la emplea de manera personal por las consecuencias que podría recibir.
- Las personas que alcanzan la etapa tres, llegan al nivel de decisión, por ende pueden ubicarse en dos etapas, según lleguen a considerar el adoptar la precaución el no hacerlo
- si ellos deciden no adoptar la precaución, se moverán a la etapa cinco, en la que pueden permanecer o migrar.
- Si eligen actuar, habrán llegado a la etapa seis.
- Si mantienen ese esfuerzo se ubicaran en la etapa siete

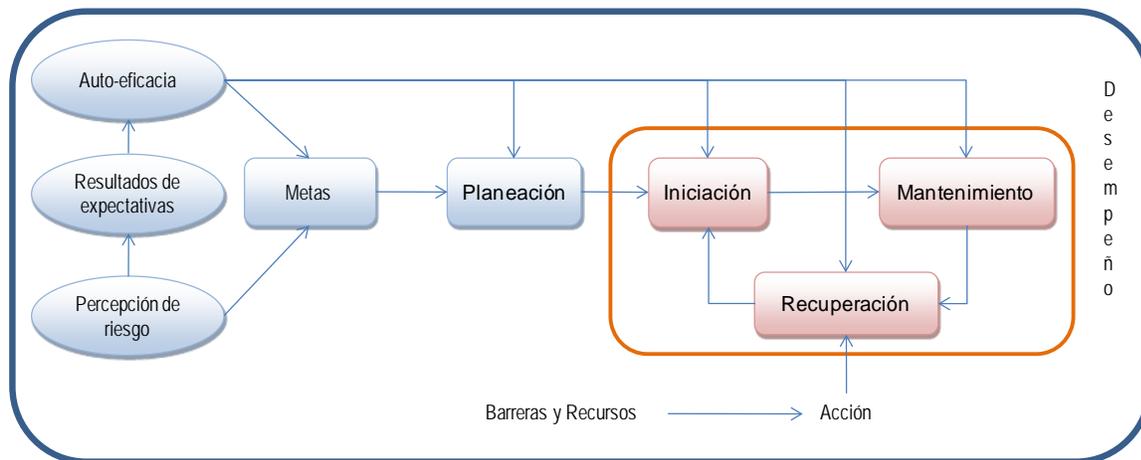
Habiendo alcanzado esta etapa, se considera que el comportamiento es el adecuado y por ende cesa la intervención sobre el mismo.

Modelo Proceso de Acción de Acercamiento Saludable, HAPA (Health Action Process Approach):

Sugiere que la adopción, la iniciación y el mantenimiento de los comportamientos de la salud se deban concebir explícitamente como un proceso que consiste en por lo

menos una fase de la motivación y una fase de la volición, cuyo modelo se presenta en el gráfico 7.

Gráfico 7. Modelo HAPA adaptado de Schwarzer et al. (2008)



La fase de motivación es pre-intencional e incluye tres variables que influyen directamente sobre el comportamiento: percepción de riesgo, resultados de expectativas y autoeficacia (como es entendida por Bandura, 1986), sugiriendo un orden causal de estos tres predictores “el peligro es un antecedente específico que ayuda a estimular comportamientos que den como resultado la creación de expectativas de autoeficacia” Schwarzer (2004), es decir que las personas, por cualquier razón, pueden tener percepciones superiores de riesgo, dando como resultado un nivel superior de autoeficacia.

La fase de volición, llamada de autoregulación o de acción, esta representada en la zona derecha de la figura y está enfocada sobre las cogniciones envueltas en la iniciación y el control de la acción, por ejemplo, la formación de detalles en los planes de acción, es vista como la esencia de trasladar las intenciones al plano de acción, por lo que se subdivide en una fase del planeamiento, una de acción y una de mantenimiento.

Finalmente se destaca que la auto-eficacia percibida desempeña un papel crucial en todas las etapas junto con otros conocimientos, la relación existente entre ésta y los demás elementos del modelo, conforman una fase específica del modelo.

Principales variables a considerar

De lo presentado hasta este momento se puede afirmar que en la psicología de la salud el concepto de estilo de vida es un constructo que permite relacionar la personalidad y los patrones motivacionales con conductas de riesgo o de protección para la salud, destacando que hay al menos cinco variables de percepción individual a considerar:

- Severidad (que tan grande es el riesgo de daño si no se hace),
- Vulnerabilidad (que tan sensible se es a un daño si no se hace),

-
- Beneficio (que se gana con la conducta),
 - Costo (cuanto esfuerzo se debe hacer para lograrlo),
 - Autoeficacia (que tan capaz se considera la persona de hacerlo).

2.4 EL PROCESO DE ADOPCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES DESDE EL ABORDAJE CULTURAL

Aunque en las ciencias sociales no se ha abordado la práctica de hábitos saludables, tal y como se presentan en este trabajo, su aporte es cada vez más reconocido, (Bayés, 1985, citado por Luzoro, 1992) ya que se han desarrollado diferentes modelos teóricos en los cuales se incluyen conceptos e hipótesis referidas a factores protectores, factores de riesgo y su relación con el estado de salud de las personas, es así como desde el punto de vista de la sociología de la salud se aborda la promoción de la salud en términos de las identidades sociales y su inserción en la estructura social y el control social y desde la antropología se utiliza el enfoque de la antropología médica con el fin de crear una “*nueva cultura médica*” que haga partícipes activos a las personas en las decisiones referidas a su salud.

Los análisis realizados por estas disciplinas, que se centran en los problemas de salud vinculados a determinantes de un estilo de vida, señalan que aunque estos pueden ser específicos de una fase de la vida, por ejemplo, la niñez o la vejez, en realidad están profundamente vinculados a los denominados aspectos culturales de la población y por tanto, tomar conciencia de la importancia de la promoción implica en el fondo un cambio cultural paulatino y gradual en que las personas y los colectivos se apropian de sus recursos y de su relación con el otro y el medio ambiente y en este contexto la comunicación es un elemento esencial en el proceso de transmisión y consolidación del universo simbólico de la cultura.

Prieto (2003), escribiendo acerca de la actividad física, destaca cómo los programas, aunque se han dirigido a transformar, en las personas y grupos, la actitud, adherencia y percepción de riesgos y beneficios, evidencian acciones puntuales de baja permanencia, debido al desconocimiento de la construcción colectiva de los hábitos, como producto de las redes simbólicas que se han definido en los grupos a partir de determinadas experiencias sociales, políticas y culturales.

Oyarsun (2001), destaca el aporte de la antropología en salud al estudiar las condiciones socioculturales por las cuales transita el proceso de salud y enfermedad y las respuestas que cada grupo social construye, partiendo de la comprensión de que la salud es un concepto por definición colectivo y por reducción individual que se relaciona con estados de equilibrio dinámico de componentes biológicos, psíquicos, sociales y espirituales que se expresan de acuerdo al *relativismo cultural* en el que se construye.

Argumenta que la enfermedad es un concepto por definición individual y por extensión colectivo, en el que al realizarse el proceso que hacen los epidemiólogos para determinar las prevalencias o incidencias de algunas enfermedades en poblaciones específicas, es decir que cuando se buscan las explicaciones del por qué y cómo se logran ciertas tasas, razones o

proporciones, las enfermedades pierden importancia y son las variables explicativas o independientes las relevantes, por ejemplo al colectivizar las enfermedades cardiacas se asocian las tendencias de la obesidad, el sedentarismo, el uso del alcohol o el tabaco y los hábitos dietéticos como los factores predisponentes a sufrir una enfermedad de este tipo, los cuales a su vez están acotados por la familia, la comunidad, las redes de apoyo social y otras organizaciones como las sanitarias, todo lo cual está inmerso en la cultura, que es el mecanismo que permite articular la conducta de las personas con el medio social a través de normas de significación simbólica que se materializan en estructuras sociales como los sistemas de normas, de valores y de creencias que dan sentido a las relaciones humanas.

Pradines (2001), describe con amplitud las posibles interacciones entre la promoción de la salud y la cultura destacando la frecuencia con la que los equipos de intervención desconocen la cultura, a la que entiende como un grupo de ceremonias, formalidades, tradiciones y tabúes, que en su conjunto representan la identidad y la imagen social y que se expresan como estándares comunes, generados, compartidos y sustentados socialmente. Además destaca el hecho de que la cultura se caracteriza porque condiciona el modo de pensar, sentir y actuar de las personas y por ende cualquier intervención que se planea, requiere de aceptación y adaptación a la cultura de los grupos objetivo.

Desde la antropología cognitiva la cultura corresponde al conocimiento compartido, que establece la autoimagen del grupo, así como las reglas constitutivas y reguladoras que organizan las creencias y las acciones de la misma. Para la antropología simbólica son más los significados compartidos, es decir la forma como las experiencias se tornan significativas para el grupo, como se interpretan y juzgan. En la antropología estructural y psicodinámica se enfocan en los procesos psicológicos inconscientes que comprenden las formas de la organización humana y sus prácticas como proyecciones de los mismos. Sin embargo hay un relativo consenso en que un sistema cultural se estructura a partir de reglas o normas, que pueden ser explícitas o implícitas.

A este respecto, Mockus y Corzo (2003) han señalado que: el dominio de las reglas o normas se expresa a través de tres niveles o posibilidades: 1) Ser capaz de enunciarla y explicarla, 2) Reconocer si un comportamiento es conforme o no a ella, y 3) Producir comportamientos conformes a ella.

Destacan que puede existir una gama de posibilidades de cumplir, total o parcialmente, uno, dos o los tres elementos y que este desempeño se puede evidenciar en cualquier orden. Así mismo, enfatizan que estas reglas tendrían tres expresiones: la jurídica (legal), la cultural (colectiva) y la moral (individual) y que la modernidad invita a cada individuo a formarse un régimen de criterios propio, que le permita gobernarse según su propia mentalidad (autonomía moral), siempre y cuando respete el ordenamiento legal, lo que facilita que puedan convivir prácticas culturales muy disímiles.

Kotler (1995), insiste en la forma como la cultura es el determinante fundamental de los deseos y del comportamiento de las personas y como cada cultura esta compuesta de subculturas que proveen a sus miembros de factores de identificación y socialización específicos, entre los que destaca la nacionalidad, los grupos religiosos, los grupos raciales y las zonas geográficas.

Sen (2001), se enfoca en estudiar los criterios de elección social y conducta individual, insistiendo en la importancia de empoderar a las personas y a las comunidades para la toma de decisiones documentada.

Benvenuto y Visotsky (2001) señalan como la construcción social de la enfermedad está definida por la anormalidad del comportamiento, de modo que las definiciones de enfermedad reflejan en gran medida los valores e ideosincracia de la cultura, la cual es dinámica y se apoya en la riqueza de una diversidad de tradiciones, creencias e ideas, hábitos y conocimientos empíricos que son la expresión de la sensibilidad.

Al considerar el proceso de construcción cultural, se subraya que mientras en el sector salud, el esfuerzo se concentra en "convencer" a cada uno de los miembros del grupo acerca de la importancia de modificar o introducir un nuevo componente en su cultura, las empresas de "comunicación" buscan modificar los hábitos de consumo apoyándose en valores culturales ya existentes, para lo que se requiere tomar *distancia respecto de la propia cultura*, buscando que los valores de los otros puedan adquirir sentido y *aceptar la naturaleza dinámica de la identidad* la que no se construye sobre hechos, ni sobre proximidad geográfica, sino sobre interpretaciones y el sentirse como parte de una tendencia (Neira, 2001).

Es decir que para algunos autores, la capacidad de representar o simbolizar, con frecuencia por medio del lenguaje, es la característica fundamental de la cultura (Geertz 1973)

Se destaca también que los sistemas socioculturales reflejan en sus formas, estructuras, políticas y procesos el hecho de que un grupo de personas comparte una cantidad de experiencias en el proceso de solución de problemas internos y externos, lo que origina una visión compartida del mundo que los rodea y del lugar que ocupan en él y por tanto en este sentido la cultura concreta es un producto aprendido de la experiencia grupal.

Sin embargo, este proceso es también producto de unos sistemas mayores, que influyen en la formación del conjunto de actitudes individuales, las que a su vez están condicionadas por presunciones, normas, creencias y valores que se han formado previamente, constituyéndose un proceso muy dinámico, de tal modo que continuamente se siguen produciendo procesos de aprendizaje y reaprendizaje de las normas sociales que imperan en un entorno específico y que condicionan los modelos de comportamiento que serán asumidos como correctos en ese contexto (Rodríguez, 1990).

En cierto sentido todo aprendizaje cultural refleja en última instancia el proceso de socialización, es decir de aceptación personal de las ideas sociales de lo que "debe" ser y que se expresa en valores, creencias y costumbres que se manifiestan, en el proceso de toma de decisiones y en el proceso de identificación y selección de su rol, objetivos y estrategias, sirviéndole de guía al individuo para actuar en situaciones de incertidumbre.

En este sentido, para otros autores, el nivel último de análisis lo constituyen las presunciones, las cuales nos indican el por qué las cosas funcionan de una determinada manera (Allaire y Firsirotu, 1992).

2.4.1. ABORDAJES Y METODOS PARA EL ESTUDIO CULTURAL DE LA SALUD

Dado que la cultura es parte de la especie humana y se relaciona con el conocimiento, las costumbres, el habla, el arte, las ideologías, las reglas y las creencias; las cuales son aprendidas a partir de la interpretación de los acontecimientos del pasado, por parte de quienes están cerca, agregándoles nuevas explicaciones a partir de las experiencia actuales (Kroeber, citado por Gutiérrez, 2005), existen diferentes abordajes para el estudio cultural de la salud.

Así para algunos autores como Moscovici, 1993, las concepciones sobre la salud y la enfermedad, sobre la normalidad y la anormalidad están ancladas en *representaciones sociales*, entendiendo a éstas como conjunto de conceptos, percepciones, significados y actitudes que los sujetos de un grupo social comparten en relación a la realidad social, es decir que consideran que fenómenos culturales compartidos llegan a condicionar las necesidades grupales, la elección de los elementos para su satisfacción y las prácticas cotidianas, en otras palabras las representaciones y prácticas sociales son construcciones acerca de determinado aspecto del mundo circundante mediante la estructuración de una amplia gama de informaciones, percepciones, imágenes, creencias y actitudes vigentes en un sistema social.

Dicho de otra forma, la representación social es una producción mental, que cumple una doble función: establecer un orden que permite orientarse en el mundo a los sujetos y establecer una comunicación entre los miembros de un grupo o comunidad. Por lo anterior se afirma que el estudio de éstas permite comprender como los sujetos teorizan acerca de sus experiencias.

Soportan esta postura tomando como ejemplo las pautas alimentarias, a las que señalan como uno de los aspectos de la cultura que más se resiste al cambio cultural, lo anterior porque la alimentación es parte de la cultura popular, de las redes de ayuda mutua, de la reciprocidad y la solidaridad, tanto a nivel familiar como grupal e institucional.

De otra parte y para analizar e intentar explicar que sin una imposición formal haya una importante sistematicidad en las representaciones y comportamientos, algunos autores han utilizado el concepto de *habitus* desarrollado por Bourdieu, 1991, en su teoría de las prácticas, según la cual la mayoría de las conductas cotidianas son guiadas por esquemas prácticos informacionales, es decir, por principios que imponen el orden a la acción.

A este respecto López (2001), utiliza esta herramienta y señala como es interesante la conceptualización del pasado como algo activo, con posibilidades de resignificación y reutilización, destacando que el habitus es un principio de conciencia sin conciencia, de

una intencionalidad sin intención y de un dominio práctico de las regularidades del mundo en el que significados provenientes de distintos mundos se ponen en contacto y las diversas alternativas se mezclan armando un conjunto de posibles opciones.

En otro sentido se destaca en la antropología el denominado enfoque crítico, acerca del cual Junge, 2001, afirma que es importante distinguir tres mecanismos de su enfoque:

- En primer lugar, que contiene una aproximación ecológica a los procesos de salud y enfermedad (Medical Ecological Theory), en la que se considera la adaptación como el concepto central para comprender los procesos de salud-enfermedad, es decir que la salud es vista como un indicador del grado de adaptación ambiental de los individuos y de los grupos, es decir, parte de la premisa que el nivel de salud de un grupo refleja la naturaleza y calidad de las relaciones al interior del grupo, de éste con grupos vecinos y con el medioambiente natural en el cual hábitat (McElroy y Townesend, 1989).

Desde esta óptica, en las relaciones se incluye también la capacidad del grupo para adaptarse a nuevas condiciones medioambientales y epidemiológicas, así como a los cambios que puedan acontecer a nivel de la cultura o de la sociedad, de tal forma que se aborda tanto a la biología como a la conducta humana como un conjunto de adaptaciones interactivas con los cambios ecológicos y sociales, expresadas tanto en la modelación conductual o biológica, como en la creación de alternativas terapéuticas o preventivas para enfrentar las nuevas condiciones ambientales.

- Un segundo elemento se desprende de la teoría interpretativa de la cultura (Cultural Interpretative Theory, Kleinman, 1997), perspectiva que en términos generales pone el énfasis en considerar la enfermedad como un modelo explicativo, más que como una entidad con existencia autónoma, sosteniendo que en este sentido la enfermedad pertenece a la cultura, en cuanto depende de la construcción de realidad humana que cada grupo hace, sosteniendo que la comprensión de la enfermedad, tanto por el paciente como por el médico o sanador, es posible sólo a través de una serie de actividades interpretativas compartidas.
- Un tercer aspecto es su acercamiento a las relaciones de poder inherentes a los contextos clínicos y de suministro de salud, considerando dichas relaciones en su utilidad para mantener la dominación social y cultural del paradigma moderno (Baer, 1994), sostiene que implícitamente lo que se hace es reforzar la hegemonía desde el cual se ejerce la biomedicina, lo que se expresa en la manera de mirar la realidad, la salud y la enfermedad y en las formas de relacionarse con paradigmas distintos.

Sobre la base de estas tres miradas se construye una perspectiva compleja que incluye los componentes culturales, sociales, políticos, económicos y ecológicos presentes en los procesos de salud y enfermedad, los que se pueden expresar en los niveles macro -

sociales o paradigmáticos; intermedios, de grupos y comunidades sociales; y también en la experiencia individual de cada sujeto.

Para quienes se identifican en esta categoría algunos conceptos claves a trabajar son los de 'reificación' (aceptación de la construcción clínica como hecho médico), privatización (la transformación clínica de los conflictos sociales en patologías individuales), responsabilización (victimización de los individuos, ocultamiento de la etiología social de las relaciones sociales en el origen de las enfermedades), hegemonía del sistema médico (construcción médica de reconocimiento social), medicalización (la absorción de áreas de prácticas sociales como problemas médicos), el control social médico (rol médico para mantener normas y valores), relación médico paciente (micropolítica de la medicina), las relaciones de clase, género, etnia y la medicina.

También hay quienes plantean un debate entre lo natural y lo cultural, respecto a lo cual Acevedo, 2001, propone que: “El desenvolvimiento de las interrelaciones sociales y sentimentales hoy es parte del legado de una trama cultural que tiene aún desenlaces insospechados. Y si bien no se pretende desconocer que los *"hechos de cultura"* pueden estar vinculados a esquemas concretos de costumbres, usanzas, tradiciones, hábitos, así como a normas, valores e instituciones que gobiernan y moldean la conducta de las sociedades, lo cierto es que la diversidad y variedad humana tienen infinitas posibilidades de expresarse”.

En síntesis, desde la antropología se destaca cómo una de las características de toda identidad cultural es querer definir quiénes comparten sus valores, para dar a éstos una serie de privilegios que son la contrapartida de una serie de discriminaciones para quienes no los comparten. Una identidad cultural es en consecuencia una forma de vida de acuerdo con ciertos valores y un sistema de privilegios y exclusiones, estableciendo que el umbral de tolerancia para incluir o excluir ciertos comportamientos o valores no puede ser predefinido, sino que es fruto de la misma prescripción cultural y se modifica continuamente.

A pesar de esto, es importante destacar que en la práctica de salud se ha interpretado lo cultural mucho más como un “obstáculo” o al menos como una resistencia o barrera, a normas y prácticas sanitarias instituidas, con lo que su abordaje se centrado en un enfoque exclusivamente microsociales, en el que la 'unidad de análisis' es la pequeña comunidad y la interculturalidad se presenta como una situación "invisible" en las instituciones, en lugar de efectuar la conceptualización de las acciones en salud como un espacio de pluralismo cultural en el que las experiencias pasadas se convierten en capital acumulado que permite a las personas actuar en el presente.

Desde la perspectiva metodológica, el aporte más usado hasta el momento es el de la *etnografía*, al respecto Granada (1998), afirma que aporta herramientas útiles al médico que le permiten cualificar su práctica profesional, ser reflexivo y crítico de su actuar, y adquirir información sobre las múltiples situaciones que se generan en la vida cotidiana de sus pacientes y colegas y que pueden enriquecer las explicaciones de las fluctuaciones del bienestar.

2.4.2. APORTES DESDE LA CULTURA AL ESTUDIO DE LA ADOPCION DE HABITOS SALUDABLES

La comprensión e incorporación de la información según la cual las personas tienen creencias y comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad que se derivan de fuerzas culturales, así como de sus experiencias individuales y percepciones, ha demostrado ser esencial para el éxito de los programas de comunicación y promoción de la salud (Hyder & Morrow, 2006 y 2006a); es así como en nuestro medio se destacan estudios como el de Romero (2001), que precisa la forma en la que el modelo cultural vigente habilita más a los varones y más tempranamente, a fumar y consumir bebidas alcohólicas, así como a frecuentar lugares públicos por lo que constituyen en sí un grupo de mayor riesgo y como el reconocimiento técnico de esta particularidad, junto con el reconocimiento de las condiciones sociales de producción del fenómeno, es condición indispensable para el diseño de campañas o estrategias de prevención, de reducción del daño.

También está el trabajo de Girón (2000), que teoriza acerca de los estilos de vida y los hábitos saludables en nuestra época señalando cómo el concepto de estilo de vida es un producto de naturaleza cultural, un particular modo de gustar, desear y de creer, lo cual determina, por lo tanto, la forma de cómo nos asumimos como existentes y de cómo nos relacionamos con la naturaleza y con nuestros semejantes, destacando el actual desencuentro entre el discurso higienista y la mentalidad del goce y el cultivo narcisista de la época, en la que estética y salud soportan valores y finalidades que no casan.

De otra parte Ochoa (2001), trabajando en adicciones señala cómo un tratamiento de rehabilitación por consumo de drogas es definido no sólo como un medio para dejar de consumir, sino que también un mecanismo por el cual se transforma la manera en que el individuo se ha relacionado con el medio y consigo mismo hasta el momento.

Es decir, un proceso de cambio cultural, donde códigos, relaciones y visión de mundo son modificados, en tres momentos principales: El primero, se refiere al reconocimiento por parte de la persona de la situación en que se encuentra (definida como crítica) y de la forma en que estaba viviendo, aquí se debe tomar conciencia del daño que se producía a sí mismo y a los demás, el segundo en el que se empieza a identificar y trabajar terapéuticamente las vivencias dolorosas en la historia individual como parte de la superación del momento de crisis en que la persona se encontraba, expresado en el consumo abusivo de drogas y sus consecuencias. El tercer momento, corresponde a un estado en que la persona se siente ya más tranquila consigo misma, una vez que ha identificado y trabajado sus aristas más oscuras; su compromiso con un nuevo estilo de vida se ha cristalizado en la recuperación de vínculos afectivos que se habían roto y en la recuperación de un proyecto personal que corresponde a lo que socioculturalmente se espera.

Romo (2001), trabajando específicamente en lo relacionado con la alimentación, señala que las formas habituales de comer, las horas, los tipos, las ocasiones, con quien

etc. son formas de comunicar información acerca de nuestra identidad social y cultural, es decir que existe una gastronomía propia de cada grupo social, la cual es dinámica y por ende modificable si se respeta la "gramática de la alimentación", que norma las características, orden, sabores, temperaturas, principios de exclusión e inclusión de los diferentes alimentos, preparaciones y ocasiones en que se consumen.

2.4.3. ELEMENTOS CULTURALES PRESENTES EN LA PRÁCTICA DE HÁBITOS SALUDABLES

Aunque como se señaló, no hay un método de abordaje ideal, ni existe unidad de criterio con respecto a las variables más relevantes que pueden llegar a explicar la práctica cultural de hábitos saludables, para este trabajo se adopta un esquema constituido a partir de cuatro ejes principales: las expresiones culturales, que hacen alusión al objeto de estudio (pertenencia, creencias y prácticas), el perfil del grupo de interés, como determinante social del comportamiento (estructura, identidad y mecanismos de respuesta y control), las regulaciones normativas implícitas o explícitas del grupo (capacidad de enunciar, aplicar y cumplir las reglas o normas) y finalmente el proceso grupal de construcción de la práctica cultural (modelos explicativos internos, reacciones adaptativas y relaciones de poder).

EXPRESIONES CULTURALES

Pertenencia: Para el ser humano resulta esencial contar con la precepción de sentirse parte de los grupos que conforman su entorno, esto implica un proceso de identificación de las características que los asemeja con el grupo de pertenencia, con el rol social que desempeñan en ese conjunto y con las condiciones que a su vez los hace diferentes de otros grupos sociales. Cada individuo al pertenecer a un grupo cultural diferente genera una forma de ver la realidad de carácter diverso, encontrando puntos en común con miembros del mismo grupo con los cuales se identifica (Vizcarra, 2002). Estas diferentes formas de ver la realidad dadas a partir de la pertenencia a una cultura son exhibidas en el proceso de adaptación por el que deben pasar las personas que se van a otro país y tienen que saber relacionarse socialmente con los vecinos y en el trabajo, conviviendo con diferentes valores y creencias, sin perder su esencia cultural pero adecuándose al contexto (Shin, Morgeson & Campion, 2007).

La identificación y adopción de las costumbres y creencias del grupo, como elemento central en la pertenencia al mismo, ha sido destacada desde diferentes perspectivas, por ejemplo cuando se realizan trabajos en cultura organizacional en el campo del trabajo, (Sandoval, 2006). Además la pertenencia a un grupo cultural es un importante elemento que incide en la salud, ya que se relaciona con el estado físico, el estado mental y con el uso de los servicios sanitarios, puesto que llega a determinar las diversas creencias acerca de la preservación, promoción y reparación de salud, estableciendo un sistema de normas y actitudes en lo referente a temas de educación

sanitaria y autocuidado (Moncada, 2001). Por ejemplo, la estructuración de grupos específicos para realizar ejercicio o actividad física y cultural tiene mejores resultados que la práctica individual (Muse, 2005).

Creencias: Se puede decir que estas son todas aquellas ideas reconocidas como verdaderas por los miembros de un sistema cultural y aunque no siempre son totalmente uniformes, sí existen representaciones que son compartidas por la mayoría de sus miembros y éstas son las que dominan la cultura y la hacen diferente a las demás (Sánchez, Tejero, Yurrebaso y Lanero, 2006). De acuerdo a lo planteado por Cubero y Santamaría (2005), la exploración e indagación de ideas, creencias, costumbres, prácticas religiosas, leyes, mitos, instituciones, artefactos, etc., se ha realizado de manera tradicional a través de los estudios etnográficos, los cuales buscan en última instancia conocer y entender las “ideas de los pueblos”.

Si la cultura permite que un grupo humano se diferencie, identifique y se proyecte, son las normas, valores y creencias que dirigen al grupo cultural (Gutiérrez, 2005), formando así la construcción de sus propias concepciones acerca del mundo (Menéndez, 1999) e ideando que es lo auténtico y lo falso dentro de un grupo social (Zalpa, 2002); Estas concepciones pasan de generación en generación, de manera que el grupo realiza diferentes actualizaciones en las que selecciona, a partir de aquellas cosas que están a su alrededor, y retiene aquello en lo que cree, condicionándose con nuevas creencias, y reconstruyendo sus estructuras de creencias y significación (Vásquez, 2008), tal y como ocurre con las creencias alimentarias al conceder a ciertos alimentos un valor sagrado o al prohibir su consumo parcial o total (García, Pardío, Arroyo y Fernández, 2008).

Las creencias han sido objeto de estudio en la antropología por varios autores. Según McGillicuddy y Subramanian (1996) citados por Balzano (2003), las creencias materno-paternas y las prácticas de crianza se relacionan directamente con la cultura. Deduciendo así que las creencias no son extraídas de una cultura preexistente, ni mucho menos se forma a partir de una experiencia personal particular, sino que por el contrario, las creencias son construidas a través de un intercambio de significados sociales en la medida en que los individuos integran sus experiencias personales con el rol paterno-materno sugerido por la cultura.

Un ejemplo de la importancia de las creencias culturales en salud tiene que ver con el concepto mismo (Guiddens, 1989) el cual cuenta con un conjunto de creencias y prácticas orientadas a solucionar las enfermedades y con mecanismos de generación de sus propios curadores, orientados a resolver las enfermedades; coexistiendo así prácticas y creencias médicas legítimas oficialmente junto con prácticas y creencias subordinadas o marginales no reconocidas formalmente (Barragán, Ramírez y Barragán, 2000), destacando que dentro de estas últimas toman importancia las creencias acerca de las diferentes condiciones de los ambientes, de la presencia de espíritus, de formas de impureza o de contaminación y de recuerdos de violencia o desgracias pasadas que podrían influenciar en la vulnerabilidad de las personas y por ende su estado de salud (Nichter, 2006).

De la misma manera, el concepto de salud se desarrolla a partir de las ideas o creencias mediadas por aspectos culturales como lo son: comunicación, variaciones biológicas, tiempo, organización social, espacio y control ambiental del lugar donde el individuo creció, junto con las creencias propias acerca del mantenimiento de la salud y aún las enfermedades predominantes en el seno de cada cultura; siendo estos factores importantes que intervienen en el concepto que se tiene acerca de la enfermedad y la salud (Sheehy, 2001 citado por Juárez, 2003).

Lamentablemente este aspecto de las creencias ha sido tradicionalmente relegado, a tal punto que en un estudio realizado por Alarcón y Vidal (2005), se evidenció que muchas de las madres ocultan al personal de salud sus ideas sobre la enfermedad de sus hijos, y algunas veces no siguen el tratamiento médico porque creen que los medicamentos son inadecuados para los síntomas, otro estudio realizado por Díaz (1999), reporta que las madres comunitarias de los hogares del ICBF, creen que el cepillado de los dientes es nocivo para la salud de los niños y que el flúor contenido en la crema dental causa diarrea, lo que explica el hallazgo de que aquellos niños que se encuentran a cargo de estas madres presentan un mayor índice de problemas dentales.

De otra parte, se destaca que el conjunto de creencias que se forman alrededor del tema de la salud va cambiando a lo largo del tiempo y de cultura en cultura, ejemplo de ello son aquellos alimentos que se consideran como “sanos, seguros y sabroso” (Oseguera, 2004), que se asocian a la concepción que se tenía anteriormente de que una persona robusta o gorda se consideraba como sana, sin embargo hoy en día se le considera “obesa y potencialmente enferma” lo que permite que existan en el mercado toda clase de productos para adelgazar. Es decir que existen enfermedades que pueden ser admitidas por un grupo social e ignoradas por otros (Díaz, 2002).

No obstante, no sólo las creencias a nivel de la alimentación juegan un rol importante en los hábitos saludables y en la calidad de vida de los individuos, sino que existen otro tipo de creencias y comportamientos que pueden impactar de manera favorable la salud; ejemplo de esto son las creencias religiosas que pueden llegar a colaborar en el proceso de disminución del consumo excesivo de alcohol (Jiménez, 2004).

Costumbres: Se refieren a la forma en la cual la generación de más edad incita, promueve y presiona a la generación más joven a adoptar los modos de pensar y comportarse tradicionales, de esta forma es posible la continuidad de la cultura (Durkheim, 1922, citado por Juárez y Encinas, 2003).

Dentro de esta continuidad de la cultura, muchas de las prácticas que se transmiten y trascienden a otras generaciones son el resultado del “saber popular” que se da en las distintas comunidades, tal es el caso de los diferentes consejos, recomendaciones y remedios que ofrecen para curar resfriados, dolores de estómago y cólicos los cuales se han aprendido a través del contacto con estas situaciones específicas de la vida. (Hernández, Arenas y Valde, 2001).

De tal manera que las costumbres se adquieren normalmente en el ámbito familiar viéndose afectadas por los cambios que acontecen en el contexto social, como ocurre por ejemplo con la alimentación (Popkin, 1999 citado por García, Pardío, Arroyo y Fernández, 2008), ya que la comida hace parte de la identidad de un grupo social expresando las relaciones entre los grupos humanos, su medio ambiente y la naturaleza, dicho de otro modo, la cultura alimentaria comunica la forma como una población produce, selecciona, consume y utiliza los alimentos disponibles y la condición en que crea patrones de comportamiento (costumbres) en torno a ellos (Suárez, 2001, Zacarías et al, 1986, citados por Suárez, Wiesner, González, Cortés y Shinchi, 2004), los cuales en la actualidad vienen siendo modificados a causa de nuevas costumbres, centradas con frecuencia en vivir de una manera acelerada, reemplazándose el tiempo y la unidad familiar alrededor de la comida por la comida en si misma (Styles & Meier, 2007) o lo que ocurre con la misma atención en salud en la que la opinión y los consejos de los profesionales se han ido solidificando, reemplazando así las costumbres anteriores (Blázquez, 2005).

Las costumbres dependen del país o región donde se encuentre un individuo de tal manera que existen modos de comportarse y pensar tradicionales típicos de la cultura que, a pesar de ser considerados como de riesgo, gozan de aceptación social como ocurre con ciertos alimentos y bebidas (Pérez, Quintana, Menocal y Jiménez, 2005, Menéndez y di Pardo, 2006), pero también de las organizaciones en las que los individuos se desenvuelven, ya que en ellas los grupos aprenden al resolver sus problemas de adaptación al entorno y de integración interna, y se les enseña a los nuevos miembros cuales son los modos pertinentes de percibir, pensar y sentir (Zalpa, 2002), a tal punto que por ejemplo en la formación profesional no sólo se proporcionan un conjunto de conocimientos técnicos, sino que se van interiorizando esquemas mentales y costumbres, estableciendo así una manera particular de relacionarse con el mundo, es el caso de los profesionales del sector salud, quienes con frecuencia continúan su jornada laboral a pesar de que estén enfermos, se automedican, toman menos días de incapacidad y consultan a colegas o amigos en vez de ir a control médico formal, presentando una prevalencia mayor de ansiedad o depresión enfermedades cardíacas, tumores malignos, hipertensión, colesterol alto, cálculos renales, prácticas quirúrgicas y factores de estrés, en comparación con otros grupos de población específicos, (Harms, Heise, Gould & Starling, 2005).

PERFIL DEL GRUPO DE INTERES

Estructura: Se relaciona principalmente con la organización y el control social, ya que a partir de ella se instaura un orden colectivo de existencia que regula la sociabilidad entre los individuos a través de un extenso sistema normativo de orden material e ideal, o de orden estructural, el cual adecua la conducta de los individuos a partir de enunciados preestablecidos (Harris, 1994 citado por Quintero, 2005), de ella se desprende el capital social, el cual es una característica de los grupos culturales que facilita el logro de

objetivos, y normas compartidos por la comunidad y la confianza mutua que facilitan la cooperación (Smedley & Syme, 2000).

Para poder hacer posible la estructura social se necesita un sistema de comunicación entre los miembros de un grupo, por esta razón existe el lenguaje, el cual es fundamental porque no solo es la forma de representación del sistema de simbolización de una cultura, sino que además es el principal sistema motivador y orientador de la conducta individual y colectiva, de manera que en el momento en que una cultura se interioriza, también lo hace un sistema intersubjetivo de valores a partir del lenguaje, el cual adquiere la capacidad normativa y motivadora para el pensamiento, la acción y la emoción (Morillas y Sánchez, 1998).

La estructura del grupo, como determinante social, involucra la mutua ayuda entre los miembros de un colectivo cultural, situación que así mismo implica una relación racional y emotiva entre la coherencia con las propias convicciones y la adhesión a lo convenido, por esto puede analizarse por medio de un modelo ecológico, el cual supone, para el caso de la salud, que las condiciones socioeconómicas y los factores físico-ambientales, sociales y culturales dan acceso a la información sobre la misma y originan el apoyo social respecto a situaciones específicas de enfermedad o alteración (Smedley & Syme, 2000a), por ejemplo, en el tema de la discapacidad se ha dado un importante cambio cultural de perspectiva, ya que ésta ahora se ve como una experiencia situacional que se da en función de la relación entre la persona, considerada de manera individual y los ambientes que la rodean, tanto en las esferas social y colectiva, como en los aspectos del entorno y la arquitectura (Kiefer, 2008), resaltándose la importancia que tiene la estructura social en las maneras de entender el medio de vida para los miembros de un grupo cultural.

Identidad: De acuerdo con Massó (2006), la identidad personal o individual, es mediante la cual cada persona se define de modo autónomo, ésta misma acarrea derechos individuales, como el derecho a la vida, a no ser torturado, a la reunión y la asociación, situación, que en el caso de estos dos últimos derechos, remite a la dimensión colectiva de la identidad, dicho de otra forma, incluso la identidad individual se define en gran medida por una serie de pertenencias, de tipo nacional, étnico o grupal-comunitario, entre otros.

Por otra parte, la identidad cultural tiene diferentes aspectos importantes a tener en cuenta para poder ser definida (Vallespir, 1999):

- Toda cultura encarna un acumulado de valores únicos mediante el cual cada población consigue revelar su presencia en la tierra.
- La aseveración de la identidad cultural favorece a la autonomía de las poblaciones y toda forma de dominio niega esta identidad.
- La identidad cultural de un pueblo se acrecienta con el contacto con otros pueblos. La cultura es diálogo, reciprocidad, intercambio de pensamientos y de estilos de vida.
- Identidad cultural y diversidad cultural son inseparables.

-
- La comunidad internacional piensa que es una obligación proteger y resguardar la identidad cultural de cada pueblo.
 - Las políticas culturales han de preservar la identidad y el patrimonio cultural de cada pueblo y deben promover el respeto por las minorías culturales.
 - Es importante reconocer el derecho de cada pueblo a resguardar y certificar su propia identidad cultural.

Es decir que la identidad de grupo implica estructuras sociales y sistemas ideológicos complejos y diferentes, por lo tanto sería imposible abordarlos en conjunto, no obstante existen diversas formas de asumir una identidad colectiva, éstas son diferenciadas por su “peso”, de manera que unas son duras y pesadas de llevar y por el contrario otras son blandas y ligeras; este peso de la identidad colectiva puede considerarse en el plano sociológico y en el plano ideológico; modificándose en función de la estructuración de los grupos sociales en cuestión.

Evidencia de esto es una comunidad organizada alrededor de bienes comunes que mantiene pretensiones colectivas respecto a la toma de decisiones, apropiándose de la identidad del grupo al que se pertenece asumiendo deberes y derechos específicos, de ésta forma, el hecho de afirmar la pertenencia a un grupo, adjudicarse o reclamar la identidad del mismo, involucra derechos (acceso a bienes colectivos) y deberes (inversión y uso de dichos bienes) y no identificarse como parte del grupo significa por lo tanto ser excluido de estas posibilidades (Rachik, 2006), a este respecto y por ejemplo en el caso de las migraciones, se evidencian distintos procesos por medio de los cuales un extranjero se integra en el grupo de acogida, sea a partir de la apertura del grupo o de su capacidad y situación social, persistiendo sin embargo casos en los que extranjeros residentes desde varias generaciones en un lugar determinado siguen identificándose como tales, a tal punto que nunca logran integrarse ya que no logran identidad con la cultura (Rachik, 2006a) y generan subgrupos que conservan identidades de origen sean estas informales o formales, las cuales habitualmente son identificadas de manera estereotipada (Rachik, 2006b).

La identidad se relaciona también con diferentes bienes espirituales o intangibles, los cuales corresponden con los pensamientos, las costumbres, las prácticas, el estilo de vida de una cultura, interviniendo diferentes parámetros para legitimar la patrimonialidad de un bien, de manera que los bienes tangibles e intangibles se transmiten de generación en generación permitiendo el reconocimiento o la diferenciación entre comunidades (Torres, de Zito y Santoni, 2004).

En síntesis, la identidad de un grupo social está basada en su identidad cultural según Rachick (2006), esto representa que los miembros de ese conjunto participan de elementos culturales objetivos: una lengua, una religión, costumbres, etc. Las cuales se expresan entre otros en su cuerpo y mobiliario (Rey, 2007), existiendo por supuesto la posibilidad de que existan identidades imperativas y selectivas, siendo en la primera aquella en la cual se impone a las personas sus límites y comportamientos en casi todas las situaciones y la segunda aquella que otorga más libertad, siendo por supuesto más difícil de sobrellevar la que se basa a la vez en una ideología autoritaria y totalitaria de la

identidad colectiva que pretende organizar y uniformizar la vida social de las personas, tanto la pública como la privada e íntima (Rachik, 2006).

En este sentido se debe tener en cuenta que la mayor expresión de identidad es la diversidad y ésta se desarrolla por medio de la alteridad, puesto que todo ser humano se construye en la relación con los otros y con la naturaleza, surgiendo así la diversidad, las formas diferentes de ser y actuar y los diferentes estilos de vida (De la Torre y Tejada, 2007).

Desde la infancia se inculca la identidad cultural en la interacción social y en el ámbito familiar y en la adolescencia adquiere mayor relevancia la relación con los pares (Uribe, 2006), lo que desde la perspectiva intercultural (Cañadel, 1994 citado por Vallespir, 1999) se refiere al intercambio entre los diferentes grupos y a la comunicación entre las identidades culturales que se reconocen desiguales entre ellas, a diferencia del interculturalismo, que es un proceso dinámico de comunicación e interacción entre culturas para su recíproco enriquecimiento (Bell, 1989 citado por Juárez y Encinas, 2003) o dicho de otra manera, existen procesos psicológicos, grupales e institucionales que son formados por la interacción de culturas (Clanet, 1990 citado por Juárez y Encinas, 2003).

Por ello, resulta importante impedir el franco predominio de una cultura sobre otra y garantizar el respeto por las diferencias de las minorías, aspecto que se distancia de la multiculturalidad en la que se expresa la coincidencia espacial de diversas culturas y el respeto por la diversidad, pero sin incorporar los elementos enriquecedores, prescindiendo de su mutua implicación (Bouche, 1998 citado por Juárez y Encinas, 2003).

Es necesario tener en cuenta que la autenticidad de un grupo social tiene una relación directa con la propia identidad, la cual es construida desde adentro y no como la admisión de modelos impuestos desde afuera. Sin embargo, cabe aclarar que hoy en día el proceso de formación de la identidad con la globalización se encuentra enlazado con procesos de transnacionalización, es decir que es posible adecuarse a algunos componentes extraños a la propia identidad cultural, teniendo en cuenta que estos elementos se deben adaptar a la identidad esencial pasando a ser secundarios. Esto se da porque definitivamente la identidad es definida en el instante en que un individuo o grupo es diferente a otro, sin perder de vista que esta identidad esta en una permanente transformación (Torres, de Zito y Santoni, 2004).

No obstante, este proceso de transformación puede poner en riesgo la identidad cultural de diversas maneras según lo plantea Maila (2004), quien resume en tres puntos específicos las amenazas a las cuales se puede ver envuelta ésta: un primer peligro es que la diversidad cultural se torne en ventaja de una “supercultura”, es decir una cultura de culturas, que se impondría desde arriba a todas las demás, revistiéndolas y tornándose de algún modo en el idioma común. Un segundo aspecto es el arrinconamiento de la cultura y su diversidad, lo que reduciría la identidad de manera tan estrecha que resulte excluyéndola.

Por último, las culturas en conflicto pueden transformarse en una verdadera fuerza de movilización, orientándose a la defensa de su identidad haciendo de esto una especie de “guerra sagrada”.

Una ilustración de estos conceptos se encuentra en las comunidades indígenas, en general, éstas se encuentran vinculadas desde hace mucho tiempo a la estructura social, económica y política del país, aunque conservan, como poblaciones, rasgos que las diferencian (ICAN, 1993 citado por Cruz, 2008), sin embargo, la mayoría de los grupos indígenas ha recibido en alguna medida el impacto de los intentos de transformación, a tal punto que muchos de ellos han efectuado una mezcla entre su cosmovisión y las creencias dominantes, lo que revela tanto estrategias de defensa de su identidad como de sobrevivencia y de transacción con la sociedad nacional, sin embargo y con el avance de los medios masivos de comunicación y sus modelos de uniformidad hay un enorme riesgo de sometimiento cultural (Cruz, 2008).

Las consecuencias de la multiculturalidad pueden ser apreciadas dentro de las instituciones de salud en las interacciones de los individuos (usuarios y proveedores del servicio de salud), en los que con frecuencia se generan conflictos interculturales (Johnstone & Kanitsaki, 2008), que requieren de fuerte intervención con el fin de mejorar las relaciones de los individuos y la prestación de los servicios (Ricardo & Holden, 1994), encontrándose que con frecuencia el prestador no es receptivo a las necesidades del grupo cultural que precisa el servicio, es decir que no son “culturalmente sensibles” (Achieving Cultural Competence, 2001) (Filgueira y López, 2003).

Ello ha generado propuestas como la de mejorar el énfasis multicultural de las áreas de trabajo social para mejorar la educación en los profesionales de la salud y así dar un mejor trato a por ejemplo poblaciones de inmigrantes (Elaine, 2005).

Respuesta y control: Es importante mencionar que dentro de toda cultura, se origina una estructura de reglas y normas reguladas a través de contratos y estatutos, con el fin de adecuar la conducta de los individuos, a este respecto Edward Ross, (1908), citado por Quintero (2005) brinda una clara definición de lo que es el control social: “Es la influencia que surge directamente de los contactos y relaciones entre las personas y por la cual se presiona, de una manera racional o irracional, sobre los individuos, para que se comporten conforme a lo que la sociedad o el grupo espera de ellos”, mientras que el control cultural es: “El sistema según el cual se ejerce la capacidad social de decisión sobre los elementos culturales.

Los elementos culturales son todos los componentes de una cultura que resulta necesario poner en juego para realizar todas y cada una de las acciones sociales: mantener la vida cotidiana, satisfacer necesidades, definir y solventar problemas, formular y tratar de cumplir aspiraciones” (Bonfil, 1989 citado por Quintero, 2005). Es decir que dependiendo de la cultura donde se encuentre un sujeto existen comportamientos que son aceptados o no por la sociedad que lo rodea, generándose mecanismo de control al comportamiento tal y como lo ejemplifica Iranzo, (2002): Una joven madre regaña a su hijo pequeño en el

parque debido a que se llenó de tierra las piernas, las manos y la cara, mientras que ha hecho un gran esfuerzo para recubrir su rostro con una mezcla de tierra, agua y grasa convenientemente legitimada bajo el nombre de maquillaje o cosmético, Douglas, citado por Iranzo (2002), sostiene: “cumple las normas de tus antepasados, no te desvíes”.

La forma como se construyen estos procesos de aprobación y desaprobación es un reto al análisis y al parecer se explican por mecanismos de refuerzo, es decir que si los comportamientos se ajustan a la “norma” socialmente esperada, se proporcionará un apoyo a ese tipo de conducta, lo cual hará que se mantenga o se incremente, mientras que si no se expresa un comportamiento “deseado” se castiga de manera social, con el fin de eliminar dicha acción (Dudley y Schnore, 2003).

Mención importante merece el que en la actualidad la televisión y los medios de comunicación juegan un papel importante en los mecanismos de respuesta y control de los miembros de una cultura específica, ya que aunque pueden estimular el aprendizaje y la imaginación, administrando información pertinente, con frecuencia se debe considerar que la utilización indiscriminada puede llegar a tener efectos negativos en los campos intelectual, social, escolar, físico y sanitario (Tirado, Barbancho, Hernández y Santos, 2004).

PROCESOS REGULATORIOS y NORMATIVOS

Los humanos evalúan la aceptabilidad del comportamiento usando normas sociales y regulando el comportamiento por significados del control social. Los factores contextuales incluyen factores culturales y normas sociales, las cuales son una regla que se hace cumplir socialmente, esta afecta ampliamente el comportamiento humano regulándolo y controlándolo (Spangenberg, 2009).

Enunciar las normas: Las reglas o normas sociales son reconocidas y declaradas por los individuos que hacen parte de un grupo cultural determinado (Mockus y Corzo, 2003), así por ejemplo, un enunciado de una práctica de hábitos saludables podría ser: “Caminar trae beneficios para la salud física y mental de las personas” (Lee & Buchner, 2008), lo cual es con frecuencia expuesto por los diversos mecanismos de difusión cultural, en los que se asignan roles a los individuos quienes deben interiorizar las normas de comportamiento que regulan las relaciones (Ávila, 2003), de tal manera que cada individuo, al identificar su papel, estará en capacidad de repetir este tipo de enunciados a manera de creencias que constituyen la visión que el grupo tiene del mundo (Marín, 1999).

Aplicar las normas: Se refiere a saber emplear las reglas al comportamiento para indicar si los comportamientos específicos la cumplen o no (Mockus y Corzo, 2003), siguiendo el ejemplo anterior, al ser consultados los individuos señalan que: “Caminar es la actividad física más comúnmente informada por los adultos, los cuales caminan al centro comercial, para verse con amigos, para realizar una vuelta, etc.” (Lee & Buchner, 2008), En este

ejemplo el enunciado normativo deja de ser abstracto y se señala claramente la manera correcta de aplicarse a una situación determinada, lo cual incluye la posibilidad de señalar cuando la conducta practicada se aleja del patrón considerado como recomendable. Por supuesto que es posible tener la capacidad e enunciar las normas pero sin saber como aplicarlas en situaciones concretas, (Mockus y Corzo, 2003).

Cumplir con las normas: Se refiere a practicar comportamientos conformes a la regla (Mockus y Corzo, 2003), sin que esto tenga que ser impuesto a la fuerza (Yúdice, 2003), de tal manera que la participación en una comunidad, siguiendo las reglas establecidas, puede llegar a ratificar la dignidad, desarrollando conocimiento político, moral y responsabilidad con la misma, defendiendo tanto los intereses comunes como los propios (Abbott, 2010); Un ejemplo de ésta práctica cultural de hábitos saludables podría evidenciarse en la forma en que “las personas hacen actividad física y tienen en cuenta el tiempo, la intensidad y la frecuencia del ejercicio ya que saben que así reducen el riesgo de enfermedades crónicas” (Lee & Buchner, 2008), o en la participación activa de los miembros de una minoría en una discusión de las decisiones (Konrad, 2006).

Este resulta ser el aspecto más crítico ya que tal y como lo evidenció la investigación de Mockus y Corzo (2003) los individuos expresan diversos grados de “anomia”, la cual se manifiesta principalmente a partir de la justificación para incumplir la ley con argumentos de práctica cultural generalizada o de utilidad personal o aún colectiva.

PROCESO DE CONSTRUCCIÓN CULTURAL

Modelos explicativos internos: Dentro del proceso de construcción de la cultura, desde los modelos explicativos internos, convergen dos grandes dimensiones: una correspondiente a la ideacional o cognitiva que tiene por objetivo sintetizar toda la parte simbólica de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje (conceptualización o abstracto); y una dimensión material, que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas (Alarcón, Vidal, y Neira, 2003), lo cual es influido por los grados de conocimiento, que es un factor compartido por los miembros de una sociedad y a la vez propuesto por ellos mismos, siendo una de las características que lleguen a identificar al grupo cultural diferenciándolo de los demás (Quinn, 2005 citado por Pardo, 2007).

Según este enfoque, algunas conductas como los hábitos alimenticios pobres y la actividad física reducida, tienen sus raíces en los diferentes comportamientos aprendidos que los niños han recibido de sus hogares, (Styles & Meier, 2007), sin embargo no son sólo los hábitos y las enseñanzas que los padres imparten de manera verbal o no verbal (Kim, 1988, citado por Ulrey & Amason, 2001) a sus hijos las principales razones que explican la adquisición de hábitos poco saludables, ya que en ocasiones los padres reportan que existen aspectos relacionados con el tiempo insuficiente para preparar alimentos, conflictos familiares, y el poco apoyo percibido y ofrecido por parte de los médicos y de

las escuelas hacia el cuidado de la salud, y finalmente, otros factores asociados a la estructura de la sociedad tales como el alto costo de la comida saludable y las facilidades para realizar ejercicio, constituyéndose en un compendio de situaciones que, según los padres, impiden de manera efectiva que se puedan impartir hábitos saludables en sus hijos.

Reacciones adaptativas: La adaptación se refiere al proceso por el que los organismos hacen frente a las tensiones medioambientales, mientras que la adaptabilidad se relaciona con la plasticidad biológica humana, la cual se refiere a la habilidad para cambiar y ser flexibles (Kottak, 1996); en otras palabras, se afirma que el ajuste estructural entre el organismo y el medio se da cuando el primero está en capacidad de producir cambios que son adoptados por su identidad, los cuales expresan su determinación estructural y la variabilidad de su relación con el medio en momento determinado (Granda, 2001).

En este sentido se debe precisar que aunque las costumbres no se heredan genéticamente, la adaptación cultural hace que tienden a reproducirse de forma aprendida o heredada y por eso aparecen con mayor frecuencia en la población con el paso del tiempo. Por lo tanto si la cultura se adapta a su entorno, entonces el cambio cultural también se adaptará de forma general (Emmber, y Ember, 2003).

Un modelo de adaptación es el fenómeno migratorio, el cual provoca alteraciones de importancia en los hábitos y costumbres de los individuos, condicionando a los individuos a modificaciones en el estilos de vida, de una forma rápida (Goldbaum, 2002), algo similar ocurre con la educación de grupos étnicos (Houghton, 1988 citado por Cruz, 2008), en la que se requiere un continuo dialogo entre las cultura propia y la cultura universal (Cruz, 2008) o el transporte masivo y la transformación de prácticas culturales relativas a la circulación peatonal y vehicular (Aguilar, 2000).

Relaciones de poder: La historia evidencia la existencia de luchas estratégicas por el establecimiento de una dirección “intelectual y moral” de las sociedades con instrumentos culturales (González, 1997), tema que ha vuelto a ser de interés por el papel de los medios de comunicación que pueden ser usados como una estrategia de imposición cultural y del poder (Ascosteguy, 2002), siendo central en la discusión la posible arbitrariedad de las clases dominantes que tratan de legitimar su capacidad de generar compromisos a las culturas dominadas (Mitnik, 1997) en procesos de aculturación (Emmber y Ember, 2003), lo que ha resultado evidente en los diferentes procesos de colonización y que en la actualidad se manifiesta en algunos pueblos en el interés por imitar lo existente en otras latitudes y menospreciar lo propio (González, 1997).

Aunque en la actualidad se ha llegado a identificar y simplificar todos los procesos de poder en relación con el Estado, es claro que existen sectores específicos, como el económico, capaces de influir notoriamente en los patrones culturales (Vidal, 2003) y por supuesto está vigente la posibilidad de que los gobernantes, de acuerdo con las relaciones de poder existentes, opten por políticas de autoridad, pensando en términos de castigo al incumplimiento por fomentar por ejemplo esfuerzos culturales como aquellos de

convivencia ciudadana, invirtiendo en campañas de educación para la población o por el reforzamiento en la ejecución de conductas deseables y permitidas, pero no obligatorias (Flórez, 2003).

2.4.4. ELEMENTOS PARA EL ANÁLISIS CULTURAL

A partir de la explicación de los aspectos descritos anteriormente y para efectos de este trabajo, se eligieron como ejes para el análisis cultural: el dominio de normas (enunciar, aplicar y cumplir), el sentido de identidad y pertenencia al colectivo y los mecanismos de poder y control que se incorporan en el grupo de estudio, contrastándolos con las variables propuestas en el modelo de espiral de acción-investigación formulado por Kurt Lewin (1946) descrito por Kemmis & MacTaggart (1988) que corresponden al discurso y lenguaje, las prácticas y actividades, y las relaciones sociales y la organización.

Discurso y lenguaje: Wittgenstein sobre los “juegos del lenguaje” y su aprendizaje ha generado una reflexión útil acerca de lo que significa seguir reglas (Von Wright, 1993 citado por Mockus y Corzo, 2003), a veces mediante el ejemplo y el ensayo se aprende a seguir reglas acatándolas y aprendiendo a compartir el juicio sobre si un comportamiento sigue o viola la regla. Dentro de la sociedad, existen patrones de ideas “frases recurrentes” que enuncian una regla o norma específica a través del uso del lenguaje, al respecto Skinner (1971), describe cómo la conducta verbal es eficaz en la medida en que ésta genera en el oyente una conducta adecuada, es decir que el comportamiento se va pareciendo cada vez más a las normas de una comunidad, por otro lado como lo menciona Quintero (2005), al interior de toda cultura los diferentes actores que se involucran en las actividades diarias, emplean un lenguaje y un discurso específico que les brinda la posibilidad de generar control y adhesión a las reglas.

Igualmente y como lo plantea Rachick (2006), el hacer parte de una identidad cultural, trae consigo misma la adopción de ideas, un lenguaje y discurso específico, de manera que se podría deducir que al formar parte de un grupo específico dentro de la sociedad (profesor, estudiante, padre de familia) se evidencian diferencias notables en el uso del lenguaje y el discurso, dicho de otra forma, poseer una identidad específica en un grupo o comunidad, implica no sólo la asignación por medio del lenguaje y el discurso de ciertas ideas puntuales de “lo que uno es” sino también “lo que se debe hacer”, con el fin de generar una diferencia con los demás grupos e identidades (Rachick, 2006).

Prácticas y actividades cotidianas: Analizar los comportamientos particulares que se manifiestan en las culturas, resulta esencial para su comprensión Tirado y Cols. (2004), en este sentido es importante tener presente que de acuerdo al grupo cultural y a la identidad que los individuos asumen, se pueden observar que éstos adoptan prácticas características de esa cultura, generando así un elemento definitorio y único en su comportamiento diferenciándolos de los demás.

Estas conductas y comportamientos al ser específicos y particulares se generalizan a las diversas áreas de ajuste del individuo tales como la física, social, sexual, psicósomática, laboral y familiar. Así mismo, estos comportamientos generalizados en el ser humano se ven expresados a través de prácticas como la vestimenta, la música, la danza, el lenguaje, el mobiliario, la apariencia física (Rey, 2007) y la comida típica (Suárez y Cols., 2001, citados por Suárez, 2004). Muchas de estas, dependiendo de su origen pueden llegar a convertirse en patrones de actividades establecidos como ortodoxos. Sin embargo, existen otro tipo de patrones que pueden llegar a competir con estos, siendo cambiados por “nuevas costumbres (Styles & Meier, 2007); De esta forma, al interior de cada práctica cultural existen diversos roles que las personas adoptan para llevar a cabo el desarrollo de las actividades de cada cultura, generándose mecanismo de control cuando se considera que estos no son ejecutados de manera correcta y se supone que se están ocasionando problemas al interior.

Relaciones sociales y organización: Las relaciones sociales especialmente las relaciones de control que se dan dentro de una cultura tienen un rol notable dentro de la adopción de actividades y prácticas relevantes referentes a la salud; puesto que en esas relaciones sociales pueden llegar a darse discusiones entre miembros del grupo acerca de los roles de cada uno y esto puede llegar a afectar la dinámica del grupo cultural. Por esta razón, es evidente la necesidad de monitoreo y evaluación constante dentro del proceso de las relaciones sociales y las organizaciones con el comportamiento, para esto es de gran importancia tener presente que los miembros dentro de los grupos culturales comparten intereses comunes y propios que se ven manifestados de manera particulares a través de los pensamientos, las costumbres, las prácticas, el estilo de vida de una etnia, comunidad o nación (Torres y Cols., 2004).

A partir de éstos, los miembros desarrollan una forma o estilo particular de relacionarse entre si, puesto que todo ser humano se construye en la relación con los otros y con la naturaleza, surgiendo así la diversidad, las formas diferentes de ser y actuar y los diferentes estilos de vida (De la Torre y Tejada, 2007), los cuales presentes en la multiculturalidad (Ricardo & Holden, 1994), la cual aporta e incluye nuevos elementos en las culturas implicadas (Cañadel, 1994, citado por Vallespir, 1999), lo que envuelve una serie de pensamientos, creencias, costumbres, identidades, etc., que pueden llegar a contribuir a la solución de problemas vigentes en los grupos sociales o por el contrario pueden generar caos y desorden en las mismas.

2.5 CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LOS TRABAJADORES HOSPITALARIOS

“La ocupación en el sentido amplio o el trabajo en un sentido más restrictivo se presentan como un escenario muy fecundo en el que se desarrolla la mayor parte de la vida de las personas, siendo con frecuencia el principal ordenador de las mismas” (García, 2009), en este sentido es un factor fundamental en el fomento de la salud de los pueblos, siempre y cuando se lleve a cabo en unas condiciones que garanticen al trabajador el

mantenimiento de su salud y bienestar. Es por esto que los procesos de salud-enfermedad de los trabajadores, no pueden ser abordados como hechos individuales sino colectivos, en los cuales intervienen aspectos económicos, sociales, organizacionales, individuales y culturales (Tomasina, Stolobas y Chaves, 2007).

El trabajo, considerado motor del desarrollo social (Senn, 1998), representa una de las actividades más importantes para las sociedades modernas, ya que además de satisfacer las principales necesidades económicas y de supervivencia de sus asociados, es vital para el desarrollo individual, concepto que se verifica con los estudios sobre el estado de salud de los desempleados (Amable, Benach y González, 2001), (Del Pozo, Pardo, Ruíz y San Martín, 2002).

Por esto es fácil comprender que las acciones desarrolladas con la intención de mejorar los índices de salud de los trabajadores, identificar las posibles fuentes de peligro para la salud en el trabajo, con el fin de evitarlas, controlarlas o mitigarlas y adecuar la relación hombre trabajo, son propósitos de la salud y seguridad en el trabajo y por ende de la salud pública.

El análisis de las consecuencias de la interrelación hombre y trabajo debe considerar que los efectos no se producen en abstracto sino que resultan del desempeño de una tarea concreta, en la que se consideran los riesgos laborales como la posibilidad de sufrir un accidente o enfermedad relacionable con la ejecución de una actividad específica (Álvarez, 2006) y que la identificación de los peligros y evaluación de los riesgos, así como su control necesita ser implementado cuidadosamente (O'Donovan, 1997).

Sin embargo la noción de riesgo laboral resulta limitante en cuanto se centra solo en el efecto (accidente o enfermedad), por esto se ha buscado redefinir con la expresión condiciones de trabajo, que incluyen el conjunto de variables que delimitan la realización de la tarea y el entorno en que ésta se ejecuta y la forma como determinan la salud del trabajador (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2001), o como lo señala el grupo académico de la maestría en salud y seguridad en el trabajo de la Universidad Nacional de Colombia: “*condiciones del ambiente intralaboral, que en conjunto el conjunto con las condiciones extralaborales y personales determinan el proceso salud enfermedad de los trabajadores y su capacidad laboral*” (Lozada, Guerrero y García, 2007).

Las condiciones intralaborales incluyen aspectos de tipo ambiental, entre las que se mencionan los factores físicos (ruido, vibraciones, temperaturas extremas, radiaciones, iluminación y presión barométrica (Cavassa, 2006)), los agentes químicos (Cortés, 2002), (polvos, humos, neblinas, gases y vapores (Det Norske, 1995)), los agentes biológicos (bacterias virus, hongos, artrópodos, protozoos, plantas y animales, que al estar en contacto con el organismo pueden desencadenar enfermedades infectocontagiosas, reacciones alérgicas o intoxicaciones (Álvarez, 2006), (Det Norske, 1995)), y los elementos relacionados con la seguridad física, los cuales consideran los materiales y condiciones de los espacios de trabajo que pueden incidir en la accidentalidad, tales como instalaciones locativas, aparatos, herramientas y maquinaria e instalaciones hidráulicas,

sanitarias y eléctricas, entre otros (Cortés, 2002), destacando que se ha evidenciado que variables de diversos ámbitos pueden combinarse para pronosticar la seguridad o la inseguridad en el trabajo.

Desde esta perspectiva, la seguridad se ve afectada por factores que pueden considerarse organizacionales y situacionales, tales como las características del lugar de trabajo, los patrones de trabajo y las características de la ocupación, por factores que pueden considerarse personales, como la edad y aspectos de personalidad, por factores subjetivos, tales como las percepciones y experiencias acerca del trabajo, así como por la conducta que realiza el sujeto relativa a la salud y la seguridad (Parkes, 1998) y las lesiones relacionadas con accidentes ocupacionales a partir de variables de trabajo, como la rutinización, las relaciones con supervisores y compañeros y elementos personales, como la afectividad (Iverson y Erwin, 1997). Otra forma de abordar esta problemática ha sido por medio de la cadena de efectos de naturaleza psicosocial, la cual recorre cuatro eslabones sucesivamente: (1) la conducta de seguridad de la organización, representada por la variable clima de seguridad; (2) la conducta de seguridad de los mandos, representada por la variable respuesta de los superiores; (3) la conducta de seguridad de los iguales, ejecutada en la variable respuesta de los compañeros; y, por último, (4), la conducta de seguridad del trabajador.

La separación de los dos últimos niveles es un tanto artificial, pero pretende recoger la consideración del grupo de trabajo y el entorno de los compañeros como factor psicosocial que afecta a la conducta del trabajador. Sin duda, la línea principal de influencia se resume en tres pasos fuertes: organización, mandos y trabajadores (Melia, 1998).

Finalmente, es importante insistir en que en Salud Ocupacional los modelos tradicionales de factor humano incorporan de un modo explícito el comportamiento, especialmente bajo la forma de error, por tanto la lesión o pérdida se ve como una consecuencia del accidente o incidente, el cual a su vez proviene de dos fuentes, el fallo del sistema y el error humano.

El fallo del sistema es un efecto directo del sistema de administración de la seguridad, mientras que el error humano es una categoría amplia que incluye, entre otros, los fallos conductuales debidos a sobrecarga u otros defectos de organización del trabajo, los debidos a decisiones erróneas, sobre los que se considera que afectan directamente los elementos motivacionales, y las trampas en la ejecución de la tarea que se consideran vinculadas a cuestiones de inadaptación, el error humano es una desviación significativa del patrón de respuestas requerido que presenta consecuencias indeseadas (Petersen, 1984).

En segunda instancia están los aspectos relacionados con las condiciones en las que se ejecuta la tarea, las cuales se analizan desde la perspectiva de la carga física y la carga mental que el trabajo implica o dicho de otra manera desde el requerimiento corporal y psicológico al que se ve sometido un trabajador durante su actividad laboral y que se expresa como fatiga (De la Sota y López, 2001).

La carga física corresponde al esfuerzo muscular requerido para la tarea, el cual puede ser dinámico (secuencia de tensión y relajamiento muscular) o estático. El esfuerzo dinámico implica una; y el esfuerzo estático (contracción muscular continua y sostenida) (Chavarría, 2008), el principal efecto de unas condiciones inadecuadas en este aspecto se relaciona con alteraciones músculo-esqueléticas (Álvarez, 2006).

La carga mental se entiende en relación con los elementos cognitivos y perceptivos relacionados con la actividad, así como con las reacciones emocionales generadas (Mondelo, Gregori y Barrau, 2000). Sus efectos negativos se llegan a expresar como adinamia, irritabilidad, depresión, ansiedad, cefalea y otras alteraciones fisiológicas (Cortés, 2002), (Mondelo, Gregori y Barrau, 2000).

Las condiciones de la organización se relacionan con la estabilidad del empleo, el ritmo de trabajo y las jornadas, así como el rol del trabajador, los procesos de comunicación y los estilos de mando, entre otros (Instituto de Higiene y Seguridad del Trabajo de España, 1987), aspectos a los cuales recientemente se adicionan los cambios en la distribución y organización del trabajo (CDC-NIOSH, 2002) y la estrategia, la estructura y la cultura de las organizaciones, como otros, que igualmente están incidiendo en la salud y seguridad de los trabajadores (Riaño, 2009).

Las condiciones extralaborales corresponden a aquellos aspectos que, aunque externos al espacio de trabajo, tienen impacto en la salud y el bienestar del trabajador e incluyen principalmente el desempeño de los roles extralaborales (Artazcoz, Escribá y Cortés, 2004) (trabajar en una doble jornada o vinculación, estudiar simultáneamente a trabajar y desarrollar múltiples actividades domésticas, entre otras) y los que están relacionados con la situación económica, social y familiar y los posibles conflictos que de allí se deriven (Guerrero, 2010).

Los aspectos individuales tienen relación con la respuesta adaptativa de los trabajadores ante la múltiple exposición a la complejidad de situaciones labores y extralaborales mencionadas (Bonastre, Palau y Subirats, 2003), que generan una susceptibilidad individual dependiente de los mecanismos compensatorios y las estrategias de afrontamiento (Almirall, 2007), lo que a su vez depende fuertemente de sus experiencias de vida y sus conflictos internos (Guerrero, 1995), al igual que de la edad, el género, el estado previo de salud mental y física (Gil, 2005), en última instancia lo que hace a un individuo diferente de los demás y que en primera instancia tiene relación con características genéticas (Comisión Europea de Salud Pública, sf), (Blanco y Maya, 2005), edad (Gil, 2005), (López, 1998), género (Tubert, 2003), (Salas y Torre, 2006), (Garduño, sf) y personalidad (Shultz y Shultz, 2002), (Gil, 2005) y en segunda con aspectos que la persona recibe y modifica durante su vida, como el estado de salud (Melendi, sf), (Talavera, sf), (Piédrola, 2002), la motivación, autoestima y habilidades (Gil, 2005) y el nivel de formación (Beltrán, Daza y García, 2009).

Por último debe insistirse en que el enfoque tradicional ha estado centrado en el riesgo, es decir en la probabilidad de ocurrencia de un evento, en función de un cierto

número de variables (Colimon, 1990), buscando en este caso prevenir los accidentes y disminuir los daños a la salud que sean consecuencia del trabajo, o que guarden relación con la actividad laboral o sobrevengan durante el trabajo, reduciendo al mínimo, en la medida en que sea razonable y factible, las fuentes de peligro inherentes al medio ambiente de trabajo (Convenio 155 de seguridad y salud de los trabajadores, 1981).

Es decir que esta perspectiva reduce el estudio de las causas a las más inmediatas, referidas al ambiente o a factores técnicos, mientras que el estudio de las enfermedades ocupacionales se limita a las consecuencias específicas derivadas del proceso de trabajo, desechando, por estas dos vías, los aspectos sociales del trabajo, tanto productivo como reproductivo (Díaz y Medel, 2001) y aunque los paradigmas clásicos (biologicista y ambientalista) pueden tener vigencia, no son suficientes para explicar la relación del hombre con su entorno laboral ya que permiten entender y orientar algunas acciones de prevención (Ruíz, 2007), pero se quedan cortos cuando se trata de promoción de la salud (Almirall, 2007).

2.5.1. CONDICIONES DE TRABAJO EN HOSPITALES

Los trabajadores sanitarios son todos aquellos que ejecutan acciones con el propósito principal de mejorar la salud de otras personas. Según la Organización Mundial de la Salud se calcula que en el mundo puede haber cerca de 60 millones de trabajadores sanitarios de los cuales las dos terceras partes es personal asistencial y el resto corresponde a personal auxiliar y administrativo (Organización Mundial de la Salud, 2006).

Las particularidades de este trabajo, lo mismo que sus riesgos han sido ampliamente abordadas, destacándose que estos trabajadores y sus empleadores con frecuencia evidencian poco interés por la seguridad e higiene del trabajo, a tal punto que recurren frecuentemente al autodiagnóstico y rara vez se someten a exámenes médicos regulares (Organización Internacional del Trabajo, 1985), sin embargo y por las circunstancias actuales de las instituciones de salud, los trabajadores hospitalarios presentan un mayor riesgo de sufrir accidentes y enfermedades ocupacionales debido a que afrontan una mayor variedad de riesgos, sean relacionados directamente con la tarea, como por ejemplo por pinchazos de agujas, lesiones de la espalda, alergias al látex, violencia y estrés, por mencionar algunos (Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional, sf), o por las características organizacionales de los diferentes sistemas sanitarios que tienden a originar sobrecarga de trabajo, bajo nivel salarial y falta de reconocimiento social y por tanto afecta la moral y el rendimiento de estos trabajadores y el deterioro en la prestación de los servicios y desconfianza en la población del sistema de salud (World Health Organization, 2005); esto sin mencionar otros factores extralaborales e individuales (Guerrero y Puerto, 2006) que también tienen efectos particulares en las condiciones de salud y trabajo de estas personas.

Por tal razón entre las prioridades señaladas por la OMS esta la generación de condiciones de trabajo seguras y apropiadas, así como la mejora de estructuras administrativas, salarios y recursos (World Health Organization, 2005).

En este contexto es importante tener en cuenta que la actividad sanitaria en general y en hospitales en particular, es vista socialmente no sólo como un trabajo sino también como una vocación (Rivero, 2004), una forma de vida, que tiene sus propios valores y tradiciones, que dan origen a determinados comportamientos, hábitos y costumbres que son decisivos para actuar frente a las enfermedades, pero que además pueden ser o no saludables, seguros o inseguros, para aquellos que la desarrollan.

Igualmente es pertinente insistir en que los servicios de salud en el trabajo o para trabajadores, incluyen la promoción de la salud, la protección ante riesgos específicos y las actividades de vigilancia de los factores de riesgo y las condiciones de salud de los expuestos, por lo que es necesario mantener un enfoque multi o interdisciplinario de evaluación y control de riesgos y peligros para la salud (Rogers y Haynes, 1991).

En este sentido y cuando se efectúa una revisión de los principales peligros a los que se encuentran expuestos los trabajadores hospitalarios, se encuentra que en el ambiente intralaboral hay presencia de agentes físicos (Borges, 1998) tales como radiaciones ionizantes (Caicedo, Arguelles y Alzate, 1996), elementos eléctricos y niveles de ruido (Fajardo, Gallego y Argote, 2007), vibración (Organización Panamericana de la Salud, 2006) y temperatura inadecuados (Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, 1997).

En cuanto a contaminantes químicos (Yassi y Warshaw, 2001) se encuentran agentes corrosivos, irritantes, asfixiantes, anestésicos, narcóticos y cancerígenos provenientes de sustancias de limpieza y desinfección, como jabones, detergentes, bactericidas y antisépticos, de reveladores químicos y solventes, de metales pesados como el mercurio, de esterilizantes como el glutaraldehído y el óxido de etileno, de gases anestésicos diversos y de elementos quimioterapéuticos como drogas antineoplásicas y citotóxicos, entre otros (Organización Panamericana de la Salud, 2005), (Buitrón, 2000), (Antoni, LaMontagne & Kelsey, 1997).

Obviamente la exposición a posibles contaminantes biológicos (Parra, Romero, Vaquero, Hita y Molina, 2005) como los virus de las distintas variedades de hepatitis y el HIV (De Oliveira, Carmo, Sayuri y Da Silva, 2008), la influenza, el citomegalovirus (Organización Panamericana de la Salud, 2005), entre muchos, así como bacterias del tipo del bacilo de Koch, son peligros significativos para los trabajadores de la salud en general, que han llevado a incorporar diversas prácticas de bioseguridad que aunque logran disminuir el riesgo, no lo eliminan por completo (García y César, 2002), (D'Oleo, Matos y Cuevas, 2007).

En lo relacionado con la seguridad se han destacado como elementos desaconsejados la jornada de trabajo superior a 8 horas diarias sin pausas de descanso, la pobre estabilidad laboral, las inadecuadas relaciones interpersonales, las adicciones, la promiscuidad, las conductas relativas a la salud y la seguridad, las relaciones familiares, la percepción acerca del trabajo y los turnos, todas ellas presentes de algún modo en nuestros hospitales.

Mención especial merece entre los aspectos de seguridad los niveles de violencia a los que cada vez más están expuestos los trabajadores hospitalarios (Organización Panamericana de la Salud, 2005), los cuales tienen que ver con agresión física de personas no provenientes del entorno de trabajo y niveles de discriminación y provocación proveniente de compañeros y superiores (González, 2009), los cuales impactan negativamente la calidad en la atención (Simoes y Palucci, 2006), (Cervantes, Cantera y Blanch, 2008) puesto que resultan, de forma inmediata y duradera, nocivos sobre las relaciones interpersonales y la organización del trabajo (Arroyuelo, sf) y lamentablemente se abordan principalmente trasladándole la responsabilidad a los trabajadores a quienes se les indica que deben mantenerse alertas y cautos cuando estén cerca de los pacientes y visitantes y estar familiarizados con las políticas, los procedimientos, y los materiales que sus empleadores proporcionan sobre la prevención de violencia (Niosh, 2002).

En cuanto a la carga de trabajo y por la frecuencia de este tipo de alteraciones (Tenías, Mayordomo y Escriba, 2006), en muchas instituciones ha sido necesario implementar sistemas de prevención de desórdenes musculoesqueléticos (Jarrard, Goldman, Loomis & Atkins, 1997), no solo asociados a la intensidad del esfuerzo (Rogers, 1997), sino también a los cambios organizacionales en el sector (Limpscob, Trinkoff, Brady & Gaiger, 2004).

De otra parte, la carga mental parece estar asociada al imperativo de dar contestación inmediata y adecuada, con informaciones complejas, numerosas y constantemente diferentes, a demandas que suponen la aplicación de conocimientos científicos y técnicos, propios de los hospitales (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, sf), generándose interferencias en el cumplimiento de funciones, sobrecarga de trabajo y finalmente conflicto de roles (Takase, Maude & Manias, 2006), (D'Anello, Marcano y Guerra, 2000), encontrándose que los trabajadores de la salud presentan indicadores de estrés ocupacional más altos que otro tipo de profesionales (Kelsy & Amazon, 2001), repercutiendo en la satisfacción laboral y en su desempeño en el trabajo (D'Anello, Marcano y Guerra, 2000).

En relación con la organización del trabajo en el sector hospitalario resulta claro que esta actividad implica la atención 24 horas al día todos los días del año, por lo cual aparece el trabajo a turnos y nocturno (Monguí, 1993), cuyos efectos negativos en la salud han sido descritos (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, sf) e inciden en la salud de los trabajadores y en la seguridad de los pacientes (Fernández, 2007), (Suzuki, Ohida, Kaneita, Yokoyama & Uchiyama, 2005).

En las últimas dos décadas y como resultado de las reformas al sector han aparecido dos factores más de demanda hacia estos trabajadores, uno por la vía de los distintos esfuerzos en el mejoramiento de la calidad, que han terminado generando diversos niveles de presión en estos trabajadores y otro por la vía de la flexibilización laboral (Burke, 2003) que modifica la adscripción de los trabajadores a un puesto de trabajo estable y por otra parte genera la vinculación de estos trabajadores a través de subcontratos o de servicios temporales (Echeverría, 2001), (Echeverría, 2003), lo que

conlleva una ampliación en las horas trabajadas, incremento en los niveles de estrés (Greenglass & Burke, 2000), (CEPIS, 1998) e insatisfacción (Stone, Du & Gershon, 2007) por la sensación de pérdida de control (Kivimaki, Sutinen, Elovainio, Vahtera, Rasanen, Toyry, Ferrie & Firth, 2001). Estos dos aspectos son altamente generadores de fatiga laboral o Burnout en trabajadores de la salud, especialmente enfermeras.

Ahora bien, en las investigaciones se encuentra que tradicionalmente hay dos grupos profesionales de enorme interés en el trabajo hospitalario: personal de medicina y de enfermería, entre los primeros se destaca que cada vez con mayor frecuencia reportan que no disponen de tiempo suficiente para desarrollar sus actividades y que su accionar es cada vez más controlado por criterios de costo y no de calidad de la atención (Figini, sf), lo que implica mayores niveles de estrés que potencialmente afecta la seguridad de los pacientes (Hickman, 2003) y vuelve a generar mayores niveles de estrés, que afecta su vida extralaboral en aspectos como la alimentación (Ferrada, Salomón, Pina, Lavadaio y Carena, 2008), el descanso y el esparcimiento (Arenas, Hernández, Valdez y Bonilla, 2004) y aún el consumo aumentado de tabaco (Prieto, Díaz y Vidal, 2003), alcohol (Martínez, Medina y Rivera 2005) y otros psicoactivos (Berge, Seppala & Schipper, 2009), habiendo investigaciones particulares para algunos de los grupos de especialistas como loc anesthesiólogos (Calabrece, 2005), (Barragán, Barragán y Ramírez, 2000).

En el personal de enfermería se menciona que además de los riesgos conocidos como pinchaduras y cortes, condiciones de contaminación, problemas musculoesqueléticos vinculados a la movilización de los pacientes, riesgos de carácter psíquico y social relacionados con la presión por la insuficiencia de personal, que hace que frecuentemente las demandas superen las posibilidades en términos de recursos humanos y con la fuerte presión por parte de los familiares de los pacientes que exigen niveles de calidad de atención que con frecuencia son difíciles de satisfacer, están las responsabilidades personales y de la organización tienen impactos indeseados en su salud (Rogers, Travers & Heart 1991), (De Pablo, 2005), (Sun, He & Wang, 2007), (Abiteboul, Antona, Fourrier, Brucker, Descamps, Leprince, Pernet & Bouvet, 1992), (De Castro, Cabrera, Gee, Fujishiro & Tagalog, 2009).

Entre los demás trabajadores se sabe que además de la precarización de sus condiciones, el trabajo por turnos, la utilización insuficiente de la capacidad, el volumen de trabajo (insuficiente o excesivo), el aburrimiento, el conflicto de roles y funciones, la desigualdad de salarios, las dudas sobre el porvenir laboral, las relaciones, la calidad de los materiales utilizados, el peligro físico, el ritmo de trabajo acelerado, una supervisión estricta y diferencial según el rango del trabajador con eventuales niveles de maltrato, el estrés, la monotonía y la fatiga, entre otros, hay procesos con otros riesgos específicos, como las centrales de esterilización en las que hay manipulación de sustancias químicas, eventualmente tóxicas asociadas a situaciones de ventilación inadecuada, o los trabajadores de limpieza, que debido a dificultades en el sistema de desecho de materiales con alto riesgo de contaminación, se pueden ver expuestos a factores de riesgo biológico o que deben manipular sustancias como el hipoclorito con concentraciones elevadas que pueden ser fuente de alergias al igual que el látex de los guantes, o los trabajadores de las

áreas de preparación de alimentos que se exponen a cambios bruscos de temperatura o a manipulación de elementos cortopunzantes.

Adicionalmente se debe insistir en que los individuos tienen una vivencia y percepción particular de lo que consideran como normal y saludable según su experiencia personal, nivel cultural y socio-económico, vínculo religioso, forma de vida, concepto de los grupos sociales con los que se identifica, etc., lo que en los trabajadores de la salud se traduce por ejemplo en esfuerzos por conservar un nivel de gasto familiar que lleva a tratar de incrementar sus ingresos desarrollando jornadas de trabajo excesivas que superan su resistencia y llegan a afectar la salud, reduciendo la vida laboral y alterando los elementos afectivos con una consecuente crisis personal y familiar, lo que con frecuencia genera riesgo para los pacientes, que ajenos a estas situaciones confían en la capacidad de respuesta de las instituciones y sus trabajadores.

2.5.2. PROMOCION DE LA SALUD EN HOSPITALES

Como se mencionó, la promoción de la salud supera los conceptos de educación en salud y se enfoca en el análisis y el desarrollo del potencial de salud de los grupos poblacionales (Groene & García, 2005), por esto y de acuerdo con la OPS, el abordaje de la promoción de la salud en los lugares del trabajo (PSLT) incluye diseñar y ejecutar políticas y actividades en los lugares de trabajo, orientadas a que, con apoyo de los empleadores, los trabajadores en todo nivel puedan, incrementar el control sobre su salud y mejorarla, con el propósito de favorecer la productividad y competitividad de las empresas y contribuir al desarrollo económico y social de los países (Organización Panamericana de la Salud, 2007), entendiendo que un lugar de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y la comunidad circundante trabajan juntos para lograr una visión consensuada de la salud y el bienestar (World Health Organization, 1999).

Sin embargo, aún algunos autores siguen limitando su espectro a intervenir puntualmente el consumo de tabaco, la actividad física y la nutrición, así como el abuso de alcohol y drogas y los factores psicosociales y ergonómicos (Krinstensen, sf), omitiendo que la 60ª Asamblea Mundial de la Salud de 2007 acordó que el lugar de trabajo se puede convertir en un espacio global para intervenciones de salud pública, especialmente de promoción de la salud (World Health Organization, 2007), si se introducen prácticas laborales y formas de organización del trabajo sanas (Cornett & O'Rourke, 2009) y una cultura que consulte con los trabajadores y cuente con su participación (Organización Mundial de la Salud, 2007).

La importancia de los hospitales en el mundo del trabajo es creciente al punto que en muchos lugares estas instituciones llegan a ser importantes en cuanto al número de trabajadores que ocupan. En este contexto, la OMS conformó un grupo de trabajo en la 9ª Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Hospitales de Copenhague en el año 2001, la cual propuso desarrollar estándares (World Health Organization, 2004) para la promoción de la salud en los hospitales, a partir de varios aspectos: ausentismo del personal y las lesiones relacionadas con el trabajo, porcentaje de personal que fuma o que

participa regularmente en actividades de promoción de la salud dentro del hospital, puntuación en la escala de Burnout y las tasas de retención y rotación del personal (World Health Organization, 2003), (Grone, Juul & García, 2004), que como se aprecia conservan un enfoque centrado en el daño y no en la salud y no resultan claros cuando se considera su a los objetivos institucionales (Kernaghan, 1990), principalmente en lo relacionado con el mejoramiento en el ambiente de trabajo y en la calidad de la atención (Kernaghan, 1990).

Este aspecto resulta llamativo puesto que una buena proporción de estas organizaciones cuenta con servicios de de salud comunitaria (Pineault, Baskerville & Letouzé, 1990) y aún servicios de promoción de la salud en los lugares de trabajo (Davidson & Davidson, 1992) que aunque tienen las habilidades necesarias para diagnosticar y planificar los programas, cuentan con amplia experiencia y aún son probablemente capaces de aportar nuevas ideas, evidencian que no tienen una buena comprensión de las cuestiones de este tipo de trabajo y sus peligros, carecen de herramientas para visualizar el trabajo en el contexto del ambiente total y resultan ajenos para los trabajadores.

En los procesos productivos de este sector confluyen simultáneamente grupos altamente especializados y capacitados con otros de mediana y aún mínima formación académica, es claro que se pueden construir prácticas, hábitos y creencias organizacionales capaces de determinar si se modifica o no el entorno o si se adoptan determinadas prácticas de salud (FEDESCO, 1998).

Por lo cual es conveniente que los esfuerzos de promoción de la salud trasciendan para lograr que este personal pueda realizar su actividad asistencial en excelentes condiciones, desde las aptitudes, conocimientos y actitudes personales e institucionales, pasando por horarios justos e ingresos suficientes para el desarrollo de su vida familiar y social, hasta que el equipamiento cubra los requerimientos necesarios para un buen desempeño.

Hablar de salud en instituciones hospitalarias resulta muy complejo, ya que con frecuencia los trabajadores perciben el tema como externo a ellos mismos y consideran que ya poseen el conocimiento necesario, a tal punto que son ellos quienes están capacitados para trasmitirlo a los pacientes, a sus comunidades y por supuesto a quienes están en etapa de formación como futuros trabajadores del sector, por esto al evaluar el desempeño del personal sanitario en lo que tiene que ver específicamente con la práctica de hábitos saludables, encontramos que es relativamente escaso el material disponible.

En nuestro medio se destaca el trabajo adelantado para determinar la relación entre las características sociodemográficas y de funcionalidad familiar con las prácticas de salud del estudiante de medicina de la Universidad del Valle, Cali, Colombia, donde con una muestra de 349 estudiantes se analizaron sus prácticas de salud respecto a acciones preventivas, hábitos nocivos y hábitos personales.

La evaluación de la funcionalidad familiar, mostró disfunción en 66% de los estudiantes; en niveles inadecuados, de acuerdo con los parámetros mínimos establecidos estaba el control médico la citología vaginal, nutrición, ejercicio, recreación, pertenencia de grupo y uso de cinturón de seguridad. Las variables sociodemográficas que mostraron asociación estadísticamente significativa con las prácticas de salud fueron: semestre, edad, sexo, estrato socioeconómico y escolaridad de los padres ($p < 0.05$).

Cabe destacar que el aumento de semestre tuvo una asociación negativa para algunas prácticas de salud (salud oral, control médico, automedicación y pertenencia de grupo), mientras que tuvo una asociación positiva para el autoexamen de mama, uso de anticonceptivos y condón, e ingesta de sustancias de uso común consideradas como estimulantes ($p < 0.05$).

Los resultados observados, sugieren que los estudiantes de medicina no asumen en niveles adecuados las practicas de salud y señalan la necesidad de desarrollar estrategias para mejorar los hábitos de salud del estudiante de medicina, de tal manera que en el futuro se beneficie a si mismo y pueda beneficiar a sus pacientes y a la comunidad (Magallanes, Vaca, Arias y Herrera, 1994). Reiterando de esta manera la importancia de realizar trabajos consistentes de promoción de la salud en los lugares de trabajo, particularmente entre los trabajadores hospitalarios.

3. Diseño Metodológico

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el que la fuente esencial de información fue el testimonio de los colaboradores de un Hospital público de alta complejidad de Bogotá D. C. Se realizaron entrevistas estructuradas de carácter voluntario a las que se les practicó una evaluación cuantitativa mediante análisis descriptivos así como mediante análisis de varianza (ANOVA), e igualmente se buscaron posibles relaciones entre las variables de interés por medio de la técnica de análisis factorial múltiple, la cual resultó apropiada por tratarse de datos con fuentes anidadas de variabilidad, es decir que los individuos se pudieron considerar desde los grupos con los que compartían características similares.

Este enfoque, que utiliza modelos estadísticos surgidos de las ciencias sociales, resulta apropiado en salud pública ya que ayuda a determinar tanto características individuales como características colectivas.

Los datos fueron recolectados en una base de datos en Excel ® y posteriormente procesados en el programa estadístico SPSS 15.0 ® (Statistical Package for Social Sciences) tanto para los aspectos descriptivos como para los ANOVA y el análisis exploratorio multivariado.

3.2 PREMISAS DE TRABAJO

Aunque se trata de un estudio descriptivo en el que no se utilizan formalmente hipótesis, si se cuenta con dos proposiciones de evaluación:

P0: La práctica de hábitos saludables entre los trabajadores hospitalarios, que laboran en un hospital de alta complejidad en Bogotá, presenta niveles altos y está determinada por el conocimiento que este grupo tiene acerca de su importancia.

P1: La práctica de hábitos saludables entre los trabajadores hospitalarios, que laboran en un hospital de alta complejidad en Bogotá, no presenta niveles altos y está determinada por

factores psicológicos o culturales más que por elementos del conocimiento que este grupo tiene acerca de su importancia.

3.3 VARIABLES

Con el fin de poder determinar tanto los niveles de práctica de los hábitos saludables, como los determinantes de la misma se consideraron:

- 1) Variables Criterio: Corresponde a los Hábitos Saludables, que para este trabajo se analizan agrupados en cuatro categorías:
 - a) Consumo, los cuales en general se relacionan con los contenidos y cantidades de la dieta, con el uso adecuado de medicamentos y con evitar utilización de sustancias como el tabaco, el alcohol y los psicofármacos y otras sustancias potencialmente perjudiciales.
 - b) Higiene y Actividad Física, en aspectos tanto de intensidad y duración como de frecuencia de actividades como el ejercicio, el descanso, el autocuidado, etc.
 - c) Prácticas de trabajo saludable y seguro, que se refieren al comportamiento protector en el trabajo pero también en el domicilio y en lo que genéricamente llamamos espacio público y que en los hospitales corresponde a acciones concretas como la bioseguridad, la preparación doméstica y laboral para emergencias, el ejercicio adecuado de turnos y rotaciones, etc.
 - d) Participación en Redes Sociales de Apoyo orientadas a la Estimulación de Potencialidades tanto individuales como colectivas, las cuales incluyen familia, vecindario, religión, organizaciones no gubernamentales, partidos políticos, grupos de trabajo, etc., frente a las cuales se considerará únicamente la participación en términos de tiempo dedicado, solidaridad percibida y solidaridad expresada.

El nivel de práctica de estos hábitos se clasificó como porcentaje a partir de la autoevaluación efectuada por los trabajadores participantes durante la entrevista. Se construyó una escala likert de cuatro categorías (Rodríguez & Lopera, 2002) en la cual, ante la pregunta acerca de la frecuencia con la que se asume una práctica considerada como saludable, se calificó con cero si nunca se practicaba y con 3 si la práctica era habitual, mientras que los valores de 1 y 2 se dejaron si para casi nunca o casi siempre, respectivamente. Posteriormente y sobre los promedios se llevó a 100% el máximo aritmético posible.

- 2) Variables Predictoras: Se consideraron agrupadas en los dos enfoques teóricos propuestos, de una parte están los factores Psicosociales y de otra los Culturales, en lo atinente a los primeros tenemos, los elementos constitutivos de la teoría de etapas:
 - a) Percepción de severidad de los riesgos de incumplir la conducta esperada;
 - b) Percepción de vulnerabilidad o susceptibilidad personal ante los riesgos del incumplimiento;
 - c) Percepción de los beneficios derivados de ejecutar la conducta protectora;

- d) Percepción de costos en que se incurre al asumir la conducta evaluada;
- e) Percepción de autoeficacia para la ejecución de la conducta en situaciones particulares

Para los aspectos culturales se consideraron como ejes fundamentales:

- a) Las normas que regulan el comportamiento social
- b) El sentido de pertenencia al grupo social y la identidad con el mismo y
- c) Los mecanismos de control social y regulación de poder al interior del grupo

Estos se evaluaron indagando acerca de:

- a) El lenguaje y discursos relacionados con los hábitos saludables,
- b) La forma como se integran los hábitos saludables en las actividades sociales y prácticas cotidianas del grupo
- c) La inclusión de los hábitos saludables en la organización social y en las relaciones derivadas de la misma.

Estos aspectos se indagaron en los dos principales escenarios de vida de la mayor parte de entrevistados: Su familia y su lugar de trabajo.

Ambos elementos se evaluaron con escalas tipo likert, aunque en las variables psicológicas se incluyó una pregunta acerca de la etapa de práctica con la cual se identificó el entrevistado.

- 3) Variables poblacionales: se consideraron los aspectos más importantes tales como sexo (hombre, mujer), grupo etario, nivel de formación alcanzado, tiempo de experiencia general, tiempo de trabajo en la institución, forma de vinculación, función desarrollada y servicio al que encuentra adscrito.

3.4 INSTRUMENTO

La herramienta utilizada en el trabajo de campo de esta investigación consistió en una encuesta de diseño propio (Anexo 1) conformada por 90 preguntas distribuidas así:

- 14 correspondientes a datos demográficos:
 - 1) Rango de edad, se preguntó de este modo con el fin de dar seguridad a los trabajadores acerca de la imposibilidad de identificación, los rangos se construyeron a partir de un análisis previo de la base de datos de colaboradores de la institución y se establecieron así: de 18 a 25 años, de 26 a 40, de 41 a 55, de 55 a 65 y aunque la situación resultaba excepcional se dejó una categoría de mayor de 65, la cual, por no tener sino un participante en esta categoría, fue excluida posteriormente.
 - 2) Género: Masculino o Femenino.
 - 3) Nivel escolar máximo alcanzado: Básica, secundaria, Técnico-Tecnológico, Universitaria y Posgrado.
 - 4) Tipo de vinculación: Planta, Contrato de prestación de servicios, Cooperativa de trabajo asociado y outsourcing (estos últimos dos igualmente resultaban excepcionales, pero había en el estudio preliminar de la planta presencia

- ocasional de ellos)
- 5) Nivel funcional: Auxiliar, Técnico, Profesional y Directivo, los cuales se corresponden con la distribución de empleos en el estado Colombiano.
 - 6) Función principal: Administrativa, asistencia directa o coordinación asistencial.
 - 7) Área principal de desempeño: Quirúrgicas, médicas, urgencias y atención prehospitalaria, servicios ambulatorios y de apoyo, administrativas y rotatorios. Las cuales igualmente corresponden al estudio preliminar de la planta y se incluyeron como categorías grandes pero muy similares en cuanto al perfil de desempeño con el fin de dificultar la identificación individual del trabajador.
 - 8) Jornada institucional semanal: Menor de 24 horas (medio tiempo), entre 25 y 34 horas (6 horas diarias), entre 34 y 44 horas (tiempo completo) y mayor de 44 horas (tiempo adicional a la jornada).
 - 9) Horario principal: Diurno (turnos de mañana y tarde), Nocturno o Rotatorio.
 - 10) Experiencia laboral total: Menor de 8 años (rango correspondiente en su totalidad al actual sistema de seguridad social en salud), entre 8 y 18 años (rango correspondiente a la transición en el sistema de salud), entre 18 y 25 (rango en el cual se trabajo algún tiempo en el anterior sistema nacional de salud y se vivió la transición y el actual sistema), y mayor de 25 años (caso en el cual se cuenta con una vasta experiencia en ambos sistemas)
 - 11) Presencia de doble jornada: aparte de la posible respuesta negativa se incluyen además categorías posibles de esta doble jornada tales como educación, trabajo en otro hospital, actividades comerciales, otras actividades productivas y responsabilidades domésticas.
 - 12) Experiencia institucional: Menor de 2 años (trabajador nuevo en el cual la cultura organizacional no debería haber tenido mayor impacto), entre 2 y 8 años, entre 8 y 15 años (que se corresponden a la historia organizacional) y mayor de 15 años, (casos poco frecuentes).
 - 13) Estado civil: Soltero (no se identifica así mismo con ningún nivel de compromiso de pareja), Unión estable (casado o identifica una responsabilidad de pareja sólida), Separado, viudo o en unión breve (identifica responsabilidades derivadas de una unión pero no muy sólidas), igualmente estas categorías obedecen a la revisión teórica previa acerca del factor protector que genera la red familiar más inmediata.
 - 14) Rango en número de hijos: Sin hijos, entre 1 y 3 o más de tres, los cuales se corresponden a la revisión inicial de la planta.
- 45 preguntas acerca de la práctica personal de hábitos saludables, en las que en general se preguntó en “positivo” es decir acerca de ejecutar la práctica saludable, sin embargo en 10 de ellas, dada la presencia de algún grado de dificultad para preguntar de esa manera y la conveniencia de no sesgar la respuesta hacia el distractor favorable, se optó por preguntar acerca del posible riesgo inherente a no adoptar la conducta, en estos casos al momento de tabular la respuesta se procedió a asignar puntaje inverso es decir se asignó el máximo puntaje a la respuesta “nunca” y el mínimo a la respuesta “siempre”:
 - 10 referidas a consumo, tanto de alimentos como de bebidas y medicamentos.

-
- 12 relativas a higiene, incluyendo ejercicio físico, limpieza, orden y aseo, postura, descanso, uso del tiempo libre y manejo de la presión grupal.
 - 12 referentes a participación, incluyendo las redes descritas, tanto de proximidad: familia, amigos, vecinos, pares, como institucionales: educación, trabajo, espiritualidad, política, voluntariado y recreación.
 - 10 concernientes a seguridad: en el entorno (sitio de trabajo y ocupación, domicilio, espacio público), en las relaciones, en la utilización de elementos y productos y en la disponibilidad de recursos necesarios para atender contingencias.
 - 1 acerca del disfrute del trabajo.
- Luego 6 preguntas acerca de los aspectos psicológicos de la práctica de una categoría de hábitos saludables, la primera acerca de la etapa en la cual considera que se encuentra, en este caso se incluyó una etapa nula cuando no le interesa el tema, una etapa cero cuando de manera consiente decisión no hacerlo y etapas 1, si no ha decidido aún, 2 si carece de disciplina para hacerlo y 3 si lo hace de manera habitual y luego cinco preguntas acerca de las variables elegidas: beneficio, severidad, autoeficacia, vulnerabilidad y costos respectivamente.
 - Posteriormente se incluyó una pregunta abierta acerca de si identificaba hasta tres personas de aquellas con las que trabaja habitualmente como un ejemplo a seguir en la práctica de hábitos saludables, esta pregunta fue posteriormente desechada porque presentó una enorme variabilidad en las respuestas generando importantes limitaciones en la interpretación de su resultado.
 - Finalmente 24 preguntas acerca de los determinantes culturales, en las cuales se indagó de manera específica acerca de un hábito o un grupo de hábitos saludables, siguiendo el esquema señalado en cuanto a normas, mecanismos de control y poder y sentido de identidad y pertenencia, indagando acerca de los discursos, las prácticas y las relaciones, tanto en la familia como en el lugar de trabajo, dejando seis preguntas en relación con que el grupo no exprese interés con respecto al hábito saludable indagado.

En cada una de ellas la respuesta debía ser única y estaba definida de tal manera que entre ellas resultaban exhaustivas y excluyentes (Sánchez & Gómez, 1998).

La valoración fue esencialmente unidimensional, es decir que más del 75% de las preguntas valoraba solo una de las dimensiones de la variable considerada, aunque al agruparse el conjunto valoraba un nivel superior.

Con el propósito de establecer la aceptabilidad del instrumento (PoLit & Hungler, 2000) y su validez (Sánchez & Echeverry, 2004) se realizó inicialmente la remisión del mismo a diez expertos nacionales e internacionales, siendo considerados como tales personas con nivel de formación mínimo de maestría en áreas de la salud y con experticia laboral o investigativa en temas como salud ocupacional y epidemiología, psicología de la salud, promoción y prevención y antropología, los aspectos que se les solicito evaluar incluyeron tanto la comprensión, claridad y precisión como la pertinencia, al igual que la

misma redacción de los enunciados, la lógica en el orden mismo de las preguntas y si la escala seleccionada era adecuada para los intereses de la investigación. Se obtuvo respuesta oportuna de siete de ellos, lo que permitió ajustar varias de las preguntas e incluir algunas más.

Posteriormente se realizó una aplicación preliminar a un grupo de 25 trabajadores hospitalarios de características similares a la población seleccionada con el fin de conocer su percepción acerca de la claridad y exactitud con la cual podrían ser interpretados los enunciados, así como la duración del diligenciamiento de la encuesta con el fin de establecer si la misma se encontraba dentro de un rango de aceptabilidad para ellos, realizándose también los ajustes pertinentes.

Finalmente y después de aplicado el mismo y antes de realizar las pruebas estadísticas seleccionadas se procedió a calcular el alfa de cronbach con el fin de conocer la confiabilidad de la encuesta es decir el nivel de consistencia interna, en este caso se consideró como aceptable un nivel superior a 0.70 por tratarse de un instrumento recién desarrollado (Burns & Grove 2004) y se obtuvieron valores de 0.857, para las preguntas acerca del nivel de práctica de los hábitos saludables, de 0.767 para el segmento que media los aspectos culturales y de 0.723 para el segmento de determinantes psicológicos.

Sin embargo es importante precisar que dado que este coeficiente realiza su medición en función de dos elementos: la longitud de la prueba (número de ítems) y la covarianza entre sus ítems (Ledesma, Molina & Valero, 2002), estos niveles de consistencia no se mantienen cuando se examina cada uno de los subcomponentes de la prueba, así por ejemplo al analizar cada uno de los niveles de práctica para cada grupo de hábitos por separado se obtienen valores que oscilan entre 0.435 y 0.797, o al analizar por separado los componentes culturales se obtienen valores que oscilan entre 0.463 y 0.745. Por la extensión de dichos análisis se optó por no presentarlos desagregados en este documento.

3.5 PARTICIPANTES

Considerando que en el momento de la realización de la entrevista –Julio a Septiembre de 2009- la institución contaba con un total de 1456 colaboradores entre funcionarios de planta (122 personas) y contratistas (1334), excluyendo a aquellos que eran vinculados por el hospital pero desempeñaban su función en comisión fuera de el mismo, se procedió a calcular la muestra con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una proporción esperada del 60%, resultando que la misma debía alcanzar como mínimo 295 personas.

Para tal fin y luego de obtener las respectivas autorizaciones en la institución, se preparó un grupo de 5 estudiantes de últimos semestres de la carrera de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, para que fueran los encargados de la realización de la entrevista. Ellos, en compañía del investigador, fueron al hospital a cada uno de los turnos de trabajo y servicios y pidieron nueva autorización a los coordinadores de cada una de las áreas en las que se presentaban, una vez obtenida la autorización abordaban a cada

trabajador y le explicaban el propósito de la investigación así como sus posibilidades y condiciones para participar de la misma, si aceptaban se les notificaba el consentimiento informado y se realizaba la entrevista, la cual tuvo una duración aproximada de 55 minutos.

Aunque este esquema no garantizaba que el muestreo fuese estratificado, se optó por el mismo en atención a la necesidad de garantizar la libre participación y la dificultad que implica la aleatorización completa, dado que la complejidad de una institución de tipo hospitalario obligaría la inclusión de múltiples variables sociodemográficas, creando muy elevado número de posibles categorías.

Se resalta que en algunos servicios de circulación restringida, tales como salas de cirugía, central de esterilización, salas de partos, o urgencias, los coordinadores inicialmente no aceptaron el ingreso al servicio, sino que pidieron que les dejara un grupo de encuestas que ellos harían llegar al personal y luego devolverían en cuanto estuviesen diligenciadas, en esta circunstancia el retorno de las encuestas no se produjo, por lo que se procedió a solicitar autorización para el ingreso directo a dichas zonas y una vez obtenido el mismo se realizó en forma personal la entrevista.

Algo similar ocurrió con algunos trabajadores quienes, en medio de la entrevista o al ver la extensión del instrumento, solicitaban suspender la aplicación argumentando que tenían mucho trabajo que realizar y se atrasarían en el mismo, por lo que solicitaban que se les dejara el documento y que ellos completarían su diligenciamiento y lo harían llegar con posterioridad, en estos casos, aunque el retorno resultó un poco más frecuente, se encontró que el diligenciamiento era en la mayoría de las veces incompleto, por lo que hubo necesidad de descartarlos. Sin embargo la meta de 295 entrevistas completas fue ampliamente superada ya que se lograron 367 encuestas y tal y como se presentará en resultados cumplió las expectativas de representatividad de la población trabajadora de la institución elegida.

3.6 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS

Los análisis descriptivos se realizaron siguiendo el procesamiento normal para este tipo de exploraciones que se encuentra incluido en el programa estadístico elegido, de igual manera se procedió para calcular los análisis de varianza (ANOVA). Para el análisis multivariado inicialmente se realizaron los histogramas de frecuencias variables con el fin de detectar las frecuencias de las categorías de las variables a fin de proceder a unir las categorías de frecuencias más bajas con la más cercana y eliminar las variables con muy alta frecuencia en cualquiera de las categorías (para este caso fueron: área desempeño, horario principal, otra labor y tipo de vinculación). Estas modificaciones se realizan con el fin de evitar datos que produzcan ruido y no estén aportando información.

Luego se efectuó el análisis agrupado el cual permite analizar las relaciones entre los grupos de variables, para conocer los factores comunes entre ellos y con esta información se procedió a efectuar el análisis factorial múltiple que esencialmente es una matriz de

covarianzas con el fin de observar las relaciones posibles entre los grupos de variables seleccionadas.

Para estos análisis se contó con el apoyo de dos expertos en el tema estadístico y en el manejo del programa seleccionado, ambos con nivel de maestría, uno con formación en ciencias de la salud y otro en estadística.

3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo se realizó dando cumplimiento estricto a las normas nacionales que rigen la investigación en salud, en particular la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia en la que se clasifica como sin riesgo o con riesgo mínimo (artículo 11) por tratarse de un proceso de carácter descriptivo y analítico y en atención a que a los participantes sólo se les aplicó una encuesta de la cual no se podrían derivar mayores perjuicios personales o grupales.

A pesar de esto se consideraron todos aspectos relacionados con el cumplimiento de la precitada resolución, particularmente con el artículo 6 (consentimiento informado), artículo 7 (el muestreo), artículo 8 (la privacidad) y artículos 45 y 46 (grupos subordinados).

Por prudencia no se solicitaron datos de identificación en el cuestionario y se les garantizó a los trabajadores absoluta privacidad y total confidencialidad en la recepción, procesamiento y divulgación de los datos con lo cual además se pretendió controlar el posible sesgo de respuesta.

En todos los casos se tramitó una solicitud de consentimiento informado con cada uno de los trabajadores (anexo 2) informándoles, además del propósito, alcances y condiciones de la misma, que tenían total libertad de responder o no la encuesta y de retirarse de la misma si durante el proceso preferían hacerlo.

Adicionalmente, el trabajo contó con el aval del comité de investigación de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Colombia y con la autorización explícita de los directivos del hospital.

4. Resultados

Siguiendo los objetivos propuestos los resultados se presentan en tres partes, la primera realiza las descripciones correspondientes al perfil sociodemográfico de la población, en la segunda se presenta lo correspondiente a los niveles de práctica de hábitos saludables evidenciados, resaltando aquellos que resultaron importantes para los grupos sociodemográficos descritos y en la tercera se incluye lo relativo a la manera cómo los participantes calificaron cada una de las variables correspondientes a los dos determinantes explorados, realizando una comparación entre ellos según la metodología descrita.

4.1 PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO

El mayor porcentaje de trabajadores encuestados corresponde a personas jóvenes y mayoritariamente a mujeres, Tabla 5.

Tabla 5. Distribución por Género y Edad, Trabajadores de un hospital de Bogotá 2010.

		Edad					Total
		18-25	26-40	41-55	56-65	>65	
Género	Femenino	38	152	43	2	0	235 64%
	Masculino	16	73	37	5	1	132 36%
Total		54 (14,7%)	225 (61,3%)	80 (21,8%)	7 (1,9%)	1 (,3%)	367 (100,0%)

La mayoría de las mujeres que participaron en la investigación (152) se ubican entre los 26 y 40 años de edad, similar a lo que ocurre entre los hombres, de los cuales 73 se encontraban en este mismo rango de edad.

La razón hombre: mujer es cercana a 2: 1 en los menores de 40 años, sin embargo en los mayores estas cifras varían notoriamente y se invierten en los mayores de 55 años, situación que puede tener que ver con un cambio social que repercute en las políticas de vinculación del recurso humano o con una más frecuente exclusión de las mujeres mayores en el mercado laboral.

Como se evidencia en la tabla 6, el 51.2% de la población presenta una unión estable, siendo mayor la proporción en los hombres (53%), que en las mujeres (50%).

Tabla 6. Distribución por estado civil, número de hijos y género.

Género	ESTADO CIVIL												
	Unión Estable				Soltero				Separado, Viudo o en Unión Breve				Total
	No	1-3	>3	Total	No	1-3	>3	Total	No	1-3	>3	Total	
Femenino	22	89	7	118	54	<u>37</u>	3	94	6	16	1	23	235
Masculino	8	57	5	70	38	11	-	49	3	9	2	13	132
Total	30	<u>146</u>	12	188	92	48	3	143	9	25	2	36	188

Se destaca también que el nivel de soltería alcanza el 39%, el cual puede relacionarse con la edad de la población y la tendencia social de posponer este compromiso, posiblemente por razones económicas y académicas.

Igualmente es importante el hecho de que casi el 60% de los encuestados tienen entre 1 y 3 hijos y la mínima proporción de aquellos que tienen más de 3, no obstante la prevalencia de solteros con hijos, siendo esta cifra proporcionalmente mayor entre las mujeres.

Al revisar la formación académica, tabla 7, se encuentra que tal y como se espera de los hospitales existen todos los perfiles.

Tabla 7. Distribución de Nivel escolar según género.

Género	NIVEL ESCOLAR						Total
	Básica	Secundaria	Técnico- tecnólogo	Universitaria	Posgraduada		
Femenino	2	30	86	87	30	235	
Masculino	0	15	42	42	33	132	
Total	2 (,5%)	45 (12,3%)	128 (34,9%)	129 (35,1%)	63 (17,2%)	367 (100%)	

La educación técnica y tecnológica muestra una frecuencia muy similar a la profesional, lo que probablemente se relaciona con los niveles de demanda mayor de recurso humano mejor formado y la profesionalización de áreas que hace relativamente poco tiempo eran de carácter técnico tales como la instrumentación, igualmente destaca el hecho de que entre los hombres es más frecuente la formación posgraduada, que entre las mujeres.

Al considerar el gusto por el trabajo, tabla 8, se encuentra que un poco más del 40% de la población en estudio no expresa gusto permanente por el trabajo que desarrolla.

Tabla 8. Distribución por Género y Gusto trabajo.

	Gusto Trabajo			Total
	Rara vez	Frecuente	Siempre	
Femenino	11	94	130	235
Masculino	6	49	77	132
Total	17	143	207	367

Al analizar la posibilidad de desarrollo de otra labor, tabla 9, se encuentra que más del 40% de los trabajadores desarrolla otra tarea, siendo esta cifra menor entre los hombres (38.6 %), que en las mujeres (46,4%).

Tabla 9. Distribución por desarrollo de otra labor.

	No	Labores domésticas	Actividades hospitalarias	Actividades educativas	Actividades comerciales	Otras actividades productivas	TOTAL
Femenino	126	50	14	34	5	6	235
Masculino	81	7	12	13	6	13	132
Total	207 (56,4%)	57 (15,5%)	26 (7,1%)	47 (12,8%)	11 (3,0%)	19 (5,2%)	367 (100,0%)

Como se aprecia la diferencia es explicada principalmente por el peso de las actividades domésticas y educativas, lo que encarna la triple labor femenina (hogar, estudio, trabajo), con el consecuente desgaste diferencial de género, mientras que los hombres identifican sus otras labores mucho más desde el carácter de remuneración y por ende de producción.

Igualmente el 7,1% de la población desarrolla otras labores hospitalarias, incrementando así su riesgo ocupacional.

El 93,2% de los trabajadores, sin diferencia de género, tiene vinculación con la institución mediante contrato de prestación de servicios, cifra que se corresponde con las tendencias del sector, principalmente en las instituciones hospitalarias de origen público, en las que la rigidez de la planta de personal ha hecho que su crecimiento no sea trasladado a los trabajadores, sino que se haga castigando una buena parte de su retribución económica.

La tabla 10 resume los aspectos relacionados con la jornada laboral institucional semanal, destacando que más del 80% de los trabajadores reporta jornadas superiores a la media de los países desarrollados e igualmente el que persisten las diferencias por género

en el sentido de que los hombres dedican más horas semanales a las labores remuneradas que las mujeres.

Tabla 10. Distribución de Jornada institucional semanal.

	Menos de 24 horas	Entre 25 y 34 horas	Entre 35 y 44 horas	Mayor a 44 horas	
Femenino	33	19	118	65	235
Masculino	8	9	63	52	132
Total	41 (11,2%)	28 (7,6%)	181 (49,3%)	117 (31,9%)	367 (100%)

Al examinar el horario en que se desarrolla esta jornada, se encuentra que un 15% de los trabajadores la ejecuta mezclando actividades diurnas y nocturnas, con el desgaste que esto supone.

Al considerar la experiencia laboral general y la experiencia institucional se evidencia que el 46.6% cuenta con una experiencia menor de 8 años, la mayor parte de la cual ha sido desarrollada en su totalidad en el hospital estudiado, mientras que el 37.9% tienen una experiencia de entre 8 y 18 años, llamando la atención que la mitad de estos tienen una experiencia entre 2 y 8 años en la institución y el 20% una experiencia institucional menor de dos años.

Es decir que más del 80% de los trabajadores estudiados tienen una experiencia institucional menor de 8 años lo que permite intuir una gran rotación de personal, situación que unida a la modalidad de vinculación principal puede señalar una importante inestabilidad laboral, lo cual es de riesgo si se considera que las áreas que cuentan con menor experiencia son los servicios de urgencias y los servicios quirúrgicos, en los cuales la experticia dada por práctica del personal encargado de la prestación del servicio es un elemento determinante de la calidad de la atención.

En ambos casos los hombres parecen tener un poco más de permanencia en la institución frente a las mujeres.

En cuanto a la función principal desarrollada y a las áreas de desempeño hay un alto nivel de labores administrativas que identifican los encuestados (50,4%) frente a las tareas directamente asistenciales, lo cual posiblemente tiene que ver con el incremento de las actividades de registro asistencial que la reforma al sistema de salud ha implicado.

La distribución por nivel funcional de los encuestados, muestra que el 87,2% de los trabajadores se desempeña en el nivel técnico y en el nivel profesional, correspondiéndose en términos generales con su perfil de formación, sin embargo llama la atención la presencia de 33 trabajadores (9%) que desempeña una tarea ubicada funcionalmente por debajo de su perfil académico, mientras que hay 6 personas (1,6%) con nivel de formación técnica o tecnológica que desempeñan labores profesionales en la institución.

El resumen de todas las variables poblacionales se presenta en el anexo 3 tanto en cifras absolutas como en porcentajes. Algunos de los hallazgos de interés, allí evidenciados, son:

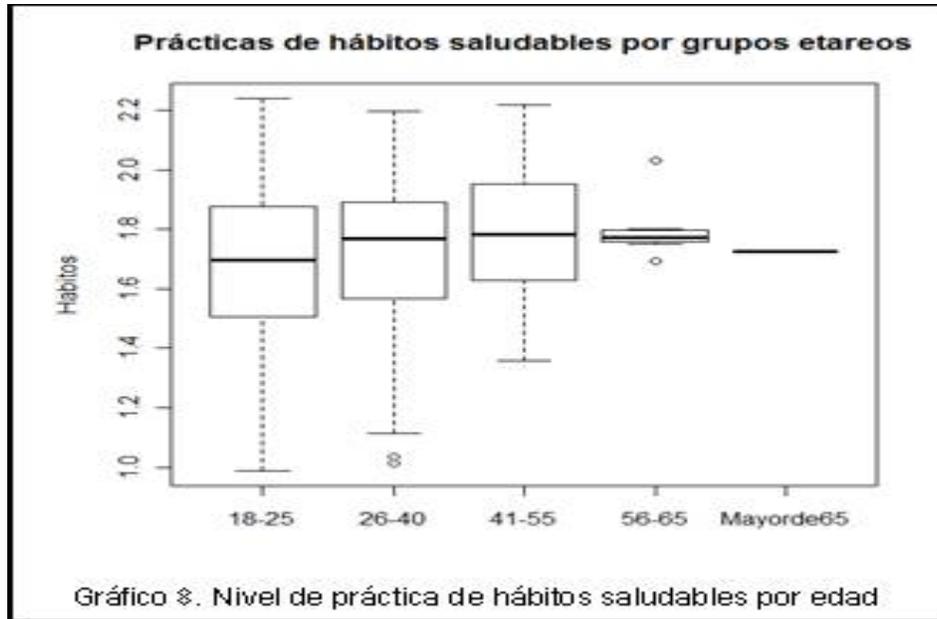
- En nivel escolar se encuentra que la mayoría de las mujeres con edades comprendidas entre los 41 y los 55 años tienen un nivel técnico-tecnólogo, mientras que la mayoría de los hombres dentro del mismo rango de edad tienen un nivel de posgrado.
- Las personas que laboran jornadas semanales mayores a 44 horas son mayoritariamente jóvenes, lo hacen principalmente en los servicios médicos y de urgencias, en actividades de asistencia directa, tienen formación alta, pero poca experiencia profesional, están vinculados por contrato de prestación de servicios y reportan gusto alto por el trabajo.
- La mayoría de las personas que son separadas, viudas o cuentan con una unión breve y tienen de 1 a 3 hijos se encuentran en el rango de edad de 41 a 55 años, seguidos de aquellos que bajo las mismas condiciones se encuentran en un rango de edad de 26 a 40 años.
- El área de actividad en la que se evidencia menor gusto por el trabajo son los servicios ambulatorios, mientras que los quirúrgicos reportan mayores niveles de agrado, esto puede relacionarse con la demanda y por ende presión que implica el número de contactos con los pacientes, familiares y usuarios que se produce en los servicios de consulta externa y apoyo. De la misma forma, quienes realizan su actividad en turnos rotatorios reportan menor gusto por el trabajo que aquellos que tienen un horario estable.
- Al revisar por nivel de vinculación se encuentran ligeras diferencias, de tal manera que el grupo auxiliar es mayor la cantidad de mujeres cuyo perfil incluye distribución en todas las edades, mejor identificación de las responsabilidades domésticas como segunda actividad y mayor frecuencia de unión estable y presencia de hijos con menor gusto por el trabajo asistencial, mientras que en el nivel técnico y profesional hay una distribución más equilibrada de género, y aumentan los niveles de soltería diferenciándose entre sí en que entre los profesionales proporcionalmente es más frecuente la ausencia de hijos y mejora el gusto por las labores asistenciales.

4.2 PRÁCTICA DE HÁBITOS SALUDABLES

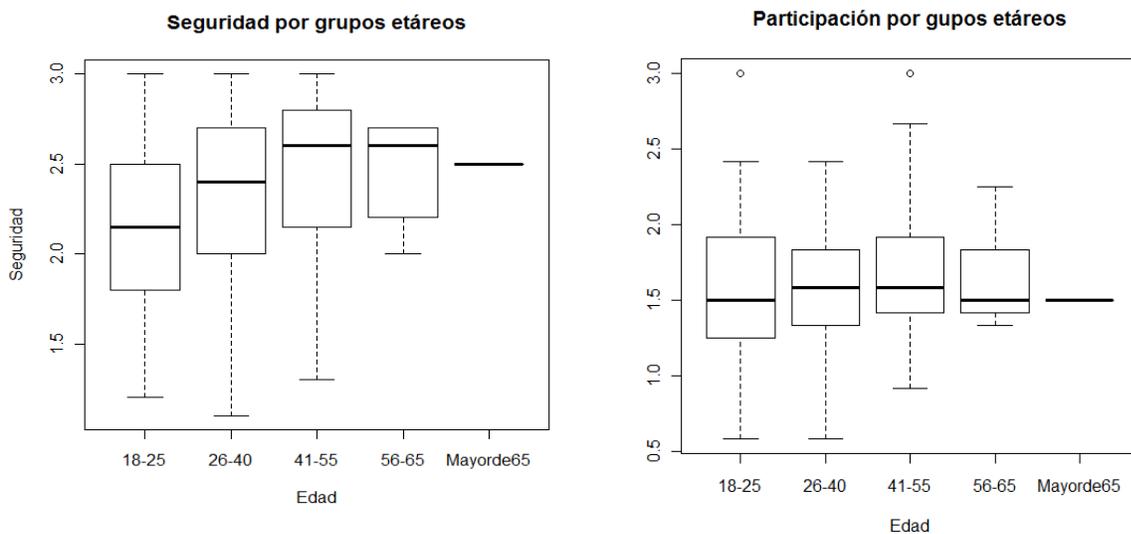
En lo atinente a la práctica de hábitos saludables en la población estudiada se encontró que esta muestra un nivel que se cataloga como intermedio bajo ($65,9 \pm 7,5 \%$), destacándose que el nivel más alto, aunque con mayor variabilidad, se encuentra en las prácticas de seguridad ($77,9 \pm 14,4 \%$), seguida de las de consumo ($67,3 \pm 11,1 \%$) e higiene ($65,2 \pm 12,1 \%$), ambas muy cerca del promedio y en un nivel realmente muy bajo se ubican las de participación que apenas alcanzaron un $53,3 \pm 13,5 \%$.

La discriminación del nivel de práctica de hábitos saludables por edad se representa en el Gráfico 8. Aunque no resultó significativa para los cuatro grupos de hábitos evaluados ($p=0,1866$), se destaca una tendencia que muestra que globalmente hay un nivel más bajo de desarrollo de los mismos en la población menor de 25 años, el cual

mejora y se mantiene en las etapas posteriores; Igualmente es notorio el hecho de que la variabilidad en la practica de habitos saludables resulta menor a medida que aumenta la edad.



Es importante señalar que estos niveles de práctica también se modifican con la edad según la categoría, y que dicha variación resulta significativa cuando se trata de seguridad ($p=0,011$), siendo notorio las bajas prácticas de seguridad a edades tempranas, particularmente en disposición de recursos, temas ambientales y de espacio público. Gráfico 9.



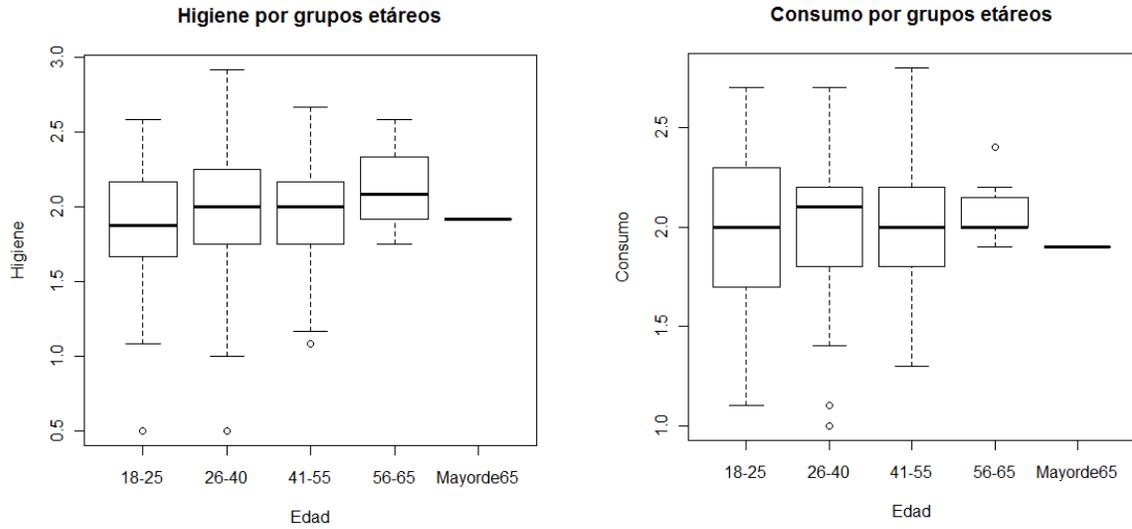


Gráfico 9. Discriminación de las diferentes categorías de práctica de hábitos saludables en relación con la edad

Aunque los hábitos de higiene y de consumo son bastante irregulares en relación con la edad y muestran mayor frecuencia de valores extremos –esencialmente inferiores-, resultan significativas las diferencias en la categoría de autonomía ($p= 0.015$). También hay una situación inversa con la participación la cual muestra su pico mas alto entre los 26 y los 40 años y luego se estabiliza y desciende, resultando significativo el aspecto político de la misma ($p= 0.021$). Estas variaciones, aunque pueden estar explicadas por el hecho de incluir en cada grupo diversas categorías, también pueden ser un indicativo de la necesidad de discriminar mucho más los programas orientados a la promoción de hábitos saludables.

Las diferencias en el nivel de práctica de hábitos saludables por sexo se presentan en el Gráfico 10, resultando significativa la diferencia en el aspecto de consumo ($p= 0.003$), principalmente por el componente de alimentación en el mismo.

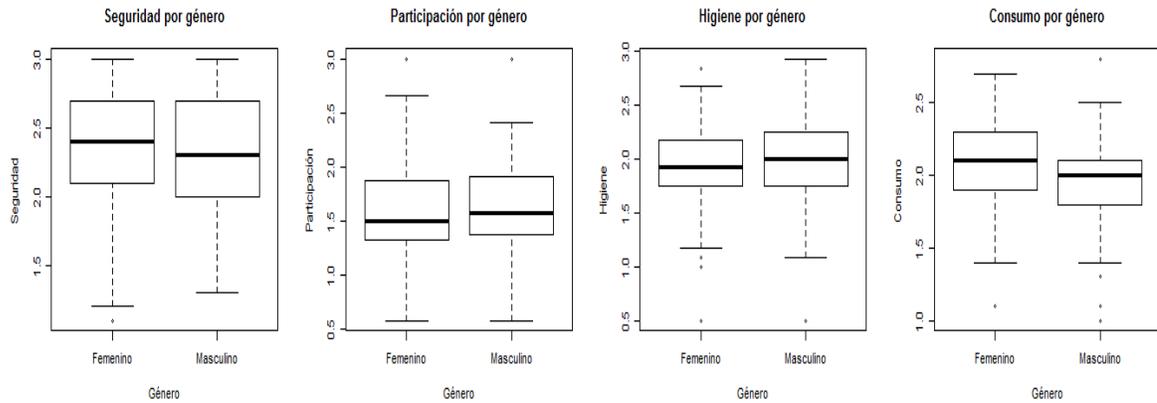
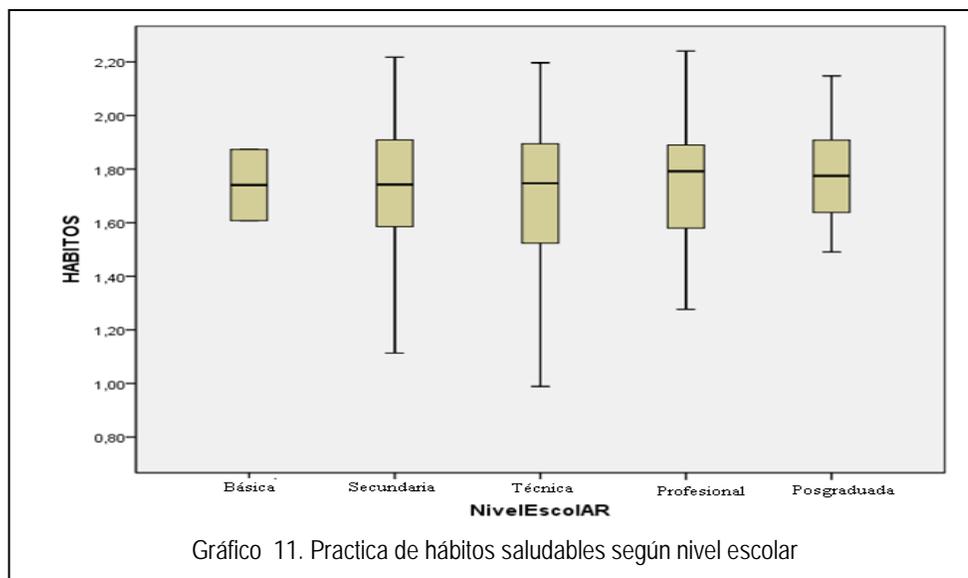


Gráfico 10. Diferentes categorías de práctica de hábitos saludables en relación con el sexo

Como se evidencia, las mujeres tienen mejores resultados tanto en seguridad como en consumo, casi igual nivel en higiene y solo son superadas en participación lo cual puede corresponder a que quizá en el medio en el que se realizó el análisis existe aún un nivel muy marcado de diferencia en los roles sociales de cada género es decir que la mujer históricamente se ha desempeñado primordialmente en la sociedad como cuidadora del núcleo familiar y solo de manera reciente como trabajadora en el aparato productivo, debiendo asumir un doble rol, por la cual no puede disponer de tiempo adicional para involucrarse en otras actividades.

La relación del nivel escolar con la práctica de hábitos saludables se presenta en el Gráfico 11, en el que se encuentra que aunque los profesionales tienen niveles ligeramente mejores, estos vuelven a descender entre los posgraduados.



Igualmente hay diferencias importantes para cada categoría de hábitos saludables, es así como para lo relacionado con seguridad se aprecia un desempeño mejor entre las personas con formación secundaria, quienes despliegan con mayor claridad y número estos comportamientos, lo cual puede estar relacionado con el nivel operativo y funcional en el que estas trabajadores desarrollan sus labores hospitalarias, mientras que en lo relacionado con participación en redes de apoyo el nivel tiende a decrecer conforme el nivel escolar aumenta.

En el análisis estadístico resulta significativa la diferencia en hábitos de consumo ($p=0.036$), en actividad física ($p=0.038$) y en participación de redes de apoyo educativas ($p=0.048$), aspectos en los que a medida que el nivel escolar aumenta, estos comportamientos se reportan como más saludables.

El tipo de vinculación, es decir ser funcionario de planta o estar prestando servicios mediante órdenes temporales (contratistas), la jornada semanal desarrollada (sobre-tiempo, tiempo completo o tiempo parcial) y la función, ya sea desarrollar actividades

administrativas, asistenciales o ejercer acciones de coordinación asistencial, no evidencia diferencias significativas en el comportamiento global de la práctica de hábitos saludables, aunque sí se aprecia una mayor dispersión entre los contratistas, los administrativos y aquellos que desarrollan funciones de tiempo parcial. No obstante, si hay diferencias estadísticas cuando se miran por separado cada uno de los grupos de hábitos saludables y sus componentes. El gráfico 12 representa esta diferencia por nivel funcional.

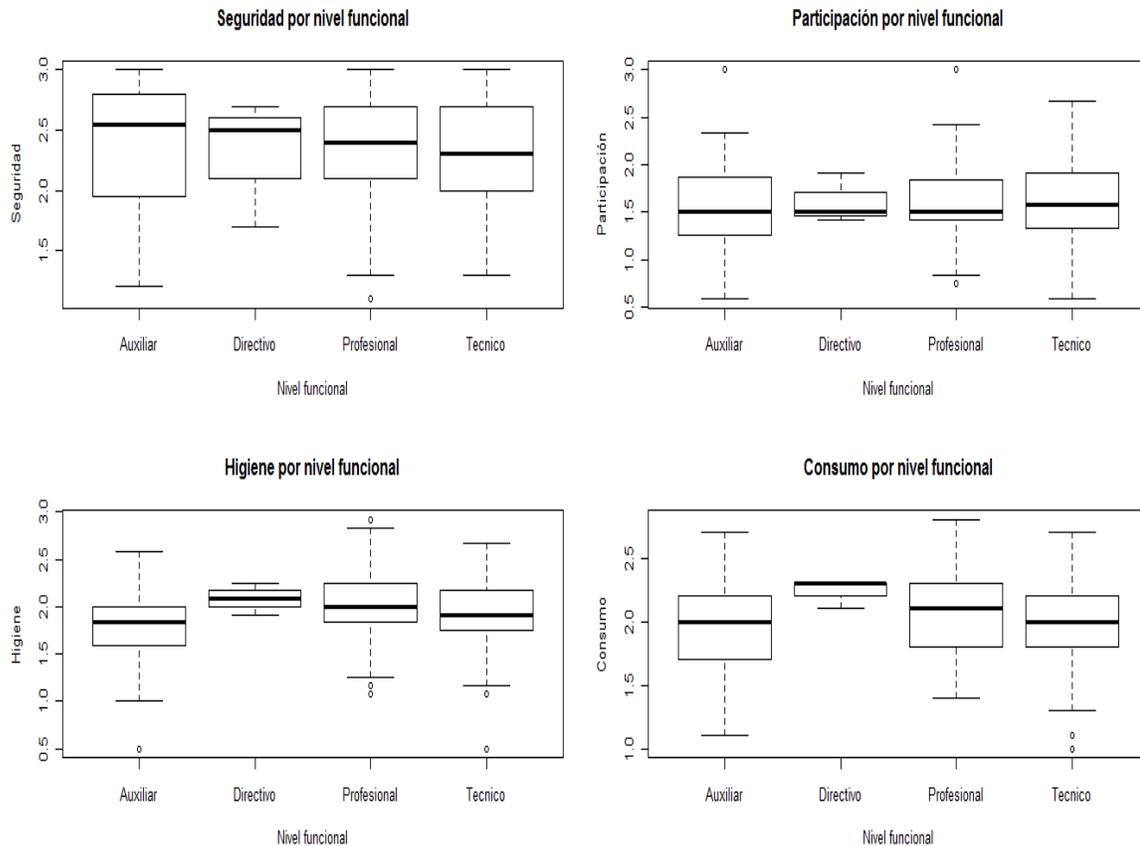


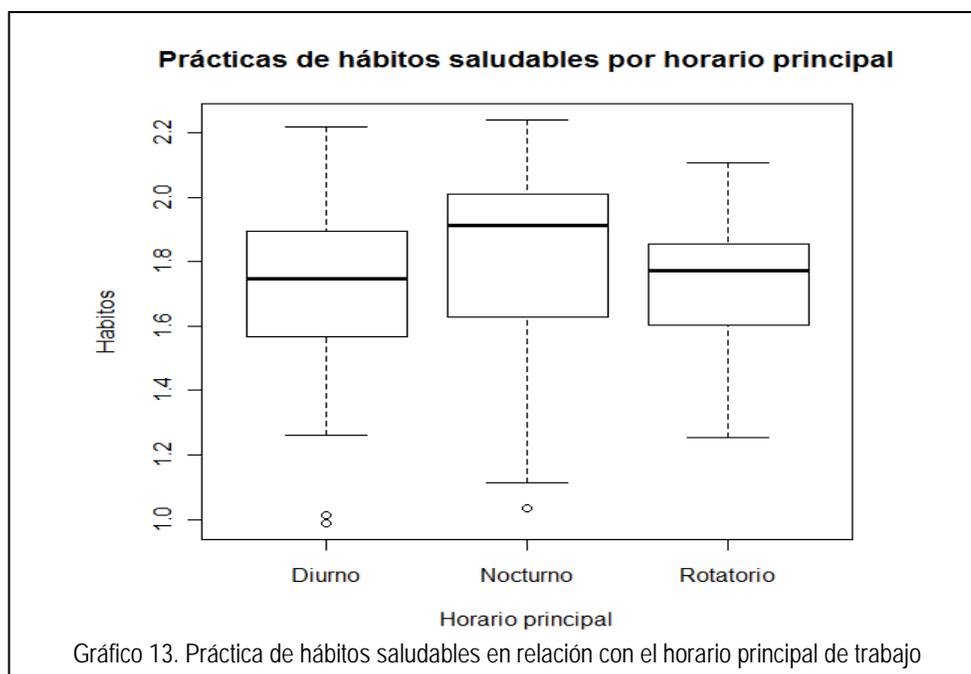
Gráfico 12. Diferentes categorías de práctica de hábitos saludables en relación con el nivel funcional

Las diferencias en los comportamientos de higiene resultaron significativas a favor de los directivos y profesionales ($p=0.006$), principalmente por los componentes de actividad física, ($p=0.002$), autonomía ($p=0.041$) y descanso ($p=0.047$), igualmente en consumo, ($p=0.05$) y dado que el nivel escolar no mostró esta correspondencia, se sugiere que esta situación puede estar directamente relacionada con el nivel salarial y las posibilidades de autonomía que implican los niveles más altos en la organización.

Algo similar ocurre con la función principal y el área de desempeño, en relación con quienes realizan labores asistenciales, ($p=0.011$ y $p=0.029$, respectivamente), aspectos en los que el componente de bioseguridad fue el más significativo ($p=0.001$), junto con el tema ambiental ($p=0.009$) y la disposición de recursos ($p=0.04$).

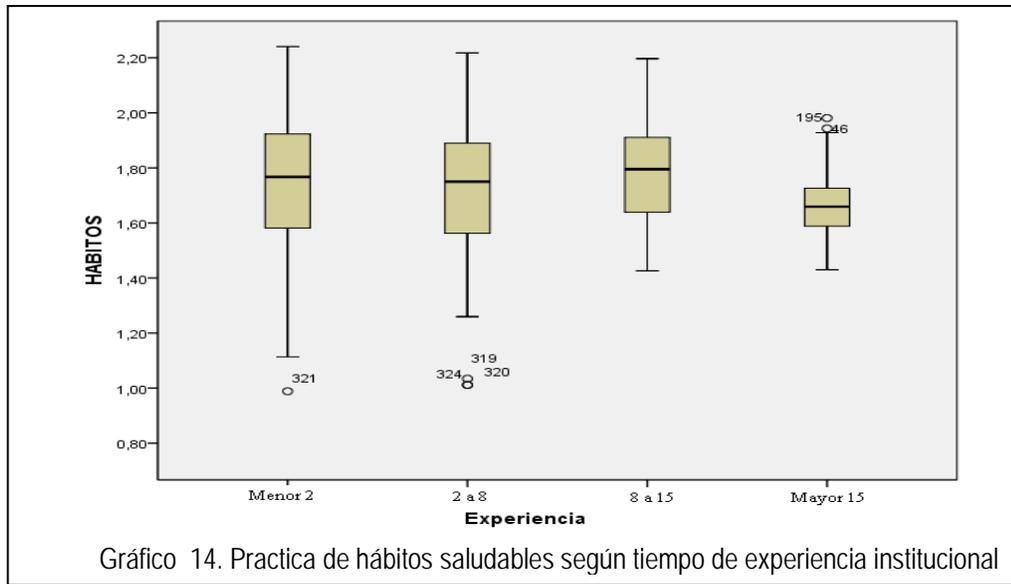
Llama la atención que en los aspectos relacionados con los comportamientos de seguridad, los trabajadores que asumen un nivel funcional auxiliar son quienes muestran procedimientos más seguros en su nivel de práctica, probablemente por el grado de conciencia adquirido frente a las labores desempeñadas, en tanto que es el nivel técnico el que muestra unos mejores niveles de práctica en lo relacionado con la participación en redes sociales de apoyo.

El horario de trabajo, Gráfico 13, lo mismo que la jornada semanal, parecen tener influencia en el proceso de práctica de hábitos saludables, evidenciándose que la jornada semanal de tiempo completo y el horario nocturno están relacionados con mejores niveles de práctica de hábitos saludables que los turnos diurnos y rotatorios y las dedicaciones de tiempo parcial y superiores a tiempo completo.

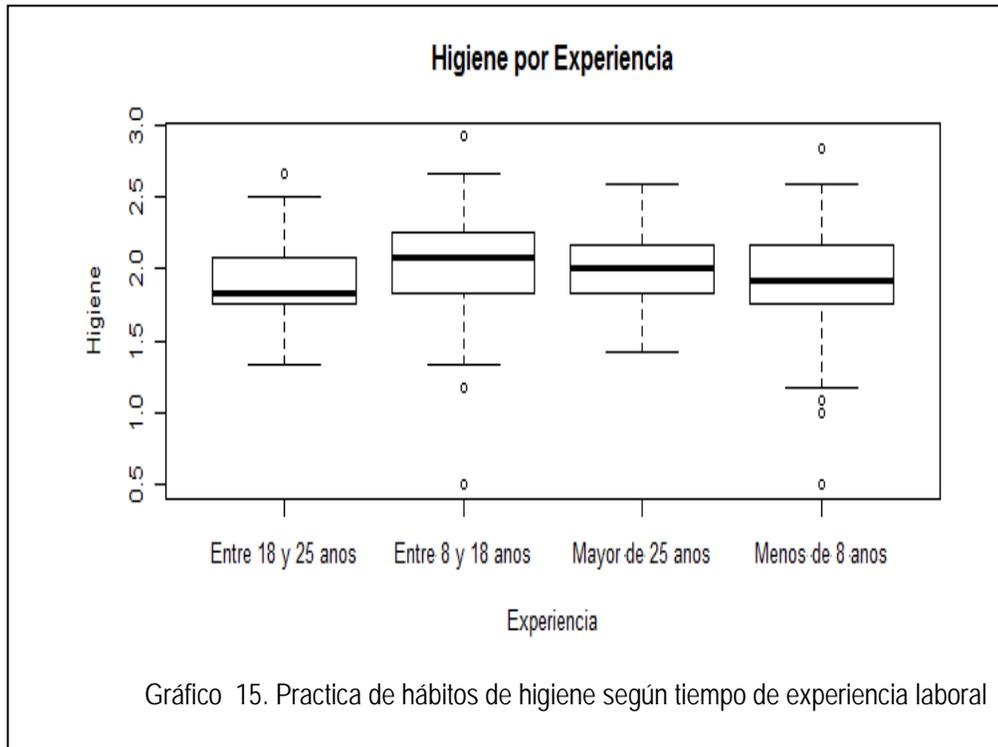


Esta diferencia a favor del trabajo nocturno resulta significativa para aspectos como la actividad física ($p=0.014$) y la participación, principalmente en las redes de apoyo familiar ($p=0.023$). Esto resulta muy interesante puesto que como se señaló previamente este tipo de trabajo ha sido asociado a diversos riesgos para la salud, sin embargo es posible que algunos trabajadores lo prefieran con el fin de mejorar las posibilidades de compartir tiempo diurno con su familia.

Los hábitos saludables, en relación con el nivel de experiencia institucional, Gráfico 14, presentan un comportamiento variado, de tal manera que en su conjunto quienes tienen una experiencia institucional entre 8 y 15 años muestran mejores niveles de hábitos saludables, siendo significativos para el aspecto de participación ($p=0.049$), particularmente en lo relacionado con actividades de recreación y esparcimiento ($p=0.008$) y en seguridad para los comportamientos de orden y aseo ($p=0.006$).



En cambio, la experiencia total resulta significativa en lo relacionado con el comportamiento global de los hábitos ($p=0.003$) en particular con los de seguridad ($p=0.001$) y de higiene ($p=0.033$), Gráfico 15, pero favoreciendo a aquellos que tienen una experiencia intermedia, es decir a quienes cuentan con experiencia entre 8 y 18 años.



En este contexto llama la atención el que los mejores hábitos no son crecientes en relación con la edad, sino que desmejoran de manera importante entre aquellos entrevistados con experiencia entre 18 y 25 años.

El área de desempeño no evidencia una variación significativa en la práctica global de los hábitos saludables, con excepción del componente de seguridad ($p=0.029$), en este aspecto quienes desempeñan actividades rotatorias en diferentes servicios muestran una mejor práctica, mientras quienes están en servicios ambulatorios y de apoyo, tienen un desempeño comparativamente menor, excepto en lo relacionado con participación, aspecto en el que mejoran, posiblemente por una mayor libertad de horario.

Destaca el que el grupo de urgencias y atención pre hospitalaria tiene un desempeño levemente más deficiente que los demás en los aspectos de higiene, lo cual puede tener relación con la extensión y variabilidad de la jornada en la que se desempeñan.

Algo similar ocurre con el nivel de práctica de consumo, cuyo puntaje más bajo se presenta entre quienes desempeñan su función en las áreas administrativas y que podría estar mediado un entorno poco favorable o por un conocimiento insuficiente de estos aspectos.

En lo que tiene que ver con el desarrollo de labores diferentes al trabajo en el hospital de nuevo no se presentan diferencias muy llamativas con excepción de algunas particularidades en el caso de los aspectos de seguridad en los que quienes desempeñan actividades asistenciales en otra institución tienen un promedio más alto, (orden, $p=0.02$ y confort, $p=0.027$), aunque participan menos, particularmente en actividades políticas ($p=0.003$) y con quienes son responsables de actividades domésticas, ya que tienen mejores estándares de consumo y de higiene, en particular para el componente de actividad física ($p=0.002$).

El estado civil y el número de hijos evidencian un patrón levemente favorable a las relaciones estables y a tener más de tres hijos, siendo menos favorables en los casos de soltería, unión inestable o ausencia de hijos.

Esta situación es más notoria en los aspectos de seguridad y un menos en lo atinente a higiene y muestra mayor variabilidad en los hábitos de participación, aspecto en el que los separados y viudos muestran mayor nivel de práctica, probablemente en relación con la búsqueda de compensación y en consumo en donde curiosamente quienes no tienen hijos reportan puntajes ligeramente mejores, probablemente por razones económicas, resultando significativas las diferencias para participación en redes de salud ($p=0.042$), consumo de medicamentos, ($p=0.028$), participación en redes relacionadas con el trabajo ($p=0.041$) y la cultura ($p=0.044$).

Finalmente una mención especial merece el gusto por el trabajo, Gráfico 16, en el que la práctica de hábitos saludables muestra una relación directa con el nivel de complacencia expresada por el trabajo, en este caso se aprecia que la práctica de hábitos saludables es mayor en personas que siempre sienten gusto por el trabajo, seguidos de las personas que frecuentemente sienten gusto por el trabajo y por último quienes tienen menos hábitos saludables reportan son las personas que sienten rara vez sienten gusto por el trabajo.

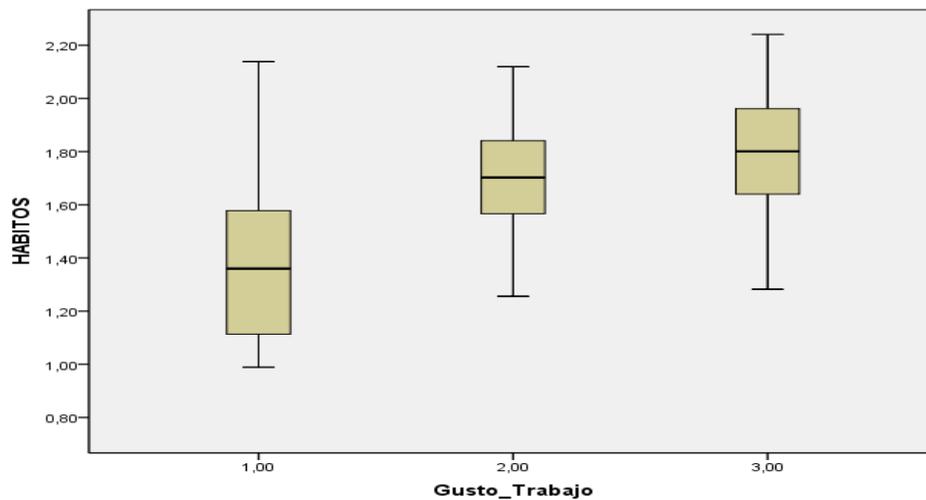


Gráfico 16. Práctica de hábitos saludables en relación con el gusto expresado por el trabajo

Esta variable resultó significativa para prácticamente la totalidad de variables ($0.00001 > p < 0.038$), exceptuando el tema de consumo de medicamentos y de participación en actividades culturales, políticas o religiosas, señalando así la importancia que tiene el trabajo en el cual la persona se desempeña y la satisfacción percibida en relación con la calidad de vida derivado del mismo.

Finalmente y aunque como ya se mencionó, el análisis estadístico evidencia que no se pueden generalizar los hallazgos de cada una de las subcategorías incluidas en la prueba, si es importante destacar algunos de ellos.

En primer lugar y dentro de los componentes de la categoría de seguridad, además del gusto por el trabajo, las diferencias en el nivel de práctica de los hábitos saludables examinados resultaron significativas en relación con la edad ($p=0.011$), la función principal ($p=0.011$) y la experiencia total ($p=0.001$), destacándose que son los aspectos relacionados con la sexualidad (sexo seguro) los que se reportan con un mayor nivel de práctica saludable dentro de la muestra, sin embargo es de vital importancia aclarar que los participantes más jóvenes (18 - 25 años) presentan una menor práctica de los mismos.

Algo similar ocurre con el componente de seguridad en el espacio público (vías y aspectos colectivos) en los que aunque se obtuvieron puntuaciones intermedias para todas las edades, se aprecia que los menores niveles se encuentran entre las personas más jóvenes, mientras que los mayores tienden a comportarse de una manera más segura frente a éste tema, mientras que en lo relacionado con la seguridad personal y colectiva en la utilización de productos propios de la vida moderna como los plaguicidas se evidencia que las personas pertenecientes a la muestra no exhiben un nivel elevado de comportamientos saludables.

En cuanto a la categoría consumo y sus subcomponentes, que incluyen alimentos, bebidas y medicamentos, las diferencias resultaron significativas para género ($p=0.003$), nivel escolar ($p=0.036$) y gusto por el trabajo ($p=0.001$). El mejor nivel de prácticas

saludables se aprecia en el consumo de medicamentos, seguido por el de bebidas y al final se encuentran los alimentos, aspecto en el que reportaron mejores niveles de práctica quienes laboran en el turno nocturno.

Los hábitos de higiene tienen puntajes significativos en relación con el nivel funcional ($p=0.006$), la experiencia total ($p=0.033$) y el gusto por el trabajo ($p=0.00001$), siendo un poco menores los niveles en actividades tales como la higiene del entorno, la higiene corporal y la higiene oral, seguidos de la inadecuada utilización del tiempo libre y el tiempo de descanso y mejores en los aspectos relacionados con la autonomía, es decir lo relacionado con las formas de consumo y la resiliencia, aspectos en los que ciertas variables como tener una relación estable, tener hijos y ser mujer adulta mostraron mejores puntajes, la categoría de actividad física (higiene postural y actividad física y ejercicio), fue una de las variables en las que las diferencias sociodemográficas mostraron los mayores niveles de significancia tal y como ya se reseñó.

En cuanto al nivel de práctica de hábitos saludables relacionados con la participación en redes de apoyo, se puede apreciar que existe un nivel intermedio-bajo en estos comportamientos, sin embargo la familia y los amigos aparecen en primer lugar, seguidos de la red educativa y de las redes asociadas al trabajo.

A continuación se aprecia el papel de las redes artísticas y de expresión cultural, así como las deportivas y recreativas, seguidas de las redes de apoyo espiritual o religioso y de participación ciudadana y voluntariado, ubicándose en última lugar la participación política.

4.3 DETERMINANTES DE LA PRÁCTICA DE HÁBITOS SALUDABLES

Se indagó acerca de dos enfoques para la práctica de hábitos saludables, a continuación se presenta un análisis descriptivo de los hallazgos de los determinantes psicológicos desde el enfoque de la teoría de etapas y posteriormente se presentarán los componentes del enfoque cultural que se tuvieron en cuenta en la presente investigación.

En primer lugar es importante señalar la etapa en la que se encontraban los participantes con respecto a la práctica de cada uno de los grupos de hábitos saludables, Tabla 11.

Grupo de hábitos	DECIDIO NO HACERLO	AUN NO SE DECIDE	NO TIENE LA DISCIPLINA	LO HACE HABITUALMENTE	NO LE INTERESA
PARTICIPACION	7,53%	26,88%	41,94%	17,20%	6,45%
DIETA ADECUADA	2,91%	20,39%	50,49%	18,45%	7,77%
SEGURIDAD	0,00%	9,86%	33,80%	54,93%	1,41%
ACTIVIDAD FISICA	1,00%	25,00%	56,00%	15,00%	3,00%
TOTAL GENERAL	3,00%	21,25%	46,59%	24,25%	4,90%

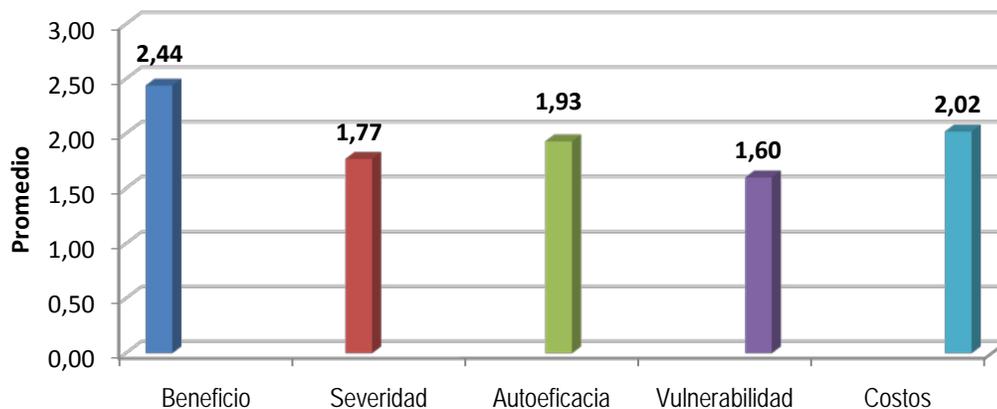
Tabla 11. Etapa psicológica en relación con el grupo de hábitos saludables evaluado.

Como se aprecia en general la mayor parte de los participantes se identifica a sí mismo en la etapa en la que decidió realizar la conducta pero aun no tiene la disciplina necesaria para conservarla y hay una proporción similar entre quienes lo hacen habitualmente y quienes aun no se deciden con unos porcentajes bajos entre quienes decidieron no adoptar la práctica y a quienes no les interesa el tema.

Sin embargo se destacan algunas variaciones interesantes ya que en el caso de la participación en redes sociales hay casi un 14% de la muestra que señala su decisión de no participar o no tener interés por hacerlo, mientras que hay también un grupo de casi el 10% de los entrevistados a quienes no les interesa el tema de la dieta saludable o decidió no llevarla a cabo, igualmente es importante la desviación positiva en lo relacionado con seguridad en donde más del 88% de los entrevistados refiere ejecutar esta habilidad con regularidad o hacerlo aun cuando no tengan la disciplina deseada.

La etapa psicológica resulto significativa para todos los grupos de hábitos saludables y para la mayor parte de sus componentes, con niveles p entre 0.00001 y 0.031, en algunas categorías, aunque no se alcanzo el nivel de significancia, este si resulto importante, como ocurrió en consumo de medicamentos ($p=0.13$), actividad física ($p=0.465$), descanso ($p=0.163$), socialbilidad ($p=0.066$), redes culturales y artística ($p=0.11$), políticas ($p=0.07$) y de ciudadanía ($p=0.167$), en los únicos aspectos en los que no resulto significativa fueron en actividad física, autonomía, seguridad en el ejercicio de la sexualidad y participación en redes de cuidado de la salud y espirituales o religiosas.

La gráfica 17 presenta el comportamiento de las cinco variables que de acuerdo con la teoría de etapas forman parte del proceso de adopción de los hábitos saludables. Como se aprecia, al establecer los promedios para cada uno de las variables psicológicas, al interior de la muestra la mayoría de personas involucradas emiten juicios y valoraciones y rigen los comportamientos observados, basados en primer lugar en el beneficio percibido que éstos pueden derivar de las actividades propias de la práctica de hábitos saludables y en segundo lugar de los costos que el asumirlos puede llegar a implicar.



Gráfica 17. Comportamiento de las variables determinantes de la práctica de hábitos

Igualmente se aprecia que la percepción de la vulnerabilidad ante el daño posible y de la severidad potencial del mismo, no tienen una gran fuerza en el reconocimiento de la motivación para asumir un determinado hábito saludable, esto es importante puesto que es de esperar que estas apreciaciones sean mucho más trascendentes a la hora de abandonar conductas de riesgo que al momento de incorporar a su comportamiento cotidiano una conducta protectora.

También resulta importante el nivel intermedio que los participantes atribuyen a su propia capacidad para asumir o rechazar la práctica de estos hábitos puesto que era de esperar que la misma desempeñara un rol más relevante.

Al revisar los valores discriminados para cada uno de los grupos de hábitos saludables, Tabla 12, se encuentra que las diferencias fueron altamente significativas ($p=0.0001$), para costo y severidad, aspectos en los que los mayores puntajes se asignaron en orden descendente en el primer caso a seguridad, dieta, participación y ejercicio y en el segundo a seguridad, ejercicio, participación y dieta.

	BENEFICIO	SEVERIDAD	AUTOEFICACIA	VULNERABILIDAD	COSTOS	POND
EJERCICIO	2,52	1,86	1,88	1,62	1,70	1,26
DIETA	2,50	1,44	1,85	1,52	2,20	1,47
SEGURIDAD	2,48	2,08	2,01	1,49	2,38	1,26
PARTICIPACION	2,25	1,78	1,99	1,76	1,87	1,20
GENERAL	2,44	1,77	1,93	1,60	2,02	1,30

Tabla 12. Variables psicológicas en relación con el grupo de hábitos saludables evaluado.

Aunque beneficio solo alcanzo un nivel de significancia $p=0.073$, es importante señalar que la diferencia esta a favor del ejercicio, seguido por la dieta y la seguridad y dejando en ultimo lugar a la participación.

Al realizar una revisión de las variables en relación con los niveles de práctica de hábitos saludables observados, se encuentra que la percepción de costo es una variable muy proxima a la determinación de la toma de decisiones, puesto que sus niveles siguen el mismo orden de la práctica observada, que ubica en primer lugar la seguridad, seguida de la dieta (consumo), el ejercicio (higiene) y dejando en ultima instancia a la participación.

No ocurre lo mismo con las otras variables ni individualmente ni al ponderar los factores de afrontamiento (beneficio, autoeficacia), en relación con los factores de amenaza (severidad y vulnerabilidad), puesto que en estas percepciones la dieta toma el primer lugar, seguida del ejercicio, dejando la seguridad en tercer lugar y la participación en el último nivel.

Es importante resaltar que mientras en los cuatro grupos de hábitos hay puntajes relativamente superiores para la percepción del beneficio, igualmente lo son menores para la percepción de la vulnerabilidad, posiblemente simbolizando, un conocimiento adecuado de la existencia de las conductas protectoras, pero una pobre discriminación del riesgo potencial individual de no asumirlas o dicho de otra manera esto indica que los individuos

no se perciben a sí mismos como frágiles ante las consecuencias negativas que pueden recibir por la omisión de los comportamientos saludables examinados.

Destaca la variabilidad en variables como severidad de daño posible al no asumir la conducta, en la que por ejemplo en seguridad se puntúa 2.08, frente a dieta en la que únicamente alcanza 1.44 o la apreciación del costo, en el que igualmente seguridad es vista como “poco costosa”, frente a ejercicio en el que se entiende un costo mayor (la fracción es inversa por la manera “positiva” en la que se planteó la pregunta).

También se resalta el que la auto eficacia para asumir la conducta -creencia que tiene el individuo acerca de que el comportamiento es o no dependiente de su control individual- muestra un resultado intermedio, aún cuando no hay grandes variaciones para los cuatro grupos de hábitos evaluados.

Factores Culturales

A continuación se presentan los promedios correspondientes para las variables culturales que se propusieron en la presente investigación, en términos de los promedios resultado de la correlación entre discurso, práctica y relaciones con las normas, la posibilidad de inclusión y facilitación y el ejercicio de poder al interior del grupo, Tabla 13.

	DISCURSOS	PRÁCTICAS	RELACIONES	PROMEDIO
Normas	1,94	2,05	1,72	1,90
Inclusión	1,81	0,89	0,77	1,16
Poder	1,80	1,82	2,03	1,88
PROMEDIO	1,85	1,59	1,51	1,65

Tabla 13. Variables culturales en relación con la práctica de hábitos saludables.

Como se aprecia, los entrevistados calificaron con puntajes levemente mayores a los elementos normativos y de poder y al aspecto discursivo, señalando de este modo la existencia de un nivel medio tanto para el reconocimiento social de los hábitos saludables y de su importancia, como de presión social para su realización, pero con limitaciones en cuanto a la intervención activa para comprometer su realización, por lo que resulta muy pertinente la discriminación para cada una de las prácticas examinadas, la cual se presenta en detalle en la Tabla 14.

Se destaca que todas ellas resultaron significativas con niveles p entre 0.001 y 0.00001, con excepción de colaboración y poder en el ambiente familiar en que la significancia fue menor ($p=0.306$).

Es decir que las diferencias entre estas variables puede llegar a explicar, al menos parcialmente los niveles diferenciales de práctica de hábitos saludables que se evidenciaron, en este sentido es llamativa la importancia reconocida por los participantes en todas las variables aquí examinadas en relación con los aspectos de seguridad que

fueron los de nivel más alto en todos los componentes de las variables culturales y que igualmente fueron dados altos puntajes a los mismos aspectos en lo relacionado con participación que es el hábito saludable en el que se encontró un menor nivel de práctica, resaltándose así el valor de la presión social alrededor de la práctica o no práctica de los hábitos saludables estudiados.

	VARIABLE	DISCURSO	PRÁCTICAS	RELACIONES	PROM
Normas	PARTICIPACION	1,65	1,94	1,29	1,62
	EJERCICIO FISICO	1,70	1,87	1,30	1,62
	DIETA	2,16	2,15	2,08	2,13
	SEGURIDAD	<u>2,18</u>	2,20	2,11	2,17
Inclusión	PARTICIPACION	1,79	<u>0,75</u>	0,68	1,07
	EJERCICIO FISICO	1,44	0,73	0,67	0,95
	DIETA	1,82	0,99	<u>0,74</u>	1,19
	SEGURIDAD	2,06	1,05	0,95	1,35
Poder	PARTICIPACION	1,98	1,90	2,05	1,98
	EJERCICIO FISICO	<u>1,28</u>	1,24	<u>2,64</u>	1,72
	DIETA	1,67	1,78	1,75	1,73
	SEGURIDAD	2,11	<u>2,18</u>	1,83	2,04
PROMEDIO	PARTICIPACION	1,81	1,53	1,34	1,56
	EJERCICIO FISICO	1,47	1,28	1,54	1,43
	DIETA	1,88	1,64	1,53	1,68
	SEGURIDAD	2,12	1,81	1,63	1,85

Tabla 14. Variables culturales en relación con cada grupo de práctica de hábitos saludables

Es importante también el valor dado alto dado al rol de las relaciones como ejercicio de colaboración y poder, frente al ejercicio físico, en contraste con el bajo valor asignada a las mismas pero en relación con la inclusión y el sentido de pertenencia.

Con la dieta ocurre algo similar y es que la variable que puntua mas bajo es la de inclusión y pertenencia, tanto en lo atinente a prácticas como a relaciones.

Recapitulando, se aprecia que en la población evaluada el nivel de discurso tiene gran relevancia, es decir, que muchas de las prácticas de hábitos saludables encontradas se sustentan por la forma en la que se enuncian y se transmiten las ideas que guardan correspondencia con la necesidad de adoptar conductas que favorezcan el auto cuidado de la salud, señalándose que los entrevistados no asignan un puntaje demasiado alto al nivel de apoyo que obtienen para esta práctica en los entornos examinados o en las relaciones cotidianas.

Es decir que parece ser que en la cotidianidad el factor de deseabilidad social juega un papel importante en la práctica de hábitos saludables, ya que puede hacer ceder o cambiar de opinión a las personas, debido a que se pueden presentar diferentes clases de demandas y exigencias que generan un ajuste del comportamiento, así este no sea tan

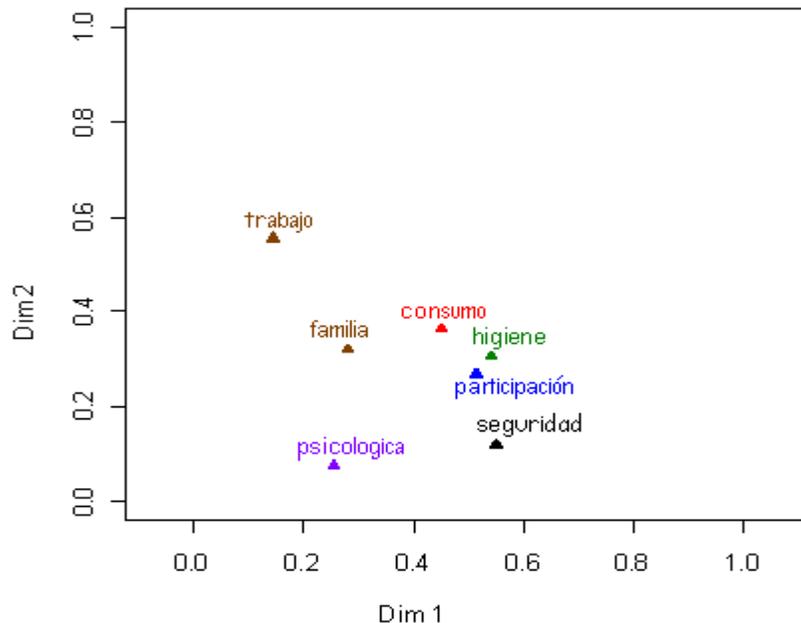
benéfico o diste de lo que los individuos están considerando como lo más adecuado para su salud.

De otra parte se destaca que en casi todos los aspectos se concedió un puntaje ligeramente más alto a la familia como generador del nivel de adopción de hábitos saludables, Tabla 15, sin embargo el lugar de trabajo y las relaciones que del mismo se derivan también son identificadas por los entrevistados como influyentes, particularmente en los aspectos de presión social en las relaciones y de inclusión en las experiencias cotidianas.

VARIABLE		DISCURSO	PRÁCTICAS	RELACIONES
Normas	FAMILIA	1,94	2,08	1,78
	TRABAJO	1,93	2,03	1,66
Inclusión	FAMILIA	1,92	0,89	0,73
	TRABAJO	1,69	0,90	0,81
Poder	FAMILIA	1,93	1,95	1,96
	TRABAJO	1,67	1,69	2,09

Tabla 15. Variables culturales en relación con ámbito social

Como se anunció en la metodología, con el fin de aproximarse a las posibles relaciones entre el nivel de práctica de hábitos saludables observado y tanto la teoría de etapas como el enfoque cultural, se procedió a realizar un análisis factorial múltiple, los resultados del mismo se presentan resumidos en la gráfica 18.



Gráfica 18. Posibles relaciones entre el nivel de práctica de hábitos saludables y las variables evaluadas en desde la teoría de etapas y el enfoque cultural

En la gráfica se incluye en la coordenada x –designada bajo el nombre de Dim. 1-, los grupos de práctica que en este estudio resultaron más influyentes y que en su orden fueron las variables de práctica de seguridad, higiene y participación, mientras que en la coordenada y -que aquí se denomina como Dim. 2-, el grupo más influyente es el de las variables incluidas como culturales, en particular las relacionadas con el lugar de trabajo.

Dado que el valor máximo de cada coordenada es 1, se puede señalar que la correlación de los ejes del análisis factorial múltiple con los grupos de variables no es concluyente y por ende no permite establecer relaciones específicas entre los mismos, sin embargo si genera la posibilidad de reconocer factores comunes que orientan los eventuales elementos que están presentes en las mismas.

Al respecto hay que señalar que en los aspectos de seguridad todos los elementos indagados tuvieron un aporte importante, con excepción de la posibilidad de contar en el momento con recursos suficientes para atender contingencias y de tener las precauciones de seguridad al utilizar los elementos de consumo diario, mientras que en higiene el aspecto que resulto más relevante para este análisis fue el de utilización del tiempo libre y en participación la vinculación con redes relacionadas con la atención en salud.

Igualmente las variables psicológicas que más aportaron en este modelo fueron las de beneficio y auto eficacia y una menor proporción la de severidad mientras que las culturales fueron, en relación con el trabajo, las de poder, en los tres aspectos: discurso, practica y relación, en este último también en concordancia con las normas, en tanto que en la familia resultaron importantes los aspectos del discurso y de relación en lo atinente al manejo del poder y de la inclusión respectivamente.

De la misma manera el gráfico, a través de las distancias, indica la relación entre grupos de variables, de tal modo que entre más cercanos se encuentren los puntos que los representan, se encuentran más relacionados, y viceversa. Así, los grupos de hábitos evaluados se encuentran fuertemente interconectados entre sí y se destaca que el buen nivel de prácticas de seguridad encontrado aparece en relación cercana con las variables psicológicas, lo mismo que el nivel medio de práctica de hábitos de consumo aparece en relación con los aspectos culturales desarrollados al interior de la familia, en tanto que los hábitos incluidos en los aspectos de higiene y participación ocupan lugares un poco más equidistantes. Igualmente llama la atención la ubicación relativamente lejana de las variables culturales en el trabajo en relación con los niveles de práctica observados.

Resulta muy llamativo que todas las variables culturales mostraron en su variación, frente a las 14 variables sociodemográficas, importantes niveles de significancia ($0.00001 > p < 0.028$), con excepción de los elementos de discurso que solo los tuvieron frente a la experiencia, es decir que el nivel de conocimiento los mensajes frente a los hábitos saludables resulta homogéneo para los trabajadores, tanto en su familia como en su entorno laboral.

5. Discusión

En atención a los principales resultados, que incluyeron unos niveles de práctica de hábitos saludables intermedios, con mayor fortaleza en los aspectos de seguridad y menor logro en lo atinente a la participación en redes sociales de apoyo, con importantes diferencias de acuerdo con las variables sociodemográficas y con un nivel explicativo en las variables psicológicas y culturales exploradas, se procede a presentar una breve discusión en tres partes, la primera enfocada a la práctica de hábitos saludables, la segunda a los determinantes de los mismos y la tercera a el efecto de este conocimiento en el enfoque de los programas de promoción de la salud en los hospitales.

PRACTICA DE HÁBITOS SALUDABLES

La promoción de la salud incluye entre sus actividades el estímulo a la práctica de hábitos saludables y resulta muy interesante los niveles de la misma que fueron observados en la muestra de trabajadores hospitalarios examinados, particularmente el hecho de que los mayores niveles se apreciaron en los componentes de seguridad y confort, categoría que incluye de manera transversal el orden y aseo y la administración de recursos y ya como actividades específicas diversos comportamientos relacionados con la seguridad en el desarrollo de la vida cotidiana, ya sea por los espacios en la que esta se desenvuelve, tales como el trabajo –en particular por el tipo de trabajadores evaluados lo atinente a bioseguridad-, la vivienda y el espacio público, o en la utilización de máquinas, herramientas o productos allí presentes o finalmente en el ejercicio de diversos aspectos de la vida tales como los relacionados con la sexualidad.

Como se mencionó previamente no se encontró en la literatura estudios similares al aquí presentado, por ende para poder contrastar algunos de los hallazgos se hace necesario compararlos con los estudios que se han realizado frente a las conductas de riesgo. En primer lugar y en el aspecto de bioseguridad, el buen nivel de práctica parece relacionarse con la percepción de vulnerabilidad ante el riesgo (Rodríguez, Aguilera, Barbé y Delgado, 2010), a lo que posiblemente debía adicionarse la percepción de autoeficacia para afrontarlo, particularmente por el personal que hace parte de las áreas de servicios médicos, así como aquellos que se desempeñan de manera rotatoria en los servicios y quienes son colaboradores de áreas quirúrgicas y de urgencias y APH, lo cual probablemente está relacionado con los numerosos esfuerzos por crear, divulgar y dar a conocer la importancia que tiene la bioseguridad en el ámbito de la salud, por medio de la publicación de ciertos manuales y códigos prácticos acerca de este tema (Pérez y Cueto,

2007) y la proliferación de la divulgación de ésta información entre los trabajadores del sector a partir de diferentes estrategias de capacitación (Hernández y Cols. 2006).

Ahora bien, en el ejercicio de la sexualidad hay que mencionar los hallazgos obtenidos por Leonil y Cols, (2005) quienes en una muestra de 1.664 estudiantes de medicina evidenciaron comportamientos riesgosos asociados a la conducta sexual y riesgo elevado de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS), en los participantes más jóvenes de la muestra (20 - 24 años), sin embargo no se encontraron investigaciones que respalden o contradigan el hallazgo aquí presentado en el sentido de que a medida que incrementa la edad, se optimizan los comportamientos sexuales seguros, ya que la mayor cantidad de estudios acerca de los comportamientos sexuales se centran en la adolescencia y en menor proporción a la tercera edad, por tanto este puede ser un tema de profundización para futuros análisis.

En lo relacionado con las prácticas de seguridad en el espacio público es relativamente abundante la literatura en relación con la misma en vías y vehículos, por ejemplo la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), señala que para el año 2020, los accidentes viales ocuparán el tercer lugar dentro de las principales causas de morbilidad en el mundo. Cantera (2006), sostiene la existencia de tres grupos poblacionales que presentan un mayor riesgo en situaciones de índole vial: población de 15 a 24 años usuarios de motocicletas, población de 18 a 34 años ocupantes de turismo en carretera y peatones mayores de 65 años en zona urbana.

También Cabrera, Velásquez y Valladares (2009), resaltan el papel que juega el género en el que ser hombre, peatón o conductor de cualquier edad genera un mayor riesgo de sufrir un accidente de tránsito, aunque lo relacionan con que en muchas ocasiones estos conducen bajo el efecto del alcohol con mayor frecuencia que las mujeres de sus mismas edades (OMS, 2004).

Otros estudios asocian estas circunstancias, a un bajo nivel de conciencia del daño que el comportamiento propio puede generar en las demás personas, es decir en una actitud subjetiva y poco interesada por el bienestar colectivo; aspecto que requiere de atención y promoción para así evitar a futuro daños más severos.

El relativo bajo nivel de seguridad personal y colectiva en la utilización de productos propios de la vida moderna como los plaguicidas puede llegar a generar graves consecuencias debido a las propiedades físico-químicas (inflamables, explosivas, corrosivas, irritantes, narcóticas, venenosas, mutagénicas, carcinogénicas o teratogénicas), que podrían generar secuelas y alteraciones (Bellinger & Adams, 2001), problemas de aprendizaje, problemas de memoria, daños a nivel de sistema nervioso central y periférico, variaciones morfológicas (Sharpe, 2008), deficiencias hormonales y alteraciones al sistema endocrino (Mearns, Dunn & Lees-Haley, 1994), deterioro en la calidad espermática, dificultades reproductivas, problemas de desnutrición durante el embarazo, mayor probabilidad de Alzheimer, manifestaciones del espectro autista (Larsson, Weiss, Janson, Sundell & Bornehag, 2009, citados por Bushnell, Kavlock, Crofton, Weiss & Rice, 2009) y también a que éstas no sólo pueden resultar en un daño considerable o

mortal para sí mismos, sino también a quienes les rodean y al medio ambiente en el corto y largo plazo (Fernández y De la Cruz, 1986).

Aunque para evitar estas consecuencias es necesario mejorar las condiciones actuales en las que estas se manipulan, tanto mejorando el estado de las máquinas y de los sistemas de ventilación (De Lille, 1985), es claro que el nivel de conciencia de las personas al respecto también tiene un rol central en el proceso de disminuir la frecuencia de uso y las practicas inadecuadas en la utilización de estos agentes considerados como peligrosos para las personas y para el ambiente.

El buen nivel de práctica de hábitos saludables relacionado con el consumo de medicamentos se puede relacionar con el acceso a información acerca del riesgo asociado a una utilización inadecuada de estas sustancias, pero en nuestro medio es más probable que tenga que ver con las facilidades de acceso a la formulación por parte de un profesional de la salud que se derivan de trabajar en un hospital o a la automedicación informada por parte de los profesionales.

Llama la atención que no se encontraron estudios significativos frente al tema de automedicación por parte de los trabajadores del sector salud, excepto en lo que tienen que ver con algunas adicciones de este personal (Esade, 2005). Igualmente, en lo que tienen que ver con el consumo de bebidas tampoco se encontraron mayores estudios, salvo las ya referenciadas recomendaciones generales, (Popkin, Armstrong, Bray, Caballero, Frei & Willett, 2006).

Finalmente, el menor puntaje obtenido en la práctica de hábitos saludables de consumo de alimentos llama la atención, puesto que quienes hacen parte del personal de la salud son los encargados de educar a los pacientes acerca de una alimentación sana. Al respecto puede señalarse alguna posible relación con el acceso a los alimentos en la cercanías de la institución, lo anterior dado que se sabe que por motivos de seguridad y poca disponibilidad quienes laboran en el horario nocturno prefieren traer sus propios alimentos a la institución, mientras que quienes laboran en el día acceden principalmente a puntos de venta ubicados en el sector, muchos de ellos correspondientes a las denominadas comidas rápidas, es decir que posiblemente los colaboradores que laboran en turno nocturno cuentan con mejores condiciones para optimizar tanto su patrón de alimentación, como la selección de alimentos, la preparación y la cantidad que se ingiere de los mismos (Osorio, Weisstaub y Castillo 2002).

El nivel intermedio-bajo obtenido por los participantes en las prácticas de higiene resulta importante en atención a que aunque son hábitos que pudieran ser considerados como simples, tienen la virtud de proteger a las personas de una gran cantidad de problemas infecciosos (Terrés, 2000), en particular a los trabajadores de la salud (Valencia & cols. 2002) y en situaciones como por ejemplo el contacto con sangre u otro fluido corporal, en el que la protección resulta extensiva a los demás pacientes y a la propia familia (Abbinante y Martini, 2005).

En este aspecto se destaca que para algunos autores resulta importante el que a pesar de que el personal de la salud sabe de la importancia del lavado de manos, es frecuente que no lo realice, y por ende enfatizan la importancia de desarrollar actividades específicas frente a este aspecto (Valencia & cols. 2003).

En cuanto a la utilización del tiempo libre y el insuficiente descanso, autores como Loría, Rocha y Márquez, (2010) resaltan cómo el descanso es esencial en la vida del ser humano y se relaciona directamente con el estado de salud física, mental y psicológica, mientras que Arenas & cols. (2004) señalan que debido a la organización del trabajo en el sector salud, que incluye turnos rotatorios, actividad nocturna y extensión de la jornada, estos trabajadores pueden abreviar los momentos de autocuidado, esparcimiento, diversión y sueño que resultan necesarios para la salud física y mental de todo ser humano, situación que los lleva a presentar somnolencia, irritabilidad, sensación de “resaca” y disfuncionamiento del sistema digestivo (Triguero, Gil, Machín y Fernández, 2009), además de alteraciones del ritmo circadiano, privación del sueño y fatiga física y mental, estrés, depresión, cefaleas, alteraciones ginecológicas y obstétricas, que a su vez modifican el desempeño intelectual y psicomotor favoreciendo así el error en la atención.

Al respecto, estudios como el de Calabrese, (2004), muestran que la fatiga contribuyó al 86% de errores en el manejo clínico anestésico, 6% a incidentes críticos en anestesia, y al 10% de errores en la administración de drogas equivocadas y señaló que existe un riesgo bajo, si se trabaja menos de 50 horas semanales, es decir, 10 horas consecutivas trabajadas al día, sin realizar turnos nocturnos, sin realizar extensión del turno en la noche y teniendo días libres de trabajo por semana además de disponer al menos de 10 horas de descanso entre turnos de trabajo y un riesgo significativo cuando se trabaja entre 50 a 70 horas por semana, distribuidas así: 14 horas consecutivas al día, 1 o 2 turnos nocturnos por semana o menos de 10 horas de descanso entre periodos de trabajo.

Por último, el riesgo alto es cuando se trabaja 70 o más horas a la semana, es decir, 14 o más horas consecutivas al menos 2 veces por semana, 2 o más turnos nocturnos por semana y extensión nocturna o no disfrutar de día libre.

En cuanto a los aspectos de higiene relacionados con las formas de consumo de modas y resiliencia es importante reiterar que este es un concepto que se refiere específicamente a conductas, pensamientos y acciones para enfrentar situaciones de amenaza por parte de un individuo y no dependen necesariamente de los demás (APA, 2004).

Finalmente resulta importante el bajo nivel de hábitos de higiene relacionados con la actividad física ya que los trabajadores de la salud conocen que el ejercicio regular reduce el riesgo coronario al mejorar la eficiencia del corazón, pulmones, vasos sanguíneos, y coagulación sanguínea, además de mejorar la calidad del sueño y el manejo psicológico del estrés, (Terrés, 2000).

Igualmente se reconoce que la higiene postural es muy importante, debido a que las lesiones de espalda generan un enorme gasto económico y social, puesto que una vez

lesionada la espalda es más vulnerable a nuevas lesiones o recurrencias en la lesión inicial, presentando el sector salud un riesgo elevado para estos padecimientos según lo describe la agencia europea para la seguridad y salud en el trabajo, que señala que entre el 60% y el 90% de la población de profesionales de salud padecerá trastornos dorsolumbares a lo largo de su vida y que entre un 15% y un 42% de la población padece actualmente algún tipo de trastorno dorsolumbar, del cual entre el 60% y el 70% se recupera en un plazo inferior a seis semanas, mientras que el resto requiere un plazo de hasta doce semanas, lo cual resulta costoso tanto para la institución como para el trabajador.

Además, es relevante mencionar que los trabajadores que más tienen riesgo de sufrir este tipo de padecimientos tienen entre 25 y 35 años y que poseen poca experiencia, razón por la cual la población evaluada debe tener mayor precaución con el manejo de cargas pesadas durante largos períodos de tiempo o repetidamente, revisar su higiene postural tanto estática como dinámica, así como los movimientos forzados de la espalda con y sin carga y la eventual debilidad de la musculatura abdominal y dorsal, asociadas al sedentarismo (Sánchez, 2004).

El nivel intermedio-bajo de práctica de hábitos saludables relacionados con la participación activa en redes sociales de apoyo puede relacionarse con que no se percibe de gran importancia el rol que desempeñan las redes sociales en la construcción de un estilo de vida más saludable y por ende con la necesidad de profundizar y de trabajar en la promoción de estos aspectos que son importantes en el soporte y manejo de situaciones difíciles en la vida de los individuos. En particular familia y amigos quienes por ser los más cercanos en tiempo y espacio, son los que se enteran y se ven mayormente involucrados en estos momentos, siendo importante los roles diferenciales que juegan, así por ejemplo de amigos los amigos el individuo recibe un soporte y apoyo principalmente en aquellas circunstancias en las que los conflictos no están íntimamente relacionados con la familia, mientras que en los problemas relacionados con la salud, es la red familiar la que se ve implicada en primera instancia (Barrón, 1996).

El papel de la red educativa en brindar apoyo a los trabajadores a la hora de afrontar conflictos, superar las demandas de estrés generadas en la vida y suministrar el conocimiento y las herramientas necesarias para poder percibir a futuro cómo la conducta individual puede llegar a afectar de manera positiva o negativa el estado de salud personal y de otros (Rozo, 2001), resulta relevante de acuerdo con el meta-análisis realizado en cuanto a la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis, en el que se pudo observar que los programas implementados en edades tempranas –en las que los jóvenes tienen sus primeras experiencias con este tipo de sustancias– resultan efectivos aunque insuficientes para generar un cambio y una toma de conciencia más profundos acerca de las consecuencias del abuso, (Fernández, Nebot y Jané, 2002).

La red asociada al trabajo es de particular interés para afrontar los momentos difíciles cotidianos que el medio laboral impone (Barrón, 1996), ya que se ha demostrado en algunos estudios, que la familia no genera este tipo de apoyo y soporte, mientras que los

compañeros de trabajo si lo hacen, no obstante, que suele tratarse de un soporte transitorio, que es firme en la vida laboral activa, pero disminuye al concluir la misma (Molina, 2005).

El rol del arte y las expresiones culturales desde la antigüedad se ha mencionado como un medio eficaz para la cura y manejo de enfermedades y condiciones psicológicas, (Romero, 2006), sin embargo el nivel observado de vinculación a estas actividades puede responder a limitación en la disponibilidad de tiempo o a la percepción de estas actividades como poco productivas y esencialmente recreativas desconociendo la efectividad que tienen por ejemplo para aliviar y manejar el estrés laboral o las situaciones difíciles, similar a lo que ocurre en las redes para el desarrollo de actividades deportivas respecto a las cuales ha señalado la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que es necesario el desarrollo de políticas integrales de promoción del deporte y de la salud, para que esta práctica se extienda más allá de las escuelas y lugares de enseñanza, de manera que se establezcan ambientes saludables que presten especial atención a otras personas (OPS, 2006, citado por Veleda, Tchintian, Coppo y Gigli, 2009).

La no muy frecuente participación de los evaluados en redes de apoyo espiritual o religioso o en redes de voluntariado puede deberse a desconocimiento del rol de estas actividades en menor frecuencia en suicidios, reducción de la mortalidad en casos crónicos, mayor longevidad, disminución de la ansiedad, incremento de la autoestima, menor abuso de sustancias e incremento en la satisfacción de la vida matrimonial, (Rivera y Montenegro, 2007) o su papel en decisiones cotidianas como la elección de una dieta adecuada o el tratamiento de una enfermedad o en la percepción en una situación de enfermedad y el mismo cuidado de la salud, (Sánchez, 2009).

Aunque el horario puede estar jugando un papel en esta situación puesto que se aprecia que quienes laboran en la noche tienen una participación un poco mayor en estas acciones e igualmente puede establecerse un círculo virtuoso en el sentido de que quienes expresaron mayor gusto en el trabajo también son quienes refieren mayor participación de estas actividades.

Finalmente, la reducida participación política resulta muy llamativa puesto que es claramente destacado el rol que la decisión política juega en la salud y particularmente en la promoción de la misma, quizá la explicación puede estar relacionado con lo que Hernández (2008), sostiene en el sentido de que los actos deshonestos que se desarrollan en las esferas políticas, ha transmitido un significado negativo para los ciudadanos, quienes ya no desean participar y permanecen lo más alejados que les es posible de ella, por considerarla una actividad vergonzante.

DETERMINANTES DE LA PRÁCTICA DE HÁBITOS SALUDABLES

Como se mencionó, las variables psicológicas que fueron calificadas con puntajes más altos en la adopción de comportamientos saludables en la muestra estudiada fueron las de beneficios y costos asociados a la adopción de dichas conductas, asignándole un valor intermedio al concepto de que estos comportamientos dependen de sí mismos y no de los

demás (autoeficacia) y dejándoles puntajes menores a la percepción de consecuencias severas de la enfermedad (severidad) y a la percepción de vulnerabilidad personal en caso de no adoptar la conducta.

Uno de los primeros aspectos a discutir en este campo es el relacionado con en el proceso de aprendizaje y formación disciplinar del personal que trabaja en los hospitales, en al menos dos aspectos: el primero relacionado con el enfoque de dichas profesiones que con frecuencia hace un mayor énfasis en la curación dejando de lado la cultura de la prevención (Arenas, Hernández, Valdez y Bonilla, 2004) y el segundo con los esquemas utilizados durante la etapa formativa en campos como la medicina en los que se les exige a los estudiantes, con el ánimo de inculcarles el atender y curar a otros, una gran capacidad para soportar largas horas de trabajo/estudio que les desalienta para que fijen la atención en sí mismos e implican cierto descuido personal, lo que les lleva a asumir que poseen un alto grado de inmunidad para la enfermedad y para los daños a su salud.

Por tanto puede resultar conveniente, desde las actividades de salud y seguridad en el trabajo de estas instituciones, desarrollar estrategias orientadas a eliminar o prevenir las amenazas hacia sí mismos derivadas de las condiciones de trabajo y formación de estas disciplinas. Respecto a lo cual Arenas, Hernández, Valdez y Bonilla, (2004), cuestionan a las instituciones de salud, afirmando que no están diseñadas para promover el autocuidado, ya que el ambiente laboral, las relaciones interpersonales y el reglamento interno, son factores que producen estrés y poco tiempo para llevar a cabo hábitos saludables.

Mención especial merece el que los resultados aquí presentados coinciden, al menos en los aspectos psicológicos con enfoques como el de la teoría de la motivación a la protección que ponen mayor relevancia en la función protectora de las variables propias del afrontamiento (autoeficacia y beneficio), en comparación con el menor valor de las variables incluidas en la evaluación de la amenaza (vulnerabilidad y severidad), lo cual puede tener un importante impacto práctico a la hora de programar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, puesto que en el enfoque tradicional de dichas actividades suele haber mayor énfasis en el papel del riesgo.

De otra parte y tal y como se mencionó previamente, no se encontraron estudios similares al aquí presentado en cuanto tiene que ver con las variables culturales exploradas, por ende resulta conveniente avanzar en la teorización acerca del papel que la cultura esta desempeñando en el proceso de adopción de conductas saludables, superando el enfoque según el cual la misma se constituye en un obstáculo a vencer a fin de orientar su posible utilización como faclitador del proceso.

INTERVENIR LA PRÁCTICA DE HÁBITOS SALUDABLES EN EL LUGAR DE TRABAJO

La relevancia de intervenir en los lugares de trabajo, para este caso las instituciones de salud, con el fin de mejorar los comportamientos saludables, se sustenta en que es el lugar en el que las personas viven una gran cantidad de su tiempo, y un cambio positivo de

esta índole puede impactar la calidad de vida, no solo de los trabajadores sino de la sociedad en general.

En este sentido un posible medio a través del cual se podría lograr este resultado, es el que se desarrolla en la estrategia de Desviación Positiva (DP), originalmente fue presentada en el campo de la nutrición infantil por Wishik & Van Der Vynckt, (1976) y luego retomada y ampliada por organismos como las naciones unidas que dedicaron un numero completo del Food and Nutrition Bulletin a su divulgación (2002) y cuya utilización viene siendo promovida a diversas áreas por organizaciones como la Positive Deviance Initiative (PDI) e investigadores que han presentado casos exitosos en su utilización en temas de salud pública (Marsh & Cols. 2004, Walker, (2007), Vossenaar & Cols. 2009).

En síntesis lo que allí se plantea es un modelo en el cual, a través de la iniciativa y el ejemplo de ciertos individuos dentro de una comunidad u organización, se pueden alentar, animar y estimular el cambio o la adopción de comportamientos adaptativos y benéficos en los otros para el buen funcionamiento del entorno. La DP, está basada en la idea de que en cada comunidad hay ciertos individuos cuyas estrategias y prácticas comportamentales “especiales” les permiten encontrar mejores soluciones a las demandas del ambiente, que aquellos que viven en las mismas circunstancias y con los mismos recursos, quienes no actúan de manera favorable; a este tipo de individuos, se les llama comúnmente “Desviación Positiva” (Sternin, 2004).

Sin embargo, la DP, no sólo se enfoca en proveer e identificar en las comunidades y organizaciones aquellos individuos que sean un buen ejemplo para los demás, sino que se interesa también por identificar las fortalezas de los individuos, producir mayor resiliencia y restauración y cultivar un extraordinario desempeño a nivel individual y organizacional (Cameron & Caza, 2003).

Este modelo (DP), utilizado en organizaciones y a diferencia de los que normalmente se pueden encontrar en otras propuestas, se centra en cambiar la forma de pensar de los dirigentes, teniendo en cuenta que ya no se trata de exigirle al empleado, sino más bien de lograr que el empleado se comprometa con la organización; para lo cual se debe cambiar el foco de atención de los aspectos negativos, por el comportamiento positivo (Cameron, Caza & Bright, 2008), el cual actúa como medio para que los empleados generen un vínculo estable y productivo con la organización. (De la Guardia, 2009).

Para su ejecución el modelo de DP requiere de algunas etapas (Marsh, Schoroeder, Dearden, Sternin & Sternin, 2004), que en síntesis son:

- a) definición del caso o situación específica,
- b) identificar de cuatro a seis personas quienes hayan logrado un buen resultado a pesar del alto riesgo,
- c) entrevistar y observar a esas personas descubriendo los comportamientos poco comunes o los factores que permiten explicar los buenos resultados,

- d) analizar los hallazgos para confirmar que los comportamientos son pocos comunes y accesibles para aquellos que necesitan adoptarlos,
- e) asignar actividades para el cambio de comportamiento que alienten a la comunidad a adoptar nuevos comportamientos y
- f) monitorear la implementación y evaluación de resultados.

Un aspecto adicional a lo planteado anteriormente, es que los líderes o personas que emiten comportamientos ejemplares, tengan la habilidad de dejar de lado sus egos e identidades habituales y adopten una actitud adecuada que les permita tomar las decisiones pertinentes para transformar la situación de su comunidad. (Tanner & Sternin, 2005).

El valor potencial de la DP en el cuidado de la salud en los Estados Unidos fue primeramente reconocido por un grupo de médicos, enfermeras y líderes de mejoramiento de calidad, quienes entendieron que los complejos problemas en la seguridad de los pacientes son el resultado de la cultura organizacional, tradiciones y procesos creados y direccionados por el personal, en este caso de un hospital (Maklis, 2001 citado por Lindbergh, Norstrand, Munger, DeMarsico & Buscell, 2010).

Uno de los resultados que puede destacarse al implementar la DP en una población hospitalaria, fue el hallado por Lindbergh, Norstrand, Munger, DeMarsico, & Buscell, (2010) quienes observaron cómo conductas relacionadas con el uso de guantes y equipos de áreas quirúrgicas se incrementaron de un 68% a un 94%, así mismo existió un incremento en el lavado de manos de un 39% a un 95%.

Los hallazgos mencionados anteriormente, dieron como resultado a nivel del hospital un nivel más bajo en asuntos relacionados con infecciones y limpieza. Experiencias similares fueron encontradas en otros hospitales, donde se demostró que la DP puede ser una estrategia efectiva para el cambio de comportamientos o adopción de nuevos para mejorar los hábitos saludables.

En síntesis, se sugiere que el modelo presentado de DP, puede llegar a ser una estrategia eficaz para poder generar cambios en diferentes esferas de una comunidad o institución y que de acuerdo con esta investigación pudiera llegar a ser implementado para mejorar algunos aspectos que requieren de mayor atención como: la participación en redes de apoyo y todos aquellos asuntos (discurso, práctica, inclusión y poder, normas y reglas y creencias y participación) que giran entorno al trabajo, la salud y la construcción de hábitos saludables.

En este sentido, la propuesta aquí presentada se enfoca a considerar que es necesario avanzar en el sentido de lograr que los trabajadores puedan encontrar en su lugar de trabajo las condiciones adecuadas para desarrollar las potencialidades de vida que son propias de este entorno y ejercer allí de manera adecuada sus funciones cotidianas, y no simplemente limitarse a las acciones de prevenir enfermedades futuras y asegurar el buen desempeño laboral.

Este es un asunto en el cual muchos elementos convergen, ya que el lugar de trabajo así entendido es un espacio en el que se facilita el equilibrio entre las diferentes áreas que conforman al ser humano, lo que en palabras de Terrés (2000), se expresa con el aforismo de: “la meta es mantener la salud, alcanzando el máximo beneficio, con el menor riesgo y al mejor costo”.

Conclusiones

De los resultados de este estudio se proponen las siguientes conclusiones:

1. La promoción de la salud (PS) ha sido reconocida como un elemento central en la práctica de la salud pública, sin embargo, persisten a su alrededor importantes discusiones acerca de su efectividad, posiblemente asociadas a las dificultades para concretar su alcance y deslindarla claramente de las actividades propias de la prevención de la enfermedad. Se propone que la PS se concreta en el empoderamiento social y la construcción de políticas públicas orientadas al desarrollo de entornos sanos y a la práctica de hábitos saludables, que permitan el desarrollo de las potencialidades presentes en las personas y en sus comunidades.
2. No resulta fácil separar el concepto de hábito saludable del de conducta de riesgo, ya que ambos corresponden a diferentes caras de la misma moneda, sin embargo se insiste en el propósito de los hábitos saludables y se postula la existencia de cuatro grupos: Hábitos saludables afines con el consumo, hábitos saludables vinculados con la higiene y la actividad física, hábitos saludables asociados a la seguridad y el confort y hábitos saludables relacionados con la participación en redes sociales de apoyo.
3. La revisión de la literatura evidencia que la comprensión del proceso de adopción de los hábitos saludables presenta importantes avances teóricos y prácticos desde la psicología, encontrándose el enfoque de etapas como uno de los más sólidos y útiles al momento de abordar los mismos. En contraposición, los enfoques culturales se han centrado más en el grado de dificultad que las barreras culturales pueden imponer para el desarrollo de las actividades de PS. Se postula que es necesario hacer una re-evaluación de estos aportes y se propone un esquema relacionando los componentes de la cultura (normas, prácticas y relaciones), con sus expresiones (discursos, inclusión y pertenencia y colaboración y poder), a fin de comprender el eventual rol que estos desempeñan en el proceso objeto de investigación en este trabajo.
4. El estudio realizado, en un grupo de trabajadores hospitalarios muestra un nivel intermedio de prácticas saludables, con importantes variaciones sociodemográficas y diferenciaciones en relación con las variables psicológicas y culturales exploradas en el mismo.

5. Se postula la importancia de re-enfocar las acciones de promoción de la salud, centrándose en las actividades concretas que le corresponden y enfatizando los aspectos positivos de la salud, se sugiere que la metodología de desviación positiva puede llegar a ser un valioso aporte en este sentido.

ANEXO 1. INSTRUMENTO

El presente cuestionario constituye una fuente de recolección de información de gran importancia en el desarrollo de una investigación en la Universidad Nacional de Colombia, que redundará en beneficios para la comprensión y el mejoramiento de los programas de promoción de la salud de los trabajadores.

Es importante que conteste todas las preguntas y responda lo más sinceramente posible. Tenga en cuenta que no hay respuestas correctas o incorrectas y que esta información es completamente confidencial y será empleada exclusivamente para fines investigativos.



1. RANGO DE EDAD: <ul style="list-style-type: none"> 18-25 Años <input type="checkbox"/> 26-40 Años <input type="checkbox"/> 41-55 Años <input type="checkbox"/> 56-65 Años <input type="checkbox"/> > 65 Años <input type="checkbox"/> 	2. GENERO: <ul style="list-style-type: none"> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>
4. TIPO DE VINCULACION: <ul style="list-style-type: none"> PLANTA <input type="checkbox"/> CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS <input type="checkbox"/> COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO <input type="checkbox"/> OUTSOURCING <input type="checkbox"/> 	3. NIVEL ESCOLAR: <ul style="list-style-type: none"> BASICA <input type="checkbox"/> (Señale el mas alto alcanzado) SECUNDARIA <input type="checkbox"/> TECNICO - TECNOLOGICO <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIA <input type="checkbox"/> POSGRADUADO <input type="checkbox"/>
6. FUNCION PRINCIPAL: <ul style="list-style-type: none"> ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/> ASISTENCIA DIRECTA <input type="checkbox"/> COORDINACION ASISTENCIAL <input type="checkbox"/> 	5. NIVEL FUNCIONAL: <ul style="list-style-type: none"> AUXILIAR <input type="checkbox"/> TECNICO <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> DIRECTIVO <input type="checkbox"/>
8. JORNADA INSTITUCIONAL SEMANAL <ul style="list-style-type: none"> MENOR DE 24 HORAS <input type="checkbox"/> 25-34 HORAS <input type="checkbox"/> 34-44 HORAS <input type="checkbox"/> MAYOR DE 44 HORAS <input type="checkbox"/> 	7. AREA PRINCIPAL DE DESEMPEÑO: <ul style="list-style-type: none"> AREAS QUIRURGICAS <input type="checkbox"/> SERVICIOS MEDICOS <input type="checkbox"/> URGENCIAS y APH <input type="checkbox"/> SERVICIOS AMBULATORIOS Y DE APOYO <input type="checkbox"/> ROTATORIO <input type="checkbox"/> AREAS ADMINISTRATIVAS <input type="checkbox"/>
10. EXPERIENCIA LABORAL TOTAL: <ul style="list-style-type: none"> MENOR DE 8 AÑOS <input type="checkbox"/> ENTRE 8 Y 18 AÑOS <input type="checkbox"/> ENTRE 18 Y 25 AÑOS <input type="checkbox"/> MAYOR DE 25 AÑOS <input type="checkbox"/> 	9. HORARIO PRINCIPAL: <ul style="list-style-type: none"> DIURNO <input type="checkbox"/> NOCTURNO <input type="checkbox"/> ROTATORIO <input type="checkbox"/>
12. EXPERIENCIA INSTITUCIONAL: <ul style="list-style-type: none"> MENOR DE 2 AÑOS <input type="checkbox"/> ENTRE 2 Y 8 AÑOS <input type="checkbox"/> ENTRE 8 Y 15 AÑOS <input type="checkbox"/> MAYOR DE 15 AÑOS <input type="checkbox"/> 	11. ADEMAS DE SU TRABAJO EN ESTA INSTITUCION, HABITUALMENTE REALIZA ALGUNA OTRA LABOR (DOBLE JORNADA): Puede señalar mas de una respuesta <ul style="list-style-type: none"> NO <input type="checkbox"/> ACTIVIDADES EDUCATIVAS <input type="checkbox"/> ACTIVIDADES HOSPITALARIAS <input type="checkbox"/> ACTIVIDADES COMERCIALES <input type="checkbox"/> OTRAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS <input type="checkbox"/> RESPONSABILIDADES DOMESTICAS <input type="checkbox"/>
13. ESTADO CIVIL: <ul style="list-style-type: none"> SOLTERO <input type="checkbox"/> UNION ESTABLE <input type="checkbox"/> SEPARADO, VIUDO, UNION BREVE <input type="checkbox"/> 	14. HIJOS: <ul style="list-style-type: none"> NO <input type="checkbox"/> UNO A TRES <input type="checkbox"/> MAS DE TRES <input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas del cuestionario buscan establecer la adherencia entre trabajadores a algunas prácticas recomendadas con frecuencia por el personal de salud. Por favor, frente a cada una de las siguientes afirmaciones, señale cual es la respuesta que mejor identifica sus costumbres y hábitos personales

CONSIDERACION			Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca
1	C	Consume en el día tres o mas porciones de alimentos que contengan o carne, o lácteos, o huevos o granos				
2	C	Con cada comida consume menos de dos porciones de harinas o de alimentos ricos en azucares				
3	C	Prefiere los alimentos fritos y con abundante "sustancia"				
4	C	Consume en promedio entre tres y cinco porciones diarias de frutas y/o verduras frescas				
5	C	Le dicen otras personas que come muy condimentado o salado				
6	C	Consume diariamente agua en forma abundante				
7	C	Perciben otras personas que consume demasiado alcohol				
8	C	Considera o usted o quienes están cerca, que usted requiere demasiado café u otro estimulante para sentirse bien				
9	C	Consume algún producto como suplemento vitamínico, hormonal, nutricional o de cualquier otra clase				
10	C	Los medicamentos que toma los consume bajo prescripción y supervisión médica				
11	H	Practica ejercicio físico moderado y siguiendo un programa establecido				
12	H	Hace ejercicio físico al menos tres (3) veces a la semana y por intervalos de treinta o más minutos				
13	H	Se considera una persona aseada y ordenada				
14	H	Considera que los entornos en los que pasa la mayor parte de su tiempo están debidamente organizados y limpios				
15	H	Como fruto del descuido o de las necesidades de su actividad diaria, ha sufrido molestias por tener que adoptar posiciones extremas o realizar esfuerzos físicos intensos				
16	H	Practica el cepillado y la limpieza dental dos veces al día				
17	H	Descansa el tiempo necesario y cuando duerme este sueño es reparador				
18	H	Disfruta del suficiente tiempo libre				
19	H	Considera que utiliza el tiempo libre en actividades que le resultan enriquecedoras como persona				
20	H	Siente una gran presión para comprar y consumir productos y marcas de moda				
21	H	Le han dicho que gasta demasiado				
22	H	Se siente insatisfecho porque considera que no puede tener todo lo que considera necesario e importante				
23	P	Considera que la presión del medio en que se desenvuelve le genera demasiado estrés				

CONSIDERACION		Siempre	Frecuente	Rara vez	Nunca
24	P	Le resulta fácil adaptarse a los cambios en los lugares que constituyen su entorno			
25	P	Participa activamente de todas las actividades de carácter familiar			
26	P	Considera que ha construido lazos de amistad sincera en los lugares en los que estudia o ha estudiado			
27	P	Mantiene una relación de solidaridad con vecinos, paisanos y / o amigos			
28	P	Considera que puede contar con el apoyo de las personas de su trabajo, de sus colegas, de sus pares y / o de las organizaciones gremiales o sindicales			
29	P	Tiene relaciones de amistad derivadas de la participación en actividades deportivas y / o recreativas			
30	P	Gusta de participar en actividades artísticas o culturales			
31	P	Se ofrece o lo llaman para formar parte de grupos ciudadanos o de voluntariado			
32	P	Es militante político			
33	P	En su tiempo libre, forma parte de clubes, organizaciones sociales o entidades similares relacionadas con la atención en salud			
34	P	Es miembro activo de algún movimiento o grupo Espiritual o Religioso			
35	S	Antes de utilizar un producto de cualquier origen considera si este es lo suficientemente seguro para su medio ambiente y el de quienes lo rodean			
36	S	Durante sus prácticas sexuales toma las precauciones de prevención de riesgos y de seguridad que están recomendadas			
37	S	Adopta todas las precauciones necesarias cuando debe transitar por lugares públicos			
38	S	Cumple con las recomendaciones de bioseguridad			
39	S	Se preocupa por los aspectos de orden y seguridad en su lugar de vivienda y de trabajo			
40	S	Busca que los espacios físicos en los que se desenvuelve sean adecuados y confortables			
41	S	Se preocupa por la salud y la seguridad de su (s) pareja (s) sexual (es)			
42	S	Conoce y se siente en capacidad de cumplir los protocolos de seguridad y manejo de emergencias y desastres			
43	S	Está atento a su bienestar y el de las personas que lo rodean			
44	S	Considera que cuenta con recursos suficientes para atender una contingencia de cualquier origen			
45	G	Disfruta su trabajo			

Las siguientes preguntas del cuestionario buscan establecer la participación de algunos de los factores psicológicos que pueden afectar la adherencia entre trabajadores a las prácticas de salud

A continuación encontrará dos formas de presentación de preguntas, en la primera debe señalar la expresión que mejor enuncie su pensamiento y en la segunda, frente a cada una de las afirmaciones, se debe señalar cuál es el calificativo con el que más se identifica

I.Cuál de las siguientes afirmaciones refleja mejor su punto de vista acerca de practicar ejercicio físico -realizado por 30 o más minutos, 3 veces a la semana y con una intensidad moderada-, seleccione solamente una sola respuesta:

- a. No me interesa el tema
- b. Lo he pensado, pero aun no me decido a hacerlo
- c. Lo pensé bien y decidí no hacerlo
- d. Decidí hacerlo, pero aun no tengo la disciplina
- e. Lo hago habitualmente

AFIRMACION		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	La práctica de la actividad física me ayuda a tener un mejor estado de salud				
2	Aunque he escuchado acerca de los efectos negativos de una vida sedentaria, considero que es poco probable que esto me vaya a suceder a mí				
3	Creo que puedo realizar ejercicio físico aunque las circunstancias para hacerlo no sean las mejores				
4	Es muy baja la probabilidad de desarrollar una enfermedad realmente grave a causa de no hacer ejercicio, mientras que los riesgos de lesiones asociados al ejercicio son reales				
5	Creo que prefiero practicar ejercicio aunque haya otras cosas muy interesantes para hacer				

De las personas con las que trabaja habitualmente en este hospital, Usted a quienes considera que son un buen ejemplo o modelo a seguir en cuanto a la practica de hábitos saludables?, señale hasta tres (3) personas:

1. -----
2. -----
3. -----

Las siguientes preguntas del cuestionario buscan establecer la participación de algunos de los factores psicológicos que pueden afectar la adherencia entre trabajadores a las prácticas de salud

A continuación encontrará dos formas de presentación de preguntas, en la primera debe señalar la expresión que mejor enuncie su pensamiento y en la segunda, frente a cada una de las afirmaciones, se debe señalar cuál es el calificativo con el que más se identifica

II. Cuál de las siguientes afirmaciones refleja mejor su posición acerca de consumir una dieta adecuada –equilibrada entre grasas, proteínas y carbohidratos, con suficientes, frutas, verduras y líquidos y sin condimentos excesivos-, seleccione solamente una sola respuesta:

- a. No me interesa el tema
- b. Lo he pensado, pero aún no me decido a hacerlo
- c. Lo pensé bien y decidí no hacerlo
- d. Decidí hacerlo, pero aún no tengo la disciplina
- e. Lo hago habitualmente

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Una dieta adecuada resulta muy eficaz para evitar y para tratar muchos problemas de salud				
2	En mi caso, resulta muy difícil que la dieta que habitualmente llevo pueda llegar a afectar mi salud				
3	He encontrado que puedo tener una buena dieta a pesar de que las circunstancias externas no siempre resultan convenientes para ello				
4	Las dificultades que para mí tiene el llevar una buena dieta resultan superiores al riesgo que representan mis comidas actuales				
5	Estoy seguro de que me resulta más conveniente tener una dieta adecuada que las incomodidades que esto me representa				

De las personas con las que trabaja habitualmente en este hospital, Usted a quienes considera que son un buen ejemplo o modelo a seguir en cuanto a la practica de hábitos saludables?, señale hasta tres (3) personas:

1. -----
2. -----
3. -----

Las siguientes preguntas del cuestionario buscan establecer la participación de algunos de los factores psicológicos que pueden afectar la adherencia entre trabajadores a las prácticas de salud

A continuación encontrará dos formas de presentación de preguntas, en la primera debe señalar la expresión que mejor enuncie su pensamiento y en la segunda, frente a cada una de las afirmaciones, se debe señalar cuál es el calificativo con el que más se identifica

III. Cuál de las siguientes afirmaciones refleja mejor su punto de vista acerca de la importancia de construir y participar activamente de redes de apoyo y ayuda para afrontar las contingencias de la vida –incluye entre otros la familia, los amigos, colegas, vecinos y paisanos, la religión, la política, las instituciones públicas y privadas, etc., seleccione solamente una sola respuesta:

- a. No me interesa el tema
- b. Lo he pensado, pero aún no me decido a hacerlo
- c. Lo pensé bien y decidí no hacerlo
- d. Decidí hacerlo, pero aún no tengo la disciplina
- e. Lo hago habitualmente

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Un instrumento muy eficaz para optimizar la salud es la participación activa en diferentes redes sociales ya que estas ayudan a mejorar la capacidad de afrontar dificultades y contingencias en la vida				
2	Aunque he escuchado acerca de los efectos negativos del aislamiento, considero que por mi personalidad y el carácter de quienes me rodean es mejor "solo que mal acompañado"				
3	Creo que puedo ayudar activamente en la construcción de redes sociales aunque las circunstancias del entorno no ayuden para este fin				
4	Los riesgos de perder la intimidad y la autonomía son muy grandes frente a las eventuales ventajas que ofrece el participar en redes sociales				
5	En mi caso prefiero dedicar tiempo suficiente a otras personas que me rodean, aunque haya otras cosas divertidas que puedo hacer solo				

De las personas con las que trabaja habitualmente en este hospital, Usted a quienes considera que son un buen ejemplo o modelo a seguir en cuanto a la practica de hábitos saludables?, señale hasta tres (3) personas:

1. -----
2. -----
3. -----

Las siguientes preguntas del cuestionario buscan establecer la participación de algunos de los factores psicológicos que pueden afectar la adherencia entre trabajadores a las prácticas de salud

A continuación encontrará dos formas de presentación de preguntas, en la primera debe señalar la expresión que mejor enuncie su pensamiento y en la segunda, frente a cada una de las afirmaciones, se debe señalar cuál es el calificativo con el que más se identifica

IV.Cuál de las siguientes afirmaciones refleja mejor su punto de vista acerca de atender los aspectos de seguridad en su vida diaria –Considere la seguridad de manera amplia, es decir tome como referencia sus actividades cotidianas (estar en casa, trabajar, movilizarse o cualquier otro quehacer) y los espacios en los que normalmente las realiza, es decir en su vivienda, los lugares de desempeño de sus ocupaciones y el espacio público-, seleccione solamente una sola respuesta:

- a. No me interesa el tema
- b. Lo he pensado, pero aún no me decido a hacerlo
- c. Lo pensé bien y decidí no hacerlo
- d. Decidí hacerlo, pero aún no tengo la disciplina
- e. Lo hago habitualmente

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Estar atento a las condiciones de seguridad y tomar acciones concretas para optimizarlas es útil para lograr un mejor estado de salud				
2	Aunque he escuchado acerca de los riesgos de las condiciones y de las acciones inseguras, me parece que esto no es más que una exageración que impide el disfrute de la vida				
3	Si me encuentro con unas personas o en un lugar en donde me parece que no hay buenas condiciones de seguridad, me siento capaz de identificar y ayudar a implementar las precauciones necesarias para evitar cualquier contingencia derivada de estos factores de riesgo				
4	Dado el bajo riesgo acostumbrado, es muy probable que no obtenga mayores beneficios si dedico tiempo y esfuerzo para trabajar con el fin de mejorar las condiciones de seguridad de mi entorno				
5	En mi opinión y a pesar de las incomodidades, costos y dificultades de implementar enfoques de seguridad, se debe trabajar activamente en ello				

De las personas con las que trabaja habitualmente en este hospital, Usted a quienes considera que son un buen ejemplo o modelo a seguir en cuanto a la practica de hábitos saludables?, señale hasta tres (3) personas:

- 1. -----
- 2. -----
- 3. -----

Las siguientes preguntas del cuestionario buscan establecer las características culturales de la práctica de hábitos saludables por parte del personal de salud.



Por favor, piense en las costumbres y creencias que hay en su familia y en su lugar de trabajo y frente a cada una de las siguientes afirmaciones señale cual es el calificativo con el que mas se identifica

CONSIDERACION		EN LA FAMILIA					EN EL TRABAJO				
		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA		

I. En cuanto a los alimentos y bebidas que habitualmente consumo

A. Con frecuencia las personas con las que comparto.....

1	C	Conocen y hablan de la importancia de comer y beber saludablemente							
2	C	Saben distinguir las practicas de alimentación saludable de las que no lo son							
3	C	Consumen alimentos y bebidas sanos y adecuados para su salud							
4	C	No se interesan por este tema							

B. En la vida cotidiana

5	C	Me facilitan que pueda llevar a cabo el tipo de dieta que yo considero que debo tener							
6	C	Me presionan para que yo consuma los alimentos y bebidas que ellos señalan							
7	C	Me hacen sentir incomodo cuando no participo con ellos de su forma de comer o de beber							
8	C	No se preocupan por lo que yo consuma en cuanto a alimentos y bebidas							

C. Cuando se realizan celebraciones o fiestas en

9	C	Existe acuerdo previo frente a que los alimentos y las bebidas que se van a consumir sean saludables							
10	C	Con frecuencia los alimentos y bebidas que se ofrecen son adecuados para la salud de los asistentes							
11	C	Debo consumir lo que se encuentre disponible aunque no siempre sea lo más saludable							
12	C	Me resulta fácil abstenerme de comer o beber cuando considero que la dieta ofrecida no es adecuada							

MIL GRACIAS POR SU VALIOSA PARTICIPACION Y APORTE

Las siguientes preguntas del cuestionario buscan establecer las características culturales de la práctica de hábitos saludables por parte del personal de salud.



Por favor, piense en las costumbres y creencias que hay en su familia y en su lugar de trabajo y frente a cada una de las siguientes afirmaciones señale cual es el calificativo con el que mas se identifica

CONSIDERACION		EN LA FAMILIA					EN EL TRABAJO				
		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA		

II. En cuanto a la practica periódica de ejercicio físico para la salud

A. Con frecuencia las personas con las que comparto

13	H	Conocen y hablan de la importancia de desarrollar actividad física para vivir saludablemente							
14	H	Saben distinguir las practicas de ejercicio saludable del sedentarismo							
15	H	Realizan actividad física para conservar o incrementar su salud							
16	H	No se interesan por este tema							

B. En la vida cotidiana las personas

17	H	Facilitan que lleve a cabo el tipo de ejercicio que considero que debo desarrollar							
18	H	Me presionan para que yo realice las actividades que ellos me señalan							
19	H	Me hacen sentir incomodo cuando no participo con ellos de su forma de ejercitarse o de no hacerlo							
20	H	No se preocupan por lo que yo realice en cuanto a entrenamiento físico							

C. Cuando se realizan actividades grupales

21	H	Existe acuerdo previo frente a que debe haber un tiempo determinado para facilitar el desarrollo de actividad física saludable							
22	H	Con frecuencia es posible contar con las condiciones necesarias para realizar actividad física saludable							
23	H	Debo participar de lo que se organiza aunque no siempre sea lo más saludable para el cuerpo							
24	H	Me resulta fácil abstenerme de participar de actividades que no considero adecuadas para el bienestar físico							

MIL GRACIAS POR SU VALIOSA PARTICIPACION Y APOORTE

Las siguientes preguntas del cuestionario buscan establecer las características culturales de la práctica de hábitos saludables por parte del personal de salud.



Por favor, piense en las costumbres y creencias que hay en su familia y en su lugar de trabajo y frente a cada una de las siguientes afirmaciones señale cual es el calificativo con el que mas se identifica

CONSIDERACION		EN LA FAMILIA					EN EL TRABAJO				
		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA		

En cuanto a la participación activa en diferentes grupos sociales, como práctica de bienestar y protección,

A. Con frecuencia las personas con las que comparto

25	P	Conocen y hablan de la importancia de tener redes sociales de apoyo para afrontar contingencias										
26	P	Saben distinguir los grupos que pueden servir de ayuda de aquellos que no lo hacen										
27	P	Participan de diferentes clases de redes sociales que les brindan apoyo										
28	P	No se interesan por este tema										

B. En la vida cotidiana las personas de

29	P	Facilitan que lleve a cabo el tipo de actividad social que yo considero que debo tener										
30	P	Me presionan para que yo realice las actividades sociales que ellos me señalan										
31	P	Me hacen sentir incomodo cuando yo no participo con ellos de su estilo para desarrollar la vida social										
32	P	No se preocupan por lo que yo realice en cuanto a vida social										

C. Cuando se realizan actividades sociales o celebraciones

33	P	Existe acuerdo previo frente a que es importante contar con la participación de mayor cantidad posible de amigos y familiares										
34	P	Con frecuencia es posible disponer de las condiciones necesarias para contar con el apoyo de amigos y familiares										
35	P	Debo participar de la actividad aunque me parece que no siempre es conveniente el grupo social que asiste										
36	P	Me resulta fácil abstenerme de participar de actividades sociales en las que considero que es mejor no estar										

MIL GRACIAS POR SU VALIOSA PARTICIPACION Y APORTE

Las siguientes preguntas del cuestionario buscan establecer las características culturales de la práctica de hábitos saludables por parte del personal de salud.



Por favor, piense en las costumbres y creencias que hay en su familia y en su lugar de trabajo y frente a cada una de las siguientes afirmaciones señale cual es el calificativo con el que mas se identifica

CONSIDERACION		EN LA FAMILIA					EN EL TRABAJO				
		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	CASI NUNCA	NUNCA		

En cuanto a la practica frecuente de acciones orientadas a garantizar la seguridad

A. Con frecuencia las personas con las que comparto en											
37	S	Conocen y hablan de la importancia de prepararse y trabajar por la seguridad									
38	S	Saben distinguir las practicas seguras de las conductas de riesgo									
39	S	Realizan acciones de seguridad para conservar su salud									
40	S	No se interesan por este tema									

B. En la vida cotidiana las personas											
41	S	Facilitan que lleve a cabo las precauciones de seguridad que yo considero que debo tener									
42	S	Me presionan para que yo realice las actividades en la forma en la que ellos me señalan									
43	S	Me hacen sentir incomodo cuando yo no desarrollo actividades que considero peligrosas o de riesgo									
44	S	No se preocupan por la seguridad en las actividades									

C. Cuando se realizan fiestas, celebraciones o paseos											
45	S	Existe acuerdo previo frente a que debe haber condiciones de seguridad para todos los participantes									
46	S	Es posible contar con las condiciones necesarias para sentirse seguro									
47	S	Debo participar de las actividades que se organizan aunque no siempre haya las condiciones adecuadas de seguridad									
48	S	Me resulta fácil abstenerme de participar de estas actividades cuando considero que no existen las condiciones mínimas de seguridad									

MIL GRACIAS POR SU VALIOSA PARTICIPACION Y APOORTE

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO E INGRESO A INVESTIGACION HABITOS SALUDABLES EN TRABAJADORES HOSPITALARIOS

*La información presentada a continuación describirá el estudio y el papel que usted tendrá como participante.
Por favor, lea cuidadosamente y no dude en preguntar en caso de tener interrogantes.*



Desde el doctorado en salud pública de la Universidad Nacional de Colombia se está desarrollando una investigación acerca de los niveles y de los determinantes de la práctica de las principales actividades recomendadas como protectoras de la Salud (hábitos saludables) por parte del personal médico, paramédico y administrativo que labora en un Hospital de alta complejidad de Bogotá, analizando los hallazgos desde dos perspectivas: la teoría de etapas y el abordaje de la cultura.

La colaboración y participación que le solicitamos consiste en diligenciar la encuesta que se anexa. La Sección 1 del cuestionario corresponde a la identificación y caracterización demográfica, se consideran 12 variables básicas y su utilización está orientada a la descripción de la población y a la segmentación de la misma durante los análisis con el fin de establecer si el tipo de población diferencia los resultados del estudio, incluye, además de las características tradicionales, algunas variables de interés en salud ocupacional.

En la sección 2 los hábitos saludables son considerados en general en positivo, es decir que se refieren a las actividades cotidianas que se desarrollan para conservar y aún incrementar el estado de salud; Para efectos de este trabajo y distanciándonos de los enfoques tradicionales, no incluimos en esta categoría la evitación de las conductas de riesgo. La sección 3 y la Sección 4 contemplan la evaluación de algunas variables motivacionales que proponen diversos modelos psicosociales de etapas para predecir la probabilidad de ejecución de una conducta saludable y algunas variables relacionadas con el enfoque cultural

Por medio de las publicaciones científicas usted podrá conocer cualquier hallazgo significativo que se desarrolle durante el curso de este estudio, y si tiene alguna pregunta con respecto a su participación o si en algún momento usted experimenta alguna molestia asociada con la misma o tiene preguntas acerca del cuestionario, puede ponerse en contacto con el investigador: Juan Carlos García, profesor asociado Universidad Nacional de Colombia. Teléfono 3165000, extensión 17021, correo: jcgarciau@unal.edu.co.

La información recolectada será confidencial y sólo será utilizada para el análisis de los resultados del estudio a los cuales los usuarios tendrán libre acceso. Únicamente los investigadores de la Universidad Nacional de Colombia tendrán acceso a los datos confidenciales que lo identifican. Ninguno de los que respondan esta encuesta serán identificados ni en los registros, ni en publicaciones que resulten de este estudio, ni en ningún otro tipo de documento; para estos efectos se asignará un código a cada participante lo que permite mantener su anonimato. De manera especial se garantiza la confidencialidad ante el Hospital.

Su participación, en este estudio es voluntaria. Usted puede retirarse en cualquier momento sin sanción. Si da por terminada su participación, usted no será excluido de participar de futuros estudios de investigación. Además su participación puede darse por terminada por parte del investigador sin tener en consideración su consentimiento, en caso de que usted no responda de manera adecuada el cuestionario, es decir en forma completa y consistente y siguiendo las instrucciones que contiene el mismo.

ANEXO 3. Distribución por género y edad de las distintas variables socio demográficas

	Femenino				Masculino					
	18-25 años	26-40 años	41-55 años	56-65 años	18-25 años	26-40 años	41-55 años	56-65 años	Mayores de 65	
Nivel escolar	Básica	1 0,3%	0 0,0%	1 0,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	
	Secundaria	9 2,5%	11 3,0%	9 2,5%	1 0,3%	3 0,8%	5 1,4%	6 1,6%	1 0,3%	0 0,0%
	Técnico-tecnólogo	16 4,4%	51 13,9%	18 4,9%	1 0,3%	7 1,9%	19 5,2%	16 4,4%	0 0,0%	0 0,0%
	Universitaria	12 3,3%	67 18,3%	8 2,2%	0 0,0%	6 1,6%	26 7,1%	7 1,9%	3 0,8%	0 0,0%
	Posgraduado	0 0,0%	23 6,3%	7 1,9%	0 0,0%	0 0,0%	23 6,3%	8 2,2%	1 0,3%	1 0,3%
	Plantilla	0 0,0%	7 1,9%	10 2,7%	0 0,0%	0 0,0%	2 0,5%	5 1,4%	0 0,0%	0 0,0%
Vinculación	Contrato de prestación de servicios	38 10,4%	145 39,5%	33 9,0%	2 0,5%	16 4,4%	71 19,3%	31 8,4%	5 1,4%	1 0,3%
	Outsourcing	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,3%	0 0,0%	0 0,0%
	Auxiliar	12 3,3%	16 4,4%	7 1,9%	1 0,3%	2 0,5%	2 0,5%	3 0,8%	1 0,3%	0 0,0%
Nivel funcional	Técnico	17 4,6%	50 13,6%	22 6,0%	1 0,3%	10 2,7%	24 6,5%	18 4,9%	0 0,0%	0 0,0%
	Profesional	9 2,5%	85 23,2%	13 3,5%	0 0,0%	4 1,1%	46 12,5%	16 4,4%	4 1,1%	1 0,3%
	Directivo	0 0,0%	1 0,3%	1 0,3%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Asistencia directa	13 3,5%	71 19,3%	10 2,7%	1 0,3%	10 2,7%	27 7,4%	6 1,6%	3 0,8%	1 0,3%
Función	Administrativa	25 6,8%	62 16,9%	29 7,9%	1 0,3%	6 1,6%	42 11,4%	30 8,2%	2 0,5%	0 0,0%
	Coordinación asistencial	0 0,0%	19 5,2%	4 1,1%	0 0,0%	0 0,0%	4 1,1%	1 0,3%	0 0,0%	0 0,0%

	Femenino				Masculino				Mayores de 65	
	18-25 años	26-40 años	41-55 años	56-65 años	18-25 años	26-40 años	41-55 años	56-65 años		
Área de desempeño	Urgencias y APH	1 0,3%	13 3,5%	2 0,5%	0 0,0%	2 0,5%	4 1,1%	2 0,5%	0 0,0%	0 0,0%
	Servicios médicos	5 1,4%	29 7,9%	6 1,6%	1 0,3%	2 0,5%	12 3,3%	2 0,5%	1 0,3%	0 0,0%
	Áreas quirúrgicas	2 0,5%	11 3,0%	3 0,8%	0 0,0%	2 0,5%	4 1,1%	2 0,5%	2 0,5%	1 0,3%
	Servicios de apoyo	6 1,6%	19 5,2%	4 1,1%	0 0,0%	3 0,8%	9 2,5%	1 0,3%	0 0,0%	0 0,0%
	Rotatorio	1 0,3%	22 6,0%	1 0,3%	0 0,0%	1 0,3%	5 1,4%	1 0,3%	0 0,0%	0 0,0%
	Administrativa	23 6,3%	58 15,8%	27 7,4%	1 0,3%	6 1,6%	39 10,6%	29 7,9%	2 0,5%	0 0,0%
Jornada semanal	Menos de 24 horas	8 2,2%	24 6,5%	1 0,3%	0 0,0%	2 0,5%	5 1,4%	1 0,3%	0 0,0%	0 0,0%
	Entre 25-34 horas	3 0,8%	13 3,5%	3 0,8%	0 0,0%	1 0,3%	5 1,4%	1 0,3%	2 0,5%	0 0,0%
	Entre 35-44 horas	17 4,6%	78 21,3%	21 5,7%	2 0,5%	7 1,9%	35 9,5%	18 4,9%	2 0,5%	1 0,3%
	Mayor a 44 horas	10 2,7%	37 10,1%	18 4,9%	0 0,0%	6 1,6%	28 7,6%	17 4,6%	1 0,3%	0 0,0%
Horario principal	Diurno	34 9,3%	102 27,8%	35 9,5%	1 0,3%	14 3,8%	51 13,9%	35 9,5%	4 1,1%	1 0,3%
	Nocturno	2 0,5%	20 5,4%	4 1,1%	1 0,3%	1 0,3%	7 1,9%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Rotatorio	2 0,5%	30 8,2%	4 1,1%	0 0,0%	1 0,3%	15 4,1%	2 0,5%	1 0,3%	0 0,0%
Experiencia laboral	Menos de 8 años	35 9,5%	79 21,5%	4 1,1%	0 0,0%	14 3,8%	36 9,8%	3 0,8%	0 0,0%	0 0,0%
	Entre 8 y 18 años	3 0,8%	65 17,7%	21 5,7%	1 0,3%	1 0,3%	34 9,3%	14 3,8%	0 0,0%	0 0,0%
	Entre 18 y 25 años	0 0,0%	6 1,6%	8 2,2%	1 0,3%	0 0,0%	3 0,8%	15 4,1%	0 0,0%	0 0,0%
	Mayor de 25 años	0 0,0%	2 0,5%	10 2,7%	0 0,0%	1 0,3%	0 0,0%	5 1,4%	5 1,4%	1 0,3%

	Femenino				Masculino				Mayores de 65	
	18-25 años	26-40 años	41-55 años	56-65 años	18-25 años	26-40 años	41-55 años	56-65 años		
Otra labor	Ninguna	21 5,7%	79 21,5%	25 6,8%	1 0,3%	9 2,5%	43 11,7%	25 6,8%	3 0,8%	1 0,3%
	Responsabilidades domésticas	7 1,9%	27 7,4%	15 4,1%	1 0,3%	1 0,3%	2 0,5%	4 1,1%	0 0,0%	0 0,0%
	Actividades hospitalarias	2 0,5%	10 2,7%	2 0,5%	0 0,0%	1 0,3%	7 1,9%	2 0,5%	2 0,5%	0 0,0%
	Actividades educativas	7 1,9%	27 7,4%	0 0,0%	0 0,0%	3 0,8%	9 2,5%	1 0,3%	0 0,0%	0 0,0%
	Actividades comerciales	1 0,3%	4 1,1%	0 0,0%	0 0,0%	1 0,3%	4 1,1%	1 0,3%	0 0,0%	0 0,0%
	Otras actividades productivas	0 0,0%	5 1,4%	1 0,3%	0 0,0%	1 0,3%	8 2,2%	4 1,1%	0 0,0%	0 0,0%
	Experiencia institucional	Menos de 2 años	24 6,5%	46 12,5%	5 1,4%	0 0,0%	14 3,8%	23 6,3%	10 2,7%	1 0,3%
Entre 2 y 8 años		12 3,3%	85 23,2%	18 4,9%	0 0,0%	2 0,5%	38 10,4%	16 4,4%	2 0,5%	0 0,0%
Entre 8 y 15 años		1 0,3%	19 5,2%	13 3,5%	2 0,5%	0 0,0%	12 3,3%	7 1,9%	1 0,3%	1 0,3%
Mayor de 15 años		1 0,3%	2 0,5%	7 1,9%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	4 1,1%	1 0,3%	0 0,0%
Estado civil	Unión estable	12 3,3%	83 22,6%	23 6,3%	0 0,0%	3 0,8%	36 9,8%	26 7,1%	5 1,4%	0 0,0%
	Soltero	25 6,8%	56 15,3%	12 3,3%	1 0,3%	13 3,5%	32 8,7%	4 1,1%	0 0,0%	0 0,0%
	Separado, viudo, unión breve	1 0,3%	13 3,5%	8 2,2%	1 0,3%	0 0,0%	5 1,4%	7 1,9%	0 0,0%	1 0,3%

		Femenino				Masculino				
		18-25 años	26-40 años	41-55 años	56-65 años	18-25 años	26-40 años	41-55 años	56-65 años	Mayores de 65
Hijos	No	21 5,7%	54 14,7%	7 1,9%	0 0,0%	13 3,5%	33 9,0%	2 0,5%	0 0,0%	1 0,3%
	Uno a tres	17 4,6%	96 26,2%	28 7,6%	1 0,3%	3 0,8%	40 10,9%	30 8,2%	4 1,1%	0 0,0%
	Más de tres	0 0,0%	2 0,5%	8 2,2%	1 0,3%	0 0,0%	0 0,0%	5 1,4%	1 0,3%	0 0,0%
Gusto Trabajo	Rara vez	2 0,5%	8 2,2%	1 0,3%	0 0,0%	1 0,3%	5 1,4%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%
	Frecuente	13 3,5%	71 19,3%	10 2,7%	0 0,0%	7 1,9%	32 8,7%	9 2,5%	1 0,3%	0 0,0%
	Siempre	23 6,3%	73 19,9%	32 8,7%	2 0,5%	8 2,2%	36 9,8%	28 7,6%	4 1,1%	1 0,3%

Referencias

- Abbinante, A. y Martini, V. (2005). Salud ocupacional del personal sanitario. Riesgos y prevenciones. *Informe médico*, 7 (3), 97-105.
- Abbott, S. (2010). Social capital and health: The role of participation. *Social Theory & Health*, 8 (1), 51–65.
- Abiteboul, D., Antona, D., Fourrier, A., Brücker, G., Descamps, J., Leprince, A., Pernet, M. & Bouvet, E. (1992). *Occupational risk* of exposure to blood in nurses. Results of a one-year monitoring of the risk for nurses in 17 hospitals. *Pathologie-Biologie*, 40 (10), 983-9.
- Acevedo, A. (2001). La historia social y de la cultura Un nuevo campo de estudio y debate en la investigación social. *Revista de Ciencia Humanas UTP*, (30). Extraído desde: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev30/index.htm>
- Achieving Cultural Competence. (2001). A Guidebook for Providers of Services to Older Americans and Their Families.
- Aguilar, J. (2000). Las culturas del volante en la ciudad de México aproximación etnográfica a los choferes del transporte público. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 6 (012), 85-110.
- Agusti, A. y Diogene, E. (2004). Prevención primaria del infarto de miocardio con ácido acetilsalicílico. *Medicina Clínica*, 122, 592–594.
- Akabas, S.y& Dol Adler, N., & Matthews, K. (1994). Health Psychology: Why do some people get sick and some stay well?, *Annual Review of Psychology*, 45, 229-59.
- Alarcón, A. y Vidal, A. (2005). Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. *Salud Pública de México*, 4 (6), 440-446.
- Alarcón, A., Vidal, A. y Neira, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Méd Chile*, 131, 1061-1065.
- Albaladejo, C., Kovacs, F., Royuela, A., del Pino, R. & Zamora, J. (2010). The Efficacy of a Short Education Program and a Short Physiotherapy Program for Treating Low Back Pain in Primary Care: A Cluster Randomized Trial. *Spine*, 35 (5), 483-96.
- Alder, L. (2001). Redes sociales, cultura y poder: Ensayos de antropología Latinoamericana. Librero Editor: México. Extraído desde: http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=lbTg6ZoVni8C&oi=fnd&pg=PA9&dq=redes+de+vecinos&ots=_1xfVlkySF&sig=RwDwvXJqMxiPxS4H3RNc_2X9mTY#v=onepage&q=redes%20de%20vecinos&f=false
- Allaire, Y y Firsirotu, M. (1992). Gerencia y teoría de la organización.

- Almirall, P. (2007). El paradigma dinámico en salud ocupacional. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 8 (2).
- Alonso, E. (2004). Las políticas del consumo: transformaciones en el proceso de trabajo y fragmentación de los estilos de vida. *RES*, (4), 7-50.
- Alonso, E., Zapatero, L. y Martínez, M. (2003). Educación del paciente alérgico: prevención de riesgos y tratamiento. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría - Inmunología clínica y alergología*, 83-94.
- Altamirano, F., Barbancho, F., Prieto, J. y Moreno, A. (2004). Influencia de los hábitos televisivos infantiles sobre la alimentación y el sobrepeso. *Revista Cubana de Enfermería*, 20 (3).
- Álvarez, F. (2006). Salud Ocupacional. Ecoe ediciones. pp. 35.
- Alvarez-Gordillo, G., Alvarez-Gordillo, J., Dorantes-Jiménez, J. y Halperin-Frisch, D. (2000). Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas, México. *Salud Pública*, 42, 520-528.
- Amable, M., Benach, J. y González, S. (2001). La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Arch Prev Riesgos Labor*, 4 (4), 169-184.
- American Academy of Health Behavior Work Group on Doctoral Research Training (2005). *A Vision for Doctoral Research Training in Health Behavior: A Position Paper from the American Academy of Health Behavior America Journal Health Behavior*, 29 (6), 542-556.
- American Psychological Association (APA) Help Center. (2004). El camino a la resiliencia, Traducción Roca, I. & Moreno, I.
- Andersen, P. y Baumberg, B. (2006). El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Reino Unido: Institute of Alcohol Studies.
- Andrew, W. (2002). "Refrenamientos automovilísticos para los niños: una revisión para médicos". Extraído desde: <http://www.pubmed.gov>
- Angel, M. (2006). La verdad acerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engaña y qué hacer al respecto. Grupo Editorial Norma: Bogotá.
- Anthony, D., LaMontagne, K & Kelsey, T. (1997). Evaluating OSHA's Ethylene Oxide Standard: Employer Exposure-Monitoring Activities in Massachusetts Hospitals from 1985 through 1993. *American Journal of Public Health*, 87 (7), 1119-1125.
- Antle, M. & Silver, R. (2005). Orchestrating time: arrangements of the brain circadian clock. *Trends Neuroscience*, 28 (3), 145-151.
- Antonio, J. y Andújar, C. (2000). España: "Autoconcepto del joven en función de su nivel de condición física y de sus hábitos de vida". *Revista Digital*. Buenos Aires, 5 (24).
- Aranguren, L. (2005). La participación ciudadana: posibilidades y retos. *Aposta Revista de Ciencias Sociales*, (22).
- Arboleda, A. (1999). Alimentación sana - Saber comer el secreto de la larga vida. Editorial Panamericana: Bogotá.
- Archbold, K., Pituch, K., Panahi, P. & Chervin, R. (2002). Symptoms of sleep disturbances among children at two general pediatric clinics. *Journal of Pediatric*, 140 (1), 97-102.
- Arenas, L., Hernández, I., Valdez, R. y Bonilla, P. (2004). Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública de México*, 46 (4), 326-332.

- Arenas-Monreal, L., Hernández-Tezoquipa, I., Valdez-Santiago, R. y Bonilla-Fernández, P. (2004). Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Revista salud pública de México*, 46 (4).
- Arrivillaga, M., Salazar, I., Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colomb Med*, 34, 186-195.
- Arroyuelo, O. (sf). La violencia psicológica en el lugar de trabajo en el marco de la Unión Europea. *Revista de relaciones laborales Lan Harremanak*, 7, 279 – 297.
- Artazcoz, L., Escribà, V. y Cortès, I. (2004). Género, trabajos y salud en España. *Gac Sanit*, 18 (2), 24-35.
- Astiasarán, I., Lasheras, B., Ariño, A. y Martínez, J. (2003). Alimentos y Nutrición en la Práctica Sanitaria. Editorial Díaz de Santos S.A: Madrid. Pp. 37-59.
- Ávila, R. (2003). El papel de los modelos culturales en nuestras relaciones de familia. *Pedagogía y Saberes*, (18), 92-101.
- Azcona, L. (2006). Higiene corporal, consejo farmacéutico. *Farmacia Profesional*, 1 (4).
- Baer, H. Merrill, S. Ida, S. (1994). Medical Anthropology and the World System. A critical perspective. Greenwood Publishing Group. USA. p 21. 25
- Ballester, F. (2005). “Contaminación atmosférica, cambio climático y salud”. Unidad de Epidemiología y Estadística. *Revista Española de Salud Publica*, 79 (2).
- Ballesteros, M., Cabrera, R., Saucedo, M. y Grijalva, M. (1998). Consumo de fibra dietética, sodio, potasio y calcio y su relación con la presión arterial en hombres adultos normotensos. *Salud Pública de México*, 40 (3). Extraído desde:
- Ballot, D., MacPhail, A., Bothwell, T., Gillooly, M. & Mayet, F. (1989). Fortification of curry powder with NaFe (III) EDTA in an iron deficient population: report of a controlled iron fortification trial. *American Journal of Clinical Nutrition*, 49, 162-169.
- Balzano, S. (2003). No todo tiempo pasado fue mejor...Percepciones de las diferencias generacionales en la crianza y educación de los hijos. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 9 (018), 103-126.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency, *American Psychologist*, 37, 122-47.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundation of Thought and Action: A social Cognitive Theory*. New York: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1994). Auto-eficacia. En V. S. Ramachaudran (Ed.), *enciclopedia del comportamiento humano* (vol. 4, pp. 71-81). York Nueva: Prensa Académica. (Reimpreso en H. Friedman [Ed.], *enciclopedia de la salud mental*. San Diego: Prensa Académica, 1998).
- Baquero, A. y Herrera, H. (2004). Bases para un estatuto de Bioseguridad en Colombia: Antecedentes, principios básicos legales y biotecnológicos. Presentación para el Congreso Internacional de Derecho Ambiental, Propiedad, Conflicto y Medio Ambiente, Bogotá – Colombia.
- Barberá, E. (2002). Modelos explicativos en psicología de la motivación. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción REME*. (5) 10.
- Barón, O., Álvarez, J. y Montealegre, G. (2009). Análisis retrospectivo del carcinoma cutáneo tipo basocelular y escamocelular en Bogotá-Colombia: Epidemiología, prevención y tratamiento. *Revista de la Facultad de Medicina*, 57 (1), 40-48.

- Barragán, A., Barragán, A. y Ramírez, O. (2000). La salud y el ambiente laboral entre los anesthesiólogos: contexto social y laboral. *Revista médica del Hospital General de México*, 63 4, 247 – 253.
- Barragán, A., Ramírez, O. & Barragán, A. (2000). La salud y el ambiente laboral entre los anesthesiólogos: contexto social y laboral. *Revista Médica del Hospital General de México*, 63 (4), 247-253.
- Barranco, C. (2009). Trabajo social, calidad de vida y estrategias resilientes. *Portularia*, 9 (2), 133-145.
- Barrón, A. (1996). Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. Extraído desde: <http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=FyJuO1-HaGIC&oi=fnd&pg=PA3&dq=red+de+apoyo+social+y+salud&ots=PXjmJ7TXeS&sig=q7j1PKAeeRHsvAKRhoe8FKRmn1g#v=onepage&q=red%20de%20apoyo%20social%20y%20salud&f=false>
- Baum, A., & Posluszny, D. (1999). Heal Psychology: Mapping biobehavioral contributions to health and illness, *Annual Review of Psychology*, 50, 137-63.
- Becker, M. (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-473
- Becker, M. (1974). The Health Belief Model and Sick Role Behavior, *Health Education Monographs*, 2, 409-19.
- Becoña, E., (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11 (3), 125 – 146.
- Bell, W. (1964) Social Choice, Life Style, and Suburban Residences. *The Suburban Community*.
- Bellinger, D. & Adams, H. (2001). Environmental pollutant exposures and children's cognitive abilities. In Sternberg R. & Grigorenko E. (eds.) *Environmental effects on cognitive abilities*, 157-188, Mahwah NJ: Erlbaum. Extraído desde: [http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=Hr7DHmPmZ5sC&oi=fnd&pg=PA157&dq=bellinger+y+adams+\(2001\)+environmental+pollutant+exposures+and+children's+cognitive+abilities.&ots=iibymGIRT&sig=Zu78FKzrTWQvkDrakV6y1BMRqOo#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=Hr7DHmPmZ5sC&oi=fnd&pg=PA157&dq=bellinger+y+adams+(2001)+environmental+pollutant+exposures+and+children's+cognitive+abilities.&ots=iibymGIRT&sig=Zu78FKzrTWQvkDrakV6y1BMRqOo#v=onepage&q&f=false)
- Belloc, N. & Breslow L. (1972). Relationship of physical health status and health practice, *Preventive Medicine*, 9, 469-21.
- Belloc, N. (1973). Relationship of health practices to mortality. *Preventive Medicine*, 2, 67-81.
- Beltrán, A., Daza, M. y Garcia, J. (2009). Evaluación de las condiciones de trabajo del personal de enfermería en los servicios de alta complejidad. Trabajo de Grado Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Departamento de Salud de Colectivos, Bogotá.
- Benvenuto, A. & Visotsky, J. (2001). La cultura popular. Los caminos de su medicalización. Ponencia presentada durante el Cuarto Congreso Chileno Antropología “Los Desafíos de la Antropología: Sociedad Moderna, Globalización y Diferencia”. Extraído desde: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/index.html>
- Berdanier, C. & Zempleni, J. (2009). Advanced nutrition: macronutrients, micronutrients and metabolism. CRC Press Taylor and Francis Group. Pp. 433-499.

- Berdonces, J. y Blasco, R. (2003). El método naturista para adelgazar. Círculo de Lectores. Editorial Printer Latinoamericana Ltda: Bogotá.
- Berge, K., Seppala, M. & Schipper, A. (2009). Chemical dependency and the physician. *Mayo Clin Proc.* 84 (7), 625 – 631.
- Berglund, B., Lindvall, T. y Schwela, D. (1999). Guías para el Ruido Urbano, Informe de la reunión del grupo de trabajo de expertos llevada a cabo en Londres, Reino Unido OMS, Abril, Ginebra.
- Berk, J. (2002). Trauma y resiliencia durante la guerra: Una mirada a los niños y trabajadores de ayuda humanitaria en Bosnia. *Psicoanálisis.* 24 (1/2), 45-65, oct. 2002
- Bertomeua, V. Quiles, J. La hipertensión en atención primaria: ¿conocemos la magnitud del problema y actuamos en consecuencia? *Rev Esp Cardiol.* 58, 338-40
- Bezerra, N. (2006). “Analgesia adyuvante y alternativa”. *Revista Brasileira de Anestesiología,* 56 (5).
- Bffetta, P., & Garefinkel, L. (1990) Alcohol drinking among men enrolled in an American Cancer Society prospective study. *Epidemiology.* 1 (5), 42-48.
- Blanco, J. y Maya, J. (2005). Fundamentos de salud pública. Tomo I. Salud pública. Segunda Edición. Corporación para Investigaciones Biológicas. Pp. 3.
- Blázquez, M. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana,*(42), 1-22.
- Boivin, D., Czeisler, C., Dijk, D. et al. (1997). Complex interaction of the sleep wake cycle and circadian phase modulates mood in healthy subjects. *Archives of General Psychiatry,* 54,145–52.
- Boldú, J. y Pasca, I. (2005). “Enfermedades relacionadas con los edificios”. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra,* 28 (1).
- Boltvinik, J. (2007). Ampliar la mirada. Un nuevo enfoque de la pobreza y el florecimiento humano. Tesis para obtener el doctorado en ciencias sociales, centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)-Occidente 2005. Citado en: El tiempo necesario para el florecimiento humano. La gran utopía. Araceli Damián Desacatos, (23), 125-146.
- Bonastre, R., Palau, X. y Subirats, J. (2003). Manual de seguridad y salud en el trabajo. Nuevos conceptos. Editorial Ariel: Barcelona. pp. 186.
- Borges, A. (1998). Personal de Enfermería: condiciones de trabajo de alto riesgo. *En Salud de los Trabajadores,* 6 (2), 113-119.
- Boticario, C. (2005). ¿Una alimentación sana puede prevenir el cáncer? *Anales Real Acaemia Nacional de Farmacia,* 71, 609-633.
- Bourdieu, P. El sentido práctico. Taurus Ediciones, Madrid, 1991. Pp. 91-111
- Boyd, G. (1987). Use of smokeless tobacco among children and adolescent in the United States. *Preventive Medicine,* 16, 402 – 421.
- Breslow, L. & Enstrom, J. (1980). Persistense of Health Habits and their relationships to mortality, *Preventive Medicine,* 9, 469-83.
- Briceño, R. (2005). Urban violence and public health in Latin América: a sociological explanatory framework. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 21 (6), 1629-1664.
- Broman, M. y Gleizer, M. (1994). Participación comunitaria: ¿Necesidad, excusa o estrategia?. O ¿de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria?. *Cadernos de Saúde Pública,* 10 (1), 111-122.

- Brosseau, L., Parker, D., Samant, Y. & Pan, W. (2007). Mapping safety interventions in metalworking shops. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 49 (3), 338-45.
- Brown, F., Buboltz, W. & Soper, B. (2006). Development and evaluation of the Sleep Treatment and Education Program for Students (STEPS). *Journal of American College Health*, 54, 231-7.
- Brown, R. (1979). La salud pública en el imperialismo. En A. Vasco, Enfermedad y Sociedad. Ediciones Hombre Nuevo: Medellín.
- Buitrón, B. (2000). Atención primaria en salud y seguridad del trabajo sanitario. Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud Pública de Ecuador, Quito.
- Bunney, J. & Potkin, S. (2008). Circadian abnormalities, molecular clock genes and chronobiological treatments in depression. *Br. Medicine Bulletin*, 86, 23–32.
- Burke, R. (2003). Survivors and Victims of hospital restructuring and downsizing: who are the real victims? En *Internacional Journal of Nursing Studies*, 49, 930-909.
- Burns, N. & Grove, S. (2004). Investigación en Enfermería. Elsevier, 3a edición. Madrid.
- Bushnell, P., Kavlock, R., Crofton, K., Weiss, B. & Rice, D. (2009). Behavioral toxicology in the 21st century: Challenges and opportunities for behavioral scientists. Summary of a symposium presented at the annual meeting of the Neurobehavioral Teratology Society. *Neurotoxicology and Teratology*, (32), 313-328.
- Busto, U. y Naranjo, C. (1992). Utilización de Medicamentos. Métodos en Farmacología Clínica. *Organización Panamericana de la Salud*. Pp. 351-68.
- Cabrera, G., Velásquez, N. y Valladares, M. (2009). Seguridad vial, un desafío de salud pública en la Colombia del siglo XX. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 27 (2).
- Caicedo, R., Argüelles, G. y Alzate, A. (1996). Exposición a dosis bajas de radiación ionizante en el Hospital Universitario del Valle, Cali, 1980 – 1992. *Revista Colombia Médica*, 27 (3-4), 134-37.
- Calabrese, G. (2004). Riesgos Profesionales Relacionados a la Organización Laboral. Anestesia en México, *Suplemento I*.
- Calabrese, G. (2005). Implicaciones laborales en el anesthesiólogo. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 33, 187.
- Caldes, S. et al. (2005). ¿Una intervención educativa en niños de doce años de Madrid modifica sus conocimientos y hábitos de higiene buco-dental?. *Avances en Odontostomatología*, 21 (3), 149-157.
- Calvo, S. (2001). La Familia: Una Aproximación desde La Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17. Extraído desde: Revista
- Cameron, K & Caza, A. (2003). Contributions to the Discipline of Positive Organizational Scholarship. *American Behavioral Scientist*.
- Cameron, K, Caza, A. & Bright, D. (2008). Positive Deviance, Organizational Virtuousness, and Performance. Michigan Ross School of Business.
- Campos, M., Páez, D., Fernández, P., Igartúa, J., Méndez, D., Moscoso, S., Palomero, C., Pérez, J., Rodríguez, M., Salgado, J. y Tasado, C. (2004). Las actividades religiosas como formas de afrontamiento de hechos estresantes y traumáticos con referencia a las manifestaciones del 11-m. *Ansiedad Estrés*, 10 (2-3), 287-298.

- Cantera, C. (2006). La factibilidad del consejo preventivo sobre accidentes de tráfico en atención primaria. Dialnet.
- Cardon, G., De Clercq, D. & De Bourdeaudhuij, I. (2000). Effects of back care education in elementary schoolchildren. *Acta Paediatrica*, 89, 1010–7.
- Carling, P. (2009). Make room for the basics. Environmental cleanliness gains new attention in Hai Strategies. *Material Management in Health Care*.
- Carpentier, M., Mullins, L., Elkin, T. & Wolfe-Christensen, C. (2008). Prevalence of Multiple Health-Related Behaviors in Adolescents With Cancer. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 30 (12).
- Carr, J., Hotte, A. & Hotz, S. (1997). Ottawa-Carleton heart beat smoking stages of change: Summary of development, implementation and evaluation. CHRU Monograph Series. Ottawa ON: Community Health Research Unit
- Carrillo, C. (1991). La interacción en la reconstrucción de legalidad y moralidad, monografía de grado dirigida por Antanas Mockus, Departamento de Filosofía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá
- Casals, E. (2005). “Hábitos de higiene oral en la población escolar y adulta española”. *RCOE*, 10 (4), 389-401.
- Cassel, J. (1974). Psychosocial Processes and Stress. Theoretical Formulations. *International of Health Services*, 6, 471-482.
- Castanedo, I. (2002). Educación para la salud, cap. XV, Higiene personal. Manual de prácticas clínicas para la atención en la adolescencia.
- Castilla, R. (2001). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: aproximaciones al tratamiento farmacológico, Recuperado el 1 de junio de 2010 desde: www.psicologiaonline.org
- Castillo, M., Naranjo, J. y León, M. (2003). Experiencia educativa sobre hábitos posturales saludables. *Medicina General*, (55), 400-6.
- Castro, R. y Hernández, I. (1993). Opiniones de los diversos actores sobre la participación comunitaria en salud y planificación familiar. *Revista de Salud Pública de México*, 35.
- Cavassa, R. (2006). Seguridad industrial. Un enfoque integral. Limusa Editores. Pp. 155.
- Cavieres, M. (2004). Exposición a pesticidas y toxicidad reproductiva y del desarrollo en humanos. Análisis de la evidencia epidemiológica y experimental. *Revista Médica de Chile*, 132, 873–879.
- CDC-NIOSH (2002). The changing organization of work and safety and health of working people. Knowledge, gaps and research directions. NIOSH publication 2002-116. Pg. 18.
- Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS). (1997). REPINDEX 61: riesgos ocupacionales de los trabajadores de salud. Extraído en noviembre de 2009 desde: http://www.cepis.org.pe/foro_hispano/BVS/eswww/proyecto/repidisc/publica/repindex/repindex061.html.
- Cerqueira, M. (1997). Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas, en la promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina, Universidad de Puerto Rico.
- Cervantes, G., Cantera, L. y Blanch, J. (2008). Violencia hacia profesionales de la salud en su lugar de trabajo. Incidentes violentos notificados por internet en Catalunya entre

- 2005 y 2007: resultados de un estudio piloto. *Archivo Prevención de Riesgos Laborales*, 11 (1), 14 – 19.
- Chapman, S. (2001). Advocacy in public health: roles and challenges. *International Journal of Epidemiology*, 30: 1226-1232.
- Chavarría, R. (sf). NTP 177: La carga física de trabajo: definición y evaluación. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Barcelona. Extraído en noviembre 2009 desde:
http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/101a200/ntp_177.pdf.
- Clemente, A., Tartaglini, M. y Stefani, D. (2008). Apoyo social, bienestar psicológico y salud percibida en personas de edad. *Perspectivas en Psicología*, 5 (2).
- Colimon, K. (1990). Fundamentos de epidemiología. Ediciones Díaz de Santos: Madrid. Pp. 169.
- Colmes, M. (2000). Dietary Fat Intake and Endogenous Sex Steroid Hormone Levels in Postmenopausal Women. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (21), 3668-3676.
- Comisión Europea de Salud Pública. (sf). Factores determinantes de la salud. Extraído en noviembre de 2009 desde:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/genetics_es.htm,
- Committee on Health and Behavior: Research, Practice and Policy, Board on Neuroscience and Behavioral Health. (2001). Health and Behavior: The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences. National Academy of Sciences.
- Conferencia de Consenso de los Institutos Nacionales de Salud sobre Actividad Física y Salud Cardiovascular, diciembre, 18-20, 1995.
- Conner, M. (1993). Pros and cons of social cognition models in health behaviour, *Health Psychology Update*, 14, 24-31.
- Conner, M., Norman, P. (2005). Predicting Health Behaviour. Open University Press – McGraw-Hill. New York USA.
- Constitución Política de Colombia (1991). Título I. *De los principios fundamentales*. Artículos 44 y 49.
- Convenio 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores. (1981). Igualdad de género y trabajo. Convenios y recomendaciones claves para la igualdad de género. Oficina para la Igualdad de Género y Departamento de Normas Internacionales del Trabajo.
- Cornett, P. & O'Rourke, M. (2009). Building Organizational Capacity for a Healthy Work Environment Through Role-Based Professional Practice. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32 (3), 208-220.
- Corrá, U. (2007). News and Notices. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 14, 718–721.
- Cortés, J. (2002). Seguridad e higiene en el trabajo. Técnicas de prevención de riesgos laborales. 3ª edición. Alfaomega editores. Pp. 29, 31 y 32.
- Cox, C., Spiro, M. & Sullivan, J. (1988). Social risk factors: impacts on Elder's perceived Health Status. *Journal of community health nursing*, 5 (1), 59–73.
- Cruz, E. (2008). La investigación-acción y el cambio educativo en los territorios de frontera.
- Cubero, M. & Santamaría, A. (2005). Psicología cultural: una aproximación conceptual e histórica al encuentro entre mente y cultura. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 23, 15-31.

- D'Anello, S., Marcano, E. y Guerra, J. (2000). Estrés ocupacional y satisfacción laboral en médicos del Hospital Universitario de los Andes, Mérida, Venezuela. *Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes*, 9 (1 – 4).
- D'Oleo, C., Matos, S. y Cuevas, F. (2007). Conocimientos y prácticas de bioseguridad que tienen los médicos internos de la Universidad Autónoma de Santo Domingo en el Hospital Dr. Luis Eduardo Aybar. *Revista Médica Dominicana*, 68 (2), 166 – 169.
- Dalmau J, Vitoria I. (2004). Prevención de la obesidad infantil: hábitos saludables. *An Pediatr Contin* 2 (4), 250-4
- Daly, M. (2010). Operating Instructions. What you need to know about safe sex and reproductive health. *Human Sexuality Newsletter*, 36 (7).
- Davidson-Rada, M. & Davidson-Rada, J. (1992). Who should run worksite health programmes in hospitals., *New Zealand Health*, 44 (3), 16-9.
- De Castro, A., Cabrera, S., Gee, G., Fujishiro, K. & Tagalog, E. (2009). *Occupational health and safety issues among nurses in the Philippines. Official Journal Of the American Association of Occupational Health Nurses*, 57 (4), 149-57.
- De Cózar, J. (2005). Departamento de Historia y Filosofía de la Ciencia. “Principio de precaución y medio ambiente”. *Revista Española de Salud Pública*, 79 (2).
- De Freminville, B. (2007). La higiene en la vida cotidiana. *Revista Síndrome de Down*, 24 (7).
- De la Guardia, J. (2009). Comportamiento organizacional positivo, empleados comprometidos en prosperar las organizaciones.
- De la Sota, S. y López, M. (2001). Prevención de riesgos laborales. Thomson Editores: España. Pp. 15.
- De la Torre, S. & Tejada, J. (2007). Estilos de vida y aprendizaje universitario. *Revista Iberoamericana de Educación*, (44), 101-131.
- De León, C., Ochoa, L., Dufoo, S. y Díaz, J. (2004). Piercing en cavidad oral: La moda que arriesga la salud. *Revista odontológica Mexicana*, 8 (4), 112 – 116.
- De Lille, R. (1985). Contaminación ambiental en sala de operaciones y sus consecuencias para el anestesiólogo y personal que labora en ellas. *Revista mexicana anestesiología*. 8 (2); 121-4.
- De Lisio, A. (2008). La seguridad ambiental Venezolana bajo la concepción Eco-política del Estado Multidimensional. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ildis).
- De Oliveira, S., Carmo, M., Sayuri, D. y Da Silva, M. (2008). Accidentes de trabajo típico de trabajadores en un hospital universitario de la región sur de Brasil: epidemiología y prevención. *Revista Latino-am Enfermagem*, 16 (5).
- De Pablo Hernández C. Los riesgos laborales en el personal de enfermería de quirófano. Formación de seguridad laboral. Disponible en: http://www.bormart.es/articulo_laboral.php?id=2065 Consultado en Noviembre de 2009.
- De Urbiola, A. y Viñals, H. (2005). “Algunas consideraciones acerca de los piercings orales”. *Avances en Odontoestomatol*, 21 (5).
- Declaración de la conferencia internacional de promoción de la salud promoción de la salud en América Latina. (1992), Santa Fe de Bogotá.
- Del Castillo, V. (1998). “Deporte Y Trastornos De La Alimentación”. *Revista Digital: Educación física y deportes*, 3 (11).

- Del Pozo, J., Pardo, A., Ruiz, M. y San Martín, R. (2002). Efectos de la duración del desempleo entre los desempleados. *Psicothema*, 14 (2), 440-3.
- Delgado, C. Morales, M., Maruri, I., Rodríguez, C., Benavente, J. & Núñez, S. (2002). Conductas alimentarias, actitudes hacia el cuerpo y psicopatología en obesidad mórbida. *Actas Esp Psiquiatr*, 30 (6), 376-381.
- Delgado, M., Vázquez, M., Zapata, Y. y García, H. (2005). Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas. *Revista Española de Salud Pública*, 79 (6), 697-707.
- DeMaria, L., Galárraga, O., Campero, L. y Walker, D. (2009). Educación sobre sexualidad y prevención del VIH: Un diagnóstico para América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26 (6).
- Det Norske, V. (1995). La Administración moderna de la seguridad y control de pérdidas. DNV, United States of America. Pp. 347.
- Deutsch, K. (1961). Social Mobilization and Political Development. *The American Political Science Review*, 55 (3), 493-514.
- Díaz, B. (2002). Determinantes de la salud de la población e ideas para la promoción de cooperativas de salud en Venezuela. *Revista Venezolana de Economía Social*, 2 (4), 46-68.
- Díaz, L. y Cadena, L. (2001). “Los accidentes biológicos entre estudiantes de medicina: el caso de la UNAB”. *MEDUNAB*, 4 (12).
- Díaz, M. (1999). La Salud Oral, ¿Cuestión de Cultura? *Revista de Salud Pública*, 1 (1), 43-52.
- Díaz, X. y Medel, J. (2001). Salud, género y trabajo: una relación difícil. Centro de Estudios de la mujer (CEM). Extraído en noviembre de 2009 desde: <http://www.paho.org/English/HDP/HDW/healthandwork.pdf>.
- DiClemente, C. & Prochaska, J. (1982). Self-change and Therapy Change of Smoking Behavior: A comparison o processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behavior*, 7, 133-42.
- Dorsey, L. & McConnell, E. (1999). A Retrospective Analysis of Developmental Neurotoxicity Studies. *Federal Insecticide, Fungicide, Rodenticide Act Scientific Advisory Panel Meeting*.
- Dudley, O. & Schnore, L. (2003). Perspectivas cultural, conductista y ecológica en el estudio de la organización social. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 63 (93), 169-189.
- Duran, E. (2005). La estrategia de Escuela Saludable. Típica: Boletín electrónico de salud escolar, 1 (1).
- Durmer, J. & Dinges, D. (2005). Neurocognitive consequences of sleep deprivation. *Seminary of Neurology*, 25 (1), 117-29.
- Dyer, J. & McGuinness, T. (1996) Resilience: Analysis of the concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10 (5), 276-82
- Echeverría, M. (2001). Subcontratación de la producción y subcontratación del trabajo. En *Temas Laborales*, 3 (19).
- Echeverría, M. (2003). Aportes para el debate conceptual sobre flexibilidad laboral. En *Colección Ideas*, 4 (29).
- Echeverry, A., Mera, J., Villota, J. y Zárate, L. (2005). “Actitudes y comportamientos de los peatones en los sitios de alta accidentalidad en Cali”. *Colombia Médica*, 36 (2).

- El efecto de la religión en la salud. Extraído el 17 de septiembre de 2006 desde: <http://www.labibliaweb.com/articulo/52/703>
- Elaine, P. (2005). 'Cultural and Ethical Issues in Working with Culturally Diverse Patients and Their Families'. *Social Work in Health Care*, 39 (3), 249-262.
- Elias, N. y Dunning, E. (1995). Deporte y ocio en el proceso de la civilización. México, DF: Fondo de Cultura Económica.
- Emmer, R & Ember, M. (2003). Tema 2: El concepto de cultura.
- Enrile, F. y Santos-Aleman, A. (2005). Colutorios para el control de placa y gingivitis basados en la evidencia científica. *RCOE*, 10 (4), 445-452.
- Epp, J. (1986). Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la Salud. Organización panamericana de la salud. *Promoción de la salud: Una antología*, Washington D.C. (557), 31.
- ESADE- IEL, (2005), Doctors burnout in Catalonia. Reporte de Investigación coordinada por Dolan S.
- Esbaugh, E. (2010). Friend and Family Support as Moderators of the Effects of Low Romantic Partner Support on Loneliness Among College Women. *Individual Differences Research*, 8 (1), 8-16.
- Escobar, J. (2005). "La prevención temprana de la violencia: una revisión de programas y modalidades de intervención". *Universitas Psychological*, 4 (2).
- Escosteguy, A. (2002). Una mirada sobre los estudios culturales latinoamericanos. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 8 (015), 35-55.
- Espinoza, M. (2003). Trabajo decente y protección social. Oficina Internacional del Trabajo, Santiago de Chile.
- Estrés en los trabajadores de la salud. (sf). Extraído desde: <http://www.cepis.ops-oms.org/eswww/fulltext/riesgos.html>.
- Estudio de los Factores Asociados a la Incidencia de la Automedicación y al Nivel de Conocimientos de sus Complicaciones en mayores de 18 años del Distrito de Chiclayo-Perú. (2005) Extraído desde: <http://209.85.165.104/search?q=cache:m6kUzeDOWuwJ:detutaiom.wiki.mailxmail.com/Automedikamento+AUTOMEDICACION%2BARTICULO&hl=es&gl=co&ct=clnk&cd=8>
- Fajardo, D., Gallego, S. y Argote, L. (2007). Niveles de ruido en la unidad de cuidado intensivo neonata "CIRENA" del Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia. *Revista Colombia Médica*, 38(4), 64-71.
- Faller, A. (2006). Estructura y función del cuerpo humano. Editorial Paidotribo: España. Pp. 402-8.
- Falvo, D. & Tippy, P. (1988). "Communicating Information to Patients. Patient Satisfaction and Adherence as Associated with Resident Skill", *Family Practice*, (Nº 26), pp. 643-647
- Fassio, A. (2001). Redes solidarias entre pares. ¿Una alternativa de inclusión social para las personas de edad? Ponencia presentada en el III Encuentro de la Red Latinoamericana y del Caribe de la Sociedad Internacional de Investigación del Tercer Sector, Buenos Aires, 12 al 14 de septiembre.
- FEDESCO. (1998). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, 12.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón, G., Zaragoza, J., Bagés, N. y De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento

- académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas psychologica*, 7 (3).
- Fernández, M., Callejo, S., Ibáñez, S. y Vidal, J. (2006). Análisis de la Sensibilización de los Jóvenes ante la Seguridad Vial. Bases para la Elaboración de un Programa. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa RELIEVE*, 12 (2), 307-324.
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Periferia revista de recerca i investigació en antropologia*. 5, 1-16 Disponible en: <http://antropologia.uab.es/ojs-2.2/index.php/periferia/article/viewFile/149/166>
- Fernández, R. y De la Cruz, F. (1986). Riesgo biológico ocupacional y medidas de seguridad en los laboratorios médicos. *Rev. cuba. med. trop.*;38 (1):54-61.
- Fernández, S., Nebot, M. y Jané, M. (2002). Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis? *Revista Española de Salud Pública*, 76, 175-187.
- Fernández, T. (2007). Excessive work hours of physicians in training in El Salvador: putting patients at risk. *PLOS Medicine*. 4, (7).
- Ferrada, P., Salomón, S., Pina, J., Lavandaio, H. y Carena, J. (2008). Evaluación de conductas adictivas en personal médico y no médico en un hospital de agudos: estudio comparativo. *Revista Médica Universitaria*, 4 (3).
- Figini, H. (sf). Curso Introducción a la Medicina Antropológica. Módulo uno: Análisis crítico de la atención médica. Extraído en Octubre de 2009 desde: <http://www.redhv.com>.
- Filgueira, J. & López, I. (2003). Antropología y Salud Mental. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 3 (1).
- Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen 1989; Morales, Reboloso y Moya 1994
- Flórez, C. (2005). “Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia”. *Rev Panamericana de Salud Pública*, 18 (6).
- Flórez, L. (1999) Origen y evolución de la psicología de la salud en Colombia.
- Flórez, L. (2003). El comportamiento Jurídico como un proceso de etapas, Parte del informe final de la investigación “Conducta Jurídica del Mexicano”, realizada por la Facultad de Psicología y el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.
- Flórez, L. (2003). El comportamiento jurídico como un proceso de etapas. Informe final de la investigación: “Conducta Jurídica del Mexicano”, realizada por la Facultad de Psicología y el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.
- Flórez, L. y Sarmiento, D. (2005). Programa TIPICA: Un Enfoque Motivacional para la Promoción de la Salud Escolar. *Típica: Boletín electrónico de salud escolar*, 1 (1).
- Fordyce, W., Brockway, J. & Bergman, J. et al. (1986). Acute back pain: control group comparison of behavioral vs. traditional management methods. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 127-40.
- Franco, S., Ochoa, D. y Hernández, M. (2005). La Promoción de la Salud y La Seguridad Social, Corporación Salud y Desarrollo-ISS.
- Furnham, A., & Heaven, P. (1999). *Personality and Social Behavior*. London: Arnold.
- Galvan, M. y Amigo, H. (2007). Programas destinados a disminuir la desnutrición crónica: Una revisión en América Latina. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición (ALAN)*, 57 (4), 316-326.

- Gambino, D. (2007). Bioseguridad en hospitales. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 8 (1), 62-66.
- García, E. & César, V. (2002). Medidas de bioseguridad, precauciones estándar y sistemas de aislamiento. *Revista Enfermería*, 10 (1), 27 – 30.
- García, J. (2009). Promoción de la salud en los lugares de trabajo: una oportunidad por desarrollar. *av.enferm.*, 27 (1), 124-9.
- García, J. García, C. Vaca, M. (2010). Medical consultation in productive age population related with air pollution levels in Bogota city. Ponencia presentada en Urban Environmental Pollution, Boston.
- García, J., Riaño, M. y Benavides, J. (2009). Informalidad, Desempleo y Subempleo: un problema de Salud Pública, Ponencia presentada en el VII Seminario Internacional: Trabajo, Crisis Global y Salud, Doctorado en Salud Pública Universidad Nacional de Colombia, Octubre, Bogotá.
- García, M., Pardío, J., Arroyo, P. & Fernández, V. (2008). Dinámica familiar y su relación con hábitos alimentarios. *Estudios sobre las culturas Contemporáneas. Época II*. 14 (27), 9-46.
- Garduño, M. (sf). La relación salud, género y trabajo: aproximándose a la discusión. Extraído en noviembre 2009 desde: http://www.zanzana-ac.org/documentoswwh/angeles_saludgenerotrabajo.pdf.
- Gavilanes, S. (2008). Medios de comunicación publicidad y consumismo. *Revista Semestral Humanidades y Educación*, 2 (4), 57 – 60.
- Geertz, C. (1973), La interpretación de las culturas, Gedisa, Barcelona pp. 20
- Geertz, C. (1978). A Interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: Zahar. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 9 (3), 316-325.
- Geldhof, E., Cardon, G., De Bourdeaudhuij, I. & De Clercq, D. (2006). Effects of a Two-School-Year Multifactorial Back Education Program in Elementary Schoolchildren. *Spine*, 31 (17), 1965-73.
- Giddens, A. (1989). Sociología. Alianza editorial.
- Gil, F. (2005). Tratado de medicina del trabajo. Editorial Masson: España. Pp. 411, 448 y 522.
- Gil, P. (2002). Medicina Preventiva y Salud Pública. Masson: Barcelona – España.
- Girón, J. (2000). Cultura y Salud. *Revista de Extensión Cultural*, Universidad Nacional de Colombia, (43): 46-59.
- Gochman, D. (ed). (1997). Handbook of Health Behavior Research (Vols. 1-4). New York: Plenum.
- Goldbaum, M. (2002). Estilos de vida y modernidad. IDRC/CRDI. Montevideo: Publicaciones.
- Golden, J., Conroy, R. & Lawlor, B. (2009). Social support network structure in older people: Underlying dimensions and association with psychological and physical health. *Psychology, Health and Medicine*, 14 (3), 280 – 290.
- Gómez, C. (2005). Promoción de la Salud. Fundamentos en Salud Pública. 2º Ed. Tomo 1. Medellín. 96-109.
- Gonet, L. & Kryzwon, A. (1991). Preventing back pain through education. *Nurses Stand*, 5, 25–7.
- González, C. (2004). Transformación y resiliencia en familias desplazadas por la violencia hacia Bogotá. *Revista de Estudios Sociales*, (18), 123-130.

- Gonzalez, J. (1997). La voluntad de tejer análisis cultural, frentes culturales y redes de futuro. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 3 (005), 129-150.
- González, J. (2002). Psicología social y el entramado cultural un camino hacia nuevas perspectivas y desarrollos. *Boletín de Psicología*, (76), 7-18.
- González, J. (sf). La violencia en el trabajo. Ponencia confederación de STEs-Intersindical. Extraído en Noviembre de 2009 desde: www.stes.es/.../La_violencia_en_el_trabajo/libroconvivencia.htm.
- Gonzalez-Molina, J. (2002). Educación, movilización social y abogacía para promover la salud. *Revista Médica*, 18 (3), 192-197.
- Granada, P. (1998). La etnografía en la práctica médica. *Revista de Ciencia Humanas - UTP*, 17. Extraído desde: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev17/index.html>
- Granda, E. (2001). Salud pública e identidad. Organización Panamericana de la salud / organización mundial de la Salud.- La Crisis de la Salud Pública- OPS, Washington, 1993.
- Grandjean, E. (1973). Ergonomics of the home. Taylor & Francis: Londres.
- Greenglass, E. & Burke, R. (2000) Hospital downsizing, individual resources, and occupational stressors in nurses. En *Anxiety, Stress & Copy*, 13, 371-390.
- Greeno, C. & Wing R. (1994). Stress-induced eating, *Psychological Bulletin*, 115, 444-64.
- Groene, O. y García-Botero, M. (2005). Health promotion in hospitals: evidence and quality management. *World Health Organization*. Regional Office for Europe.
- Grone, O., Juul, S & Garcia-Barbero, M. (2004). Standards for health promotion in hospitals: self-assessment tool for pilot implementation. World Health Organization, Spain.
- Guerrero, J. (1995). Salud mental y trabajo en tiempo de cambio organizacional. *Revista Colombia de Psicología*, (3), 100-108.
- Guerrero, J. (2010). Enfoque Psicosocial de la Relación Salud Trabajo (EP-ST). Línea de Investigación. Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo, Universidad Nacional. Manuscrito. Bogotá.
- Guerrero, J. y Puerto, Y. (2006). Productividad, trabajo y salud: la perspectiva psicosocial. Extraído en abril de 2009 desde: [http://www.humanas.unal.edu.co/img/Nuevo/Colombiana%20de%20psicolog%C3%ADa/product_guerre\(203-234\).pdf](http://www.humanas.unal.edu.co/img/Nuevo/Colombiana%20de%20psicolog%C3%ADa/product_guerre(203-234).pdf)
- Guibert, W., Grau, J. y Prendes, M. (1999). ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria?. *Revista Cubana Medicina General Integrada*, 15 (2), 176-83.
- Guibert, W., Cobas, F., Reyes, R. y Zuaznabar, R. (1999). Comportamiento ante la ingestión de bebidas alcohólicas. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 15 (2), 109-14.
- Guillen, M. y Linares, G. (2001). Bases biológicas y fisiológicas del movimiento humano. Editorial medica panamericana. Pp. 343-353, 371-414.
- Gutiérrez, M. (2005). Características culturales que inciden sobre la ocurrencia de accidentes de trabajo en operadores de buses articulados y alimentadores del sistema transmilenio. Post grado interdisciplinario salud ocupacional: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería.

- Guyton, A. & Hall, J. (2006). Textbook of Medical Physiology. 11° Ed. Elsevier Saunders.
- Guzmán, J., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2004). Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual.
- Hamer, G. (2003). Solid waste treatment and disposal: Effects on public health and environmental safety. *Biotechnology Advances*, 22 (1-2), 71-79.
- Harms B., Heise, C., Gould, J. & Starling, J. (2005). A 25-Year Single Institution Analysis of Health, Practice, and Fate of General Surgeons. *Annals of Surgery*, 242 (4), 520-529.
- Healthy people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention. (1979). Washington DC.
- Heinrich, J. (2008). Democrats, Republicans, and Health Care Reform The 2008 major party platforms promise change. *AJN*, 108 (10).
- Herazo, B. (2003). Clínica del Sano en Odontología. ECOE Ediciones: Bogotá. Pp. 185-212.
- Hernández, A. (2008). Una alternativa de participación política. Las redes ciudadanas del PRD en Nuevo León, *CONfines*.
- Hernández, E. Acosta, M., nadal, B., Pijuan, M., Fon Abreu, Y. y Armas, N. (2006). Intervención educativa para incrementar los conocimientos sobre bioseguridad en el personal de enfermería de una institución hospitalaria. *Revista Cubana Enfermería*. 22 (2).
- Hernández, I., Arenas, M. & Valde, R. (2001). "Health care at home setting: social interaction and daily life". *Revista Saúde Pública*, 35 (5).
- Hernández, I., Arenas, M. y Valde, R. (2001). El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Revista Saúde Pública*, 35 (5), 443-50.
- Herrán, O., Leonelo, E. y Bautista, M. (2005). Calidad de la dieta de la población adulta en Bucaramanga y su patrón alimentario. *Colombia Médica*, 36 (2).
- Herrero, C. (2005). Mujer y medios de comunicación, riesgos para la salud. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 1, 55 – 75.
- Hickman, D. (2003). The effect of health care working conditions on patient safety. Agency for healthcare research and quality. *Evidence report/technology assessment*, 74.
- Hidalgo, L. (2006). Lo mágico religioso y el Bienestar de los Venezolanos. Extraído desde: Hidalgo, Luisa J. Rojas y desde: Investigación en Salud
- Higashida, B. (2000). Odontología Preventiva. McGraw-Hill Interamericana: México. Pp. 141-195.
- Higdon, J. & Frei, B. (2006). Coffee and Health: A Review of Recent Human Research. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 46 (2), 101-123.
- Hípócrates. *Airs, Waters, Places*. W.H.S. Jones (ed.). Cambridge, Harvard University Press (1948). En Buck et al (1994). El desafío de la epidemiología, OPS. Washington, D. C.
- Holzmann, R. Jørgensen, S. (2000). Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. Unidad de la Protección Social, Red de desarrollo Humano, Banco Mundial. Serie de Documentos de Discusión sobre la Protección Social No. 0006.

- Houtman I & Kompier M. (2001). Trabajo y salud mental. En: Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Tercera edición en español. OIT
- Hovland, C., Janis, I. & Kelley, H. (1953). Communication and Persuasion. New Haven CT: Yale University Press.
- Hyder, A. & Morroe, R. (2006). International public health: diseases, programs systems and policies. Chap. 2. *Culture, behavior and health*. Jones and Bartlett Publishers: United States of America, Pp. 41.
- ILADIBA. (1996). La falta de adherencia a la terapia también es un problema de comunicación, 10 (8), 43, basado en LANCET. (1996). Agosto 10, JAMA. (1996). Agosto 14 y US NEWS & WORLD REPORT. (1996) Agosto 26.
- INHST Instituto Nacional de higiene y seguridad en el trabajo. Manipulación Manual de Cargas. Guía técnica. (2003). Extraído desde: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Normativa/GuiasTecnicas/Ficheros/cargas.pdf>
- Instituto de Higiene y Seguridad del Trabajo de España. (1987). Condiciones de Trabajo y Salud. Barcelona. Pp.107.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (sf). Condiciones de Trabajo. Extraído en noviembre de 2009 desde: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/GuiasMonitor/CondicionesTrabajo/I/Ficheros/ctsi24.pdf>.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (sf). NTP 275: Carga mental en el trabajo hospitalario. Guía para su valoración. INHST. Extraído en Noviembre de 2009 desde: <http://www.insht.es>.
- Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional. (sf). Temas de salud y seguridad de NIOHS. Trabajadores de salud. NIOHS. Extraído en noviembre de 2009 desde: <http://www.cdc.gov/spanish/niosh/topics/trabajadores.html>
- International Food Information Council (IFIC) Foundation. (2004). Las Grasas Dietéticas y sus Sustitutos. Extraído el 11 de noviembre de 2006 desde: <http://www.ific.org/sp/nutrition/fats/index.cfm>.
- Ippolito-Shepherd, J., Cerqueira, M. y Ortega, D. (2005). Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud en las Américas. *Promotion & Education*, 12 (3-4), 220-229.
- Iranzo, J. (2002). Un error cultural situado: la dicotomía Naturaleza/Sociedad. *Política y Sociedad*, 39 (3), 615-625.
- Irrarazaval, I. (2005). Participación ciudadana en programas de reducción de la pobreza en América latina. Dialogo regional de política, Red para la reducción de la pobreza y la protección Social.
- Iverson y Erwin (1997). Variables ocupacionales.
- Izquierdo, A., Armenteros, M., Lancés, L. y Martín, I. (2004). Alimentación saludable. *Revista Cubana de Enfermería*, 20 (1), 1-1. Extraído el 1 de junio de 2010 desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100012&lng=es.
- Janis, I. & Mann, L. (1977). Decision making: A psychological analysis of conflict, Choice and Commitment. New York: Free Press.
- Janne, H. (1968). "Moral de trabajo y moral de ocio: un nuevo tipo humano en perspectiva". En La civilización del ocio. Guadarrama: Madrid.

-
- Janz, N. & Becker, M. (1984). The Health Belief Model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Jarrard, M., Goldman, R., Loomis, S. & Atkins, E. (1997). Methods of Prioritizing and Measuring Occupational Health Risks Utilizing Hospital Back Injury Data: Development of Composite Comparative Statistics. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 39 (9), 882-888.
- Javier, F. y Bonilla, M. (2005). "El deporte como causa de estrés oxidativo y hemólisis". *Rev Colombia Médica*. 36 (4).
- Jiménez, J. (2004). Sentidos de vida: razón, emoción y salud desde una perspectiva antropológica. *Revista Cubana de Psicología*, 21 (2), 129-134.
- Johnstone, M. & Kanitsaki, O. (2008). 'The politics of resistance to workplace cultural diversity education for health service providers: an Australian study'. *Race Ethnicity and Education*, 11(2), 133 — 154.
- Juárez, L. y Encinas, B. (2003). La Educación para la Salud. Un abordaje transcultural. *Index de enfermería*, 12 (42).
- Junge, P. (2001). Nuevos Paradigmas en Antropología Médica, Ponencia presentada durante el Cuarto Congreso Chileno Antropología "Los Desafíos de la Antropología: Sociedad Moderna, Globalización y Diferencia". Disponible en: http://www.minkowska.com/article.php3?id_article=1222, Consultado Julio de 2010.
- Katz, P. & Neugebauer, A. (2001). Does satisfaction with abilities mediate the relationship between the impact of rheumatoid arthritis on valued activities and depressive symptoms?. *Arthritis Rheumatism*, 45, 263-269.
- Kaufert, K. (2000). Public Health Advocacy: Process and Product. *American Journal of Public Health*, 90, 722–726.
- Kelsy, L. & Amason, P. (2001). Intercultural communication between patients and health care providers: An exploration of intercultural communication effectiveness, cultural sensitivity, stress and anxiety. *Health communication*, 13 (4), 449 – 463.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner*. Tercera edición. Deakin University Production Unit: Australia.
- Kenney, L. (2004). Agua de la Dieta y Requerimientos de Sodio para Adultos Activos. *Sports Science Exchange* 92, 17 (1).
- Kernaghan, S.G. (1990). Keeping *health promotion* in the pink. Documentation can show how programs contribute to *hospital goals*. *Health Progress (Saint Louis, Mo.)*, 71 (6), 85-7
- Kettlewell, K. (2004). Nutrition Integrity for Schools: Revised Criteria and Resources for Implementation. *Topics in Clinical Nutrition*, 19 (1), 2-8.
- Kickbusch, I. (1996). El Autocuidado en la promoción de la Salud. *Promoción de la salud: una antología*. Organización Panamericana de la salud, 235-245.
- Kickbusch, I. (1996). Promoción de la salud: Una perspectiva mundial. Organización Panamericana de la Salud: *Promoción de la salud: Una antología*, Washington D. C. (557), 15-24.
- Kiefer, R. (2008). An integrative review of the concept of well-being. *Holistic Nursing Practice*, 22 (5), 244-52.

- Kivimäki, M., Sutinen, R., Elovainio, M., Vahtera, J., Räsänen, K., Töyry, S., Ferrie, J. & Firth-Cozens, J. (2001). Sickness absence in *hospital* physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occupational And Environmental Medicine*, 58 (6), 361-6.
- Kleinman (1997) A. Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine, University of California Press, Berkeley.
- Kloter, P. (1995). "Dirección de Marketing (8ª ed.)". Prentice Hall International: UK. En: M. Fuentes y R. Menéndez. *La calidad de los servicios hospitalarios públicos en un contexto de inmigración económica: una adaptación de la escala servqual*. Universidad de Almería.
- Koelena, M., Vaandragerb, L. & Colomérc, C. (2001). Health promotion research: dilemmas and challenges. *Journal of Epidemiol Community Health*, 55 (4), 257-262.
- Komada, Y., Adachi, N., Matsuura, N., Mizuno, K., Hirose, K., Aritomi, R. & Shirakawa, S. (2009). Irregular sleep habits of parents are associated with increased sleep problems and daytime sleepiness of children. *Tohoku Journal Experiment Medicine*, 219 (2), 85-9.
- Konrad, A. (2006). Leveraging Workplace Diversity in Organizations. *Organization Management Journal*, 3 (3), 164-189.
- Kordoutis, P., Loumakou, M. & Sarafidou, J. (2000). Heterosexual relationship characteristics, condom use and safe sex practices. *AIDS CARE*, 12 (6), 767-782.
- Kotliarenco, M., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). Estado del arte de la resiliencia. Organización Panamericana de la salud, Oficina sanitaria Panamericana, Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Kottak, k. (1996). Antropología. McGraw-Hill: México.
- Kovalzon, V. (1990). Las funciones del sueño. En G. Buela-Casal & J. Navarro, Avances de la investigación en el sueño y sus trastornos, (compiladores). Pp. 3-12. Ed. Siglo XXI: Madrid.
- Kristensen, T. (sf). The health promotion approach at the workplace: uses and abuses. 27th International Congress on Occupational Health. Iguassu Falls, Brazil.
- Labonte, R. (1987). Estrategias para la Promoción de la Salud en la comunidad. Pan American Health Organization. *Promoción de la salud: Una antología*, Washington D. C. (557), 47-59.
- Lampe, J. (2003). Spicing up a vegetarian diet: chemopreventive effects of phytochemicals 1-4. *The American Journal of Clinical Nutrition*.
- Lasala, M. (2007). Parental Influence, Gay Youths, and Safer Sex. *National Association of Social Workers*.
- Latorre, P. y Herrador, J. (2003). Prescripción del ejercicio físico para la salud en la edad escolar: Aspectos metodológicos, Preventivos e Higiénicos. Paidotribo: Barcelona.
- Le Boulch, J. (2001). El cuerpo en la escuela en el siglo XXI. INDE: Barcelona.
- Ledesma, R. Molina, G. Valero, P. (2002). Análisis de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach: un programa basado en gráficos dinámicos. *Psico-USF* (7), 2: 143-152.
- Lee, A. (2007). Reacciones adversas a los medicamentos. Pharma Editores: Barcelona. Pp. 1-25.
- Lee, I. & Buchner, D. (2008). The importance of walking to public health. *Medicine and Science in Sports Exercise*, 40 (7), 512-8.

- Lee, I. & Buchner, D. (2008). The Importance of Walking to Public Health. *Medicine & Science in Sport & Exercise*.
- Leoni, A., Martelloto, G., Jakob, E., Cohen, J. y Aranega, C. (2005). Conductas sexuales y riesgos de infecciones de transmisión sexual en estudiantes en medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. *DST – J bras Doenças Sex Transm* 17(2): 93-98.
- Leturia, F. y Yanguas, J. (2001). Intervenciones psicosociales y comportamentales con personas mayores en recursos sociosanitarios. Recuperado el 1 de junio de 2010 desde: www.matiaf.net/profesionales/articulos
- Lewin R. (1951). *Field Theory in Social Science*. New York: Harper.
- Lhussier, M. & Carr, S. (2008). 'Health-related lifestyle advice: critical insights'. *Critical Public Health*, 18 (3), 299- 309.
- Lifshitz, A. (2003). La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 50-66.
- Limpscomb, J., Trinkoff, A., Brady, B. & Geiger-Brown, J. (2004). Health care system changes and reported musculoskeletal disorders among registered nurses. *American Journal of Public Health*, 94 (8), 1431 – 1435.
- Lin, N. Woefel, M. & Light, S. (1985). The buffering effect of social support subsequent to an important life event. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 247-267
- Lindbergh, C., Norstrand, P., Munger, M., DeMarsico, M. & Buscell, P. (2010). Letting Go, Gaining Control: Positive Deviance and MRSA Prevention. Academic Paper.
- Llanos, F., Cotrina, A. y Campana, P. (2001). Factores asociados a la adherencia al tratamiento de Malaria en Piura y Tumbes – Perú. *Revista de Medicina Experimental*, 18 (3-4) Pp. 63-70.
- Llinás, M., Feijoó, M., Carballo, M. y Ribera, E. (2003). MR3p3.- valoración del impacto de un manual informativo para Personas seropositivas: “ayudar a vivir positivamente”. SEISIDA. 14 (5). También en Project Inform 2002, en www.projectinform.org.
- Lopez, A. & Sanchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema* 13, (1), 17-23.
- López, A. (2004). Los valores de la familia contra el sexo seguro. *Instituto de bioética UCA vida y ética*, Año 5 (1).
- López, J. (1998). *Fisiología del envejecimiento*. Primera Edición. Imprendes Presencia S.A.: Bogotá. Pp. 1-2.
- López, M. (2001). Costumbres y Cambios. Pluralismo médico en Antofagasta de la Sierra, provincia de Catamarca, Argentina. Ponencia presentada durante el Cuarto Congreso Chileno Antropología “Los Desafíos de la Antropología: Sociedad Moderna, Globalización y Diferencia”. Extraído desde: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/index.html>
- Loría, J., Rocha, J. y Márquez, G. (2010). Patrón y calidad subjetiva de sueño en médicos residentes y su relación con la ansiedad y la depresión. *Emergencias*, 22, 33-39.
- Lozada, M., Guerrero, J. y García, J. (2007). Modelo de Gestión integral de la salud ocupacional en el hospital universitario. Universidad Nacional de Colombia. Pp. 13.
- Luzoro, J. (1992). Psicología de la Salud. *Revista de psicología*, 111 (1).

- Macarulla, J. y Goñi, F. (2003). *Bioquímica Humana* (pp. 371-80). Barcelona: Editorial Reverté S. A.
- Maddux, J. & Rogers, R. (1983). Protection Motivation and Self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19, 469-79.
- Magalhaes, M., Bosi, K. y De Carvalho, A. (1998). Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (2), 59-68.
- Magallanes, J., Vaca, A., Arias, L. y Herrera, J. (1994). Prácticas de salud y su relación con las características sociofamiliares de estudiantes de medicina. *Universidad del Valle*, 26, 132-40
- Maila, J. (2004). La diversidad cultural y la paz. *Pensar Iberoamerica Revista de Cultura*, (6).
- Makris, S., Raffaele, K., Allen, S., Bowers, W., Hass, U., Alleva, E., Calamandrei, G., Sheets, L., Amcoff, P., Delrue, N. & Crofton, K. (2009). A retrospective performance assessment of the developmental neurotoxicity study in support of OECD test guideline 426. *Environmental Health Perspective*, 117 (1).
- Marín, F. y Rodríguez, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la Hipertensión Arterial Esencial. *Salud Pública de México*, 43 (4).
- Marín, G. (1999). Cultura subjetiva en intervenciones de salud. *Social Psychobgy and Cultura/ context*.
- Marsh, D., Schoroeder D., Dearden, K., Sternin, J & Sternin, M. (2004). The power of positive deviance. *BMJ*. 329; 1177-1179
- Martínez-Lanz, P., Medina-Mora, M. y Rivera, E. (2005). Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Revista Facultad de Medicina*, 48 (5), 191 – 97.
- Massó, E. (2006). La identidad cultural como patrimonio inmaterial: Relaciones dialécticas con el desarrollo. *Theoria*, 15 (1), 89-99.
- Mayne, S. (2001). Nutrient Intake and Risk of Subtypes of Esophageal and Gastric Cancer. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 10, 1055-1062.
- Mcardle, W., Katch, F. & Katch, V. (1991). *Exercise Physiology, Energy, Nutrition and Human Performance*. 3° ed. Lea & Febiger: USA. Pp. 348-66.
- McElroy, A. Townsend P. (1989). *Medical Anthropology in Ecological Perspective*, 2nd ed. Boulder, Westview Press.
- McGee, W. (2005). Alcohol y dieta. MedilinePlus. Boston. Extraído el 29 de noviembre de 2006 desde: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002446.htm> Actualizado: 12/22/2005.
- McGinty, D. & Szymusiak, R. (2000). The sleep-wake switch: a neuronal alarm clock. *Nature Medicine*, 6 (5), 510–511.
- McLeroy, K., Bibeau, D., Steckler, A. & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Educational Behavior*, 15, 351 – 377.
- McMichael, A. (2000). The urban environment and health in a world of increasing globalization: issues for developing countries. *Bull World Health Organ*, 78 (9), 1117-1126.
- McNeil, A., Jarvis, M., Stapleton, J., Russel, M., Eiser, J., Gammage, P. & Gray, E. (1988). Prospective study of factors predicting uptake of smoking in adolescents. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 43, 72-8.

- Mearns, J., Dunn, J. & Lees-Haley, P. (1994). Psychological effects of organophosphate pesticides: A review and call for research by psychologists. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 286 – 294.
- Melendi, D. (sf). Salud. Extraído en noviembre de 2009 desde: <http://www.cricyt.edu.ar/enciclopedia/terminos/Salud.htm>.
- Melia. (1998). Un modelo causal psicosocial de los accidentes.
- Meltzer, L. & Mindell, J. (2004). Nonpharmacologic treatments for pediatric sleeplessness. *Pediatric Clinic North America*, 51 (1),135–151.
- Memel-Fotê, H. Una medicina en vías de modernización en África: el ejemplo de Côte d'Ivoire. Recuperado desde: <http://www.unesco.org/issj/rics161/memefotespa.html>
- Méndez, F. & Gómez, A. (2001). Postural Hygiene Program to Prevent Low Back Pain. *Spine*, 26 (11), 1280-6.
- Menéndez, E. (1999). Uso y desuso de conceptos: ¿dónde quedaron los olvidos?. *Alteridades*, 9 (17), 147-164.
- Menéndez, E. y di Pardo, R. (2006). Alcoholismo: políticas e incongruencias del sector salud en México. *Desacatos Revista de antropología social*. (20), 29-52.
- Milio, N. (1988). Búsqueda de Beneficios económicos con la Promoción de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la salud: Una antología*, Washington D.C. (557), 47-59.
- Minaya, J. (2009). Seguridad Vial: Las personas mayores como conductores y peatones en Ministerio de Sanidad y Política Social, Gobierno de España. Nuevas miradas sobre el envejecimiento. Capítulo 19.
- Ministerio de la Protección Social. (2004). Uso adecuado de medicamentos ¿Cómo promoverlo? Pp. 6-12.
- Mira, J. J., Rodríguez y Cols. (2000). “Semejanzas y Diferencias entre Satisfacción y Calidad Percibida”, *Revista Calidad Asistencial*, (Nº 15), pp. 36-42.
- Miralles, I. Miralles, R. y Puig, M. (1998). Postura, en Biomecánica clínica del aparato locomotor. Editorial Masson: Barcelona. Pp. 295-313.
- Miranda, G. (2006). El tiempo libre y ocio reivindicado por los trabajadores. *Pasos*, 4 (3), 301-26.
- Mitchel, F. & Brindis, C. (1987). Adolescent Pregnancy: The responsibility of policymaker. *Health Services Research*, 22 (3).
- Mitnik, P. (1997). Reseña de “lo culto y lo popular. Miserabilismo y populismo en sociología y literatura” de Grignon y Passeron. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 3 (005), 151-167.
- Mockus, A (2002). Divorcio entre ley, moral y cultura, dentro del plan de desarrollo: “Bogotá para vivir todos del mismo lado”. Disponible en: http://www.comunicacion.com.co/articulos/7.Divorcio_entre_ley_moral_cultura.pdf Consultado Agosto de 2010
- Mockus, A y Corzo, J. (2003). Cumplir para convivir. Factores de convivencia y su relación con normas y acuerdos. Universidad Nacional de Colombia. Unibiblios: Bogotá.
- Mockus, A. (2005). “Conciliar Ley Moral y Cultura” en: http://www.idct.gov.co/cultura_ciudadana/documentos.php.

- Moffett, J., Chase, S., Portek, I. & Ennis, J. (1986). A controlled, prospective study to evaluate the effectiveness of a back school in the relief of chronic low back pain. *Spine, 11*, 120-2.
- Molina, J. (2005). El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas. *EMPIRIA. Revista de metodología de Ciencias Sociales*, (10), 71–105.
- Moncada, M. (2001). Sociología, Antropología y el enfoque de lo macro y lo micro para el estudio de factores sociales en el proceso salud-enfermedad. *Santiago*, (93).
- Monclús, J. (2008). Marcos Metodológicos para Políticas y Trabajos de seguridad Vial. *Revista de Fomento Social*, 63, 509–546.
- Mondelo, P., Gregori, E. y Barrau, P. (2000). Ergonomía 1. Fundamentos. Alfaomega editores: México. Pp. 161 y166.
- Monguít, H. (1993). El trabajo nocturno como factor de riesgo psicosocial. *En Avances en Enfermería, 11* (2), 43-50.
- Moreno, B., Garrosa, E. y Gálvez, M. (2005). Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica. ALAPSA: Bogotá, pp. 59-76.
- Moreno, R., Barreto, R., Mora, D., Morales, M. y Rivas, F. (2003). “Accidentes biológicos por exposición percutánea y contacto cutáneo-mucoso en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 22 (1).
- Morillas, M. y Sánchez, J. (1998). Modelo de cognición cultural y cognición retórica en el léxico y discurso terapéutico. *C.I.F.*, 23 (24), 271-305.
- Moscovici, S. (1993). Toward a social psychology of science. *Journal for the theory of social behaviour*. 22(4):343-373.
- Mosquera, J., Gutiérrez, A. y Serra, M. (2009). La experiencia de participación ciudadana en el control social a la gestión en salud en Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 40 (1).
- Muelas, J., Calvo, A., Quiles, M., López, E., Castillo, M., Serrano y Beteta, V. (2008). Cuidamos nuestra salud. *Revista digital “práctica docente”*, (11).
- Munné, F. (1980). Psicosociología del tiempo libre: un enfoque crítico. Trillas: México.
- Muse, T. (2005). Motivation and Adherence to Exercise for Older Adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 21 (2), 107–115.
- Naredo, M. (2001). “Seguridad urbana y miedo al crimen”. Extraído desde: <http://habitat.aq.upm.es/boletin/n22/amnar.html>
- Narro, J., Martínez, S., Ruiz, R., Sandoval, R., Islas, J., Pardo, A., Graue, E., Guevara, R., Vilar, P., Carrasco, J., Lavalle, C., y Pintos, B. (2008). Plan único de especializaciones médicas en medicina de la actividad física y deportiva.
- National Toxicology program Department of health and human service. (2010). Extraído el 8 de noviembre de 2006 desde: National Toxicology Program's profile report on alcohol
- Navara, K. & Nelson, R. (2007). The dark side of light at night: physiological, epidemiological, and ecological consequences. *Journal of Pineal Research*, 43 (3), 215–224.
- Naveillan, F., Cornejo, A., López, B. y Saint-Jean, H. (1987). “Televisión y bebidas alcohólicas y analcohólicas”. *Revista Saúde Pública*, 21 (1).

- Neira, H. (2001). Dinámica de la Identidad Cultural, Ponencia presentada durante el Cuarto Congreso Chileno Antropología “Los Desafíos de la Antropología: Sociedad Moderna, Globalización y Diferencia”. Extraído desde: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/index.html>
- Nichter, M. (2006). Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica. *Desacatos*, (020), 109-132.
- Niosh. (2002). VIOLENCIA: Peligros ocupacionales en los hospitales.
- Nizama, E. y Samaniego, A. (2007). Cómo mejorar la educación para la salud diagnóstico situacional y propuestas. *Investigaciones breves 25*: Perú.
- Nuño, B., Canales, J., Madrigal, E., Villaseñor, M. y Hifalco, A. (1998). Motivos y expectativas de los adolescentes sobre la utilización de los servicios de salud. *Revista Médica*, 36 (1), 13-20.
- Nutbeam, D., Smith, C. y Catford, J. (1996). La evaluación en la Educación para la Salud: Una revisión de sus progresos, posibilidades y problemas. *Promoción de la Salud: Una antología*. Organización Panamericana de la salud, Washington D.C. 184-193.
- O'Connor, S. J., Shewchuck, R. M. & Carney, L. W. (1994). “ The Great Gap”, *Journal of Health Care Marketing*, Vol 14 (Nº 2), pp. 32-39.
- O'Donnell, M. (1989). Definition of Health Promotion: Part III: Expending the definition. En *American Journal of Health Promotion* 3. Citado por Green L., & Kreuter, M. (1991). *Health Promotion Planning An Educational and Environmental Approach*.
- O'Donovan, M. (1997). Risk management and the medical profession. *Journal of Management Development*, 16 (2), 125-133.
- O'Quinn, S. (2003). Inadequate sleep hygiene practices: level of community awareness. *Can Journal of Research Therapy*, 9, 21-9.
- Ochoa, G. (2001). Tratamiento del Consumo de Drogas como un Proceso de Cambio Cultural, Ponencia presentada durante el Cuarto Congreso Chileno Antropología “Los Desafíos de la Antropología: Sociedad Moderna, Globalización y Diferencia”. Extraído desde: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/index.html>
- OIT. (1985). Empleo y condiciones de trabajo en los servicios médicos y de salud, Ginebra. Extraído en noviembre de 2009 desde: <http://www.cepis.ops-oms.org/eswww/fulltext/riesgos.html>
- Okono, I., Ogun, A., Shittu, O. & Ogunnusi, T. (2009). Waste utilization as a means of ensuring environmental safety – an overview. *Electronic Journal of Environmental, Agricultural and Food Chemistry (EJEAFChe)*, 8 (9), 836–855.
- Opciones para los niveles provincial y municipal. Sevagraf S.A: Argentina.
- Ordoñez, G. (2000). Salud ambiental: conceptos y actividades. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 7 (3), 137-147.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la Salud.
- Organización mundial de la Salud. (2004). La seguridad vial no es accidental.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Colaboremos por la salud. Informe sobre la salud en el mundo.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Salud de los trabajadores: proyecto de plan de acción mundial. Informe de la Secretaria.
- Organización Panamericana de La Salud (1992) Conceptos de la Promoción de La Salud: dualidades de la Teoría de La Salud. *Promoción de la Salud: Una antología*, Washington D.C. 34-44.

- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2007). Relatoría taller estrategia de promoción de la salud de los trabajadores en América Latina y el Caribe Temas: empresas, centros y puestos de trabajo saludables anexo no. 6: estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo de América latina y el Caribe. Costa Rica.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). Salud y seguridad de los trabajadores del sector salud. Manual para gerentes y administradores, pp. 33, 58.
- Organización Panamericana de la salud. (sf). Semana de la salud de las Américas. Salud y seguridad de los trabajadores del sector salud. Extraído en noviembre de 2009 desde:
http://www.observatoriorh.org/Presentaciones/AntonAvilaRosalesTennessee_esp.pdf.
- Ortiz, R., Ruiz, M. y Álvarez, C. (2006). Análisis de la política de nutrición en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 8 (1), 1-13.
- Oseguera, A. (2004). Comidas peligrosas: La percepción social de la (in) seguridad alimentaria. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 10 (019), 31-51.
- Osorio, E., Weisstaub, N. y Castillo D. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*, 29 (3), 280-285. [revista en la Internet]. Extraído el 1 junio de 2010 desde:
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002000300002&lng=es) doi: 10.4067/S0717-75182002000300002
- Ospina, D., Jaramillo. D. y Uribe, T. (2005). La resiliencia en la promoción de la Salud de las Mujeres. *Investigación Educación Enfermería*, 23 (1), 78-89.
- Otero, M. (2004). “Nuevas iniciativas para mejorar la seguridad de la utilización de los medicamentos en los hospitales”. *Revista Española de Salud Pública*, 78 (3).
- Oyarsun, R. (2001). Antropología, Salud y Cultura Organizacional, Ponencia presentada durante el Cuarto Congreso Chileno Antropología “Los Desafíos de la Antropología: Sociedad Moderna, Globalización y Diferencia”. Extraído desde:
<http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/index.html>
- Pader, M. (1998). Oral Hygiene Products and Practice, Marcel Dekker.
- Palacio, M. y Saez, A. (2001). Entornos saludables: el desafío de la promoción de la salud. En Restrepo, H. & Málaga, H. (2001). Promoción de la salud: Como construir vida saludable. Editorial Medica Internacional, 264-273.
- Palucci, M. (2003). “Ocurrencia de accidentes de trabajo causados por material cortopunzante entre trabajadores de enfermería en hospitales de la región nordeste de São Paulo, Brasil”. *Ciencia y Enfermería*, 9 (1).
- Pardo, N. (2007). Acotaciones para una interdisciplina: análisis cultural del discurso. Basado en Quinn, N. (2005) (ed). .Finding culture in talk: a collection of methods.. En *Culture, mind and society, book series of the society for psychological anthropology*. Macmillan: Palgrave.
- Paredes, S. (2005). “Contaminación química en la infancia: bioacumulación y efectos potenciales”. Campaña de tóxicos. Greenpeace España. *Revista Española de Salud Pública*, 79 (2).
- Parkes, K. (1998). Psychosocial aspects of stress, health and safety on North Sea installations. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 24 (5), 321-333.

- Parra, A., Romero, M., Vaquero, M., Hita, A. y Molina, G. (2005). Riesgo biológico accidental entre trabajadores de un área sanitaria. *MAPFRE Medicina*, 16 (2), 32-40.
- Parra, B., Manjarrés, L., Gómez, A., Alzate, D. y Jaramillo, M. (2005). Evaluación de la educación nutricional y un suplemento para prevenir la anemia durante la gestación. *Biomédica*, 25 (2), 211-219.
- Parsons, T., Power, C. & Manor, O. (2006) Longitudinal physical activity and diet patterns in the 1958 British Birth Cohort. *Medicine and Science in Sports Exercise*, 38 (3), 547-54.
- Participación ciudadana. (2009). Extraído el 19 de septiembre de 2006 desde: http://www.auditoria.gov.co/templates/4_1_objetivo_participacion.asp
- Pate, R. & O'Neill, J. (2008). Summary of the American Heart Association scientific statement: promoting physical activity in children and youth: a leadership role for schools. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 23 (1), 44-9.
- Peñaranda, F. y Blandón, L. (2006). La educación en el Programa de Crecimiento y Desarrollo: entre la satisfacción y la frustración. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 24 (2), 28-36.
- Pérez, D., Jiménez, S. y Plasencia, D. (2007). La salud en la vivienda, enfoque alimentario-nutricional. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 45 (2).
- Pérez, I., Quintana, Z., Menocal, B. y Jiménez, L. (2005). Identificación de comportamientos de riesgo para enfrentar la promoción de estilos de vida saludables. *Medicentro*, 9 (3).
- Pérez, M. y Cueto, G. (2007). Bioseguridad en instalaciones médicas de atención primaria y secundaria. *Revista Cubana de Medicina General Integrada*, 23 (1).
- Petersen. (1984). Los modelos de factor humano.
- Peterson, G., Aguilar, D., Mesa, M., Jáuregui, M., Díaz, P., Simi, H. y Tavella, M. (2006). Ácidos grasos trans en alimentos consumidos habitualmente por los jóvenes en Argentina. *Revista Chilena de Pediatría*, 77 (1), 92-101.
- Piédrola. (2002). Medicina preventiva y salud pública. 10ª edición. Editorial Masson: Barcelona. Pp. 1027.
- Pierart, C. y Rozowsky, J. (2006). Papel de la nutrición en la prevención del cáncer gastrointestinal. *Revista Chilena de Nutrición*, 33 (1), 8-13.
- Pilon, F. (1986). Desarrollo de la educación en salud: una actualización de conceptos. *Revista Saúde Pública*, 20 (5), 391-396.
- Pineault, R., Baskerville, B. & Letouzé, D. (1990). *Health promotion* activities in Quebec hospitals: a comparison of DSC and non-DSC hospitals. *Canadian Journal Of Public Health*, 81 (3), 199-203
- Plasencia, A. y Cirera, E. (2003). Accidentes de tráfico: un problema de salud a la espera de una respuesta sanitaria. *Medicina Clínica*, 120 (10), 378-9.
- Plog, B. & Quinlan, P. (2002). *Fundamentals of Industrial Hygiene*. Ed. National Safety Council USA.
- PoLit, D. & Hungler, B. (2000) *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. Mc Graw- Hill interamericana, 6a edición. México.
- Polo, L. (2000). Tres aproximaciones al arte terapia. *Arte, Individuo y sociedad*, 12, 311-319.

- Ponce, R., Peña, L., Ramírez, M., Villena, J., Roe, E. y Villena, J. (2005). "Variación del nivel de carboxihemoglobina en corredores aficionados en ambientes con tránsito de vehículos motorizados en el distrito de San Isidro. *Revista Médica Herediana*, 16 (4).
- Popkess-Vawter, S., Yoder, E. & Gajewski, B. (2005). The role of spirituality in holistic weight management. *Clinical Nursing Research*, 14 (2), 158-74.
- Popkin, B., Armstrong, L., Bray, G., Caballero, B., Frei, B. & Willett, W. (2006). A new proposed guidance system for beverage consumption in the United States. *American Journal of Clinical Nutrition*, 83 (3), 529-542.
- Potvin, L., Gendron, S., Bilodeau, A. & Chabot, P. (2005). Integrating Social Theory Into Public Health Practice. *American Journal of Public Health*, 95 (4), 591-595.
- Pradines, C. (2001). Aportes Metodológicos para la Intervención Social; Ponencia presentada durante el Cuarto Congreso Chileno Antropología "Los Desafíos de la Antropología: Sociedad Moderna, Globalización y Diferencia". Extraído desde: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/index.html>
- Prieto, A. (2003). Modelo de Promoción de la Salud, con Énfasis en Actividad Física, para una Comunidad Estudiantil Universitaria. *Revista Salud Pública*, 5 (3), 284.
- Prieto, A., Díaz M y Vidal A. (2003). Prevalencia del hábito tabáquico entre los profesionales de un hospital. *Prevención del tabaquismo*, 5 (3), 175 – 82.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983). Stages and Processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-5.
- Prochaska, J. & DiClementi, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114.
- Puentes, E. (2005). Accidentes de tráfico: letales y en aumento. *Salud pública de México*, 47 (1).
- Puerto, F. (1997). El mito de Panacea Compendio de Historia de la terapéutica y la farmacia. Ed. Doce calles: Madrid.
- Pueyo, A. (1997). Manual de Psicología Diferencial. McGraw-Hill. México.
- Quevedo, E. (2000). El tránsito desde la higiene hacia la salud pública en América Latina. *Tierra Firme*, 18 (72), 611-62.
- Quevedo, E. (2004). Cuando la higiene se volvió publica. *Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 52, 83-90.
- Quiles, Y., Terol, M. y Quiles, M. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (2), 313–333.
- Quintero, P. (2005). Apuntes antropológicos para el estudio del control social. *Revista de Antropología Iberoamericana*, (42).
- Rachik, H. (2006). Identidad dura e identidad blanda. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, (73-74), 9-20.
- Ramaekers, S. (2005). Educational support, empowerment, and its risks: The correct voice of support. *Educational Theory*, 55 (2).
- Red Latinoamericana de arte para la transformación social (2009).
- Reeve, J. (2003). Motivación y emoción. McGraw-Hill. México.

- República de Colombia, Ministerio de Educación Nacional. Participación Ciudadana. Mecanismos Para Ejercer Control Social. Extraído de: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-89527.html>
- Republica de Colombia. Artículo 40, Título II. Constitución Política de Colombia 1991.
- Resnicow, K., Jackson, A., Blissett, D., Wang, T., McCarty, F., Rahotep, S. & Periasamy, S. (2005). Results of the healthy body healthy spirit trial. *Health Psychology, 24* (4), 339-48.
- Restrepo, S. y Maya, M. (2005). La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de antropología, 19* (036), 127-148.
- Rey, G. (2007). Cultura desarrollo y cooperación. Los reordenamientos de la agenda cultural. *Quorun. Revista de Pensamiento Iberoamericano, Primavera*, (017), 39-48.
- Riaño, M. (2009). Gestión de la seguridad y salud en el trabajo en hospitales públicos bogotanos de alta complejidad: una perspectiva estratégica. Tesis de Maestría. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia, Maestría en Salud y Seguridad en el Trabajo.
- Ricardo, I. & Holden, E. (1994). Multicultural training in pediatric and clinicak child psychology predoctoral internship programs. *Journal of Clinical Child Psychology, 23* (1), 32-38.
- Rimm, E., Williams, P., Fosher, K., Criqui, M. & Stampfer, M. (1999). Moderate alcohol intake and lower risk of coronary heart disease: meta-analysis of effects on lipids and haemostatic factors *BMJ. 319*,1523-1528.
- Ríos, G. (2007). Higiene y cuidado del cuerpo en la década de los veinte. Boletín Departamento de Salubridad Pública.
- Rivera, A. y Montero, M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud mental, 30* (1), 39-47.
- Rivera, J., Muñoz, O., Rosas, M., Aguilar, C., Popkin, B. y Willett, W. (2008). Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población Mexicana. *Salud Pública de México, 50*, 173-95.
- Rivero, O. (2004). La vocación humanística: motivación permanente para el estudiante de medicina. *Gac. Méd, 140* (1), 55-57.
- Rodríguez, A., García, J., Pérez, M., Lois, C., Pérez, N. y Benítez, J. (2003). Estrategia integradora para la educación nutricional en el ámbito escolar. *Revista del Jardín Botánico Nacional, 24* (1-2), 27-40.
- Rodríguez, C. (1990). Definiciones y manifestaciones de la Cultura Empresarial.
- Rodríguez, J. y Agulló, E. (2002). Psicología social y ocio: una articulación necesaria. *Psicothema, 14* (1), 124-133.
- Rodríguez, M. & Lopera, J. (2002). Conceptos Básicos de la Validación de Escalas en Salud Mental. *Revista CES MEDICINA. Vol. 16, 3*: 31-39.
- Rodríguez, O., Aguilera, A., Barbé, A. y Delgado, N. (2010). Intervención educativa sobre bioseguridad en trabajadores de la Salud.
- Rodríguez, T. (2008). El valor de las emociones para el análisis cultural. *Papers, 87*, 145-159.

- Roger, R. (1983). Cognitive and Psychological Processes in Fear Appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J.T. Cacioppo and R.E. Petty (eds) *Social Psychophysiology: A Source Book*. New York Guilford Press, 153-76.
- Rogers, B. (1997). Health hazards in nursing and health care: an overview. En *American Journal of Infection Control*, 25 (3), 248-261.
- Rogers, B., & Haynes, C. (1991). A study of hospital employee health programs. *Journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 39 (4), 157-66.
- Rogers, B., Travers, P. & Heart, L. (1991). Overview of work-related hazards in nursing: health and safety issues. *The Journal Of Critical Care*, 20 (5 Pt 1), 486-97.
- Rojas, L. (2006). Lo mágico religioso y el bienestar de los Venezolanos. *Investigación en salud*, 8 (1), 31-35.
- Romero, B. (2006). Arte terapia. Otra forma de curar.
- Romero, S. (2001). Por un Abordaje Multiprofesional del Consumo Problemático de Drogas, Ponencia presentada durante el Cuarto Congreso Chileno Antropología “Los Desafíos de la Antropología: Sociedad Moderna, Globalización y Diferencia”. Extraído desde: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/index.html>
- Romo, M. (2001). El problema de la obesidad en Chile, Globalización de las pautas culturales de alimentación?, Ponencia presentada durante el Cuarto Congreso Chileno Antropología “Los Desafíos de la Antropología: Sociedad Moderna, Globalización y Diferencia”. Extraído desde: <http://rehue.csociales.uchile.cl/antropologia/congreso/index.html>
- Rosales, J., Torres, V., Olaiz, G. y Borja, V. (2008). Los efectos agudos de la contaminación del aire en la salud de la población: evidencias de estudios epidemiológicos. *Salud pública*, 43 (6), 544-555.
- Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2, 1-8.
- Rozo, C. (2001). Educación en salud. *Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 1 (1), 46 – 47.
- Rueda, S. (2004). Siniestralidad laboral y fortaleza sindical en la OCDE. *Arch Prev Riesgos Labor* 7 (4), 146-52
- Ruiz, C. (2007). Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 3ª edición. Editorial Masson. Pp. 27.
- Saavedra, C. (1999). “Rol de la actividad física en el sobrepeso y la obesidad”. *Revista digital: Educación física y deportes*, 4 (16).
- Saavedra, E. y Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes, en un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *LIBERABIT: Lima Perú*, 14, Pp. 31 – 40.
- Sacasa, J. (2000). Los componentes de la práctica clínica. *Ateneo*, 1 (1), 5-9.
- Salas, M. y Torre, M. (2006). El concepto de género en documentos gubernamentales sobre salud y nutrición en México. *Salud Colectiva*, 2 (1), 35 - 45.
- Salcedo, A. y Melo, O. (2005). Evaluación del uso de plaguicidas en la actividad agrícola del departamento de Putumayo. *Revista Ciencia y Salud*, 3 (2).
- Salvador, J., Iriarte, J., Silva, C., Gómez, J., Díez, A. y Frühbeck, G. (2004) “El síndrome de apneas obstructivas del sueño en la obesidad: un conspirador en la sombra”. *Revista Médica*, 48 (2).

- Sanabria-Ferrand, P., González, L. y Urrego, D. (2007). Estilos de Vida Saludable, Profesionales de la Salud Colombianos: Estudio Exploratorio. *Rev. Fac. Med*, 15 (2), 207-217.
- Sánchez F. Los Seis Sombreros para Pensar. Recuperado el ¿? de: http://www.asu.jci.org.py/articulos/6_sombreros_p_pensar.htm
- Sánchez, A. (2004). Prevención de lesiones de espalda en personal sanitario de una residencia geriátrica. *Ergonomía aplicada a la prevención de lesiones dorsolumbares en personal sanitario*.
- Sánchez, B. (2009). Bienestar espiritual en personas con y si discapacidad. *Revista Aquichan*, 9 (1), 8-22.
- Sánchez, J., Tejero, B., Yurrebaso, A. y Lanero, A. (2006). Cultura organizacional: desentrañando vericuetos. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 1 (3), 374-397.
- Sánchez, M. y Ruíz, B. (1994). Consumo y salud. *AULA*, 6, 255-268.
- Sánchez, P. (2005). “Hacia una vivienda saludable”, estrategia integradora que permite cambios de actitudes favorables para el mejoramiento de la salud de las comunidades. Proyecto SADEC, OMS – OPS. Extraído el 28 de julio de 2010 desde: <http://www.disaster-info.net/desplazados/documentos/ops/vivisalud/>
- Sánchez, R & Echeverry, J. (2004). Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud Pública* 6. 3: 302-318.
- Sánchez, R. & Gómez, C. (1998). Conceptos básicos sobre validación de escalas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 27. 2: 121-130.
- Sandoval, L. (2006). El ser y el hacer de la organización educativa. *Educación y educadores*, 9 (1), 33-53.
- Sasson, A. (1993). La alimentación del Hombre del Mañana. UNESCO. Editorial Reverté S.A : Barcelona.
- Schow, L. & Blinkhorn, A. (1993). Oral Health Promotion. *Oxford Medical Publications*.
- Schunk, D. (1997). Teorías del aprendizaje. Prentice-Hall. 2da Edición. México.
- Schutter, A. (1986). Investigación participativa: una opción metodológica para la educación de adultos. : CREFAL: México.
- Schwarzer, R. (2004). Modeling Health Behavior Change: The Health Action Process Approach (HAPA). Recuperado el 10 de Junio de 2004, desde: <http://userpage.fuberlin.de/hapa.htm>
- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Ziegelmann, J., Scholz, U. & Lippke, S. (2008). Social-Cognitive Predictors of Physical Exercise Adherence: Three Longitudinal Studies in Rehabilitation. *Health Psychology* 27 (1), 54-63.
- SDS (2001). Memorias de la unidad de análisis sobre educación en salud realizado el junio 19.
- Seidl, R. (2002). Pharmaceuticals from natural products: current trenes. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, 74 (1), 145–150.
- Seigel, K. et al. (2004). “Problemas de sueño y síntomas de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en mujeres jóvenes”. Department of Neuroscience Uppsala University, SWEDEN. *European Journal of Psychiatry*, 18 (1).
- Sek-yum, S., Ngai, N., Cheung, C. & To, S. (2008). The effects of service participation friendship networks, and family support on developmental outcomes: a study of Young people from Low-Income families in Hong Kong. *Adolescence*, 43 (170).

- Sen, A. (2001). *Desarrollo y Libertad*. Editorial Planeta, Pp. 336-7.
- Senn, A. (1998). Las teorías del desarrollo a principios del siglo XXI. *Cuadernos de Economía*, 29, 72-100.
- Sharpe, R. (2008). "Additional" effects of phthalate mixtures on fetal testosterone production. *Toxicological Science*, 105 (1-4).
- Shin, S., Morgeson, F. & Campion, M. (2007). What you do depends on where you are: understanding how domestic and expatriate work requirements depend upon the cultural context. *Journal of International Business Studies*, 38, 64–83.
- Shultz, D. y Shultz, S. (2002). *Teorías de la personalidad*. 7ª edición. Editorial Thomson: México.
- Shumaker, S. Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *J. Soc. Issues*, 4, 11-36
- Silva, U. (2001). *Tiempo libre, tiempo ausente*. Propositiones. Ediciones SUR: Santiago de Chile. pp. 53-58.
- Simoes, E. y Palucci, M. (2006). Violencia en el trabajo en unidad de emergencia de hospital de Brasil. *NURE Investigación*, 25.
- Skinner, B. (1953). *Ciencia y conducta humana*. Fontanella: España.
- Skinner, B. (1971). *Ciencia y conducta humana (una psicología científica)*. Editorial Fontanella: Barcelona.
- Skinner, B. (1979). *La conducta de los organismos*. Fontanella: España.
- Smedley, B. & Syme, L. (2000). *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*. Committee on Capitalizing on Social Science and Behavioral Research to Improve the Public's Health, Division of Health Promotion and Disease Prevention. National Academy of Sciences.
- Smith, A., Christopher, G. & Sutherland, D. (2006). Effects of caffeine in overnight-withdrawn consumers and non-consumers. *Nutritional Neuroscience*, 00 (0), 1–9.
- Somavía, J. (2000). "Introduction", en *Globalizing Europe. Decent work in the information economy*. Informe del Director General, Sixth European Regional Meeting (Ginebra, OIT).
- Soto, F. (2006). "La limpieza en la Historia". Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos32/la-limpieza-historia/la-limpieza-historia.shtml>
- Soto, V. y Olano, E. (2004). "Conocimiento y cumplimiento de medidas de bioseguridad en personal de enfermería. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 65 (2), 103-110.
- Spangenberg, S. (2009). An injury risk model for large construction projects. *Risk Management*, 11 (2), 111–134.
- Spark, A. (2007). *Nutrition in Public Health. Principles, Policies, and Practice*. CRC Press, Taylor and Francis Group: New York. Pp. 267-536.
- Steptoe, A., Wardle, J., Vinck, J., Toumisto, M., Holte, A. & Wichstrom L. (1994). Personality and Attitudinal Correlates Of Healthy and unhealthy lifestyles in young adults. *Psychology and Health*, 9, 331-43.
- Sternin, J. (2004). Practice positive deviance for extraordinary social and organizational change.

- Stone, P., Du, Y. & Gershon, R. (2007). Organizational Climate and Occupational Health Outcomes in Hospital Nurses. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 49 (1).
- Styles, J. & Meier, A. (2007). Parents' and Caregivers' Concerns About Obesity in Young Children A Qualitative Study. *Family and Community Health*, 30 (4), 279–295.
- Styles, J. & Meier, A. (2007). Parents' and Caregivers' Concerns About Obesity in Young Children A Qualitative Study. *Family and Community Health*, 30 (4), 279–295.
- Suárez, E., y Reyes, W. (2000). Las terapias con recursos artísticos. Su utilidad en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina general integrada*, 16 (3), 295-304.
- Suárez, R., Wiesner, C., González, C., Cortés, C. y Shinchí, A. (2004). Antropología del cáncer e investigación aplicada en salud pública. *Revista de Estudios Sociales*, (17), 42-55.
- Suen, L., Tam, W. & Hon, K. (2010). Association of sleep hygiene-related factors and sleep quality among university students in Hong Kong. *Hong Kong Medicine Journal*, 16 (3), 180-5.
- Sun, J., He, Z. & Wang, S. (2007). Prevalence and risk factors of occupational low back pain in ICU nurses. *Chinese Journal Of Industrial Hygiene And Occupational Diseases*, 25 (8), 453-5.
- Sunkel, G. (2006). El papel de la familia en la protección social en América Latina. CEPAL - Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Extraído desde: <http://encuentro.virtual.unal.edu.co/cursos/enfermeria/2005423/index.html>
- Suzuki, K., Ohida, T., Kaneita, Y., Yokoyama, E & Uchiyama, M. (2005). Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. *Journal Of Advanced Nursing*, 52 (4), 445-53.
- Takase, M., Maude, P. & Manias, E. (2006). The impact of role discrepancy on nurses' intention to quit their jobs. En *Issues in Clinical Nursing*, 15, 1071-1080.
- Talavera, M. (sf). El concepto de salud, definición y evolución. Extraído en noviembre de 2009 desde: www.unal.edu.co/medicina/.../EL%20CONCEPTO%20DE%20SALUD.doc.
- Tanner, R & Sternin, J. (2005). Your Company's secret Change Agents. *Harvard Business Review*.
- Tapia, J. (1988). La reducción del tráfico de automóviles: una política urgente de promoción de la salud. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 3 (3), 137-151.
- Tascon, J. (2006). Creencias, Prácticas y Necesidad de Tratamiento Periodontal en una Población Adulta en Cali, 2003". *Revista Colombia Médica*, 37 (3).
- Tascón, J. y Cabrera, G. (2005). Creencias Sobre Caries e Higiene Oral en Adolescentes del Valle del Cauca". *Revista Colombia Médica*, 36 (2).
- Taylor, S. (1991). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Tenías, B., Mayordomo, C. y Escriba, V. (2006). Absentismo laboral por dolor de espalda en personal hospitalario: estudio de cohortes. *Revista Mapfre medicina*. 17(1).
- Tenorio, M., Casarotto, R. y Amado, S. (2009). Estratégias para ensino de hábitos posturais em crianças: história em quadrinhos versus experiência prática. *Fisioterapia e Pesquisa*, 16 (1), 46-51.
- Terrés, A. (2000). El cuidado de la salud y el estilo de vida. *Revista mexicana de patología clínica*, 47 (3), 179.

- Terris, M. (1996). "Conceptos de la Promoción de la Salud: Dualidades de la teoría de la Salud Pública". En: Organización Panamericana de la Salud. *Promoción de la Salud: Una Antología*. Washington D. C. (557), 37-44.
- The National Safety Council (1987).
- The United Nations University, (2002). The Positive Deviance Approach to Improve Health Outcomes: Experience and Evidence from the Field. *Food and Nutrition Bulletin*, 23, 4 (supplement): 1-136
- Tirado, F., Barbancho, F., Hernández, L. y Santos, J. (2004). Repercusión de los hábitos televisivos sobre la actividad física y el rendimiento escolar de los niños. *Revista Cubana de Enfermería*, 20 (2).
- Tomasina, F., Stolovas, N. y Chaves, E. (sf). La investigación en materia de salud de los trabajadores. Extraído en enero de 2010 desde: http://www.dso.fmed.edu.uy/archivos_saludocup/Contenido/Material/MaterialInvestigacion/archivos/Investigacionensaluddelostrabajadores.pdf.
- Torres., G., de Zito, L. y Santoni, M. (2004). El alimento, la cocina étnica, la gastronomía nacional. Elemento patrimonial y un referente de la identidad cultural. *Scripta ethnologica*, 26, 55-66.
- Torres-Valadez, F. (2001). Algunas preocupaciones del ejercicio de la medicina en el siglo XXI. *Cirugía y Cirujanos*, 69, 213-14.
- Toti, G. (1975). Tiempo libre y explotación capitalista. Ediciones de Cultura Popular: México.
- Trafimow, D., Sheeran, P., Conner, M. & Finlay, K. (2002). Evidence That Perceived Behavioral Control is a Multidimensional Construct: Perceived Control and Perceived Difficulty. *British Journal of Social Psychology*, 41, 101-21.
- Triguero, M., Gil, J., Machín, T. y Fernández, B. (2009). Efectos del trabajo nocturno en trabajadores de la salud de un hospital público universitario en la ciudad de Pinar del Río, Cuba. *Psicología: Teoría e Práctica*, 11 (3), 54-62.
- Tubert, S. (2003). Del sexo al género. Los equívocos de un concepto. Primera Edición. Ediciones Cátedra: Barcelona.
- Ulrey, K. & Amason, P. (2001). 'Intercultural Communication Between Patients and Health Care Providers: An Exploration of Intercultural Communication Effectiveness, Cultural Sensitivity, Stress, and Anxiety'. *Health Communication*, 13 (4), 449-463.
- Unanka, G. (2002). Family Support and Health Status of the Elderly in Imo State of Nigeria. *Journal of Social Issues*, 58 (4), 681-695.
- Uribe, J. (2006). Las prácticas alimentarias relacionadas con la búsqueda del ideal corporal. El caso de la ciudad de Medellín (Colombia). *Boletín de antropología*, 20 (037), 227-250.
- Valdebenito, E. (2009). Resiliencia: Una mirada cualitativa. Fundamentos en Humanidades Universidad Nacional de San Luis – Argentina. Año 10 (1), Pp. 195-206.
- Valencia, J., Peralta, P., Encinas, N., Sallard, B., Ríos, R., Pesqueira, D., Orozco, H., Uribe, O., García, L., González, O., Zamora, N. y León, R. (2002). Características del lavado de manos en el personal de salud hospitalario. *Boletín clínico hospitalario Infant Edo Son*, 19, 11-15.

- Valencia, J., Peralta, P., Encinas, N., Sallard, B., Ríos, R., Pesqueira, D., Orozco, H., Uribe, O., García, L., González, O., Zamora, N. y León, R. (2003). Motivación del personal de salud hospitalario sobre el lavado de manos. *Boletín clínico hospitalario Infant Edo Son*, 20, 103-108.
- Valencia, M., Saucedo, S., Grijalva, M. y Cruz, R. (1992). Evaluación del estado nutricional en mujeres y hombres adultos en una zona urbana marginada de Sonora. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 42 (4), 200.
- Vallespir, J. (1999). Interculturalismo e identidad cultural. *Revista Interuniversitaria de formación del profesorado*, (36), 45-56.
- Van de Vijver, F. & Arends-Tóth, J. (2010). Family Support in Five Cultural Groups in the Netherlands. *Journal of Comparative Family Studies*.
- Vargas, F. (2005). La contaminación ambiental como factor determinante de la salud. *Revista Española de Salud Pública*, 79 (2), 117-127.
- Vargas, F. y Gallego, I. (2005). Calidad ambiental interior: bienestar, confort y salud. *Revista Española de Salud Pública*, 79 (2).
- Vásquez, A. (2010). Las caras del Ocio: Aproximaciones Psicológicas. *Kalathos*, 7. Extraído desde: http://kalathos.metro.inter.edu/Num_7/lascarasdelocio_vazquez_2010.pdf
- Vásquez, M. (2008). Claves para una relectura de la cultura organizativa desde los programas sociológicos. *Espacio Abierto*, 17 (001), 27-52.
- Vásquez, M. et al. (2005). “La educación y el ejercicio responsable de la sexualidad en adolescentes”. *Rev Colombia Médica*, 36 (3).
- Veleda, C., Tchintian, C., Coppo, M. y Gigli, P. (2009). Políticas de promoción de la actividad física y deportiva.
- Vernaza, P. y Sierra, C. (2005). “Dolor músculo-esquelético y su asociación con factores de riesgo ergonómicos, en trabajadores administrativos”. *Revista Salud pública*, 7 (3).
- Vidal, J. (2003). Hacia una fundamentación teórica de la política cultural. *Reis*, 16 (81), 123-134.
- Vigarello, G. (1991). Lo limpio y lo sucio, la higiene del cuerpo desde la edad media. Editorial Alianza: Madrid.
- Villareal, M. (2010). Participación ciudadana y políticas públicas.
- Vizcarra, F. (2002). Premisas y conceptos básicos en la sociología de Pierre Bourdieu. *Estudio sobre las culturas Contemporáneas*, 8 (016), 55-68.
- Vossenaar, M. Mayorga, M. Soto-Méndez, M. Medina-Monchez, S. Campos, R. Anderson, A. Solomons, N. (2009). The Positive Deviance Approach Can Be Used to Create Culturally Appropriate Eating Guides Compatible with Reduced Cancer Risk. *Journal of Nutrition*; 139: 755-762
- Wagstaff, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11 (5-6), 316-326.
- Walker, L. Sterling, B. Hoke, M. Dearden, K. (2007). Applying the Concept of Positive Deviance to Public Health Data: A Tool for Reducing Health Disparities. *Public Health Nursing* 24. 6: 571-576
- Wechsler, H., Levine, S. & Idelson, R. (1996). The Physician's Role in Health Promotion Revisited — A Survey of Primary Care Practitioners, *NEJM*. 334, 996-998.

- Weibel, L., Maccari, S. & Van Reeth, O. (2002). Circadian clock functioning is linked to acute stress reactivity in rats. *Journal of Biological Rhythms*, 17, 438–46.
- Weinstein, N. (1982). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 2 (4), 355-86.
- Weinstein, N. (1988). The Precaution Adoption Process. *Health Psychology*, 7, 355-86.
- Weinstein, N. & Sandman, P. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology*, 11, 170-80.
- Weiser, S., et al. (2006). A population-based study on alcohol and high-risk sexual behaviors in Botswana. *PloS Medicine*. 3: 1940 – 1948. Traducción: Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt).
- Wheeler, R. y Hooley, A. (1971). Educación física para la recuperación. Ed. Jims: Barcelona. pp. 117-218.
- Whetsell, M., Frederickson, K., Aguilera, P. y Maya, J. (2005). Niveles de bienestar espiritual y de Fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores. *Revista Aquichan*, 5 (1), 72-85.
- Whitehead, M. (1988). The Health divide. In *Inequalities in Health: The black Report and the Health Divide*. London: Penguin, 217-356.
- Wiley, J. & Camacho, T. (1980). Life-style and future health: Evidence from the Alameda County study. *Preventive Medicine*, 9 (1), 1-21.
- Wiley, J. (1970). Los alimentos y el Hombre. Editorial LIMUSA. México. Versión española: Francisco J. Perea. Pp 97.
- Winett, R., King, A. & Altman, D. (1989). *Health Psychology and Public Health*. Pergamon General Psychology Series.
- ins, K. (2005). “Requisitos de Micronutrientes de mujeres físicamente activas: ¿Qué podemos aprender nosotros del hierro?”. *American Society for Clinical Nutrition*. Extraído desde: www.pubmed.gov
- Wing, R. & Phelan, S. (2005). “Long-term weight loss maintenance”. *American Society for Clinical Nutrition*. Extraído el 1 de junio de 2010 desde: www.pubmed.gov
- Wishik, S. Van der Vynkt, S. (1976), The use of nutritional ‘positive deviants’ to identify approaches for modification of dietary practices. *Am J Pub Health (AJPH)* 66, 1: 38-42.
- World Health Organization. (1999). Regional Office for the Western Pacific. *Regional guidelines for the development of healthy workplaces*.
- World Health Organization. (2003). Standards for health promotion in hospitals: development of indicators for a self-assessment tool. Workshop. Spain.
- World Health Organization. (2004). Standards for health promotion in hospitals.
- World Health Organization. (2005). Working together for health. Carpeta promocional. Belgium. Pp. 4, 8
- World Health Organization. (2007). Sixtieth world health assembly sixtieth world health assembly. Extraído en Octubre de 2009 desde: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60-REC3/A60_REC3-en1.pdf.
- World Health Organization. (2009). 10 facts about road safety: fact file Geneva: WHO. Extraído el 7 de agosto de 2010 desde: <http://www.who.int/features/factfiles/roadsafety/en/>
- Wrotniak, B., Zimmer, N., Dingle, K., Dingle, A., Miller, A., Knoell, A. & Weiss, E. (2007). Physical activity, health, and dietary patterns of middle school children. *Pediatric Physical Therapy*, 19 (3), 203-10.

-
- Wyman, R. (2000). Safety and the security professional: occupational safety and health strategies. Ed: Butterworth-Heinemann. Boston.
- XIII Conferencia Sanitaria Panamericana (1990).
- Yací, A., Kjellström, T., de Kok, T. y Guidotti, T. (2002). Salud Ambiental Básica. Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. México.
- Yassi, A. y Warshaw, L. (2001). Asistencia sanitaria: naturaleza y problemas de salud en el trabajo. En Organización Internacional del Trabajo. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo.
- Yin, L., Wang, J., Klein, P. & Lazar, M. (2006). Nuclear receptor Rev-erbalpha is a critical lithiumsensitive component of the circadian clock. *Science*, 311, 1002–5.
- Yúdice, G. (2003). Sistemas y redes culturales: ¿cómo y para qué?. Ponencia presentada en el Simposio Internacional: “Políticas culturales urbanas: Experiencias europeas y americanas”. Bogotá, 5 a 9 de mayo.
- Zaldívar, D. (1995). Arte y psicoterapia. *Revista Cubana de Psicología*, 12 (1-2).
- Zalpa, G. (2002). La cultura en las organizaciones empresariales. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 8 (015), 9-33.
- Zenil, B. y Alvarado, S. (2007). La terapia del arte como herramienta psicoterapéutica en pacientes con Cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 40 (2), 56–63.