



Revista de Salud Pública

ISSN: 0124-0064

revistasp_fmbog@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia

Colombia

García-Ubaque, Juan C.; García-Ubaque, César A.; Vaca-Bohórquez, Martha L.
Variables involucradas en la práctica individual y colectiva de hábitos saludables

Revista de Salud Pública, vol. 16, núm. 5, octubre, 2014, pp. 719-732

Universidad Nacional de Colombia

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42239149008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Variables involucradas en la práctica individual y colectiva de hábitos saludables

Variables involved in the individual and collective practice of healthy habits

Juan C. García-Ubaque¹, César A. García-Ubaque² y
Martha L. Vaca-Bohórquez³

1 Facultad de Medicina. Departamento de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. jcgarciau@unal.edu.co.

2 Facultad de Tecnología. Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Bogotá, Colombia. cagarciau@udistrital.edu.co

3 Investigadora Independiente. Bogotá, Colombia. ml.vaca68@uniandes.edu.co

Recibido 28 Marzo 2014/Enviado para Modificación 30 Mayo 2014/Aceptado 30 Junio 2014

RESUMEN

Objetivo Realizar una revisión descriptiva de los conceptos relativos a la práctica de hábitos saludables identificando las principales variables asociadas a su gestión dentro de las acciones de promoción de la salud

Método Por medio de consulta a grupos que laboran en promoción de la salud en Bogotá se definió el alcance de la revisión, luego se realizó la búsqueda bibliográfica mediante consulta de bases de datos y fuentes documentales, definiendo previamente la estrategia y los criterios de selección documental, finalmente se procedió a hacer la organización y estructuración de la información.

Resultados Se estableció que para la promoción de hábitos saludables hay cuatro grupos de conductas a) consumo, b) actividad física e higiene, c) seguridad y d) participación social, los cuales se revisan con el fin de señalar los principales conceptos incorporados en las mismas.

Conclusión. La promoción de hábitos saludables debe involucrar no solo la trasmisión de las conductas asociadas a los mismos, sino también la comprensión y adaptación de los mismos a los ámbitos de vida en los que las personas se desenvuelven, considerando los distintos roles que se desempeñan y las demandas de tipo psicológico y cultural que cada espacio plantea.

Palabras Clave: Hábitos, estilo de vida, conductas saludables, promoción de la salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To conduct a descriptive review of the concepts related to the practice of healthy habits by identifying the main variables associated with their management in terms of health promotion actions.

Methodology In consultation with groups working in health promotion in the city of Bogotá, the scope of the review was defined. Later, a bibliographical search was performed by consulting databases and documentary sources. The strategy and criteria for the selection of documents was previously defined. Finally, we proceeded to organizing and structuring the information.

Results It was established that, to promote healthy habits, four groups of behavior are involved: a) consumption, b) physical activity and hygiene, c) safety, and d) social participation. All of these are reviewed in order to point out the main concepts contained in each.

Conclusion The promotion of healthy habits must involve not only the transmission of behaviors associated with them. It must also involve understanding and adapting these habits to the environments of life in which people operate, with consideration for the different roles that they perform and the psychological and cultural demands that each space implies.

Key Words: Habits, lifestyle, health behaviors, health promotion (*source: MeSH, NLM*).

La adopción de estilos de vida saludables, tanto por parte de los individuos como de las comunidades, implica la interacción continua entre la práctica de conductas protectoras y la elusión de conductas de riesgo, como dos caras de una misma moneda (1). Por lo que resulta conveniente conocer las áreas clave para incorporar la práctica de hábitos saludables a la vida cotidiana. Sin embargo, tradicionalmente el énfasis ha estado centrado mayoritariamente en la prevención de comportamientos de riesgo, por lo que esta revisión busca comprender los principales referentes teóricos que deben tenerse en cuenta en el estudio y la práctica personal y colectiva de los hábitos saludables (2).

MÉTODO

Se utilizó un enfoque cualitativo de análisis de contenido, para lo cual inicialmente se realizó una indagación con trabajadores de la salud y académicos de la ciudad de Bogotá, pidiéndoles que enumeraran lo que para ellos eran los hábitos saludables más relevantes, incluyendo esencialmente las conductas protectoras y excluyendo las que tiene relación con evitar conductas de riesgo. Se entrevistó a doce personas: médicos (3), enfermeros (5) y otros trabajadores de la salud (4), que realizan docencia o desempeñan actividades de dirección o prestación de servicios en el campo de la salud pública en Bogotá.

Se elaboró un listado de hábitos saludables y posteriormente una agrupación que dio como resultado cuatro categorías de comportamientos

de interés: a) Relativos al consumo, b) a la actividad física e higiene, c) a la seguridad y d) a la participación social. Con base en este listado se hizo una búsqueda bibliográfica utilizando cada una de estas cuatro palabras en español e inglés, asociadas al término “Promoción de la Salud” o “Health Promotion”, en las bases de datos de Medline, SciELO y Google Scholar, tomando como periodo 2001-20011.

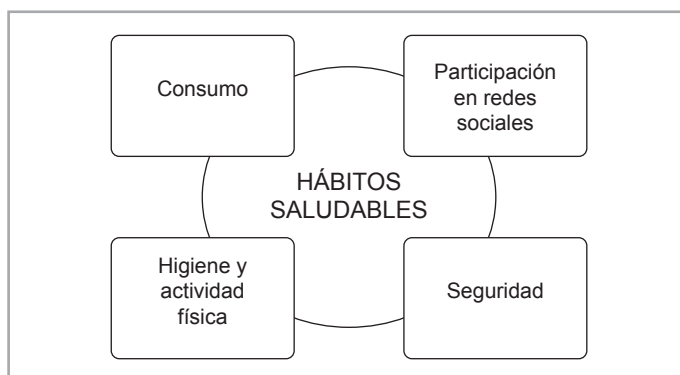
Se revisaron los resúmenes y la introducción de los artículos en la medida en la que se pudo tener acceso a los mismos y se registró la presencia de conceptualización, caracterización o discusión de la práctica correspondiente.

Siguiendo el método cualitativo, se realizó la búsqueda hasta tener saturación de la información, es decir tener el concepto y las categorías del mismo construidas y tener seleccionados los documentos que mejor daban cuenta de los conceptos subyacentes. Finalmente, la información se organizó y fue discutida y enriquecida por los investigadores, con el fin de lograr mayor precisión de los conceptos.

RESULTADOS

Se pudo identificar cuatro grupos de conductas que tienen potencial de enriquecer el capital de salud de la población: a) los relacionados con el consumo; b) los relativos a la higiene y actividad física; c) los concernientes a la búsqueda de la seguridad, y d) los asociados a la participación en redes sociales y grupos de apoyo (Figura 1).

Figura 1. Grupos de conductas relacionadas con hábitos saludables



Fuente: Elaboración propia

Cada uno de los grupos de conductas que conforman el concepto global de hábitos saludables, involucra diferentes componentes que deben ser considerados dentro de la formulación de políticas y de estrategias encaminadas al estudio y la promoción de hábitos saludables en una población, los cuales se presentan en la Cuadro 1.

Cuadro 1. Referentes propuestos para el abordaje de los hábitos saludables

Consumo	Hábitos Saludables		
	Higiene y actividad física	Seguridad	Participación social
Alimentos Bebidas Medicamentos	Actividad física y ejercicio	Ambiental	Red familiar
	Postura	Sexual	Red educativa
	Manejo del tiempo libre	Vías y vehículos	Red de amigos
	Sueño	Seguridad colectiva	Red en el trabajo
	Higiene del entorno	Lugar de trabajo	Red deportiva y de recreación
	Higiene corporal		Red de expresión artística y cultural.
	Autonomía en formas de consumo		Red de ciudadanía y voluntariado.
			Red de pares.
			Red institucional y política.
			Red espiritual – religiosa.

Fuente: Elaboración propia

Hábitos de consumo

Involucra el consumo de alimentos y bebidas como parte de la dieta de las personas y el uso de medicamentos.

a. Alimentos: Su uso esta esencialmente asociado a costumbres locales y familiares que establecen los patrones de selección, preparación, cantidad y forma de ingerirlos (3). Estas costumbres dependen de múltiples factores que trascienden la voluntad individual e incluyen: las condiciones de comercio, la economía, el ámbito político, la geografía y el clima, y pueden ser afectadas por distintos aspectos de índole social.

Una alimentación saludable busca satisfacer las necesidades nutritivas para lograr un adecuado desempeño, para lo cual armoniza diversos alimentos, consumiéndolos de manera equilibrada.

Aunque durante toda la vida es fundamental, en la infancia y adolescencia resulta esencial para desarrollar las capacidades físicas e intelectuales de los individuos (4), teniendo de esta manera un mayor impacto en la salud.

Las cantidades a consumir varían de acuerdo con la edad, actividad y género, entre otros factores, y están en estrecha relación con el perfil de salud - enfermedad.

El consumo de alimentos comprende las siguientes subcategorías:

- Consumo de proteínas, particularmente aminoácidos esenciales.
- Consumo de azúcares y almidones.
- Consumo de grasas.
- Consumo de frutas y vegetales.

b. Bebidas: Inicialmente el concepto hacía referencia esencialmente al agua, pero el consumo de bebidas adicionadas con azúcar u otros componentes se ha asociado con el incremento de riesgos para la salud (5) por lo que resulta necesario incluir otras categorías:

- Agua. La pérdida de 10 % del agua corporal es crítica y su progresión casi siempre resulta mortal. La condición esencial para su utilización es la potabilidad y salvo situaciones particulares no existen riesgos importantes asociados a un alto consumo.
- Café y otros estimulantes. Por sus propiedades diuréticas y estimulantes pueden ser convenientes (6), sin embargo el consumo excesivo puede estar relacionado con algunos tipos de cáncer (7) y puede generar adicción.
- Alcohol. Por su triple carácter de alimento, metabolito y psicofármaco, no existe unidad de criterio para su consumo. Se afirma que pequeñas cantidades diarias protegen al sistema cardiovascular del desarrollo de accidentes cerebro-vasculares y disminuyen la mortalidad en caso de enfermedad coronaria (8), sin embargo el consumo excesivo está asociado a la ocurrencia y gravedad de los accidentes de tráfico (9), y aumenta el riesgo de contraer algunos tipos de cáncer, mientras que la adicción genera cerca del 35 % y 18 % de los ingresos de hombres y mujeres a los servicios de rehabilitación psiquiátrica (10).

c. Hábitos para el consumo de medicamentos: En ciertas personas la ingesta habitual de algunas sustancias terapéuticas ha sido recomendada como un hábito saludable. Se destaca el uso de ácido acetilsalicílico (ASA) para disminuir riesgo cardiovascular (11), el uso bloqueadores solares para grupos específicos de riesgo, y algunos fármacos específicos durante las etapas del ciclo vital, tales como: vitaminas, calcio, estrógenos, etc., (12), sin embargo hay un alerta en relación con el alto consumo mundial de fármacos y su impacto en lo económico (sobrecostos para los sistemas de salud), en lo sanitario (resistencia, interacciones, efectos secundarios, entre otros) y en lo social (medicalización de la vida diaria).

Igualmente, ha aumentado el uso habitual de una gran cantidad de productos autodenominados naturistas por su origen (13) y de medicinas alternativas, sin

embargo los resultados de investigación no son concluyentes al respecto, por tanto, se hace necesario profundizar la evaluación de cada caso en particular.

Hábitos de higiene y actividad física

Hacen referencia a los principios necesarios para conservar la salud (14). Dieron origen a la salud pública cuando su práctica dejó de ser un asunto de interés privado y se constituyó en práctica social, para evitar la aparición de enfermedades epidémicas (15). Incluyen:

a. Actividad física y ejercicio. La actividad física tiene relación con cualquier movimiento del cuerpo que produce gasto energético e incluye acciones que tienen como propósito el mantenimiento de la vida y la distracción; mientras que el ejercicio se refiere al trabajo corporal planificado, estructurado y repetitivo que tiene como objeto el mantenimiento o mejoramiento de la condición física, que cuando agrega criterios de competición, preparación o entrenamiento, se categoriza como deporte. Se busca mejorar la forma o condición física de las personas, en particular en relación con algunos atributos como resistencia cardiorespiratoria y muscular, fuerza, flexibilidad y velocidad, entre otras (16).

Sin embargo, existen riesgos asociados a la práctica intensa y poco preparada, que incluyen la posibilidad de lesiones óseas, articulares y/o musculares, y alteraciones como la “pseudanemia del deportista” (17) o la “anorexia atlética o deportiva”. También se ha señalado que en ambientes contaminados, puede aumentar la susceptibilidad y exposición a la inhalación de sustancias tóxicas, debido al aumento del volumen inspiratorio (18). Se reitera como hábito saludable la práctica de ejercicio moderado durante 150 minutos a la semana, divididos en tres a cinco sesiones.

b. Postura. Se entiende como la situación de todo el cuerpo, o de un segmento del mismo con relación a la fuerza de gravedad. No es fácil establecer los límites entre la buena y la mala postura (16), lo que implica que no hay una única postura que pueda ser considerada como normal. Su valoración depende del género, la edad y la constitución física del individuo, entre otros factores y debe trabajarse desde edades tempranas para obtener resultados consistentes (19).

c. Utilización adecuada del tiempo libre. Se refiere al espacio que queda después de realizar las obligaciones cotidianas y se puede usar

discrecionalmente (20). Aunque inicialmente se consideró el tiempo libre como complemento del trabajo (21), hoy el concepto se ha revalorizado y se acepta que puede tener dos posibilidades de uso saludable: a) reconstrucción y desarrollo personal y colectivo por medio de la utilización de la capacidad creadora e imaginativa y b) liberación emocional mediante la realización de actividades de disfrute y placer, como el juego, el deporte y la diversión entre otros (22).

Sueño y descanso. Cumplen un papel de conservación de energía, reparación corporal y mental, consolidación de la memoria y regulación de funciones vitales, todo lo cual tiene el potencial de mejorar la calidad de vida y el aprendizaje. Las deficiencias en este componente generan alteraciones del ánimo, depresión, impulsividad y agresividad, y otras más (23,24). Las prácticas de higiene de sueño están relacionadas con: 1. Medio ambiente; 2. Prácticas y rutinas para dormir; y, 3. Situaciones fisiológicas: siestas, ejercicio, horarios de comidas y consumo de sustancias, entre otras (25).

d. Entorno. 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, sólo como resultado del descubrimiento de que el cólera era causado por el consumo de aguas contaminadas con materia fecal (segunda mitad del siglo XIX), la higiene pública, cobró relevancia en procesos de erradicación, control y prevención de enfermedades (26). Desde entonces la higiene del entorno ha sido importante para preservar, proteger y restaurar el ambiente general, el del trabajo y el de la vivienda, existiendo múltiples recomendaciones al respecto.

e. Higiene corporal. Con el desarrollo de la microbiología, se recuperó la importancia del concepto de aseo personal y aunque tradicionalmente, los productos de limpieza han sido el agua y el jabón, se han venido desarrollando alternativas de limpieza sin modificar la flora, el pH o la barrera hidrolipídica cutánea (27) al tiempo que se pretende proteger las fuentes de agua de la contaminación generada por el uso incontrolado de jabones, detergentes, desinfectantes, etc.

f. Autonomía 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 articulando la producción y la reproducción social (28). Hoy las necesidades de mayor consumo son: salud, alimentación, nutrición, vivienda, vestuario, trabajo, recreación y ocio, seguridad social, transporte

y educación, cuya satisfacción se enmarca en un modelo capitalista que estimula el consumo creciente por parte de la población, que debe trabajar una mayor cantidad de tiempo para poder consumir más, creando un círculo vicioso de desgaste de las personas. En este sentido se plantea si las modas emergentes, en relación con vestuario, calzado, maquillaje, accesorios, etc. y si el modo de consumo de bienes y servicios resultan lo suficientemente saludables desde la perspectiva física, psicológica, socio-político-económica, ética, estética, cultural, productiva, y espiritual de las personas y las comunidades.

Hábitos de Seguridad

La búsqueda de la seguridad y el confort, implica conocer los requerimientos físicos (postura, fuerza y movimiento) y mentales, necesarios para garantizar la adecuada interacción del individuo con el medio y poder construir entornos adecuados para satisfacerlos (29). Sus aspectos de interés son:

a. Seguridad ambiental. Asociada a las modificaciones en los flujos bio-geo-químicos en los medios de soporte de vida, los cuales a su vez están condicionados por crecimiento demográfico, patrones de comportamiento social, desarrollo tecnológico y económico y laxitud en el cumplimiento de regulaciones en salud pública, entre otros (30). Las principales fuentes de peligro son: a) contaminación del aire por combustión incompleta, b) presencia de potenciales contaminantes químicos en muchos productos de consumo cotidiano, c) manejo inadecuado de desechos sólidos, d) presencia de contaminantes en el ambiente laboral o doméstico, e) reducción del espacio disponible para las actividades cotidianas de la vida y, f) largas jornadas de permanencia o trabajo en espacios con baja calidad ambiental.

b. Sexualidad. El ejercicio adecuado de la sexualidad, resulta esencial para el desarrollo emocional de las personas, además de permitir la prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (31) y de embarazos no esperados, por lo que se ha abordado esencialmente desde la perspectiva educativa y de derechos, no obstante lo cual el impacto de las acciones desarrolladas parece bastante limitado frente a las expectativas iniciales.

c. Uso adecuado de vías y vehículos. La inseguridad vial alcanza una dimensión de pandemia global, las lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito ocupan la novena posición entre las causas de pérdida de vida saludable, y se calcula que para el año 2020 ocuparán el tercer lugar (32).

Sin embargo aún no hay suficiente soporte científico en relación con la manera de incorporar conductas saludables al respecto.

d. Seguridad colectiva. Se refiere al objetivo de lograr una armonía eficaz para el goce efectivo de los derechos colectivos y los derechos individuales, lo cual incluye disfrutarlos en entornos que reúnan condiciones adecuadas y el desarrollo de comportamientos aceptables desde la perspectiva social. Sin embargo las lesiones y muertes asociadas a diversos tipos de violencia, siguen siendo importantes en el perfil de salud de la población, por lo que se requiere intensificar la investigación y la intervención en este campo.

e. Seguridad en el lugar de trabajo. Los procesos de trabajo son determinantes importantes en la interacción salud-enfermedad de las personas (33), por ende los esfuerzos para optimizar las acciones promocionales de la salud y seguridad en el trabajo resultan esenciales para alcanzar el mayor grado de bienestar de la población.

Hábitos relacionados con participación en redes sociales de apoyo

Las redes sociales son fuerzas promotoras de la salud que asisten a los individuos en diferentes circunstancias (34). Su acción está centrada en la producción social de bienestar a partir de la interacción entre las personas. Hay diez posibles tipos de redes en las que el individuo puede participar activamente:

a. Familia: Constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana, cumpliendo funciones en el desarrollo biológico, psíquico y social de la persona. En esencia está en capacidad de brindar apoyo instrumental (asistencia y acompañamiento), financiero, emocional y de información (35).

b. Aparato educativo. Permite enriquecer y optimizar el contexto de aprendizaje y formación y el aprovechamiento de oportunidades (36).

c. Amigos. Son las relaciones que un individuo percibe como significativas para soportar necesidades sociales como afiliación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación (37).

d. Trabajo. Corresponde al soporte de compañeros y colegas (38), incluye a los sindicatos como pares en la búsqueda del respeto de los derechos y

la garantía de condiciones adecuadas de seguridad y protección, así como la participación eficaz en la gestión de situaciones que potencialmente afectan al colectivo (39).

e. Deporte y recreación. Incluye las interacciones en la práctica de actividades como caminar, trotar, bailar y nadar, entre otras, que ayudan a mejorar y mantener la calidad de vida (40).

f. Expresión artística y cultural. El arte, como medio de expresión y comunicación, de educación y transformación, de conocimiento y valoración de la realidad, brinda conocimiento y acceso a la realidad por medio de la función estética (41), al tiempo que permite la interacción social, al tiempo que ha retomado fuerza el uso de recursos artísticos para acompañar acciones terapéuticas (42), por ejemplo la musicoterapia.

g. Voluntariado y ciudadanía. Involucra la participación social, comunitaria, política y ciudadana y en escenarios estatales y no estatales (43). Se relaciona con la intención de lograr una intervención concreta en los procesos económicos, sociales, culturales, de salud y políticos que afectan la vida (44) y proviene de la reacción ante acontecimientos que afectan a la comunidad (45).

h. Gobierno. Implica la presencia activa en las acciones de gobierno (46) con el fin de promover la eficiencia en la gestión pública, orientar la obtención de resultados conforme a las necesidades sociales y establecer esquemas de responsabilidad y de rendición de cuentas, orientados a desmontar la cultura de corrupción.

i. Pares. Desde la adolescencia es frecuente que los individuos comiencen una fuerte interacción con aquellos que identifican como sus pares, quienes llegan a ser un soporte en la vida (47). Esta red puede llegar a ser importante en circunstancias como migraciones, situaciones de salud, entre otros eventos vitales.

j. Espiritualidad. Comprende las prácticas y actos asociados a las creencias y símbolos religiosos, así como las relaciones con la institucionalidad de las mismas (48,49). El papel de la fe como herramienta efectiva para afrontar momentos de crisis y estrés ha sido reconocido (50). Por ende es un soporte muy útil en diversas situaciones de salud.

DISCUSIÓN

Los conceptos revisados resultan importantes desde la perspectiva de la gestión de la salud pública, como proceso de construcción de iniciativas para enfrentar problemas de salud (51) ya que aunque se reconoce que el desarrollo de hábitos saludables es un componente importante en la promoción de la salud, también se insiste en la importancia de darle un fundamento que diferencie sus acciones de las de la prevención y que trascienda el enfoque meramente educativo (52).

En este sentido es importante el hallazgo de categorías y conceptos que explicitan que la práctica de hábitos saludables involucran los espacios donde las personas desarrollan su actividad cotidiana y los distintos roles que los individuos desempeñan en cada uno de ellos, así como las demandas de tipo físico, psicológico y social que cada rol y cada espacio plantean. Es importante considerar que se debe ampliar el énfasis que hasta el momento se ha hecho en simplemente evitar conductas de riesgo y dar paso a la reconstrucción y reforzamiento de conductas realmente protectoras (53). Así mismo, es necesario dar una mayor relevancia a aspectos que hasta ahora han sido descuidados, como la construcción de redes sociales de apoyo que sean eficaces para mejorar la resiliencia y el ejercicio de valores sociales de la salud y la vida, ampliando el perfil de los enfoques promocionales tradicionales que están centrados en dieta y actividad física.

Por último, es importante recalcar que no basta con apelar a procesos de enseñanza y aprendizaje de conductas determinadas, sino que es necesario integrar en el abordaje, la variabilidad de los individuos y de las comunidades para mejorar las posibilidades de éxito en el campo de la promoción de la salud, incorporando para tal fin los aspectos psicológicos y culturales (54) ♦

REFERENCIAS

1. American Academy of Health Behavior Work Group on Doctoral Research Training. A Vision for Doctoral Research Training in Health Behavior: A Position Paper from the American Academy of Health Behavior. *American Journal of Health Behavior*. 2005;29(6):542-556.
2. García-Ubaque J. Hábitos saludables de los trabajadores de una institución hospitalaria pública de alta complejidad en Bogotá. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.
3. Osorio E, Weisstaub N, Castillo D. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista Chilena de Nutrición*. 2002;29(3):280-285.

4. Izquierdo A, Armenteros M, Lancés L, Martín I. Alimentación saludable. *Revista Cubana de Enfermería*. 2004;20(1):1-1.
5. Rivera J, Muñoz O, Rosas M, Aguilar C, Popkin B, Willett W. Consumo de bebidas para una vida saludable: recomendaciones para la población Mexicana. *Salud Pública de México*. 2008;50:173-195.
6. Smith A, Christopher G, Sutherland D. Effects of caffeine in overnight-withdrawn consumers and non-consumers. *Nutritional Neuroscience*. 2006;9(1-2):63-71.
7. Boticario C. ¿Una alimentación sana puede prevenir el cáncer? *Anal. Real Acad. Nac. Farm*. 2005;71:609-633.
8. Herrán O, Leonelo E, Bautista M. Calidad de la dieta de la población adulta en Bucaramanga y su patrón alimentario. *Colombia Med*. 2005;35: 94-102.
9. McGee R, Kypri K. Alcohol-related problems experienced by university students in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2004;28(4):321-323.
10. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Toxicology Program. Report on Carcinogens, Twelfth Edition. 2011:34-36. [Internet]. Disponible en: <http://ntp.niehs.nih.gov/ntp/roc/twelfth/roc12.pdf>. Consultado abril de 2014.
11. Agustí A, Diogène E. Prevención primaria del infarto de miocardio con ácido acetilsalicílico. *Med Clíin*. 2004;122:592-594.
12. Galván M, Amigo H. Programas destinados a disminuir la desnutrición crónica: Una revisión en América Latina. *Arch Latinoam Nutr*. 2007;57(4):316-326.
13. Pierart C, Rozowsky J. Papel de la nutrición en la prevención del cáncer gastrointestinal. *Rev Chil Nutr*. 2006;33(1):8-13.
14. Sacasa J. Los componentes de la práctica clínica. *Ateneo*. 2000;1(1):5-9.
15. Quevedo E. Cuando la higiene se volvió pública. *Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*. 2004;52:83-90.
16. Guillen M, Linares G. Bases biológicas y fisiológicas del movimiento humano. Buenos Aires: Editorial medica panamericana: 2003.
17. Javier F, Bonilla M. El deporte como causa de estrés oxidativo y hemólisis. *Revista Colomb Méd*. 2005;36(4):275-280.
18. Ponce R, Peña L, Ramírez M, Villena J, Roe E, Villena J. Variación del nivel de carboxihemoglobina en corredores aficionados en ambientes con tránsito de vehículos motorizados en el distrito de San Isidro. *Rev Méd Hered*. 2005;16(4):266-272.
19. Castillo M, Naranjo J, León M. Experiencia educativa sobre hábitos posturales saludables. *Medicina General*. 2003;0(55):400-406.
20. Boltvinik J. Ampliar la mirada: Un nuevo enfoque de la pobreza y el florecimiento humano (tesis doctoral). Guadalajara: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)-Occidente; 2005.
21. Vásquez A. Las caras del Ocio: Aproximaciones Psicológicas. *Kalathos*. 2010;4(1):1-26.
22. Miranda G. El tiempo libre y ocio reivindicado por los trabajadores. *Revista Pasos*. 2006;4(3):301-326.
23. Suen L, Tam W, Hon K. Association of sleep hygiene-related factors and sleep quality among university students in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 2010;16(3):180-185.
24. Yin L, Wang J, Klein P, Lazar M. Nuclear receptor Rev-erbalpha is a critical lithiumsensitive component of the circadian clock. *Science*. 2006;311:1002-1005.
25. Brown F, Buboltz W, Soper B. Development and evaluation of the Sleep Treatment and Education Program for Students (STEPS). *Journal of American College Health*. 2006;54:231-237.
26. Quevedo E. El tránsito desde la higiene hacia la salud pública en América Latina. *Tierra Firme*. 2000;18(72):611-662.
27. Azcona L. Higiene corporal. *Farmacia Profesional*, 2006;20:66-69.
28. Alonso L. Las políticas del consumo: transformaciones en el proceso de trabajo y fragmentación de los estilos de vida. *RES*, 2004;(4):7-50.

29. Vernaza P, Sierra C. Dolor músculo-esquelético y su asociación con factores de riesgo ergonómicos, en trabajadores administrativos. *Rev Salud pública (Bogotá)*. 2005;7(3): 317-326.
30. De Lisio A. La seguridad ambiental venezolana bajo la concepción eco-política del estado multidimensional. *Terra*. 2009;25(37). LaSala M. Parental Influence, Gay Youths, and Safer Sex. *Health Social Work*. 2007;32(1):49-55.
31. LaSala M. Parental Influence, Gay Youths, and Safer Sex. *Health Social Work*. 2007;32(1):49-55.
32. Puentes E. Accidentes de tráfico: letales y en aumento. *Salud pública Méx*. 2005;47(1):3-4.
33. Gambino D. Bioseguridad en hospitales. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2007;8(1):62-66.
34. Guzmán J, Huenchuan S, Montes de Oca V. Redes de apoyo social de las personas mayores: Marco conceptual. En: *Participación, Ciudadanía e Inclusión Social* 51 Congreso Internacional de Americanistas; 2003 Jul 14-18; Santiago de Chile, 2003.
35. Van de Vijver F, Arends-Tóth J. Family Support in Five Cultural Groups in the Netherlands. *Journal of Comparative Family Studies*. 2009;40(3):455-473.
36. Ramaekers S. Educational support, empowerment, and its risks: The correct voice of support?. *Educational Theory*. 2005;55(2):151-163.
37. Golden J, Conroy R, Lawlor B. Social support network structure in older people: Underlying dimensions and association with psychological and physical health. *Psychology, Health and Medicine*. 2009;14(3):280-290.
38. Quiles Y, Terol M, Quiles M. 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*. 2003;3(2):313-333.
39. Rueda S. Siniestralidad laboral y fortaleza sindical en la OCDE. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2004;7(4):146-152.
40. Castanedo I. Educación para la salud: Higiene personal. En: *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*. 2 ed. Cuba: MINSAP; 2002. p. 451-452.
41. Zenil B, Alvarado S. La terapia del arte como herramienta psicoterapéutica en pacientes con Cáncer. *Revista Neurol Neurocir Psiquiat*. 2007;40(2):56-63.
42. Polo, L. Tres aproximaciones al arte terapia. *Arte, Individuo y sociedad*, 2000;(12):311-320.
43. Villareal, M. La participación institucionalizada de organizaciones civiles en la construcción de la gobernanza. *Revista Legislativa de Estudios Sociales y de Opinión Pública*, 2010;3(5):121-154.
44. Irarrazaval I. Participación ciudadana en programas de reducción de la pobreza en América Latina En: *Diálogo Regional de Política BID, Red para la reducción de la pobreza y la protección social*. Santiago de Chile, 2005. [Internet]. Disponible en: http://www.dhl.hegoa.ehu.es/ficheros/0000/0149/participacion_ciudadana_en_programas_reduccion_pobreza.pdf. Consultado mayo de 2014.
45. Aranguren L. La participación ciudadana: posibilidades y retos. *Aposta Revista de Ciencias Sociales*. 2005;(22):1-23.
46. Delgado M, Vázquez M, Zapata Y, García H. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas. *Revista Española de Salud Pública*. 2005;79(6):697-707.
47. Esbaugh E. Friend and family support as moderators of the effects of low romantic partner support on loneliness among college women. *Individual Differences Research*. 2010;8(1):8-16.
48. Hidalgo L. Lo mágico religioso y el bienestar de los venezolanos. *Mediagraphic*. 2006;8(1):31-35.
49. Rivera A, Montero M. Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud mental*. 2007;30(1): 39-47.

50. Campos M, Páez D, Fernández P, Igartúa J, Méndez D, Moscoso S, et al. Las actividades religiosas como formas de afrontamiento de hechos estresantes y traumáticos con referencia a las manifestaciones del 11-M. *Revista Ansiedad y Estrés*. 2004;10(2-3):1-12.
51. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2000; 8(1-2), 126-134.
52. Eslava-Castañeda JC. Repensando la promoción de la salud en el sistema general de seguridad social en salud. *Rev. salud pública (Bogotá)*. 2006; 8(Sup 2), 106-115.
53. García-Ubaque JC. Promoción de la salud en los lugares de trabajo: una oportunidad por desarrollar. *Avances en Enfermería*. 2009; 27(1), 124-129.
54. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K (Eds.). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. John Wiley & Sons; 2008.