



Revista de Salud Pública

ISSN: 0124-0064

revistasp_fmbog@unal.edu.co

Universidad Nacional de Colombia

Colombia

Mejía-López, Jorge; Gómez-Peñaloza, Sheila A.
Trayectoria de vida familiar y estilos de vida: hipertensión arterial y diabetes mellitus II
Revista de Salud Pública, vol. 19, núm. 3, junio, 2017, pp. 291-296
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42254536001>

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

Trayectoria de vida familiar y estilos de vida: hipertensión arterial y diabetes mellitus II

Family life cycle and lifestyles: arterial hypertension and diabetes mellitus II

Jorge Mejía-López. y Sheila A. Gómez-Peñaloza

Recibido 24 marzo 2013 / Enviado para modificación 11 septiembre 2015 / Aceptado 16 febrero 2016

RESUMEN

Objetivo Identificar la influencia de la trayectoria de vida familiar en la apropiación de estilos de vida de personas diagnosticadas con hipertensión arterial o *diabetes mellitus II* en la ciudad de Cali.

Materiales y Métodos Estudio cualitativo-exploratorio-comparativo, inscrito en el campo de la sociología médica. Se aplicó la técnica de entrevista semiestructurada.

Resultados La trayectoria de vida familiar es un proceso dinámico y cambiante que abarca el origen del ciclo de vida hasta el momento actual. Incluye los comportamientos, las prácticas, los gustos, las percepciones de los sujetos y las relaciones de interacción. Este proceso se posibilita como resultado de la interacción de los sujetos con el contexto social que influye su actuar.

Conclusiones Los estilos de vida no son "simples o sencillas" prácticas individuales que configuran una determinada manera de vivir, sino construcciones sociales complejas y dinámicas que han sido permeadas por la relación de interacción, especialmente la familia ha hecho un aporte importante en este proceso. La manera en que los sujetos viven su proceso salud-enfermedad está influenciada por sus formas de actuar, que permite un desarrollo social configurado por su trayectoria vital, afectada por la clase social a la que pertenecen. Esta configuración marca una impronta para comprender la razón por la cual les ha sido posible o no aprehender las prácticas e instrucciones dadas en los programas de control de hipertensión arterial y diabetes a los que están inscritos.

Palabras Clave: Trayectoria de vida familiar, estilos de vida, hipertensión arterial y diabetes (*fuente: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To determine the influence of the family life trajectory on the appropriation of lifestyles of people diagnosed with arterial hypertension or *diabetes mellitus II* in Cali, Colombia.

Materials and Methods Qualitative, exploratory and comparative study in the field of medical sociology. A semi-structured interview was applied.

Results The family life cycle is a dynamic and changing process that encompasses the origin of the life cycle up to the present moment. It involves behaviors, practices, interests, perceptions and interaction relations. This process is possible because of the interaction of the subjects with the social context that influences their actions.

Conclusions Lifestyles are not "simple" individual practices that shape a certain way of living, but complex and dynamic social constructs that are permeated by interaction, particularly, family relationships, which make an important contribution to this process. The way in which subjects live their health-disease process is influenced by their behavior, which allows social development based on life cycles, and affected by the social class to

J.M.: Pediatra. Universidad del Valle, Cali. Colombia. jome@emcali.net.co
S.G.: Trabajadora Social. M.Sc. Sociología, Universidad Javeriana, Cali. Colombia.
sagomez@javerianacali.edu.co

which they belong. This configuration serves as the basis to understand the reasons why apprehending or not the practices and instructions given in hypertension and diabetes control programs is possible.

Key Words: Life styles family, health status, diabetes, high blood pressure (*source: MeSH, NLM*).

Las enfermedades crónicas no transmisibles –ECN– son un problema de salud pública a nivel mundial, al ser la primera causa de mortalidad. Entre las principales patologías se encuentran la *Diabetes Mellitus 2* –DM2– y la Hipertensión Arterial –HTA–. En más de las veces su causa es desconocida, se van desarrollando silenciosamente; durante sus primeras etapas no presentan síntomas, son irreversibles y la mayoría, detectadas a tiempo, son controlables.

La literatura en Salud Pública plantea que su aparición está relacionada con los comportamientos de las poblaciones (estilos de vida). En una revisión de investigaciones anteriores, México (1), Cuba (2) y Colombia (3-7), se encontró que tradicionalmente la epidemiología (clásica y social) las han estudiado; pocas pesquisas han develado la manera en que las poblaciones viven la enfermedad, menos han mostrado la relación con sus trayectorias de vida familiar.

Por lo anterior, surge la necesidad de abordar este tema desde la perspectiva de la sociología médica, para interpretar el sentido que los participantes le dan a la experiencia de enfermar: conectando lo encubierto (trayectoria de vida familiar) y sus subjetividades (estilos de vida).

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: cualitativo exploratorio-comparativo

Informantes: 40 personas, entre 19 y 62 años, diagnosticadas con HTA y DM2, 22 mujeres y 18 hombres; usuarias de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), afiliadas a los regímenes: subsidiado, contributivo o especial.

Recolección de información: Se aplicó una entrevista semi-estructurada y un consentimiento informado. Investigación de riesgo mínimo, resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

Se indagaron categorías socio-demográficas, antecedentes familiares de HTA o DM2, factores de riesgo, manejo de la enfermedad, adherencia al tratamiento y prácticas cotidianas: alimentación, trabajo, educación, preferencias en la ocupación del tiempo y relaciones sociales (familia y amigos); agrupadas en tres bloques: antes del diagnóstico, diagnóstico y posterior al diagnóstico.

Procesamiento de información: los participantes se identificaron con un código alfa-numérico. Los datos se

organizaron en categorías axiales –34– y emergentes –6–, haciendo uso de ATLAS-TI v 6.2.

Análisis de los resultados

Contempló dos momentos. El primero, descriptivo, combinó cuatro aspectos: género, patología, afiliación a régimen de salud y clase social. El segundo, análisis, posibilitó llegar a síntesis mostrando los elementos que marcaron semejanzas y diferencias. Las categorías género y clase social son teóricas, por lo que se realizó una aproximación empírica para facilitar el análisis:

Género

Herramienta interpretativa construida socialmente que demarca diferenciaciones entre hombres y mujeres. Es “el conjunto de saberes, discursos, prácticas sociales, y relaciones de poder que les da contenido específico a las concepciones que usamos (y que influyen decisivamente sobre nuestra conducta) en relación con el cuerpo sexuado, con la sexualidad y con las diferencias físicas, socioeconómicas, culturales y políticas entre los sexos en una época y en un contexto determinados” (8). Se operativizó principalmente por el sexo, analíticamente una vez procesados los datos se quiso establecer si existía una construcción diferente entre uno y otro.

Clase social

Tradicionalmente fijada por la posición socioeconómica. En este estudio se definió que esa aproximación limita el valor de su aplicación, por tanto deja de lado que las diferencias tienen que ver con las interrelaciones, comportamientos y formas de uso de lo social. La clase social es la caracterización jerárquica de grupos de población según su desarrollo, relacionado con su estatus socialmente diferenciado. La ubicación de los grupos en una determinada clase depende de sus diferencias en cuanto a sus estilos de vida (las actividades que realizan, cómo las hacen, sus gustos, elecciones) y la forma en que organizan su cotidianidad (9).

Esta categoría se operativizó clasificando los informantes por: nivel educativo, oficio desempeñado y recurso económico; no se indagó por el monto ingresos recibidos, sino que por sus relatos se estableció si representaban una limitante o una posibilidad de acoger las prescripciones médicas. La clase social fue asociada al régimen de salud al que pertenecían; de acuerdo a las semejanzas en el

discurso, estas posiciones coincidieron con los regímenes desde donde se habían seleccionado, (Tabla 1).

Tabla 1. Definición operativa de la clase social a la que pertenecían los entrevistados

Régimen de afiliación al sistema de salud	Clase Social
Subsidiado	Estrato socioeconómico bajo; desescolarizados, con estudios de primaria y algunos de bachillerato; dedicados a desempeñar oficios informales que no requieren la adquisición o desarrollo de competencias especializadas
Contributivo	Estrato socioeconómico medio bajo y medio; con estudios de primaria bachillerato, técnicos, pocos profesionales; en algunos casos dedicados a desempeñar oficios informales; en otros, técnicos y pocos desempeñando actividades especializadas
Especial	Estrato socioeconómico alto y muy alto; la mayoría con estudios profesionales; dedicados a desempeñar actividades especializadas

RESULTADOS Y MÉTODOS

Enfermar: un proceso de reconstrucción de la historia personal

Trayectorias de vida familiar

En las familias de los informantes hubo diferenciación de roles: mujeres encargadas de labores domésticas y hombres de la proveeduría económica: “ama de casa, ella era la que preparaba los alimentos. Papá, él en eso no se metía con nosotros” (hombre, HTA, régimen especial). Las familias de afiliados al régimen contributivo y especial tenían, generalmente, ayuda de una persona externa para desarrollar las actividades domésticas, siempre coordinadas por alguna mujer de la familia.

Antecedente de ECNT

Se indagó el antecedente familiar de DM2 o HTA con el propósito de identificar si, posiblemente, la manera en que los informantes han manejado las patologías está relacionada con la forma en que sus referentes familiares lo hicieron. Éstos tomaban medicamentos y en pocas ocasiones cambiaron hábitos, sobre todo alimenticios. Los hombres tienen mayor información sobre qué tan grave fue el diagnóstico y cómo la manejaban, en cuanto a medicación y a prácticas saludables o no.

Las mujeres diagnosticadas con HTA conocen muy poco del manejo que sus familiares dieron a la patología:

“...a mi hermano le daba mucha rabia ser tan joven y tener que tomar medicamentos. El intenta lo de los hábitos alimenticios,... si no que él es menos constante” (mujer, HTA, régimen

especial). Los familiares de afiliados al régimen especial, no acataban las prescripciones médicas: “mi mamá fue hipertensa y murió prematuramente, circunstancias de la hipertensión, cincuenta años de edad. Tomaba medicamentos, supuestamente dieta baja de sal, en esa época pues yo no creo que ella hubiera sido muy estricta con la dieta, yo me acuerdo que ella era robusta y yo creo que... a veces fumaba” (hombre, HTA, régimen especial).

Para los afiliados al contributivo, el referente familiar acoge y acata dichas orientaciones:

“...ella si muy juiciosa con las pastas, con los controles, el ejercicio, el control de peso. Ahora, yo es reafirmar lo que ella había estado haciendo toda la vida coma saludable, haga ejercicio, ojo con el cigarro, ojo con el alcohol; todo eso cuando yo fumaba ella si muy preocupada porque como ella sabía que era genética. Ella fumo en algún tiempo” (hombre, HTA, régimen contributivo)

Lo que le gusta a la gente: arroz, papa y carne

Los informantes del subsidiado y contributivo expresan que en sus familias hubo siempre alto consumo de harinas y fritos, pocas verduras y frutas. Algunos diagnosticados con HTA expresan que en los hogares donde hubo antecedente de ECNT se mantuvo la tendencia a una alimentación balanceada. En las familias donde si se estimulaban hábitos alimenticios saludables, sobre todo los afiliados a régimen especial, se consumía y se cuidaba que en los demás espacios de socialización, como el educativo, esta práctica no se perdiera. Se promovía la importancia de consumir frutas y verduras, igualmente azúcares y sales con moderación. “mi mamá era muy insistente con esas verduras, nos decía que había que comer bajito en sal pero no era una cosa muy sistemática, era un enfoque preventivo en las comidas. No me gustaban mucho las verduras ni las frutas, si mucha carnita y el arroz, frijol y todas esas cosas así.” (hombre, HTA, régimen especial)

Prácticas para el manejo de la enfermedad y la salud

Los participantes del subsidiado manifiestan que sus familias asistían con poca frecuencia a los servicios de salud, se usaban en casos en que la sintomatología mostrara gravedad. Igualmente esta situación se debía a la poca infraestructura de centros de salud u hospitales y a las dificultades con la movilidad: amplias distancias entre sus viviendas y los centros asistenciales. Los del contributivo recuerdan un acercamiento próximo, sobre todo, por cuestiones preventivas como vacunación y odontología. Los del régimen especial han tenido, siempre, una relación cercana con médicos particulares; sus referentes familiares estaban habituados a los procedimientos médicos formales: preventivos -vacunación y odontología- y curativos. El uso de tratamientos naturales, “aguas o hiervas” ha sido

constante para todos, sólo en caso de gripas o padecimientos menores: "sarpullido, varicela o limpiar el cuerpo"

No se promovió en las familias la realización de alguna actividad recreativa, ni deportiva: "sí, salía con mi mamá y mi papá. Muy vagamente me acuerdo que mi papá le gustaba como tomar mucho cerveza, entonces a veces nos íbamos como a sentar a los sitios donde mi papá tomaba y entonces mientras nos otros nos comíamos un helado, pero salir a un parque si no [...] nunca me recree los sábados o los domingos" (hombre, HTA, régimen subsidiado y mujer, HTA, régimen contributivo)

Estilos de vida

Que se le suba de la grasa no, más que todo las preocupaciones

Los eventos que precipitan el descontrol de la enfermedad son emocionales y el estrés, preocupaciones, angustia, rabia, frustración, en parte por no acostumbrarse al proceso de la enfermedad "...estresado, el trasnocho, preocupación, hay veces hay problemas internos acá." (hombre, HTA, régimen contributivo). Los informantes, le otorgan menos importancia al hecho de no seguir la dieta, no tomar medicamento o la falta de sueño.

El trabajo remunerado o no, la ocupación de tiempo predominante

Los informantes dedican mayor parte de su tiempo a realizar actividades de trabajo remunerado o no. Los afiliados al subsidiado y algunos del contributivo han tenido que desempeñar labores informales y de "rebusque", que causan estrés, ansiedad y angustia. Se evidencian diferencias entre hombres y mujeres: los primeros se dedican a actividades de trabajo remunerado; la mayoría de mujeres las combinan con oficios domésticos. Los afiliados al régimen especial, manifiestan agrado por las labores de trabajo que realizan, desempeñando oficios de acuerdo a sus competencias específicas. "Yo siempre he tenido multiempleos, como lo llaman ahora y no solamente por asuntos económicos; yo no me veo haciendo una sola cosa creo que eso está en la estructura de mi personalidad. Si hay picos de estrés muy complicados" (mujer, HTA, régimen especial).

Uso de los servicios de salud, cuando me enfermo

Los afiliados al subsidiado y contributivo, indistintamente de la patología, consultan los servicios de salud ahora en la adultez, más intensamente luego del diagnóstico, cuando tienen conciencia de la gravedad de las enfermedades, son pocas las prácticas preventivas. Usan los servicios cuando tienen un síntoma que no puede tratar en casa. Los afiliados al subsidiado, frecuentan el farmacéutico cuando ellos

o sus familias presentan malestar físico. "Gripa, con pastas en la farmacia. Yo era adicta al dristan ultra" (mujer, DM2, régimen subsidiado). Los afiliados al régimen especial, sobre todo las mujeres, establecen rutinas de salud preventiva, frecuente desde sus primeros años de vida.

Prácticas alimenticias

Los afiliados al subsidiado y contributivo, indistintamente de la patología, consumen constantemente alimentación inadecuada –poco contenido frutas y verduras–, "soy muy dada a comer lo que me llena, no saludable ¿no? si entonces tengo hambre, tengo fatiga no me voy a poner a ver si me como una fruta o una galleta Tosh no..., venga cómase un paquete de papas, listo hágale paquete de papas" (mujer, HTA, régimen contributivo). Los afiliados al régimen especial, comer sano y balanceado es una preocupación constante.

La mayoría de los informantes están sensibilizados frente a la importancia de apropiar una alimentación saludable para mejorar y mantener buen estado de salud. Sin embargo, las actividades cotidianas, sobre todo laborales, lo impiden. En muchas ocasiones deben alimentarse con la oferta disponible en el mercado, por lo general, rica en productos que no contribuyen con dicho propósito.

Factores de riesgo: alcohol, tabaco e inactividad física

El consumo de licor ha sido promovido y aceptado socialmente por los informantes, sobre todo hombres. Algunos expresan que era elevado y muy frecuente antes del diagnóstico; ahora se han reducido debido a las instrucciones médicas y mayor información frente a las consecuencias.

El consumo de cigarrillo ha sido una práctica poco apropiada y evaluada negativamente por los informantes, expresan desagrado por el olor. Los diagnosticados con HTA hablan sobre los daños que puede causarle al organismo, la gravedad – muerte – es lo más significativo; algunos expresan que su consumo contribuye a manejar, efectivamente, situaciones de ansiedad o estrés.

En general los participantes no realizan ninguna actividad deportiva, las mujeres diagnosticadas con HTA sí, debido a sus actividades cotidianas; además los espacios como parques o canchas son ocupados, en muchas ocasiones, para el desarrollo de prácticas ilícitas.

DISCUSIÓN

Los participantes del estudio evidenciaron que sus prácticas cotidianas fueron apropiadas a partir de sus procesos de socialización primarios, la familia es "la encargada de la formación y desarrollo de la personalidad y asegura, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación de este para su inserción en la vida social y la trasmisión generacio-

nal de valores culturales, éticos - morales y espirituales" (10). Esta disposición, podría semejarse con lo que Bourdieu ha denominado habitus, sistema clasificador y organizador de las prácticas, percepciones, sentimientos y pensamientos de los sujetos, que en mucha ocasiones escapan a su conciencia y a su voluntad. Este constructo, "nos recuerda la historicidad del agente es plantear que lo individual, lo subjetivo, lo personal es social, es producto de la misma historia colectiva que se deposita en los cuerpos y en las cosas" (11).

Trayectoria de vida familiar

La tendencia moderna es que el individuo crezca sin valores comunes. Sin embargo, algunos aspectos de sociedades tradicionales siguen muy arraigados; uno de ellos, como lo plantea Berguer y Luckmann, es el lugar de la familia como agente socializador primario y reproductor del orden social, características que fueron a identificadas en esta investigación.

La realidad de los participantes, manifestada en sus estilos de vida, es distinta así compartan el mismo diagnóstico, por la clase social a la que pertenecen. Esta situación permite intuir la influencia de la familia en este proceso: "la acción del individuo está moldeada por el sentido objetivo proveniente de los acervos sociales de conocimiento trasmítido por las instituciones a través de las posiciones que ellas ejercen para su acatamiento" (12).

Para entender su comportamiento, con relación al tratamiento de las patologías, se estableció relación con su historia familiar. Por ejemplo, identificar la correlación con el antecedente familiar de ECNT. Se pudo establecer que el referente familiar trataba su diagnóstico casi de la misma manera que los participantes: tomaban el medicamento con irregularidad y en algunos casos cambiaron sus hábitos, sobre todo alimenticios. Los informantes, no recuerdan que sus referentes familiares hubiesen hecho cambios definitivos en sus estilos de vida, de hecho manifiestan que dichas patologías se vivían como algo "natural".

El uso de los servicios de salud, está influenciado por el paradigma medicalizante. La familia fue el agente primario que solidificó esta manera de interacción; sobre todo la madre. Es factible que ella se encargara de resolver los asuntos de enfermedad y salud, decidiendo cómo tratarlos y direccionaldo la atención pertinente. "...la percepción de una madre de la gravedad de una enfermedad se encuentra en importante relación con la probabilidad de que se administre atención médica formal" (13).

El cambio en los hábitos alimenticios es la práctica, posterior al diagnóstico, emprendida por los informantes y la que mayor dificultad ha presentado para ser apropiada.

Este comportamiento es identifiable con las disposiciones que tenían sus familias de origen. El sujeto las apropió de niño y ha hecho elecciones coherentes. La familia "...como estructura de la sociedad se convierte en estructura de las conciencias" (12).

Estilos de vida

Los estilos de vida que conforman la cotidianidad de los informantes, están atravesados por una tensión entre las prácticas que realizan y las acciones que deberían apropiar de acuerdo a las prescripciones. Se observa una "...discrepancia entre lo que "es" y "debería de ser", la cual se presenta cuando en los ideales de una comunidad, en este caso terapéutica, se insiste en que debería reinar una absoluta comunidad de sentido" (12).

Esta tensión se manifiesta por como cada actor entiende y asume los procesos de transformación de sus estilos de vida. Pareciera que los profesionales de la salud dimensionan estas prácticas como cambios mecánicos del hábito; mientras que los pacientes, a pesar de los esfuerzos por asumir las prescripciones, no logran hacer esta transición de manera rápida, ni definitiva. Esta situación ocurre porque los hábitos que intentan modificar son disposiciones previas que no obedecen sólo a una decisión individual, sino que son expresiones de la estructura social de la cual hacen parte. Se presentan, a continuación, algunos factores de orden social que pudieran explicar esta situación.

Existen circunstancias propias de la realidad social-estructural de los informantes, que hacen que a pesar de que estén motivados no puedan incursionar en nuevas dinámicas. Cobra relevancia la particularidad de su vida social: las actividades que realizan, sus creencias y sus gustos; "...no hay forma de comprender la experiencia de enfermar sino se participa en algún sentido de ella a términos que se vinculen con la historia local y las biografías personales" (13)

Los informantes plantean que las realidades emocionales y de estrés son las condiciones que descontrolan su condición de salud, sin embargo son los aspectos menos atendidos. Al parecer carecen de herramientas personales para afrontarlas; lo que puede ser entendido, por un lado, por sus procesos familiares primarios; en todos los casos los roles de proveeduría cobraron mayor relevancia que los acompañamientos afectivos y emocionales; al tiempo los programas de control de la DM2 y la HTA no dan ninguna orientación referida al manejo del estrés.

Gran parte de los esfuerzos realizados por los equipos de salud están dirigidos a que los pacientes restrinjan el consumo de alimentación inadecuada, el consumo de alcohol, consumo de tabaco, al mismo tiempo que promueven el desarrollo de actividad física.

Efectivamente, los informantes se encuentran sensibilizados frente a los efectos nocivos del consumo de alcohol y de tabaco, incluso han disminuido su realización; sin embargo este resultado no necesariamente se explica por las recomendaciones, si no porque la frecuencia histórica de esas prácticas es muy pequeña: antes de ser diagnosticados con ECNT, los informantes no eran consumidores habituales de tabaco o de alcohol.

El cambio de hábito alimenticio y la realización de actividad física, son orientaciones totalmente distintas a las conductas habituales de los informantes. La prescripción no es lo que complejiza y dificulta el cambio de estos comportamientos, si no la manera taxativa con que se orienta deben hacerse. A un gran número de participantes, no le agradan los alimentos sugeridos, sienten que no están acordes con su arquetipo cultural. Bourdieu da pistas para entender el lugar del gusto como un operador práctico, dado que determina las preferencias distintivas que se imponen a las prácticas. De esta manera, afectar la causa directa de la no apropiación de las prescripciones médicas, implicaría que se cambiar el gusto y ésto como lo plantea nuevamente Bourdieu es la educación del mismo, que pasa "...por capitales simbólicos y culturales que no se pueden derivar mecánicamente" (11) •

Agradecimientos: A los centros de investigación CEDETES y CEMYA por su apoyo y a la Universidad del Valle por la financiación del proyecto.

Conflictos de interés: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Velázquez OS, Rosas MA, Lara AG, Pastelin GU, Grupo EN, Sánchez CL, et al. Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México. Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA). Archivos de cardiología de México 2003; 73: 64-77.
2. Ordúñez PE, Cooper RI, Espinosa AL, Iraola MA, Bernaol JO, La Rosa YA. Enfermedades cardiovasculares en Cuba: determinantes para una epidemia y desafíos para la prevención y control. Rev. Cubana de Salud Pública 2005; 31:270-284.
3. Duque BE, Villamil MA. Frecuencia de los factores de riesgo cardiovasculares, su relación con los niveles séricos del perfil lipídico en una población de 10 a 60 años de los barrios la avanzada, estrato 1 y Santo Domingo, estrato 2, de Medellín. Educación física y deporte 1995; 1: 69-88.
4. Estrada LI, Gómez JU, Mejía AL, Miranda AL, Segovia AD, Castaño JO, et al. Caracterización de los factores de riesgo cardiovasculares para Infarto Agudo de Miocardio en una población entre 40 y 80 años en el sector de la galería de Manizales, Caldas. Archivos de Medicina 2003; 8:31-41.
5. Perilla MA, Córdoba DI. Identificación de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular presentes en los pacientes que ingresan al Hospital San Ignacio. Lecturas sobre nutrición 2003; X: 51-58.
6. Castillo GE, Pachajoa HA, Zurita EW, Pradilla AL. Identificación de factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes de medicina de la universidad del Valle". CIMEL 2005; 10: 37-45.
7. Gamboa ED, López NA, Quintero DO. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes del municipio de Florida blanca, Colombia. Med UNAB 2007;10:5-12.
8. Castellanos GA. Sexo, Género y Feminismo. 1era edición. Universidad del Valle. Colombia; 2006.
9. Douglas MA. El Mundo de los bienes. Hacia una antropología del consumo. 3era edición. México: Grijalbo; 1979.
10. Bernal IS. La familia en la determinación de la salud. Rev. Cubana Salud Pública 2003; 29:50.
11. Bourdieu PI. El sentido social del gusto. Elementos para una sociología de la cultura. 2da edición, Argentina, Veintiuno; 2010.
12. Berger PE y Luckmann TH. Modernidad, Pluralismo y Crisis de sentido. 2da edición. Barcelona: Paidos; 1997.
13. Freeman HO. Manual de Sociología Médica. 2da edición México: Fondo de cultura económica; 1998.